



HMS-årsrapport

2018



Introduksjon

Denne årsrapporten skal gi innsikt i Oslo universitetssykehus HF (OUS) sitt arbeid og status innen helse, miljø og sikkerhet (HMS).

Hovedoppgavene til OUS er relatert til pasientbehandling, men det drives også forskning og utdanning. Ansatte skal i dette arbeidet ha et fullt forsvarlig arbeidsmiljø når det gjelder fysiske og psykiske faktorer. OUS har som målsetning at arbeidssituasjonen til den enkelte skal være meningsfylt og helsefremmende.

Et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt er en forutsetning for god pasientbehandling i en travel hverdag. OUS skal være en arbeidsplass ansatte er stolte av og hvor de trives med å jobbe. Arbeidsmiljøet påvirkes av omgivelsene og menneskene i samspill. Helseforetaket har ansvar for å skape et godt arbeidsmiljø i samarbeid med de ansatte. OUS har tro på at et godt arbeidsmiljø gir god pasientbehandling.

Årets HMS-årsrapport er resultatet av en prosess som involverer innspill fra alle nivåer i virksomheten:

Del 3: Verneområdene gjennomfører HMS-runden og de ansatte svarer på ForBedring. Resultatene fra dette, i tillegg til annen relevant data, blir brukt som grunnlag av klinikkene til å utarbeide sine egne HMS-årsrapporter. Disse rapportene er godkjente og forankret i de forskjellige klinikk-AMU.

Del 2: HMS-faginstansene og -gruppene i OUS bruker klinikkens HMS-årsrapporter (del 3) sammen med annen relevant data til å vurdere OUS sin tilstand for de forskjellige temaene. Det blir også gitt anbefalinger til forbedringstiltak.

Del 1: Den sentrale arbeidsgruppen bruker del 3 og del 2 til å gjøre statusvurderinger og sette satsingsområder, mål og tiltak for HMS for hele OUS. Arbeidsgruppen har i år bestått av Sølvi Andersen (stabsdirektør fag, pasientsikkerhet og samhandling), Susanne Flølo (direktør for HR og personal), Per Oddvar Synnes (foretakshovedverneombud) og Bergljot Fuhr Lunde (stedfortredende foretakshovedverneombud). Jill Jahrmann (leder av Arbeidsmiljøavdelingen) har vært med som sekretær i arbeidsgruppen.

Årsrapporten består av fem hovedkapitler:

Del 1: Den sentrale arbeidsgruppens vurderinger, mål og tiltak for HMS i OUS

Kapittel 1: OUS sin overordnede HMS-årsrapport

Del 2: HMS-faginstansenes/-gruppenes vurderinger av temaene

Kapittel 2: Systematisk HMS

Kapittel 3: Fysisk arbeidsmiljø

Kapittel 4: Psykososialt arbeidsmiljø

Del 3: Klinikkenes arbeidsgrupper sine vurderinger og forbedringstiltak

Kapittel 5: Klinikkenes HMS-årsrapporter

Innhold

1.	Overordnet HMS-årsrapport for OUS	5
1.1.	Status, mål og tiltak for HMS i OUS	5
1.2.	OUS sine største utfordringer innen HMS	15
1.3.	OUS sine satsingsområder for HMS for 2019	16
2.	Systematisk HMS	17
2.1.	Systematisk HMS-arbeid	17
2.2.	Ytre miljø	27
2.3.	Smittevern	28
2.4.	Inkluderende arbeidsliv	31
2.5.	Gravid og trygg i jobb	34
2.6.	Rus- og avhengighetsproblematikk	36
2.7.	Vold og trusler	38
2.8.	Sentralt AMU	41
2.9.	HMS-utvalget	41
3.	Fysisk arbeidsmiljø	42
3.1.	Ergonomi og fysisk helse	42
3.2.	Plassforhold	45
3.3.	Luftkvalitet	46
3.4.	Støy	49
3.5.	Lysforhold	51
3.6.	Kjemisk arbeidsmiljø	53
3.7.	Strålevern	55
3.8.	Brannvern	56
3.9.	Medisinsk teknologi	59
3.10.	Elektro	62
4.	Psykososialt arbeidsmiljø	65
4.1.	Innledning	65
4.2.	Åpenhetskultur og respektfullt arbeidsmiljø	67
4.3.	Mobbing og trakassering	70
4.4.	Samarbeid (mellom yrkesgrupper og andre enheter)	74
4.5.	Konflikter og konflikthåndtering	76
4.6.	Negativt stress og medvirkning	80
5.	Klinikkenes HMS-årsrapporter for 2018	86
5.1.	Akuttklinikken	88
5.2.	Barne- og ungdomsklinikken	94
5.3.	Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	101
5.4.	Hjerte-, lunge- og karklinikken	106
5.5.	Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	112
5.6.	Klinikk for laboratoriemedisin	119
5.7.	Kreftklinikken	125
5.8.	Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	130
5.9.	Kvinneklinikken	138
5.10.	Medisinsk klinikk	144
5.11.	Nevroklinikken	149
5.12.	Ortopedisk klinikk	154
5.13.	Oslo sykehusservice	160
5.14.	Klinikk for psykisk helse og avhengighet	166
5.15.	Prehospital klinikk	171

5.16. Direktørens stab	177
5. Vedlegg	183
Vedlegg 1: Medlemmer i AMU og AU 2018.....	183
Vedlegg 2: Oversikt over klinikkforkortelsene	185

