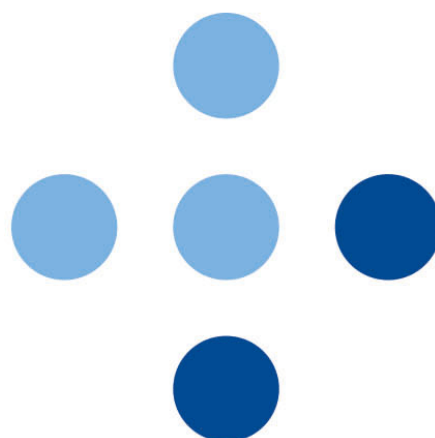


HMS Årsrapport 2017

Sørlandet sykehus HF



Innhold

2 HMS i SSHF	4
2.1 HMS-systemet	4
2.2 Hovedarbeidsmiljøutvalg og arbeidsmiljøutvalg	6
3 Ledelse	6
4 Endring, omstilling og nedbemanning	7
5 Arbeidsmiljø	7
5.1 Medarbeiderundersøkelse / ForBedring	7
5.2 Psykososialt arbeidsmiljø	7
5.3 Rus	8
6 Ergonomi	8
7 Yrkeshygieniske kartlegginger og rådgivning	9
8 Skader	9
9 Inkluderende arbeidsliv og sykefravær	9
9.1. Geografisk IA-utvalg	9
9.2. Omplasseringer	9
9.3. Aktivitet	9
9.4. Statistikk	10
10 Beredskap	10
Beredskapshendelser i 2017	11
11 Brannvern	11
11.1 Øvelser og opplæring	11
11.2 Branntilsyn	11
11.3 Bygningsmessige forhold	11
12 Smittevern	11
12.1 Generelt	11

12.2 Infeksjonsutbrudd/smitteoppsporing av ansatte _____	12
12.3 Vaksinasjoner _____	12
13 Strålevern _____	13
8.1 Personelldoser _____	14
8.2 Utslipp av radioaktive stoffer _____	14
8.3 Radioaktivt avfall _____	15
8.4 Statens strålevern _____	15
14 Medisinsk teknisk utstyr _____	15
14.1 Virksomhetens omfang _____	15
14.2 Risikovurdering _____	15
14.3 Opplæring _____	16
14.4 Tekniske behandlingshjelpemidler _____	16
14.5 Avvik _____	16
14.6 Tilsyn _____	16
15 Ytre miljø _____	16
15.1 Bakgrunn _____	16
15.2 Miljøpolitikk _____	16
15.3 Periodisk revisjon DNV _____	16
15.4 Internrevisjon _____	17
15.5 Klimaregnskap og rapportering _____	17
15.6 Videre arbeid _____	18
15.7 Innkjøp _____	18

1 Innledning

HMS-rapporten beskriver aktivitet innen ulike HMS-områder i Sørlandet sykehus HF (. Rapporten gir en oversikt på gjennomførte tiltak for HMS-arbeidet på foretaksnivå og overvåker og vurderer om det systematiske HMS arbeidet ved SSHF er i tråd med lovkrav og interne prosedyrer. Målgruppen for rapporten er styret, administrerende direktørs ledermøte, ledere og Hovedarbeidsmiljøutvalget (HAMU).

HMS-rapporten tar opp i seg lovkravene til systematisk HMS-arbeid gitt i Internkontrollforskriften.

§ 1 «Gjennom krav om systematisk gjennomføring av tiltak, skal denne forskrift fremme et forbedringsarbeid i virksomhetene innen:

- arbeidsmiljø og sikkerhet
- forebygging av helseskade eller miljøforstyrrelser fra produkter eller forbrukertjeneste
- vern av det ytre miljø mot forurensning og en bedre behandling av avfall slik at målene i helse, miljø og sikkerhetslovgivningen oppnås.

Administrerende direktørs erklæring om arbeidsmiljø gir også klare føringer for det systematiske HMS-arbeidet ved SSHF:

Alle medarbeidere i SSHF skal sikres et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. SSHF skal utvikle og bevare et helsefremmende og inkluderende arbeidsmiljø preget av nærvær og åpenhet. Risikofaktorer knyttet til arbeidsmiljø skal avdekkes ved systematisk bruk av HMS verktøy til kartlegging, risikovurdering og registrering av uønskede hendelser. Medarbeidere skal involveres i forbedringsarbeid og bidra til et godt arbeidsmiljø.

Pasientsikkerhet og HMS må ses i sammenheng. Et godt arbeidsmiljø bidrar til å gi medarbeideren et best mulig utgangspunkt for god pasientbehandling og bidrar til høy sikkerhet mot utilsiktet pasientskade. Et godt arbeidsmiljø kommer pasienten og pårørende til gode.

Fagansvarlige innenfor de ulike fagfeltene har bidratt til innholdet.

