

		<b>Foretaksnivå</b>		<b>Prosedyre</b>	
<b>Vernerunder prosedyre SSHF</b>					
Dokument ID: <b>I.5.4.13-21</b>		Godkjent dato: <b>25.11.2025</b>		Gyldig til: <b>25.11.2026</b>	
				Side 1 av 3	
Revisjon: <b>5.22</b>					

Foretaksnivå/Virksomhetsstyring/HMS/Systematisk HMS-arbeid

## **Formål**

Vernerundene er en del av det årlige systematiske og forebyggende HMS-arbeidet i SSHF, og skal bidra til å forebygge skade på helse og miljø. Vernerundene skal, sammen med ForBedring, bidra til å oppfylle kravene til HMS-kartlegging i [Kapittel 04 - HMS \(Helse, miljø og sikkerhet\) - policydokument](#). Vernerunden ivaretar også målet fra HSØ om årlige revisjoner av det systematiske HMS-arbeidet.

## **Ansvar og omfang**

Alle ledere med personal- og HMS-ansvar, skal gjennomføre vernerunde i eget ansvarsområde en gang årlig. I vernerundene kartlegges avdelingens status på hele HMS-området.

Vernerundene skal, ihht [HMS-årshjul Sørlandet sykehus HF](#) for HMS-aktiviteter, gjennomføres innen utgangen av april hvert år. Resultater og forslag til tiltak skal presenteres for alle ansatte innen utgangen av mai hvert år.

Leder skal planlegge og gjennomføre vernerundene i samarbeid med sitt lokale verneombud, som også skal delta i vurderingen av tiltak. Dersom vurdering av forholdene forutsetter faglig kompetanse, innhentes bistand fra [beredskapsrådgiver](#), [HR-seksjonen v/HMS-rådgivere](#) i Bedriftshelsetjenesten, [Smitteverneheten](#) og/eller Teknisk/Med. teknisk avdeling.

Verneombudet skal bidra til et konstruktivt samarbeid med den leder som gjennomfører vernerundene, og til at kritikkverdige HMS-forhold kommer frem og blir utbedret. Dersom leder ikke gjennomfører vernerunde, tar verneombudet dette opp med leder. Dersom leder fortsatt ikke gjennomfører vernerunde, meldes det som en uønsket hendelse.

## **Klassifikasjon**

Ved kartlegging av HMS-forhold, kodes vurderingene slik:

<b>Grønn:</b>	<b>Tilfredsstillende (brukes også når forholdet er uaktuelt)</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ingen brudd på HMS-lovgivning eller SSHFs HMS-mål eller -prosedyrer</li> <li>– Liten risiko for helse- eller miljøskade</li> </ul>
<b>Gul:</b>	<b>Avvik. Risikovurdering og/eller tiltak vurderes</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mulig brudd på HMS-lovgivning eller SSHFs HMS-mål eller -prosedyrer, og/eller</li> <li>– Risiko for helse- eller miljøskade på kort eller lang sikt</li> </ul>
<b>Rød:</b>	<b>Avvik. Risikovurdering og/eller tiltak for å utbedre forholdene er nødvendig</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Brudd på HMS-lovgivning eller SSHFs HMS-mål eller -prosedyrer, og/eller</li> <li>– Stor fare for helse- eller miljøskade</li> </ul>

## **Handling**

- Gjennomgå og fyll ut [Skjema for Vernerunder \(I.5.4.8-8\)](#). Ved utfyllingen tar leder og verneombud utgangspunkt i både skjema for vernerunder og avdelingens/enhetens HMS-håndbok - Daglig HMS-arbeid
  - Gjennomgå alle oppgaver som er ført opp i avdelingens/enhetens [HMS-håndbok - Daglig HMS-arbeid SSHF](#)
  - Klassifiser forholdene i vernerundeskjemaet som grønn, gul eller rød (se over)
  - Vurder om andre oppgaver/forhold burde tas med i avdelingens/enhetens HMS-håndbok og sjekkes ved vernerunden
  - Dersom det er behov for mer informasjon, gjennomføres befarings(er). Befaring skal alltid gjennomføres når verneombudet ber om det

Utarbeidet av: <b>Trond Seland</b>	Fagansvarlig: <b>Trond Seland</b>	Godkjent av: <b>Organisasjonsdirektør Nina Føreland</b>	
---------------------------------------	--------------------------------------	--	--