1. Overordnet HMS-årsrapport for OUS

1.1. Status, mål og tiltak for HMS i OUS

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak OUS	Forbedringstiltak klinikk
1. Systematisk HMS-arbeid		<p>Sykehuset har gode HMS systemer som integreres i Achilles. Dette gir mulighet for overblikk og systematisk tilnærming. For optimal effekt av systemene må flest mulig ansatte svare på ForBedring undersøkelsen, og alle verneområder/enheter gjennomføre oppfølging av undersøkelsen, samt HMS runde. De beste enhetene/lederne mestrer å integrere Lean/forbedringstankegang.</p> <p>Oppdragsdokumenter fra 2016 til 2019 ber om integrering av pasientsikkerhet, kvalitet og HMS. I samme periode har OUS gjennomført internrevisjon av HMS og gjennomført et arbeid med utpekte utfordringer og tiltak for å kunne integrere de nevnte områdene. Rapporter fra de interne arbeidene og revisjonene peker i samme retning - mot at OUS mangler en organisering på foretaks- og klinikknivå som synliggjør kompetanse og ansvar innen HMS, pasientsikkerhet og kvalitet.</p>	<p>Øke svarprosent på ForBedring. Flere gjennomførte HMS runder.</p> <p>Synliggjøre sammenhenger mellom HMS runde, avvik, ForBedring-resultater, tavlemøter, grønne korset, personalmøter, medvirkning - HMS, kvalitet og pasientsikkerhet.</p> <p><i>Enhetlig</i> organisering på klinikknivå som ivaretar synergier mellom pasientsikkerhet, HMS og kvalitet og sikrer mulighet for HMS arbeid på tvers i organisasjonen.</p>	<p>Gjennomføre organisasjonsendring på klinikknivå for å optimalisere kvalitet, utvikling og effektivitet (på lik linje med HR og Økonomi).</p>	<p>Tiltak for optimal svardeltagelse på ForBedring.</p> <p>Oppfølging av alle ledere som ikke gjennomfører tilbakemeldingsmøter og HMS runde.</p>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak OUS	Forbedringstiltak klinikk
2. Plassforhold		OUS har en variert og aldrende bygningsmasse som gir utfordringer for moderne sykehusdrift. Mange av klinikkene opplever utfordringer med tanke på plassforhold - både på grunn av fortetning og rom som ikke er hensiktsmessige for bruksområdet.	Optimal bruk av eksisterende bygningsmasse. Medvirkning i fremtidens OUS for å sikre fleksible og hensiktsmessige plassforhold.	Ombygginger og tilpasninger der dette er mulig og hensiktsmessig, samt deling og vurdering av totalfordeling av areal.	Ledere og vernetjeneste må sammen følge nøye med, inkludere ansatte i forbedringsprosesser, og vurdere endringer.
3. Luftkvalitet		Variert og gammel bygningsmasse - varierende kvalitet på, og tilstedeværelse av ventilasjonsanlegg og solavskjerming.	Best mulig inneklimateforhold alle årstider.	Ombygginger og tilpasninger der dette er mulig og hensiktsmessig.	Arbeidssteder uten kjølesystemer bør planlegge for midlertidige tiltak om sommeren (mobile enheter). Orden og renhold kan redusere oppsamling av støv, og felles rengjøring bør være en del av hver enhets årsplan.
4. Støy		Støy forekommer i kontorlandskap, ofte som følge av fortetning, på grunn av støyende utstyr, og som følge av byggestøy.	Minimere plager og dårlige arbeidsforhold som følge av støy.	Radiumhospitalet vil være spesielt utsatt for støy de nærmeste årene på grunn av riving og bygging. Løpende vurdering og tiltak er nødvendig.	Løpende vurdering og tiltak leder og verneombud.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak OUS	Forbedringstiltak klinikk
5. Lysforhold		Klinikkene er i all hovedsak tilfredse med lysforholdene.			Løpende vurdering og tiltak leder og verneombud.
6. Ergonomi og fysisk helse		<p>Klinikkene skårer seg selv dårligere enn i 2017. Majoriteten av legemeldt sykefravær er på grunn av muskel - skjelettplager.</p> <p>Manglende mulighet til riktige ergonomiske tiltak (plasshensyn, utstyr), stykkevis oppmerksomhet i hverdagen, manglende kompetanse om sammenheng mellom arbeidskapasitet og arbeidskrav (fysisk helse).</p> <p>Manglende kultur i OUS for å vektlegge fysisk helse hos ansatte.</p>	<p>God lokal kompetanse innen forflytningsteknikk og ergonomi.</p> <p>Innføring av helsemotivator som ressursperson(er) i enheter innen 2021.</p>	<p>Fortsatt satsning på forflytningsnettverk og utvikling av helsefremmende / forebyggende kultur.</p> <p>Utdanne flere helsemotivatorer.</p>	<p>Opprettholde kompetanse ved å ha fungerende ergonomiveiledere og / eller forflytningsveiledere i alle enheter.</p> <p>Velge helsemotivator og sende vedkommende på kurs.</p> <p>Risikovurdere arbeidskrav / arbeidshelse og anerkjenne at ansattes helse er av betydning. Spesielt aktuelt for ansatte i</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stillesittende yrker 2) i yrker med mye daglig bevegelseskrav og 3) i yrker med tunge løft / forflytningssituasjoner.
7. Kjemisk arbeidsmiljø		Stort antall kjemikalier gjør det svært tidkrevende og utfordrende å utføre påkrevd risikovurdering og substitusjonsvurdering. I en travel driftshverdag glipper det på løpende, systematisk oppfølging.	Bedre kjennskap til stoffkartoteket blant ansatte som har kjemikalier i sin arbeidshverdag.	Oppdatert, levende oversikt over kjemikaliekontakter.	Etablere klinikkontakt for kjemikalier.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak OUS	Forbedringstiltak klinikk
8. Smittevern		Ikke gjennomført krav til sikkerhetskanyler Manglende smittemerking, plassmessige utfordringer med flersengsrom og manglende isolater. Fremdeles manglende etterlevelse av basale smittevernrutiner.	Bruk av sikkerhetskanyler i hele sykehuset, der det ikke finnes klare grunner for dispensasjon.	Innføre sikkerhetskanyler som førstevalg / eneste valg i innkjøpsportal. Prosjekt med tanke på gjennomførte rutiner for smittemerking og informasjon om smitte.	Informasjon og opplæring om sikkerhetskanyler.
9. Strålevern		I all hovedsak godt forebyggende arbeid innen strålevern. En klinikk har skåret seg selv rødt fordi 3 personer fikk akkumulert dose > 20 mSv, dette er en økning fra en i 2017 og utløser rød indikator. Samme klinikk forebyggende arbeid med strålevern skårer grønt.	Opprettholde godt strålevern i hele OUS.	OUS lager supplerende kurs i strålevern sammen med Helse Sør-Øst.	Videreføring av gode rutiner og opplæring av nyansatte.
10. Brannvern		Klinikkenes egenvurderinger er ikke sammenlignbare fra 2017 til 2018. I 2017 ble kun opplæring vurdert, mens i 2018 vurderes brannvern som helhet. Brannvernseksjonen er ikke enig i de mange grønne tilstandsvurderingene hos klinikkene. De mener at øvelses- og opplæringsbehov ikke prioriteres. Oppstart av rokade / forberedelse til riving og nybygg på Radiumhospitalet har avdekket manglende infrastruktur og rutiner innen brannvern.	80% av ansatte ved OUS skal ha gjennomført obligatorisk opplæring. Tilfredsstillende nivå på brannvern på Radiumhospitalet i rive- og byggeperioden.	Spesiell oppmerksomhet om rutiner og infrastruktur i forbindelse med riving og nybygg på Radiumhospitalet.	Sikre at alle ansatte gjennomfører obligatorisk opplæring.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak OUS	Forbedringstiltak klinikk
11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		<p>Tendensen blant klinikkene er en bedring i HMS forhold knyttet til MTU. Én klinikk skårer fremdeles rødt, på bakgrunn av mye gammelt utstyr og manglende oppmerksomhet om kassasjon.</p> <p>Opplæring og bruk er primære HMS forhold knyttet til MTU, men gammelt utstyr / usikkerhet om driftssikkerhet vil også ha en reell arbeidsmiljømessig effekt.</p>	<p>Strukturert oversikt over opplæringsbehov, eksisterende kompetanse, krav fra produsent, og alder på utstyr.</p>	<p>Innføring av kompetanseregistrerings verktøy for å muliggjøre oversikt over opplærings-/kompetansekrav.</p>	<p>Ta hensyn til leverandørens brukeropplæring.</p> <p>Systematisk tilnærming til kassasjon.</p>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak OUS	Forbedringstiltak klinikk
12. Elektro		<p>Tilstanden innen elektro ved OUS er i bedring. De seneste år har internkontrollen blitt forbedret, blant annet ved årlig kontroll av Gruppe 2 rom, og nødstrøm er sikret til sentrale bygg og tjenester.</p> <p>Lukking av avvik er satt i system ved prioritering av de mest alvorlige avvikene. Elektro har fremstått som noe usammenhengende og med manglende struktur på tvers av lokasjonene gjennom flere år.</p> <p>Merking av elektriske støpsler er utført på fire ulike måter (en per hovedlokasjon), og arbeidsmetoder og systematikk er ikke enhetlig.</p> <p>Videre var det i 2018 fremdeles ikke oppdatert obligatorisk sentral opplæring av ansatte i medisinske områder.</p> <p>Til tross for mye og godt utført arbeid i 2018 vurderes tilstanden fremdeles som oransje, av grunner allerede nevnt, i tillegg til mange eksisterende avvik.</p> <p>På Radiumhospitalet oppdages det branntavler som ikke fungerer tilfredsstillende.</p>	<p>En elektroavdeling med lik arbeidsmetodikk.</p> <p>Kontroll på elektro ved Radiumhospitalet i byggeperioden.</p> <p>Obligatorisk e-læringskurs for medisinske områder ferdig og implementert.</p> <p>Beslutning om enhetlig merking for elektro i OUS.</p>	<p>Fortsette påbegynt arbeid med standardisering og lik leveranse på tvers av elektroavdelingen.</p> <p>Gjennomgang av elektrosikkerhet ved alle steg i rive- og byggeprosess på Radiumhospitalet.</p> <p>Ferdigstille, lansere og informere om obligatorisk e-læringskurs.</p> <p>Gjennomføre kostnads- og risikoanalyse av ulik merking på de fire hovedlokasjonene, og finne rett tidspunkt for overgang til én standard.</p>	<p>Sørge for gjennomføring av obligatorisk e-læringskurs for alt personell som jobber i medisinske områder når dette er lansert.</p>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak OUS	Forbedringstiltak klinikk
13. Vold og trusler		<p>Fem klinikker skårer dårligere i 2018 enn i 2017. Både somatikk og psykiatri opplever økt antall avvik på området. Intern revisjon innen vold og trusler i 2018 avdekket flere svake områder med risiko for hendelser.</p> <p>Ambulansetjenesten fikk avvik med pålegg innen forebygging av vold og trusler på 13 av 14 stasjoner ved Arbeidstilsyn, mens PHA gjennomgikk 6 Arbeidstilsyn og fikk få pålegg. Ledelsens gjennomgang avdekket manglende risikovurdering i mange klinikker.</p>	<p>Enhetlig system for risikovurdering og kompetanseprofil relatert til vold og trusler.</p>	<p>Kopiere system for risikovurdering og gradering av risikonivå med tilhørende kompetanseprofil / opplærings- og treningskrav fra PHA til resten av sykehuset.</p> <p>E-læringskurs for alle ansatte.</p>	<p>Gjennomføre risikovurdering i alle relevante enheter, med påfølgende kompetansekrav.</p>
14. Inkluderende arbeidsliv		<p>Sykefraværet i OUS er på linje med, og noe høyere enn, i 2017. Alle klinikker har IA handlingsplan med tiltak.</p> <p>"Gravid og trygg i jobb" har fått fotfeste og kan vise til en nedgang i sykefravær hos gravide i OUS med to prosentpoeng siden oppstart.</p>	<p>Verktøy for oppfølging av alle ansattes fravær, med vekt på langtidsfravær og hyppig korttidsfravær.</p> <p>Tilpasse "Gravid og trygg i jobb" ressurs til etterspørsel.</p>	<p>Systematisk oppfølging av langtids fravær og hyppig korttids fravær.</p> <p>Videreføre "Gravid og trygg i jobb" med ekstra ressurs på grunn av stor etterspørsel og ventetid.</p> <p>Sette i verk spesifikke tiltak for å redusere muskel - skjelettskader.</p>	<p>Systematisk oppfølging av langtids fravær og hyppig korttids fravær.</p> <p>Sette i verk spesifikke tiltak for å redusere muskel - skjelettskader.</p>
15. Rus- og avhengighetsproblematikk		<p>OUS har et velfungerende AKAN opplegg, men antall AKAN avtaler er for få vurdert mot estimert rus / avhengighetsproblematikk i befolkningen.</p>	<p>Kunnskap om rusmiddelavhengighet blant alle ledere.</p> <p>Økt antall AKAN avtaler - og avtaler i alle klinikker.</p>		<p>Sørge for informasjonsmøter med AKAN, og løpende oppmerksomhet om rusavhengighet. Gjøre kjent interne rutiner for prøvetaking ved mistanke om rus.</p>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak OUS	Forbedringstiltak klinikk
16. Ytre miljø		OUS ble miljøsertifisert i 2018, og dette året var første gang klinikkene gjennomførte en egen vurdering på området.	Implementert OUS handlingsplan med miljømål og tiltak.	Implementere OUS handlingsplan med miljømål og tiltak, og bidra til å øke bruk av utslippsregistrering i EcoOnline (stoffkartoteket).	Ta i bruk EcoOnline til å registrere utslipp i avløp. Øke kildesortering.
17. Åpenhetskultur og respektfullt arbeidsmiljø		Man kan håpe at mye oppmerksomhet om åpenhet og respekt har gitt avkastning i sykehuset. Åpenhetskultur og respektfullt arbeidsmiljø er de to psykososiale faktorene der klinikkene skårer seg høyest. Har klare samvariasjoner med temaene mobbing og trakassering, konflikter og medvirkning.	Beholde høy skår på spørsmål innen temaene i ForBedring.	Fortsatt tydelige holdninger fra øverste ledelse.	Selv om alle klinikkene skårer seg selv på gult eller grønt er det viktig å fortsatt holde oppmerksomhet om videreutvikling av vår egen åpenhetskultur og et respektfullt arbeidsmiljø.
18. Mobbing og trakassering		Klinikkene har ikke mottatt indikatorer for mobbing og trakassering i 2018, fordi spørsmålene om dette temaet i ForBedring vurderes som usikre og med altfor stort tolkningsrom. Dermed har fem klinikker valgt å ikke sette farge på temaet. Av de som har satt fargevurdering har tre valgt å endre fra grønt til gult, og resten er uendret. De samme tre klinikkene har satt opp temaet blant de høyest prioriterte utfordringene eller tiltak.	Kunnskap om varsling / melderutiner og håndtering blant alle ledere.	Ny nivå 1 prosedyre på området må implementeres bredt.	Ny nivå 1 prosedyre på området må implementeres bredt.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak OUS	Forbedringstiltak klinikk
19. Samarbeid (mellom yrkesgrupper og andre enheter)		Samarbeid mellom yrkesgrupper og på tvers av rapporteringslinjer er avgjørende for pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. Organisering i rene faglinjer utfordrer samarbeidet. Det er stor variasjon mellom enhetene når det gjelder hierarki og samarbeid. Fem av klinikkene har samarbeid blant de viktigste satsningsområdene for 2019.	Øke sykehusets skår på spørsmål i ForBedring om samarbeid til ≥ 80 .		Klare linjer med tanke på ansvarsdeling, rolleavklaring. Etablering av møtearenaer for samarbeidende personell på tvers av rapporteringslinjer. Bruk av tavlemøter og det grønne korset. Bevisstgjøring av viktigheten av samarbeidsklima, respektfullt arbeidsklima, åpenhetskultur og konflikthåndtering for pasientsikkerhet.
20. Konflikter og håndtering av konflikter		Flere klinikker har valgt å endre sin fargevurdering på temaet til det bedre i forhold til vurdering fra Arbeidsmiljøavdelingen. Dette til tross for gjennomgående lav skår fra ForBedring på spørsmål om konflikter.	Samspillsregler / kulturplakat utarbeidet i 80 % av sykehusets enheter.	Utarbeide veileder for å lage samspillsregler / kulturplakat. Øke lederes kompetanse innen konflikthåndtering. Arbeidsmiljøuka.	Tidlig innsats i konflikter og styrking av lederes kompetanse på området er sentralt. Siden temaet har nær relasjon til øvrige psykososiale temaer vil arbeid med kultur nevnt under åpenhet og respekt gi effekter på konfliktområdet. Utarbeide samspillsregler / kulturplakat i alle enheter.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak OUS	Forbedringstiltak klinikk
21. Negativt stress og medvirkning		<p>Negativt stress er det området som peker seg mest negativt ut i klinikkens rapportering, og 13 av 16 klinikker har temaet på listen over de høyest rangerte arbeidsmiljøutfordringene. Det har også vært en økning av meldte avvik innen temaet bemanning / arbeidspress gjennom 2017 og 2018.</p> <p>Uforutsigbarhet, oppdragsøkning uten tilførsel av ressurser, motstridende forespørsler, og opplevelse av suboptimal pasientbehandling trekkes frem som utfordringer av klinikkene.</p> <p>Stress er ikke nødvendigvis negativt, men oppleves som negativt dersom egenkontroll er redusert. Medvirkning i alle deler av driften er en nødvendighet for at ansatte skal "eie" egen arbeidssituasjon. Seks av klinikkene oppgir medvirkning som en av sine største arbeidsmiljøutfordringer.</p> <p>Det ser ut til å være en diskrepans mellom ansattes opplevelse av arbeidspress målt i svar i ForBedring, og leder / verneombuds svar på prioritering av oppgaver og bemanningsjustering (HMS runden). Sistnevnte skåres betydelig høyere.</p>	Økt skår med 15 % innenfor temaene medvirkning og negativt stress på ForBedring undersøkelsen 2020.	<p>Arbeidsmiljøuka.</p> <p>Tilpasse lederutdanning / lederutvikling til å kunne håndtere kompleksitet og synergisk forståelse som beskrevet under Forbedringstiltak klinikk.</p>	<p>Integrering av foretakets viktige verktøy innen pasientsikkerhet, HMS og kvalitet (det grønne korset, tavlemøter, åpen forbedringsstruktur, avvikshåndtering, samarbeid, og møteplasser på tvers av rapporteringslinjene) med utstrakt medvirkning fra ansatte og tillitsvalgte.</p> <p>Klare rolleforventninger, klare spilleregler, systematisk arbeid med egen kultur.</p> <p>Håndtering av plikt til å fordele belastning sammen med ansatte, og erkjennelse av at sykehusdrift betyr kontinuerlig forbedring.</p> <p>Utvikling av denne synergiske forståelsen hos ledelse og ansatte er det aller viktigste tiltaket for å bedre opplevelsen av negativt stress hos ansatte. I tillegg er transparens og forståelse for utjevning og fordeling av ressurser i hele foretaket en nødvendighet.</p>