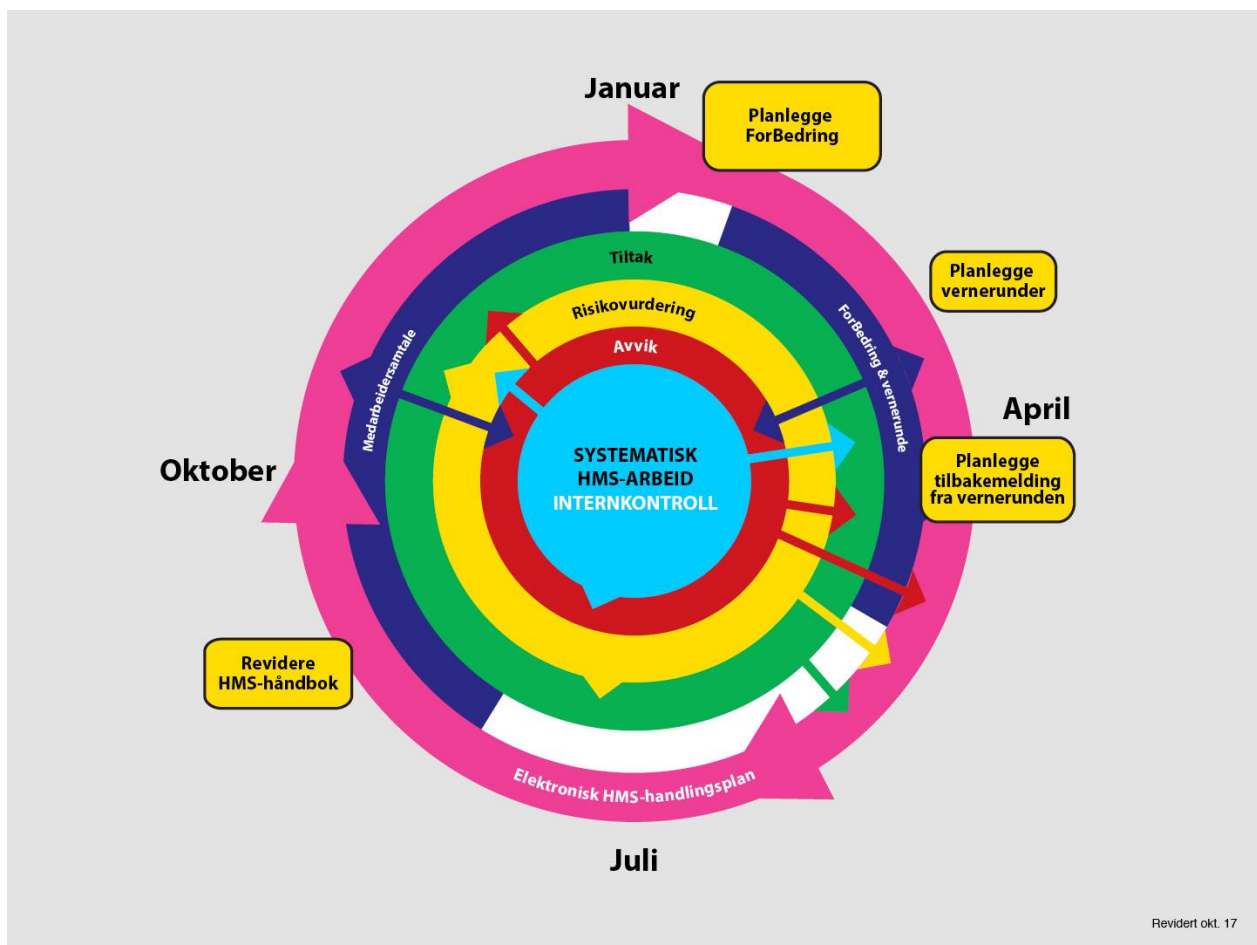
2 HMS i SSHF

Fagansvarlig avdeling: Organisasjonsavdelingen.

2.1 HMS-systemet

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

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



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

Helse Sør-Øst kom i 2016 med rammeverk for HMS. Rammeverket angir felles regionale ambisjoner og satsningsområder innenfor HMS området. Det er blitt gjort en vurdering av HMSsystemet i SSHF utfra dette rammeverket. Vurderingen har så langt vist at rammeverket i stor grad er ivarettatt av eksisterende HMS-system i SSHF. Tiltak for å ivareta rammeverket fullt ut er fremlagt for Hovedarbeidsmiljøutvalget (HAMU) og er et løpende oppfølgingsarbeid.

HMS-aktiviteten på avdelings- og enhetsnivå skal rapporteres i linjen, klinikkvise Arbeidsmiljøutvalg (AMU) og til Hovedarbeidsmiljøutvalget (HAMU). Aktiviteten vises bl.a. ved antall gjennomførte vernerunder og HMS-handlingsplaner. Utfylte vernerundeskjema arkiveres i EKWeb. Utfylte vernerundeskjema i EKWeb er 87 vernerunder i 2017 mot 121 vernerunder i 2016.

SSHF har 222 HMS handlingsplaner, generert ut fra den organisasjonsstrukturen som benyttes i Medarbeiderundersøkelsen. I underkant av en fjerdedel av disse er oppdatert i 2017. Manglende oppdatering av handlingsplaner kan skyldes dårlig funksjonalitet og lite kjennskap til det eksisterende verktøyet.

Sørlandet sykehus er sammen med fire andre foretak i Helse Sør-Øst i gang med en felles anskaffelse av nytt HMS-rapporteringsystem. Dette skal også inneholde en handlingsplanmodul som vil støtte opp om prosesser for rapportering og håndtering av uønskede hendelser, tilsyn, revisjoner og risikovurderinger. Oppfølging av tiltak vil synliggjøres i handlingsplaner der ansvar for oppfølging, frister etc. er definert. Utviklingen av nytt system er forsinket og planlagt oppstart ved SSHF i løpet av 2018.

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

Personalsjef / yrkeshygieniker deltar fast på møter i "HMS- ledermøte" som er et samarbeidsforum for HMS-fagfolk i Helse Sør-Øst.