 SØRLANDET SYKEHU		<b>Vernerunder prosedyre SSHF</b>			<b>Side: 2</b> <b>Av: 3</b>
Dokument-id: I.5.4.13-21	Utarbeidet av: Trond Seland	Fagansvarlig: Trond Seland	Godkjent dato: 25.11.2025	Godkjent av: Organisasjonsdirektør Nina Føreland	Revisjon: 5.22

Foretaksnivå/Virksomhetsstyring/HMS/Systematisk HMS-arbeid

- Dersom noen av punktene klassifiseres på gult eller rødt (avvik), lukkes avvikene umiddelbart, dvs gjennomføre tiltak for å utbedre avvikene. Hvis hendelser og avvik ikke kan lukkes, gjennomføres risikovurdering i kvalitetsportalen. Verneombudet skal delta ved risikovurdering
- 2. Leder melder hendelser/avvik som er avdekket på vernerunden i Uønskede hendelser. **Forhold som kan medføre fare for liv og helse tas opp med leder på neste nivå (evt. klinikk-sjef), og utbedres snarest**
- 3. Vurder tiltak. Tiltak som ikke kan innpasses i avdelingens/enhetens økonomiske rammer, og som ikke haster, fremmes i den ordinære budsjettprosessen
- 4. Funn fra vernerunder og forslag til tiltak presenteres for medarbeiderne innen utgangen av mai. Alle medarbeidere bør gis mulighet til å gi innspill ift funn og tiltak
- 5. Diskusjon av funn og tiltak kan om nødvendig skje i gruppesamtaler om arbeidsmiljø – se også [ForBedring - lederhåndbok SSHF](#).
- 6. Dokumenter tiltak i HMS – handlingsplan under Handlingsplaner i Kvalitetsportalen. Handlingsplanen skal minst angi tiltak, ansvar og tidsfrist
- 7. Utfylt vernerundeskjema lagres i HMS-handlingsplan i Kvalitetsportalen
- 8. Rapport fra vernerunde, med plan for utbedring av avvik, sendes avdelingsleder og klinikkens AMU til orientering, og evt, behandling. Forhold som vedrører flere avdelinger, vurderes behandlet i klinikk-AMU

### **Dokumentasjon**

Modulen for handlingsplaner i Kvalitetsportalen. Bruk HMS-handlingsplan.

[HMS-håndbok - Daglig HMS-arbeid SSHF](#) skal godkjennes av avdelingsleder/klinikk-sjef i EK.

### **Avvik/hendelser**

Uønskede hendelser i forhold til denne prosedyren meldes og behandles løpende i Kvalitetsportalen, i henhold til [Uønskede hendelser - policydokument](#)

- Manglende eller ikke oppdatert [HMS-håndbok - Daglig HMS-arbeid SSHF](#)
- Ikke gjennomført årlig vernerunde ihht prosedyren
- Avdekket helse- eller miljøskade, eller risiko for helse- og miljøskade
- Manglende involvering av verneombudet
- Ikke gjennomført ROS av forhold klassifisert som gul eller rød, se til [Risikostyring - retningslinje](#)
- Ikke utarbeidet HMS - handlingsplan eller gjennomført tiltak

 SØRLANDET SYKEHU		<b>Vernerunder prosedyre SSHF</b>			<b>Side: 3</b> <b>Av: 3</b>
Dokument-id: I.5.4.13-21	Utarbeidet av: Trond Seland	Fagansvarlig: Trond Seland	Godkjent dato: 25.11.2025	Godkjent av: Organisasjonsdirektør Nina Føreland	Revisjon: 5.22

Foretaksnivå/Virksomhetsstyring/HMS/Systematisk HMS-arbeid

### Kryssreferanser

<a href="#">I.5.2.4-12</a>	<a href="#">Uønskede hendelser - policydokument</a>
<a href="#">I.5.4-1</a>	<a href="#">Kapittel 04 - HMS (Helse, miljø og sikkerhet) - policydokument</a>
<a href="#">I.5.4.3-1</a>	<a href="#">ForBedring - lederhåndbok SSHF</a>
<a href="#">I.5.4.13-20</a>	<a href="#">HMS-håndbok - Daglig HMS-arbeid SSHF</a>
<a href="#">I.5.4.13-24</a>	<a href="#">HMS-årshjul Sørlandet sykehus HF</a>
<a href="#">I.5.11-3</a>	<a href="#">Risikostyring - retningslinje</a>

### Eksterne referanser

- [2.37 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)
- [2.72 Systematisk HMS-arbeid i virksomheter \(Internkontrollforskriften\)](#)
- [15.34.7 Intranett - Organisasjonsavdelingen](#)