1.2. OUS' største utfordringer innen HMS

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Fysisk arbeidsmiljø (plass / luft)	Gamle og uhensiktsmessige bygg, samt fortetning. Utfordringer med bruk av eksisterende bygg på Radiumhospitalet under rivning og nybygg fremheves spesielt, både med tanke på luft, plassforhold, støy og brannvern.
2	Medvirkning og stress	Økt oppdragsmengde og kompleksitet sammen med manglende medvirkning, internkulturutvikling, samarbeid på tvers av profesjoner, og bruk av essensielle verktøy innenfor pasientsikkerhet, kvalitet og HMS.
3	Smittevern	Manglende enhetlig tilnærming til smittemerking. Manglende bruk av sikkerhetskanyler. For få isolater.
4	Ergonomi og fysisk helse	Majoriteten av legemeldt sykefravær er på grunn av muskel - skjelettplager. Manglende mulighet til riktige ergonomiske tiltak (plasshensyn, utstyr), stykkevis oppmerksomhet i hverdagen, manglende kompetanse om sammenheng mellom arbeidskapasitet og arbeidskrav (fysisk helse). Manglende kultur i OUS for å vektlegge fysisk helse hos ansatte.
5	Vold og trusler	Manglende risikovurdering og systematisk tilnærming i somatikken spesielt.
6	Systematisk HMS arbeid	Manglende enhetlig organisering innen HMS / pasientsikkerhet / kvalitet i sykehuset er godt dokumentert.