Det ble i høst holdt grunnkurs i HMS etter ny modell over tre dager for ledere, verneombud, AMU-medlemmer og tillitsvalgte. Det var totalt 40 deltakere fordelt på kursdagene, hovedsakelig verneombud. Ny gjennomføringsmodell for grunnkurset innebærer at kurset er endret fra fem dagers klasseromkurs til et 3-delt kurs med tre kursdager i klasserom, e-læring og litteraturstudier. I følge interne retningslinjer er HMS-grunnkurset obligatorisk for deltakere i målgruppen.

Det undervises også i HMS relaterte temaer på Kurs for nye ledere, Den Lille Lederskolen og i verneombudssamlinger.

2.2 Hovedarbeidsmiljøutvalg og arbeidsmiljøutvalg

SSHF har ett hovedarbeidsmiljøutvalg, HAMU, med fire representanter fra arbeidsgiversiden og fire fra arbeidstakersiden, hvorav to er hovedverneombud. Utvalget behandler saker som vedrører arbeidsmiljø og HMS. I 2017 ble HAMU ledet av arbeidsgiversiden.

HAMU hadde ni møter og behandlet totalt 41 saker i 2017. HAMU-relevante saker til styremøtet har vært fast post på sakslisten. Sykefravær har vært tema hvert kvartal.

3 Ledelse

Fagansvarlig avdeling: Organisasjonsavdelingen.

Ledelse har stor betydning for psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø, ikke minst i omstillingsprosesser. Ledere spiller en avgjørende rolle for hvordan ansatte takler omstillinger, og må bl.a. kunne fungere som "kaos-støtdempere" for sine medarbeidere. Den endrede organisasjonsstrukturen i somatikken, gjør det viktig for ledere å demme opp for polarisering og skape lojalitet og tilknytning til hele SSHF, på tvers av organisatoriske og geografiske skillelinjer. I 2017 har det vært ytterligere fokus på kvalitetsorientert ledelse.

Organisasjonsavdelingen ved HR-seksjonen bidrar til at SSHF har gode ledere, både gjennom ulike lederopplærings og – utviklingstiltak, og gjennom rådgiving og veiledning av ledere i prosesser og i enkeltsaker.

I 2017 deltok 28 avdelingsjefer fra somatikk på «Avdelingssjefprogrammet», som er et internt gjennomført lederutviklingsprogram for andrelinjeledere. Programmet består av fem to-dagers samlinger. Hensikten med

årets program var å utvikle lederferdigheter og rolleforståelse, «sette» den nye organisasjonsstrukturen, og utvikle ledergruppene.

Introduksjonskurset for nye ledere ble som vanlig gjennomført både vår og høst. Kurset er en tredagers opplæring i administrative systemer, lover og regler. Målgruppa er ledere fra alle ledernivå, og i 2017 deltok 16 ledere.

”Den lille lederskolen” ble videreført i 2017. Ca. to ganger pr. måned inviteres alle ledere til en times opplæring i aktuelle HR- tema. Opplæringen gjennomføres med interne forelesere og overføres på videokonferanse.

4 Endring, omstilling og nedbemanning

Omstillinger er belastende både for arbeidsmiljøet og for den enkelte medarbeider som berøres, men belastningen kan reduseres dersom prosessene er godt gjennomført. Det er viktig at nærmeste leder ivaretar egne medarbeidere, og sikrer god informasjon og medvirkning. Det legges betydelig vekt på medarbeideres individuelle ønsker og behov ved omplassering til annen stilling, slik at en kan få til løsninger som oppleves som tilfredsstillende både for SSHF og den enkelte. Arbeidet foregår i tett samarbeid med tillitsvalgte og verneombud. Konsekvensene for arbeidsmiljøet skal vurderes i alle omstillinger av et visst omfang, slik at en kan sette i verk målretta tiltak. Rådgiver fra HR-seksjonen bidrar i mange omstillinger med bl.a. veiledning av ledere, hjelp til planlegging av gode prosesser, risikovurderinger, analyser av arbeidsmiljøet og omplassering av overtallige medarbeidere.

I 2017 gjelder dette bl.a. flytting av intermediærsenger i Klinikk for somatikk Kristiansand, omorganisering av Avdeling for medisinsk biokjemi i Medisinsk serviceklinikk, optimaliseringsprosjekt i Sos, ergo, fysioavdeling, omorganisering og optimalisering i Merkantil avdeling i Klinikk for somatikk Arendal, avvikling av prosjektet «Raskere tilbake», nedbemanning i Avdeling for rehabilitering, virksomhetsoverdragelse av innkjøpsvirksomhet fra SSHF til Sykehusinnkjøp HF m.fl.

5 Arbeidsmiljø

Fagansvarlig avdeling: Organisasjonsavdelingen

5.1 Medarbeiderundersøkelse / ForBedring

Det ble i 2017 ikke gjennomført kaltlegging av psykososiale arbeidsmiljøet, ut over vernerunde og medarbeidersamtale. Dette fordi det i 2017 ble jobbet med en ny undersøkelse som først ble klar til 2018. Den nye undersøkelsen heter ForBedring og tar opp i seg både arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur.

5.2 Psykososialt arbeidsmiljø

Det er gitt opplæring til ledere, tillitsvalgte og verneombud i forbindelse med grunnkurs HMS. Det er også gitt opplæring for nye ledere. I tillegg har det blitt gjennomført undervisning på personalmøter og tema-/fagseminarer ved flere enheter.

BHT har gitt råd og veiledning, samt direkte bistand til ca. 40 enheter i SSHF i 2017. Det har også blitt gitt individuell veiledning til enkelte ansatte og ledere flere ganger, samt enkelt veiledninger i forbindelse med traumatiske hendelser.