1.3. OUS' satsingsområder for HMS for 2019

Nr.	Tema	Beskrivelse av mål/forbedringstiltak
1	Medvirkning og stress	<p>Utvikling av en synergisk forståelse hos ledelse og ansatte beskrevet under er det viktigste tiltaket for å bedre opplevelsen av negativt stress hos ansatte;</p> <p>1) Integrering av foretakets viktige verktøy innen pasientsikkerhet, HMS og kvalitet (det grønne korset, tavlemøter, åpen forbedringsstruktur, avvikshåndtering, samarbeid, og møteplasser på tvers av rapporteringslinjene). 2) Utstrakt medvirkning fra ansatte, verneombud og tillitsvalgte. 3) Klare rolleforventninger, klare spilleregler, systematisk arbeid med egen kultur. 4) Håndtering av plikt til å fordele belastning sammen med ansatte. 5) Erkjennelse av at sykehusdrift betyr kontinuerlig forbedring.</p> <p>I tillegg er transparens og forståelse for utjevning og fordeling av ressurser i hele foretaket en nødvendighet.</p>
2	Systematisk HMS arbeid	<p>Gjennomføre organisasjonsendring på klinikknivå for å optimalisere kvalitet, utvikling og effektivitet, på lik linje med HR og Økonomi. Lederfunksjon i alle klinikker med ansvar for HMS, pasientsikkerhet og kvalitet.</p>
3	Ergonomi og fysisk helse	<p>Fortsatt satsing på forflytningsnettverk og utvikling av helsefremmende / forebyggende kultur innen området fysisk helse.</p> <p>Utdanne flere helsemotivatorer.</p>
4	Vold og trusler	<p>Vurdere system for risikovurdering og gradering av risikonivå med tilhørende kompetanseprofil / opplærings- og treningskrav fra PHA for resten av sykehuset.</p> <p>E-læringskurs for alle ansatte.</p>
5	Smittevern	<p>Innføre sikkerhetskanyler som førstevalg / eneste valg i innkjøpsportal.</p> <p>Sentralt prosjekt med tanke på gjennomførte rutiner for smittemerking og informasjon om smitte.</p>

2. Systematisk HMS

2.1. Systematisk HMS-arbeid

Systematisk HMS-arbeid er det arbeidet som gjøres for å sikre at aktiviteter kontinuerlig planlegges og utføres for å redusere risiko for, samt følge opp, skader på mennesker, miljø og materiell. Dette gjøres i form av kartlegging, risikovurdering, handlingsplaner og rutiner, og skal foregå på alle plan i virksomheten. Leder har ansvaret for å gjennomføre det systematiske HMS-arbeidet i nært samarbeid med verneombudet og øvrige ansatte.

Systematisk HMS-arbeid (HMS internkontroll) er hjemlet i Internkontrollforskriften. Det er krav om skriftlig dokumentasjon for:

- Fastsettelse av HMS-mål
- Oversikt over fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet innen HMS-området
- Kartlegging av farer og problemer og vurdere risikoforhold
- Utarbeidelse av handlingsplan
- Iverksettelse av tiltak for å redusere risiko

Arbeidsmiljøloven stiller krav om at det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet skal være fullt forsvarlig både ut fra en enkeltvis og samlet vurdering.

To viktige verktøy i det systematiske arbeidet i OUS er ForBedring og forbedringssystemet Achilles. Achilles har flere moduler, hvorav de mest essensielle for arbeidsmiljøet er modulene for HMS-avvik og HMS-runde.

ForBedring

ForBedringsundersøkelsen, en nasjonal undersøkelse som gjennomføres i alle offentlige og enkelte private helseforetak (HF), består av den tidligere Medarbeiderundersøkelsen (MU), pasientsikkerhetskulturundersøkelsen og en HMS grovkartlegging, med reviderte spørsmål. Hovedfokuset i undersøkelsen er på det psykososiale arbeidsmiljøet på lokalt nivå.

Gjennomføringen består av en anonym spørreundersøkelse som blir sendt til alle ansatte ved OUS (med visse unntak) på e-post. Etter gjennomført undersøkelse får leder tilsendt en resultatrapport som skal brukes i avholdelse av lokale tilbakemeldingsmøter med gjennomgang og diskusjon av resultatene. Ansattgruppen blir i det møtet enige om sine forbedrings- og bevaringsområder, og tiltak. Prinsippene om lokal handling og bred medvirkning er sentrale for OUS. Det er et mål at alle medarbeidere på alle nivå skal uttale seg under kartleggingen, delta/ha innflytelse på valg av forbedrings- og bevaringsområder, utarbeidelse og oppfølging av tiltak, samt være informert om gjennomføringen av tiltak.

HMS-runde

En HMS-runde er en befaring/kartlegging av verneområdet, hvor arbeidsmiljøforhold skal vurderes av leder i samarbeid med verneombud og innspill fra alle ansatte. Utgangspunktet er en fysisk befaring av verneområdet, men runden er utvidet til å dekke det organisatoriske og systematiske i HMS-arbeidet også. Tiltak settes opp om nødvendig. Sammen utgjør tiltakene fra HMS-runden og ForBedring verneområdets HMS-handlingsplan.

HMS-runden skal utføres minst en gang årlig i alle verneområder. I likhet med ForBedring, er bred involvering av de ansatte og lokale tiltak viktig. Ansatte i verneområdet må derfor bli godt informerte både i forkant av HMS-runden, slik at de kan komme med sine innspill, og i etterkant av runden, slik at de får vite resultatet av kartleggingen og oppsatte tiltak. ForBedring har fra 2018 noen spørsmål som omhandler det fysiske arbeidsmiljøet, og tilbakemeldingene på dette temaet kan og bør tas med til gjennomføringen av HMS-rundene.

Status i OUS

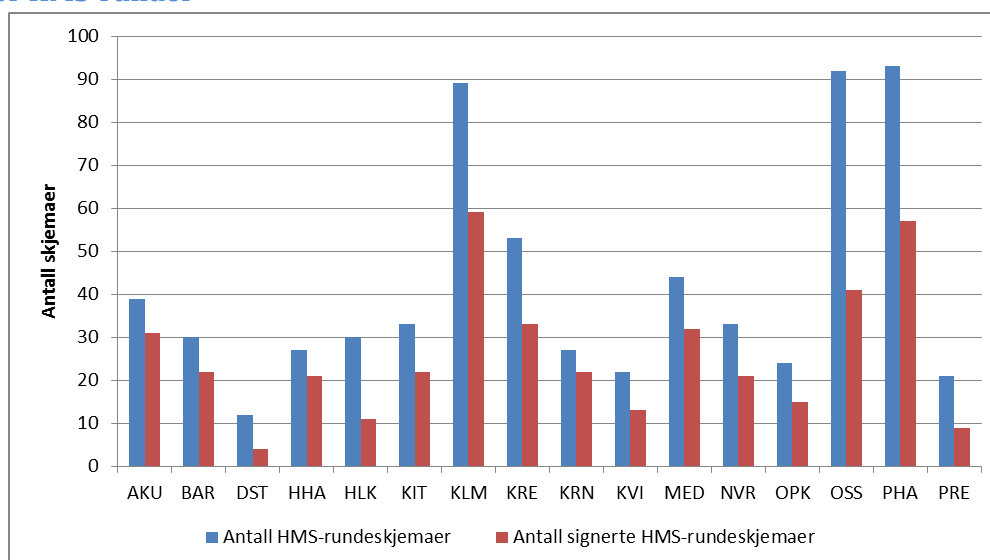
		AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
1. Systematisk HMS-arbeid	2018	Grønn	Gul	Grønn	Grønn	Oransje	Gul	Oransje	Gul	Gul	Gul	Gul	Gul	Gul	Gul	Grønn	Gul
	2017	Grønn	Gul	Gul	Oransje	Gul	Gul	Gul	Gul	Gul	Grønn	Gul	Gul	Gul	Gul	Gul	Grønn

Fem klinikker har endret på sine egenvurderinger av status for det systematiske HMS-arbeidet fra 2017 til 2018. Dette gjøres antakeligvis hovedsakelig på bakgrunn av endringer på gjennomføringsgrad av HMS-runder, resultater i HMS-runde, svardeltakelse på ForBedring, og registrering og lukking av HMS-avvik.

Største utfordringer som klinikkene trekker frem i sine egenvurderinger:

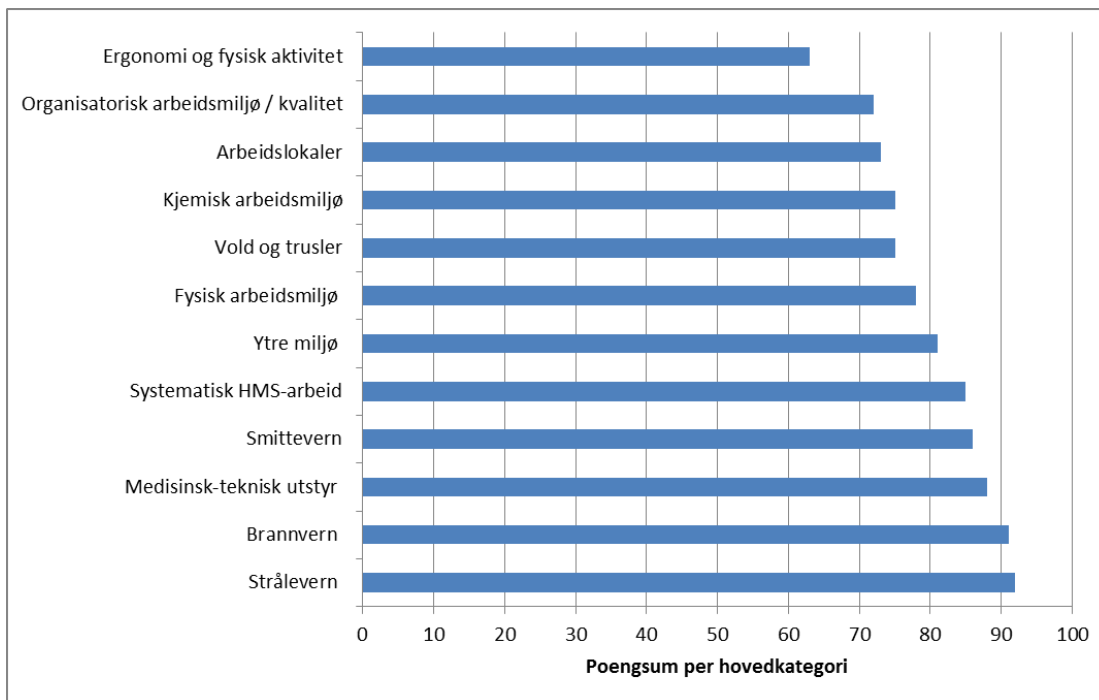
- Manglende overordnet systematisk oppfølging av HMS-arbeidet i avdelingene / seksjonene / enhetene.
- Lav gjennomføringsgrad av HMS-runder og manglende oppfølging av verneområder som ikke gjennomfører runden.
- Lav innmelding og registrering av HMS-avvik, som kan henge sammen med manglende behandling av HMS-avvik som er meldt inn.

Status for HMS-runder



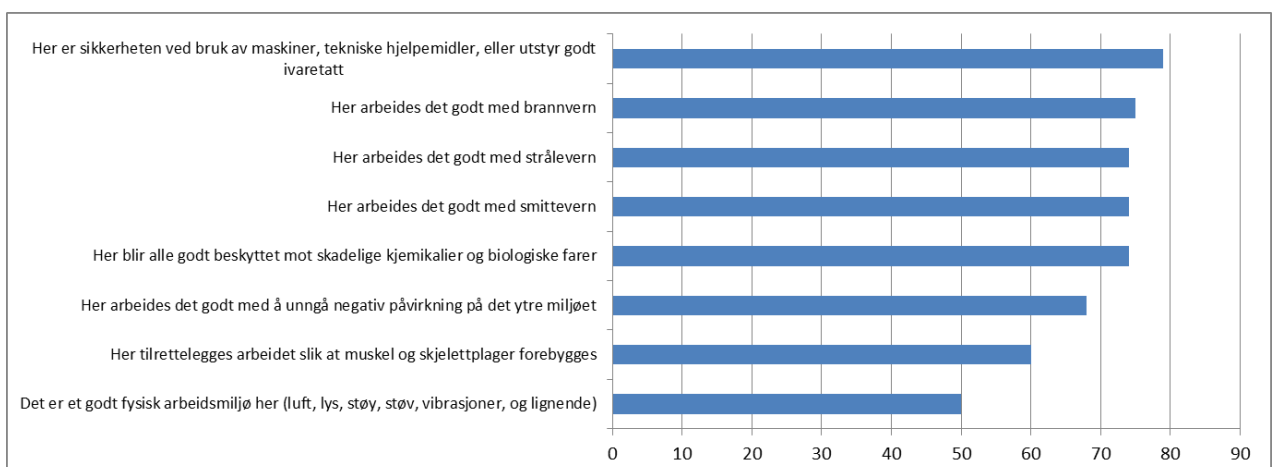
Figur 1: Antall verneområder som har fullført HMS-runder sett mot antallet som skulle ha fullført dem

HMS-runden anses som fullført når leder og verneombud har signert skjemaet. I 2018 gikk fullføringsgraden ned for de fleste klinikker sett mot 2016 (HMS-runden var ikke obligatorisk å gjennomføre i 2017 grunnet flytting fra høst til vår). I 2016 var fullføringen på 76 %, mens den i 2018 er på 62 %. Gjennom stikkprøver kan det se ut som det reelle tallet egentlig er høyere, da det er en del ubrukte skjemaer som ikke er fjernet og flere ledere og verneombud ikke har signert skjemaet til tross for at runden er gjennomført. Til runden i 2019 vil det bli foretatt en opprydding av skjemaer i forkant av gjennomføringen.



Figur 2: Resultater fra HMS-runden 2018. Vurderingene i HMS-runden er gjort om til en poengskala fra 0 til 100, hvor et høyere tall betyr at statusen er bedre enn ved et lavere tall.

Verneområdene i OUS skårer seg lavest på temaet «Ergonomi og fysisk aktivitet», mens strålevern er et tema de som jobber med det mener statusen er god på.

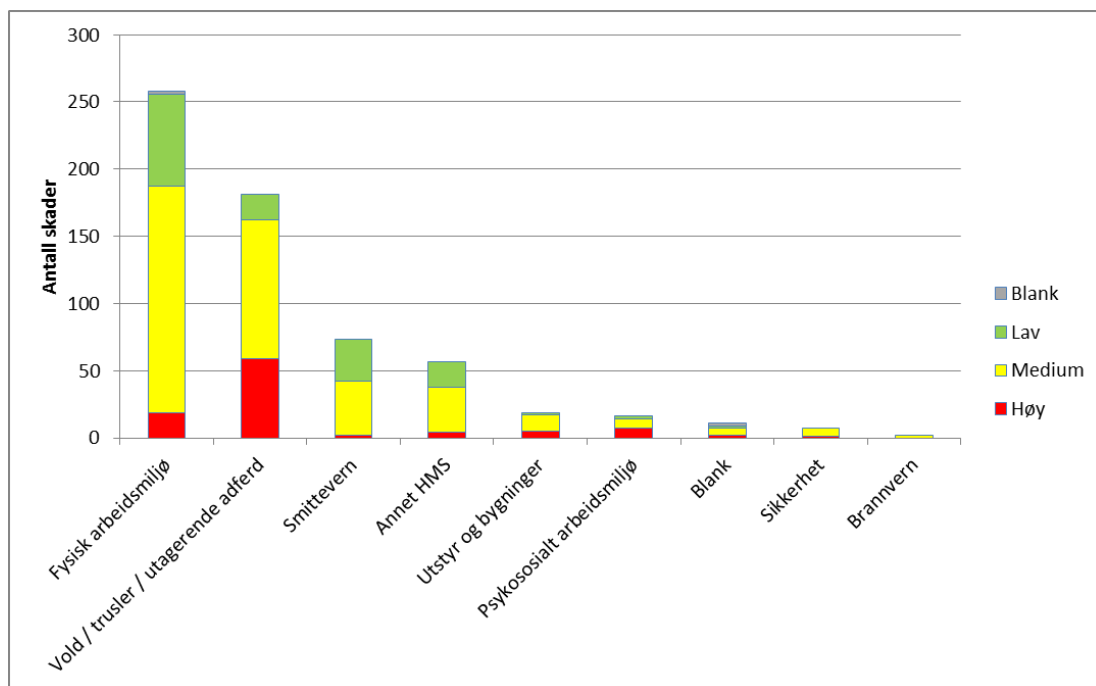


Figur 3: Skår for OUS totalt på spørsmål i ForBedring på temaet «Fysisk arbeidsmiljø»

I figuren over gjengis klinikkens samlede egenvurdering av enkelte av spørsmålene om grovkartlegging av fysisk arbeidsmiljø i medarbeiderundersøkelsen ForBedring. Mens ansatte i klinikkene vurderer å ha høy ivaretagelse av egensikkerhet ved bruk av maskiner, tekniske hjelpemidler og utstyr samtidig som de vurderer å arbeide godt med brannvern, strålevern, smittevern og ha god beskyttelse mot skadelige kjemikalier og biologiske farer, vurderer ansatte lavere skår for forebyggende tilrettelegging for muskel - skjelettplager. Figuren viser at en av to ansatte vurderer at det fysiske arbeidsmiljøet (luft, lys, støy, vibrasjoner o.l.) er godt ved egen arbeidsplass i OUS.