Bedriftshelsetjenesten har videre gitt bistand til enheter med rådgivning og avklaring i forbindelse med relasjonskonflikter. Dersom det er hensiktsmessig og leder ønsker det, gjennomfører Bedriftshelsetjenesten konfliktbehandling. I konfliktbehandlingen deltar kun de som er direkte involvert i konflikten, nærmeste leder som ikke er part i konflikten, samt konfliktbehandlere. Tillitsvalgte eller andre tillitspersoner skal ikke delta i konfliktbehandlingen, da denne har fokus på relasjoner og handler om å gjenopprette kommunikasjon mellom partene, og ikke om å finne ut av rett og galt. Totalt i 2017 har det vært gjennomført konfliktbehandling/konfliktoppfølging ved seks enheter.

5.3 Rus

SSHF har en ruspolicy med fokus på primærforebygging. Samtlige ansatte i SSHF skal være orientert om sykehusets holdning til rusmidler. Temaet er fast sak i HAMU og de klinikkvise AMU-ene en gang pr. år. Det er også fast tema på HMS grunnkurs for ledere, verneombud og AMU-medlemmer, i kurs for nye ledere og på Lille Lederskolen.

Ruspolicyen består blant annet av retningslinjer som omhandler rusforebyggende arbeid, rusreglement, fremgangsmåte ved brudd på reglement og en selvtest for bevisstgjøring av eget alkoholforbruk.

BHT har vært involvert i noen enkeltsaker som omhandler brudd på rusreglementet.

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

6 Ergonomi

Bedriftsfysioterapeuten er ansvarlig for å kartlegge arbeidsplasser og risikovurdere ergonomiske forhold samt gi råd om hvordan de ansatte kan unngå unødig fysisk belastning. Dette skjer gjennom informasjon om gunstig bruk av kroppen i arbeid og på fritid og råd om riktig utstyr og bruken av dette utstyret til ansatte og til de som er ansvarlige for innkjøp.

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

I det daglige ergonomiske arbeid har arbeidsplassvurderinger, rådgivning gjennom kurs, råd innen ergonomi ved ombygginger/prosjekter, foredrag og besvarelse av spørsmål fra ansatte angående deres helse vært det sentrale. Instruksjon i rehabiliterende og forebyggende aktivitet er også blitt gjort mot grupper og individer gjennom ca. 200 oppdrag for SSHF.

Bedriftsfysioterapeuten har i 2017 i hovedtrekk gjennomført følgende aktiviteter:

- Deltatt med innlegg på HMS grunnkurs
- Gitt individuelle råd til ansatte i SSHF
- Holdt foredrag/gruppeveiledninger der det er blitt undervist innen ergonomi/gunstig kroppsbruk
- Deltatt i AMU MSK
- Blitt involvert i prosjekter vedrørende ombygginger/endringer i fysiske lokaler
- Organisert heldagssamling i forflytningskunnskap for forflytningsveiledere fra klinikkene
- Veiledet ansatte i PTSS i forflytning på forflytningssamlinger

7 Yrkeshygieniske kartlegginger og rådgivning

Yrkeshygieniker i BHT har bistått med kartlegginger og målinger av inneklime, støy, radon og muggsopp ved i alt 14 ulike avdelinger/enheter i SSHF. I tillegg har vi bistått med evalueringer og rådgivning av mer generell karakter innenfor fysisk arbeidsmiljø, HMS og bygningsmessige forhold.

8 Skader

I 2017 er det i TQM registrert totalt 689 ansattskader, inkludert vold/trusler, mot 468 i 2016.

9 Inkluderende arbeidsliv og sykefravær

Fagansvarlig avdeling: Organisasjonsavdelingen, Bedriftshelsetjenesten

SSHF signerte ny IA-avtale i desember 2014. Denne har varighet ut 2018. Avtalens overordnede mål er: "Å forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærvær og bedre arbeidsmiljøet, samt hindre utstøting fra arbeidslivet".

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

9.1. Geografisk IA-utvalg

Ved de tre lokasjonene Arendal, Flekkefjord og Kristiansand er det IA-utvalg med representanter fra alle klinikkene. Dersom en medarbeider på grunn av redusert arbeidsevne ikke lengre kan jobbe i egen klinikk, blir de meldt inn til IA-utvalget for vurdering opp mot ledige stillinger i hele SSHF. Det har vært avholdt jevnlig møter både i Arendal, Flekkefjord og Kristiansand i 2017.

9.2. Omplasseringer

Det ble i 2017 foretatt ni omplasseringer av medarbeidere på grunn av sykdom. Dette er omplassering til annen klinikk. I tillegg omplasseres et ukjent antall ansatte innenfor de ulike klinikkene uten at Organisasjonsavdelingen er involvert. Bedriftshelsetjenesten som bistår leder og ansatt i omplassingene, synes å merke at det har vært mer utfordrende å finne egnede stillinger til ansatte med nedsatt arbeidsevne. Dette blant annet på grunn av stillingsstopp og økt bruk av kombistillinger.

9.3. Aktivitet

IA-arbeid har også i 2017 vært en del av grunnkurs i HMS. IA-arbeid og sykefraværsoppfølging har også vært tema på enhetslederopplæringen og kurs for nye ledere.

Prosjektet «Kvinnens jobbtilknytning – en forklaring på kjønnsforskjeller i sykefravær» ble ferdigstilt mars 2016, og arbeid med å implementere funn og metoder i organisasjonen pågår. Prosjektet har fått mye oppmerksomhet nasjonalt og det er stor etterspørsel etter presentasjon av prosjektet og veiledning om arbeidsformen. Det er planlagt et oppfølgingsprosjekt som er rettet spesifikt mot gruppen ansatte med gjentagende høyt fravær over flere år.