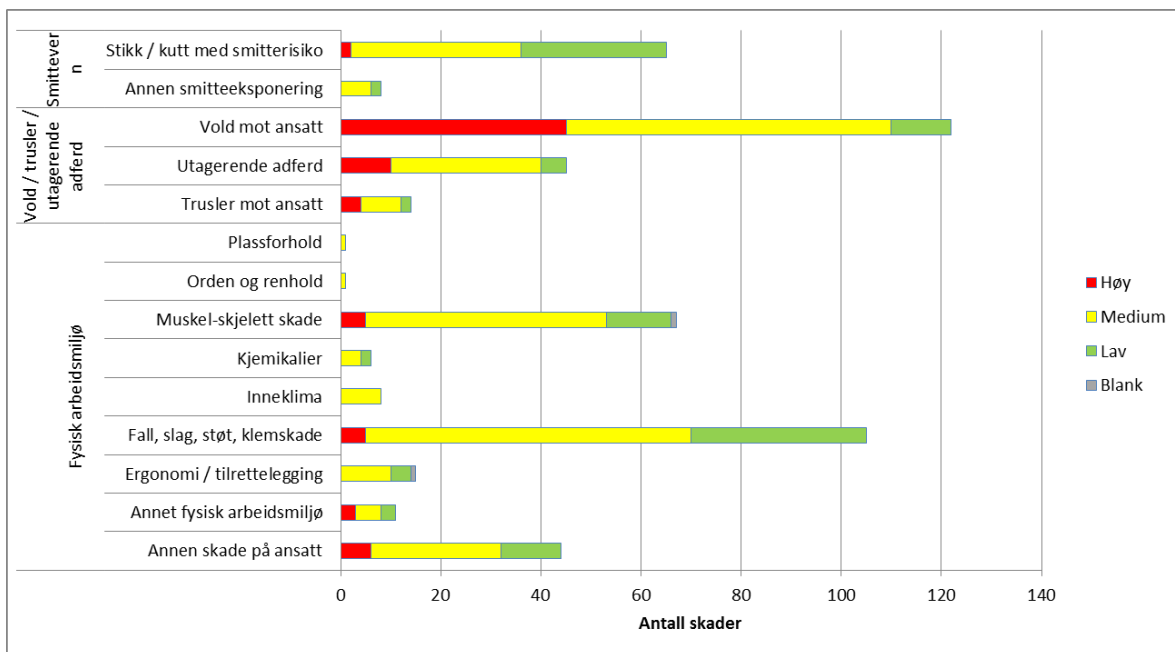
Skader i OUS i 2018

Det ble i 2018 registrert 624 skader i OUS, hvorav 176 av dem var fraværsskader (skader som gjør at en ikke kan jobbe neste dag / skift). I 2017 ble det meldt 583 skader, hvorav 165 var fraværsskader. Som tidligere år er det registrert flest saker i de tre hovedkategoriene «Fysisk arbeidsmiljø», «Vold / trusler / utagerende adferd» og «Smittevern».



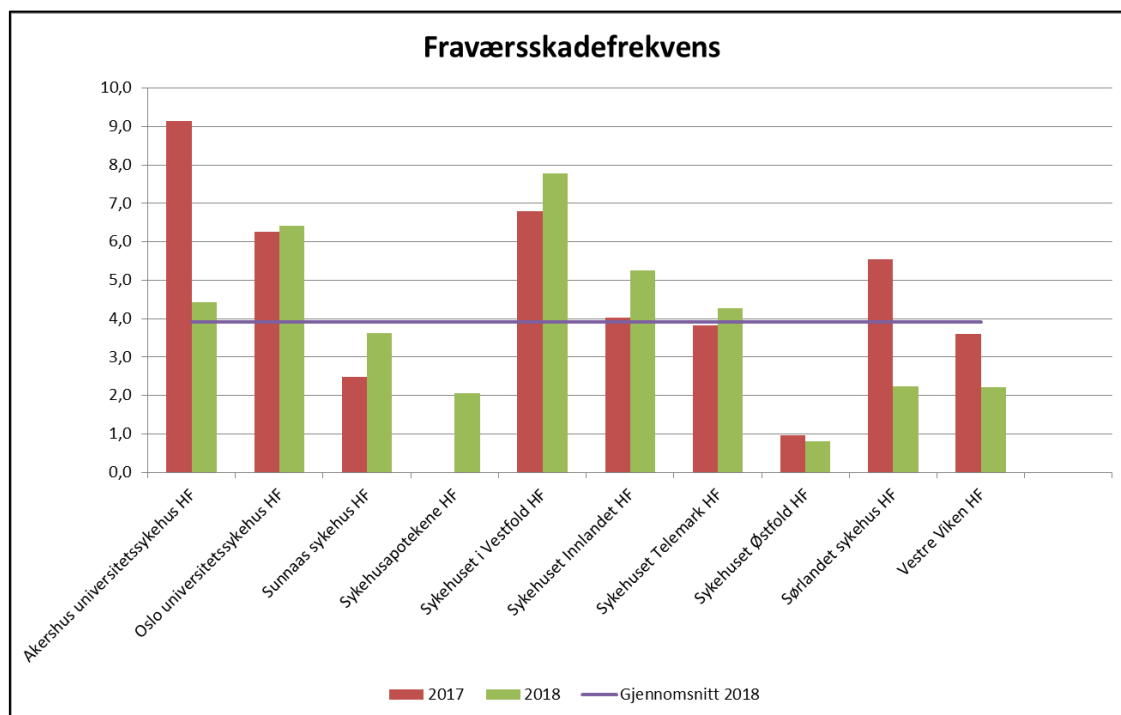
Figur 4: Antall skader i OUS i 2018 fordelt på risiko og hovedkategorier

«Fysisk arbeidsmiljø» er den kategorien det er registrert flest skader på i 2018, men «Vold / trusler / utagerende adferd» er den kategorien det er registrert flest skader med høy risiko på.



Figur 5: Antall skader i OUS i 2018 delt på risiko og underkategoriene til de tre største hovedkategoriene

Ser man på underkategoriene til de tre største hovedkategoriene, så er det «Vold mot ansatt» som har flest saker totalt, og også saker med høy risiko. De fleste sakene i denne kategorien er registrert i PHA, men det er en del skader i forbindelse med vold i somatikken også. «Fall, slag, støt, klemskade» er den nest største kategorien, og det er fall som er den største typen skader her.



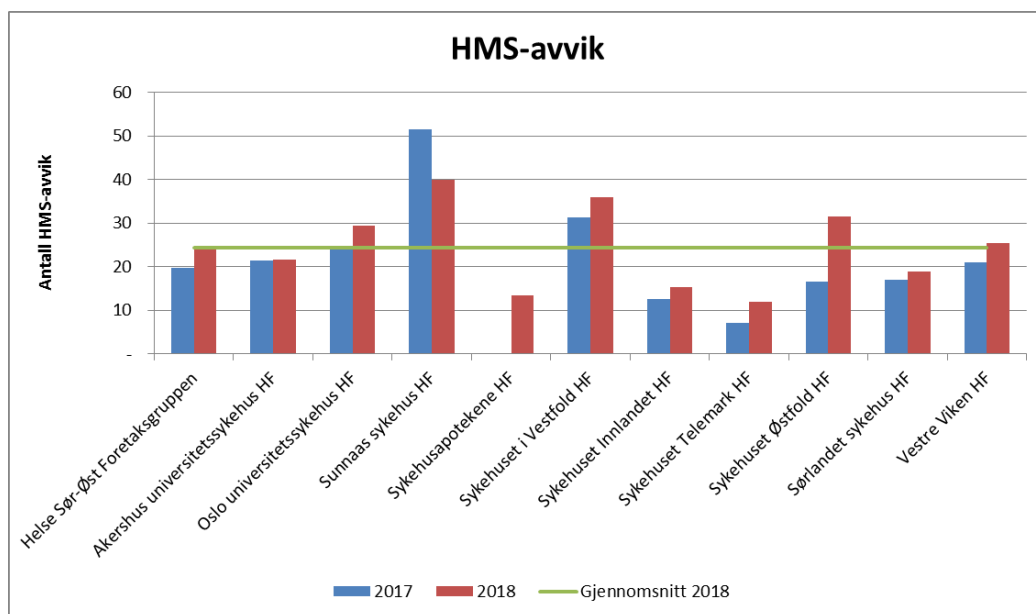
Figur 6: Fraværsskade (antall fraværsskader per million arbeidstimer) i HF i Helse Sør-Øst

Fraværsskedefrekvensen til OUS har endret seg lite fra 2017 til 2018. Sammenlignet med de andre helseforetakene i Helse Sør-Øst er OUS godt over gjennomsnittet når det gjelder antall fraværsskader per million arbeidstimer.