«Gravid på jobb» ordning

SSHF har siden 2011 permanent ansatt jordmødre ved SSA, SSF og SSK, i totalt 60 % stilling, for å bistå ledere og gravide medarbeidere. Målet for "Gravid på jobb" er å forebygge og redusere sykefravær gjennom samtaler og individuell tilrettelegging. Metoden går ut på å gjennomføre tre trekantsamtaler mellom gravid medarbeider, nærmeste leder og jordmor i løpet av graviditeten.

Gjennomsnittlig pr. år har det vært 157 gravide medarbeidere ved SSHF og det har vært gjennomført 352 samtaler.

Råd- og diskusjonsgrupper for ledere i KPH ble gjennomført jevnlig i 2017. I tillegg har Klinikk for somatikk Kristiansand innført Råd- og diskusjonsgruppe for sine ledere.

9.4. Statistikk

Det samlede sykefraværet ved SSHF var i 2017 på 6,9 %, dette er en oppgang på 0,3 prosentpoeng fra 2016. Dette er blant de lavest sammenlignbare helseforetak i Helse Sør-Øst, selv om sykefraværet ved SSHF har økt de siste 2 årene. SSHF har som mål at sykefraværet ikke skal overstige 6,5 %. Samlet for Helse Sør-Øst var fraværet 7,4 %.

10 Beredskap

Fagansvarlig avdeling: Fagavdelingen

SSHF skal være rustet til å kunne behandle og vurdere pasienter i hele SSHF.

Kjennskap til planverket er en nøkkelfaktor for å være kunne klare dette – og at planverket er oppdatert og funksjonelt er meget viktig. Klinikken oppfordres til å gå se gjennom og vurdere sitt planverk, samt sørge for at det er oppdatert. Man tenker på personellbehov, tilpasning til ny organisering og eventuelle endringer i og på avdelinger og enheter. Dette er kontinuerlig arbeid som må arbeides med videre i 2018. KPH har laget egen beredskapsplan i 2017 som skal implementeres og øves i 2018.

Beredskapsplanen for hendelser internt har blitt videreutviklet og styrket. Nødvendigheten av dette har kommet frem etter hendelsesgjennomgang av enkelte interne hendelser i 2016 og 2017. Dette gjelder i hovedsak hendelser med påvirkning av indre miljø (røykutvikling, bortfall av vann, svikt i telefonanlegg og strømsvikt). Avdeling for Teknologi og e-Helse har gjort utbedringer på lokasjon SSA på deres anlegg for strøm, spesielt i E-fløyen.

I 2017 har man fortsatt forbedringsarbeidet etter en intern hendelse tilbake til 2016 (røykutvikling) som viste noen svakheter i enkelte systemer. På SSK har man satt opp et nytt radiokommunikasjonsanlegg som gjør at man har større og bedre mulighet til å varsle enheter og avdelinger ved interne hendelser. Dette er bærbart utstyr som enhetene kan ta med seg dersom man må evakuere fra enheten.

Det har vært fokus på potensielle e-kom utfordringer i 2017. Det har derfor vært arbeidet med manuelle rutiner for EPJ i 2017. Dette er arbeid som gjøres sammen med TEH. Forslag til hva klinikkene og enhetene skal ha av rutiner, maler og manuelle rekvisisjoner o.l. er distribuert. IKT avdelingen har også sørget for at man har et robust nød-rapportssystem som kan etableres dersom man skulle oppleve langvarig bortfall av e-kom.

Det har vært gjennomført øvelser for beredskapsledelsene i foretaket i 2017. Ledergruppen har også endret navn på stedlig- og overordnet beredskapsledelse, til stedlig- og overordnet kriseledelse. Dette i tråd med ny nasjonal helseberedskapsplan. Øvelsene har vært diskusjon- og planøvelser, noe man skal utvikle videre i 2018, da også med større skala-øvelser hvor man skal simulere masseskademottak.

Beredskapshendelser i 2017

Det har vært eksterne hendelser både på SSA og SSK som har ført til at sykehusene har økt til gul beredskap. Dette har vært hendelser med stort skadepotensiale, der man har økt sykehusets beredskapsnivå for å være godt forberedt. Begge hendelsene ble håndtert godt og man gikk tilbake til ordinær drift etter en liten stund. SSA har også vært i grønn beredskap på grunn av interne hendelser både i juni og september. Kriseledelse ble da etablert, potensialet ble vurdert og risikoreduserende tiltak ble iverksatt.

Overordnet kriseledelse har vært involvert i Fylkesmannens beredskapsutvalg som har vært etablert noen ganger i løpet av 2017, flest møter i forbindelse med flommen på Agder i månedsskiftet september/oktober.

11 Brannvern

Fagansvarlig avdeling: Teknisk seksjon

Organisatoriske forhold: Medisinsk serviceklinikk, Service- og Sikkerhetsavdelingen

11.1 Øvelser og opplæring

I 2017 var opplæringen basert på e-læring. Total deltakelse for SSHF er på 66 %. Målet var 90 % deltakelse. Det gjennomføres tiltak for å få opp deltakelsen til ønsket nivå for 2018.

11.2 Branntilsyn

Det ble gjennomført to branntilsyn i SSHF. Alle avvik ble lukket i løpet av året.

11.3 Bygningsmessige forhold

Arbeidet med brannteknisk gjennomgang har fortsatt i 2017. Ved SSK er branntegninger og rømningsplaner fornyet, og det er utarbeidet Handlingsplan for utbedring av avvik.

Ved SSA har det pågått et arbeid med å lukke avvik etter brannteknisk gjennomgang fra 2015/16.

Dette er et stort arbeid som vil pågå i flere år i hele SSHF. Flere tiltak krever investeringsmidler for å få brannsikkerheten opp på dagens standard.

12 Smittevern

Fagansvarlig avdeling: Fagavdelingen, Smittevernenheten (SME).

12.1 Generelt

Smittevernenheten har deltatt på HMS-opplæringen for ledere, tillitsvalgte og verneombud og har i tillegg gjennomført undervisning for flere avdelinger og yrkesgrupper, og i tillegg studenter.

I desember 2016 vedtok sykehusledelsen økt obligatorisk opplæring innen smittevern for ansatte, bl.a. med kunnskapstest i smittevern hvert 2. år for alle som jobber pasientnært i somatikk. Som ledd i dette ble undervisningen av nyansatte lagt om. Pga. dette er Smittevernenheten nå kun inne med undervisning for nye LIS-1, ikke andre nyansatte.

12.2 Infeksjonsutbrudd/smitteoppsporing av ansatte

Det har ikke vært hendelser som har medført screening av ansatte eksponert for TBC i arbeidet i 2017.

Det utføres MRSA screeninger av ansatte i sykehuset, etter tilfeldige funn av MRSA. Dette foregår i et etablert samarbeid mellom Smittevernenheten, leder av aktuell enhet der smitte har oppstått, Mikrobiologisk avd. og Bedriftshelsetjenesten. Det har vært flere slike smitteoppsporinger i SSHF i 2017.

To ansatte har testet positivt på MRSA i 2017 i forbindelse med smitteoppsporing. Den ene har et funn som skiller seg fra indexpasient, slik at dette ikke er smitte som har skjedd i forbindelse med denne. For den andre gikk det lang tid mellom eksponering og screening, 4 mnd., slik at det er knyttet usikkerhet til om det er sammenheng mellom pasient- og ansattfunn.

I tillegg testet én student og én ansatt positivt for MRSA i forbindelse med kontroll før ansettelse/praksis (egenerklæringsskjema).

Våren 2017 var det et utbrudd av vancomycinresistente enterokokker (VRE) ved gastrokirurgisk sengepost i SSK. Utenom indexpasient ble VRE påvist hos ytterligere én pasient. Det ble gjort en omfattende screening av mulig smitteeksponerte pasienter fra de aktuelle avdelingene de to pasientene hadde vært på.

På bakgrunn av nasjonale anbefalinger ble ingen ansatte screenet i forbindelse med dette utbruddet.

12.3 Vaksinasjoner

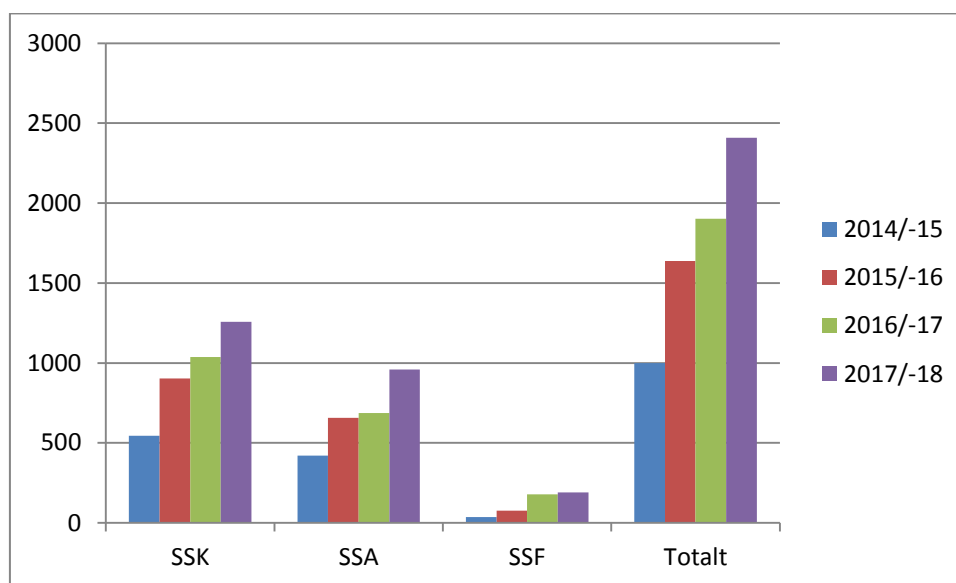
Vaksiner	SSA			SSK		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Engerix – B	138	78	39	123	126	92
Havrix	27	7	4	25	20	25
Vaxigrip (influenza) *	219	244	278	280	280	341
Boostrix	31	9	9	12	11	10
Boostrix polio	116	16	17	46	44	37
Twinrix	51	26	16	48	40	28
Imovax polio	26	3	7	34	15	8
					Etter- registrert	
Registreringer						
Egenerklæringsskjema	670	774	856	1382	1721	1270
Stikkskader/blodsmitte nye tilfeller	57	40	77	84	95	102
Smittede ansatte	0	0	0	0	0	0

*inkluderer ikke influensavaksiner satt av ansatte på hverandre i ulike avdelinger

SSF

Vaksinering av ansatte gjennomføres av sykepleier i Medisinsk poliklinikk, og det føres ikke statistikk over vaksiner satt der. *(Egenerklæringsskjema fra SSF inngår i SSK-tall)*

I 2017 har SME videreført arbeidet for å øke deknningen av influensavaksinering på sykehuset. Totalt ble det levert ut ca. 2 400 influensavaksiner til ansatte på SSHF høsten 2017. Den positive utviklingen fra forutgående år fortsetter i alle tre sykehus.