HMS-avvik registrert i 2018

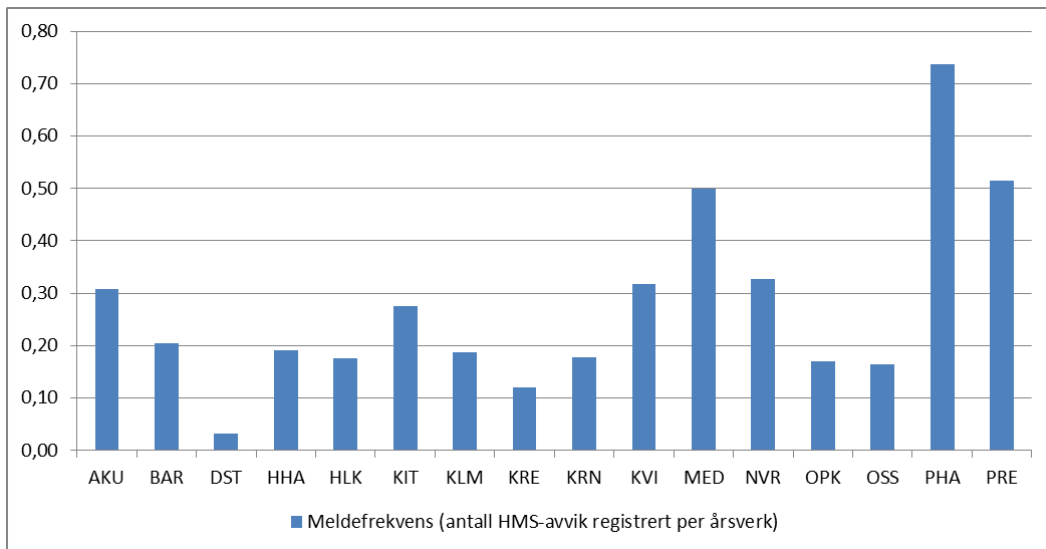
En viktig del av det systematiske HMS-arbeidet er å registrere uønskede hendelser/forhold og skader, analysere bakenforliggende årsaker og sette inn forbedringstiltak der det er nødvendig. HMS-avvik er i OUS definert som "Hendelser eller forhold som påvirker arbeidsmiljøet, ansattes helse eller ytre miljø negativt".

Det ble i 2018 registrert 6733 HMS-avvik av medarbeidere i OUS (hvorav 624 er skader). Dette er en positiv utvikling fra tidligere år (2016: 4923 HMS-avvik, 2017: 5590).



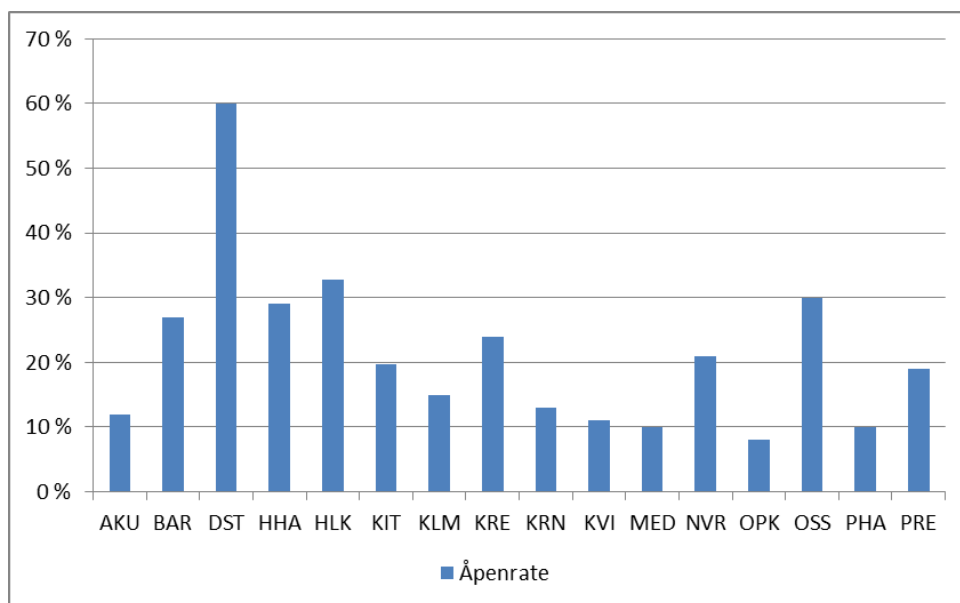
Figur 7: Meldefrekvens for helseforetakene i Helse Sør-Øst (HMS-avvik meldt inn per månedsvik ganget med en faktor på 1000)

Helse Sør-Øst bruker som indikator for meldefrekvens innmeldte HMS-avvik per månedsvik ganget med en faktor på 1000. Gjennomsnittet for helseforetakene i Helse Sør-Øst var i 2018 på 24. OUS var på 29 og dermed over snittet. I 2017 var OUS på 24, så meldefrekvensen har økt i sykehuset.



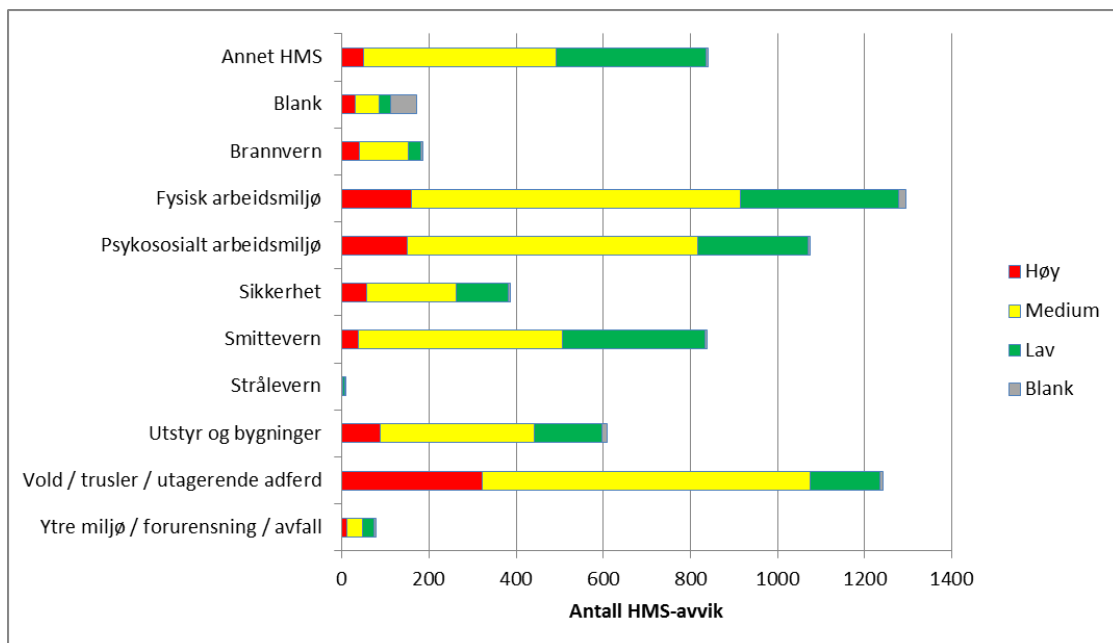
Figur 8: Meldefrekvens (antall HMS-avvik registrert per årsverk i 2018)

Det er ulikt hvor mange HMS-avvik som registreres per årsverk i de forskjellige klinikkene. PHA, PRE og MED har en høy meldefrekvens, noe som tyder på at de har en god meldekultur.



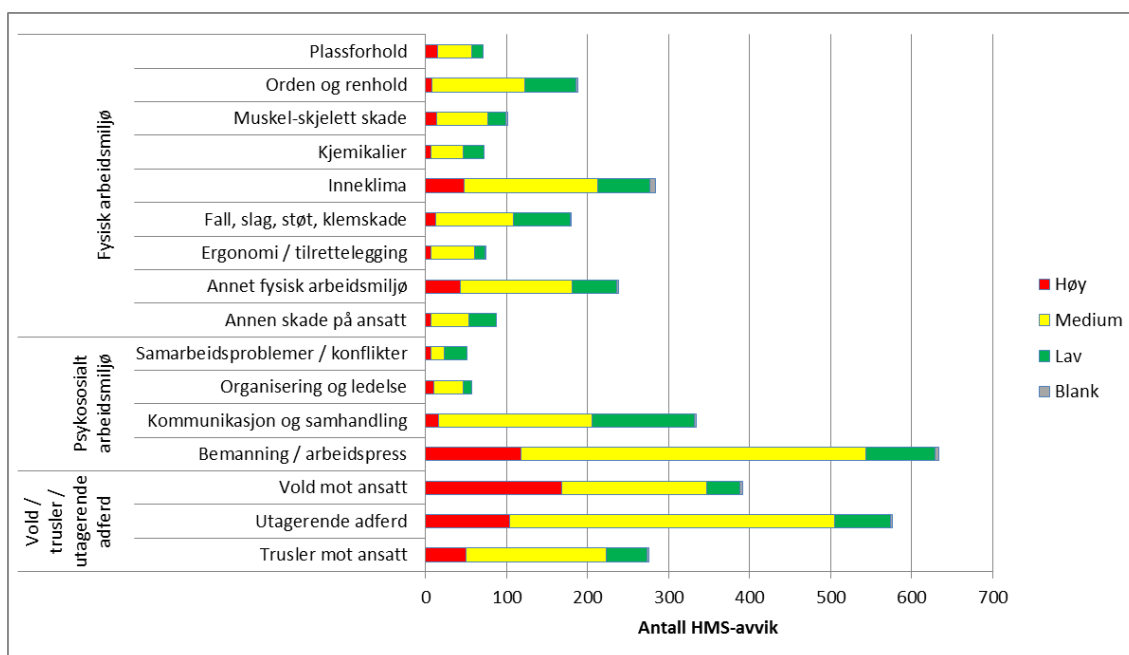
Figur 9: Åpenrate på HMS-avvik per 15. februar 2019: (Antall HMS-avvik registrert i 2018 som klinikken er ansvarlig for som er åpne) / (Antall HMS-avvik som ble registrert i 2018 som klinikken er ansvarlig for)

De klinikkene som har høy meldefrekvens har også lav åpenrate. Det betyr at selv om de får inn flest HMS-avvik, så er de også de som får lukket sakene. Å behandle HMS-avvik som blir meldt inn oppmuntrer de ansatte til å melde inn mer, når de ser at sakene blir fulgt opp.