13 Strålevern

Fagansvarlig avdeling: Medisinsk serviceklinikk

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

Lokale strålevernkontakter og sentral strålevernkoordinator har holdt en rekke undervisninger innen strålevern og apparatspesifikk opplæring til ansatte ved SSHF. Oppmøtet på undervisningene har vært bra for de ulike personellkategoriene, men dog med noen få unntak innen legegruppene.

SSHF har i 2017 hatt 36 registrerte strålevernsmessige uhell/hendelser ved bruk av ioniserende stråling, og de fordeler seg på følgende måte:

Undersøkelse utført på feil pasient	2
Undersøkelse utført på feil kroppsdel	4
Unormalt høy stråledose	3
Gjentak av undersøkelse pga operatørfeil	14
Gjentak av undersøkelse pga feil på utstyr	6
Annet	7

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

8.1 Personelldoser

I 2017 er det registrert over 300 arbeidstakere som har brukt persondosimeter ved SSHF, dosefordelingen er for disse som følger:

	SSA	SSF	SSK
0 mSv	92	16	159
0-1 mSv,	10	7	20
1-3 mSv	8	2	10
>3 mSv	5	0	1

Høyeste registrerte dose var 19,0 mSv, tilsvarende 5,7 mSv i effektiv dose. Maksimal tillatt effektiv dose i henhold til Strålevern forskriften er 20 mSv per år.

Det er de samme personellgrupper som hvert år får de høyeste dosene; kardiologer og radiologer som arbeider med angio- og intervensjonsundersøkelser.

8.2 Utslipp av radioaktive stoffer

SSHF har i 2017 hatt følgende beregnede utslipp av radioaktive stoffer til avløpsnett via pasient fra nukleærmedisinsk virksomhet:

Nuklide	Årlig tillatt utslippsmengde [GBq]	Utslipp fra Sørlandet sykehus Kristiansand, for 2017 [GBq]

Tc-99m	800	260
I-131	5	0,35
I-123	12	0,2
In-111	2	-
Ga-67	0,2	-
Se-75	0,0005	-
Ra-223	0,225	0,02

Utslippene er innenfor utslippstillatelsen.

8.3 Radioaktivt avfall

SSHF har i 2017 ikke generert radioaktivt avfall som har vært deponeringspliktig.

8.4 Statens strålevern

SSHF har i 2017 ikke hatt tilsyn fra Statens strålevern.

14 Medisinsk teknisk utstyr

Fagansvarlig: Teknologi og E-Helse, Medisinsk Teknologisk Seksjon (MTS).

Seksjonen består av fire enheter;

- Medisinsk Teknologisk Enhet, Kristiansand
- Medisinsk Teknologisk Enhet, Arendal
- Medisinsk Teknologisk Enhet, Flekkefjord
- Enhet for Behandlingshjelpemidler

14.1 Virksomhetens omfang

MTA forvalter en utstyrspark av MTU bestående av ca. 29 000 enheter, med en akkumulert historisk anskaffelsesverdi på ca. kr. 850 000 mill.

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

I 2017 ble det loggført ca. 14 000 tekniske oppdrag på utstyret, hvorav ca. 5 000 av oppdragene har vært periodisk vedlikehold. De resterende er klassifisert som uforutsette reparasjoner og annet arbeid i relasjon til utstyret.

14.2 Risikovurdering

MTU vedlikeholdes i all hovedsak i hht produsentens anbefalinger, og risikovurderes i de tilfeller hvor dette fravikes.

14.3 Opplæring

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

14.4 Tekniske behandlingshjelpemidler

I tillegg til MTU i bruk inne på sykehusene, er det pr. d.d. ca. 14 000 utlån av teknisk utstyr som sykehuset har ansvar for til pasienter som behandles i hjemmet. Utlevering, pasientkontakt, reparasjon og vedlikehold av dette utstyret, inkludert utlevering av forbruksvarer, håndteres av Enhet for Behandlingshjelpemidler. Enheten leverer også ut forbruksvarer til f.eks. ernæringspasienter, og organiserer gassdistribusjon til pasienter som er avhengig av oksygen.

14.5 Avvik

Det er i 2017 meldt om få uhell/nesten-uhell med medisinsk utstyr til Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB.)

14.6 Tilsyn

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

15 Ytre miljø

Fagansvarlig avdeling: Teknologi og E-helse, miljørådgiver.

15.1 Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet har vedtatt at alle helseforetak skal være miljøsertifisert etter ISO 14001-standarden. SSHF har arbeidet aktivt med dette de siste årene og vi ble sertifisert i september 2014. Regjeringen har tidligere signalisert at offentlige bygge- og anleggstiltak skal vektlegge miljø og estetikk. Dette har SSHF lagt til grunn i arbeidet med miljøsertifiseringen.

ISO 14001 er en internasjonal standard for oppbygging av miljøstyringssystem. Den inneholder detaljerte krav til hvordan et miljøledelsessystem skal bygges opp. Miljøledelse er en kontinuerlig syklus av planlegging, gjennomføring, kontroll og forbedring for å sikre at foretaket oppnår en forbedring av sin miljøpresentasjon. Standarden setter ikke konkrete krav om miljøprestasjon, utenom oppfyllelse av lover og forskrifter knyttet til ytre miljø. Miljømål og handlingsplaner må foretaket selv formulere.

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

15.2 Miljøpolitikk

SSHF har vedtatt en miljøpolitikk slik ISO-14001 krever. Overordnet mål er å redusere CO₂-utslipp. De viktigste faktorene som påvirker ytre miljø er identifisert og i våre miljømål adresserer CO₂-utslipp, energibruk, kildesortering og reisemønster.

15.3 Periodisk revisjon DNV

For å opprettholde ISO-sertifiseringen har vi årlig besøk av DNV GL. I 2017 ble det gjennomført ekstern revisjon og kjemikaliehåndtering var valgt som fokusområde. Totalt fikk vi 14 funn, hvor kun 3 av disse ble

vurdert som avvik (mindre avvik), 7 som observasjoner og 4 som forbedringsområder. Alle de 14 funnene ble lukket innen fristen på 13 uker, og noen av temaene ble fulgt opp gjennom internrevisjon i løpet av 2017.

Revisjon med DNV GL i 2018 vil være i uke 5 og foregår etter 2015-standarden av ISO 14001. Valgt fokusområde er avfallshåndtering. Som tidligere år vil alle klinikkene være aktuelle for revisjon, og DNV vil velge ut aktuelle avdelinger og enheter som får besøk.

15.4 Internrevisjon

For å følge opp miljøledelsessystemet skal det jf. ISO-standarden og egne prosedyrer gjennomføres internrevisjoner med utvalgte fokusområder. I 2017 ble det gjennomført 6 internrevisjoner under ledelse av Energi- og miljøleder, i samråd med yrkeshygieniker fra Bedriftshelsetjenesten og hovedverneombud. Tre internrevisjoner ble avlyst/flyttet til 2017.

15.5 Klimaregnskap og rapportering

I starten av februar 2018 ble klimaregnskapet for 2017 oversendt til HSØ, og noen av hovedpunktene er vist i tabellen under:

	2014	2015	2016	2017
Energiforbruket (KwH)	59 798 000	61 222 006	63 543 658	61 301 989
Avfallsmengde (tonn)	1 771	1 912	1 739	1 727
Vannforbruket (m3)	160 773	139 718	146 724	156 598*
Flyreiser, ansatte (km)	3 344 451	3 365 138	2 996 973	3 133 201
Kjøring i tjeneste (km)	2 203 809	2 174 298	2 016 976	1 960 131

* Vannforbruket 2017 inkluderer alle bygg tilhørende SSHF, og det kan knyttes usikkerhet til direkte sammenlikning mot 2016

Det ble gjennomført energimerking av alle våre bygg i 2015, og det ble utarbeidet en liste med ENØK-tiltak. Denne listen oppdateres løpende. Enøk-tiltak gjennomføres basert på lønnsomhet og tilgjengelige midler. I prosjekter som ikke er direkte relatert til ENØK tiltak prøver vi å kombinere disse med enøk tiltak da det ofte gir en lavere samlet kostnad enn om dem gjennomføres hver for seg. Det har vært et økende forbruk av energi de siste årene tross gjennomførte enøk-tiltak. Det må sees i sammenheng med økt bruk ventilasjon med kjøling i lokaler som tidligere har hatt dårlig/ingen ventilasjon.

I 2017 har SSHF levert ca. 12 tonn mindre avfall sammenliknet med 2016 og en reduksjon på 185 tonn sammenliknet med 2015, noe som kan indikere at vi er blitt noe bedre til å redusere forbruk og å gjenbruke der hvor det er mulig. Gjennomsnittlig sorteringsgrad ved sykehusene har økt fra ca. 40 % i 2014 til 50 % i 2017; vi nådde dermed målet om 45 % sorteringsgrad totalt for SSHF innen utgangen av 2017. Utviklingen går i riktig retning, men enkelte fraksjoner øker avfallsmengden. I 2017 hadde vi ekstra fokus på smitteavfall med prosjektet GUL17. Målet for 2020 er en sorteringsgrad på 60 %.

Transport av varer, pasienter og medarbeidere er en stor utfordring med hensyn til ytre miljø. Mer samkjøring, økt bruk av video og sykehusbussene er eksempler på tiltak som alle klinikkene har inkludert i sine handlingsplaner for ytre miljø. Som tallene fra klimaregnskapet viser over ser vi en nedgang i kjørte kilometer i tjeneste, noe som er helt i tråd med våre miljømål og etter standardens intensjoner om

kontinuerlig forbedring av vår miljøprestasjon. Dessverre ser vi en økning i flyreiser, både innenlands og utenlands.

15.6 Videre arbeid

I 2018 vil det blant annet bli jobbet med å samordne revisjonsarbeidet innen ytre miljø med HMS-området, og det vil spesielt være fokus på tiltak som kan redusere vår miljøpåvirkning. Transport og bilparken, vil være områder vi skal arbeide mye med det kommende året, for å sikre at våre besøkende og ansatte kan benytte miljøvennlige transportmiddel til og fra sykehuset. Miljøvennlig transport vil også være i fokus under vår markering av verdens miljødag 5. juni. I tillegg vil vi fokusere på miljøgevinster i forbedringsprosjekter, utover kvalitet og økonomi.

15.7 Innkjøp

Det arbeides kontinuerlig med miljøbevisste innkjøp og integrering av miljøhensyn i alle relevante anskaffelsesprosesser. Innkjøpsavdelingen trekkes nå i større grad med på et tidlig stadium når det gjelder å sette miljøkrav til anskaffelser.