Figur 10: Antall HMS-avvik registrert på hovedkategoriene, fordelt på risiko

«Fysisk arbeidsmiljø» er den hovedkategorien det meldes inn flest HMS-avvik på i Achilles. Det er likevel langt flere saker i «Vold / trusler / utagerende adferd» som av saksbehandlende ledere blir ansett som høyrisiko.



Figur 11: Antall HMS-avvik registrert på underkategoriene til de hovedkategoriene med flest saker

Satsing og tiltak for forbedring fremover

For å bedre det systematiske HMS-arbeidet har klinikkene i sine HMS-årsrapporter kommet med flere forbedringstiltak:

- Få høyere svarprosent i ForBedring ved å informere mer i forkant av undersøkelsen. Det er spesielt viktig å informere om hvorfor de ansatte skal svare på undersøkelsen, hva de får ut av det.
- Få høyere gjennomføringsgrad av HMS-runder ved å følge tettere opp fra ledelsen. En del verneområder har gjennomført HMS-runden, men ikke signert skjemaet. Klinikkhovedverneombud og HR i klinikk bør følge opp tettere at rundene blir gått og skjemaene signerte.
- Synliggjøring av sammenhengen mellom internrevisjon, avvik og kontinuerlig forbedring og bruke dette aktivt for prioritering av tiltak.
- Inkludere HMS-aktiviteter i klinikkens årshjul.
- Innføring av det grønne korset for å øke bevissthet rundt daglig risikostyring.
- Gi ansatte opplæring i registrering av HMS-avvik og forskjellen mellom det og pasienthendelser.
- Oppfølging fra lederlinjen av HMS-avvik som ikke blir lukket.

Dette er tiltak som kan gi god effekt. Hver klinikk bør velge ut en person som vil ha ansvaret for å følge opp at HMS-runder og tilbakemeldingsmøter i forbindelse med ForBedring blir gjennomførte innen fristen i enhetene / seksjonene / avdelingene. Tiltakene i etterkant av disse aktivitetene vil være enhetenes HMS-handlingsplaner. Det bør undersøkes og oppmuntres jevnlig at de oppsatte tiltakene blir utførte. HMS-runden inneholder spørsmål som blant annet omhandler vold / trusler og mottak av nye personer / vikarer ved enheten. Ved å gjennomføre runden vil enheten / verneområdene få en god gjennomgang av sitt eget HMS-arbeid og kan sette opp tiltak for forbedringer. Derfor er det viktig at runden gjennomføres. Videre er det viktig at resultatene fra HMS-runden og ForBedring analyseres og ses i sammenheng. Dette for å kunne ha et best mulig grunnlag for å vurdere nødvendige treffsikre forbedringstiltak (forebyggende og korrigerende) på både overordnet nivå, gruppe- og individnivå i det systematiske HMS-arbeidet. Klinikkene bør også påse at tiltakene som gjelder på klinikknivå blir utførte.

Flere klinikker mangler opplæring i HMS for ledere og verneombud. Verneombud skal gjennomføre en obligatorisk 4-dagers grunnopplæring i arbeidsmiljø / HMS, mens flere ledere får HMS-opplæring som del av Lederprogrammet. For de lederne som ikke er inkludert i Lederprogrammet, eller som ønsker en oppfriskning, holder Arbeidsmiljøavdelingen kurset «HMS i praksis». Dette er et kurs på 3 timer som dekker opplæring i gjennomføring av HMS-runder, ForBedring og HMS-avvik. Påmelding til kursene gjøres i Læringsportalen.

Andre tiltak klinikkene bør innføre er å følge opp deres egen HMS-handlingsplan 2 - 4 ganger i løpet av året som sak i klinikk-AMU. De bør også påse at alle verneområder har et verneombud med opplæring, og at leder og verneombud har jevnlig møter. HMS kan tas med som del av deres pasientsikkerhetsvisitter og ved daglig risikostyring ved bruk av det grønne korset og andre lignende metoder.

Arbeidsmiljøavdelingen anbefaler for OUS følgende satsingsområder for 2019 innen det systematiske HMS-arbeidet:

- Gi bistand til utøvelse av formelt og operativt HMS-lederansvar i linjen.
- Innføring og oppfølging av at risikovurderinger gjøres lokalt på alle nivåer, helt ned til enhetsnivå.
- Gi klinikkene opplæring og verktøy i å finne balanse mellom ressurser og oppgaver.
- Tettere oppfølging av gjennomføring av HMS-runder og ForBedring ved at klinikkene får en bedre oversikt over gjennomføringen fortløpende i Achilles.

2.2. Ytre miljø

Som Nordens største sykehus er virksomheten ved OUS omfattende og påvirkningen på ytre miljø er tilsvarende stor. Med ytre miljø menes omgivelsene for virksomheten som luft, vann, jord, naturressurser, plante- og dyreliv, mennesker og økologi. Et godt ytre miljø er avgjørende for menneskers helse og livskvalitet.

Helseforetaket arbeider målrettet for å minimere miljøbelastningen. I 2018 innførte OUS miljøledelse og ble sertifisert i henhold til den internasjonale standarden ISO 14001:2015. Miljøledelse skal bidra til at helseforetaket oppnår en kontinuerlig forbedring av sin miljøpåvirkning. HMS-runde er en integrert del av OUS sitt miljøledelsessystem, et verktøy for å utøve miljøledelse i praksis.

Status i OUS

		AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Ytre miljø	2018																

I år er første gang klinikkene har gjennomført en vurdering av egen status innen ytre miljø i HMS årsrapport. Deres vurdering baserer seg på resultater fra HMS-runden og ForBedringsundersøkelsen. Ingen av klinikkene har vurdert ytre miljø som en av de største utfordringene og tre klinikker skårer seg grønne.

Største utfordringer som klinikkene trekker frem i sine egenvurderinger:

- Kildesortering, spesielt gjelder dette matavfall og plast.
- Registrering av utslipp av helse- og miljøfarlige stoffer til avløp.
- Strømsparing, for eksempel skru av lys og PC-skjermer.

Satsing og tiltak for forbedring fremover

Miljøsertifisering av OUS betyr at vårt miljøstyringssystem er satt opp i henhold til standarden ISO 14001:2015 og godkjent av en uavhengig ekstern part (DNV-GL). Vi har fått et rammeverk på plass som skal hjelpe oss til å arbeide systematisk med å redusere påvirkningen på ytre miljø. Metodikken som ligger til grunn er «kvalitetssirkelen» som allerede benyttes i OUS sitt arbeid med kontinuerlig forbedring.

Satsing framover er å ta systemet i bruk og gjennomføre planlagte tiltak for å innfri sykehusets miljømål. Det skal opprettes en ny enhet i OUS med ansvar for å drifte miljøledelsessystemet. Klinikkenes miljøkoordinatorer har også en sentral rolle. De skal blant annet bistå klinikklederen med praktisk gjennomføring av lederansvaret og implementering av miljøledelsessystemet.

Mange ansatte ønsker at det legges bedre til rette for kildesortering ved OUS og dette vil være hovedfokus i 2019. Tiltak vil bli iverksatt på tvers av klinikkene da mange har de samme utfordringene.

Viktigste forbedringstiltak som klinikkene har meldt inn at de vil gjøre:

- Kommunisere OUS sin handlingsplan «Miljømål og tiltak 2018-2020».
- Kildesortere mer.
- Registrere utslipp til avløp i stoffkartoteket (EcoOnline).

2.3. Smittevern

Status i OUS

		AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Smittevern	2018	Yellow	Green	Grey	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Green	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Yellow
	2017	Green	Yellow	Grey	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green

7 klinikker har samme vurdering av status som i 2017. 1 klinikk har gått fra gult til grønt, 4 klinikker har gått fra grønt til gult, 1 fra grønt til oransje, og 2 fra gult til oransje.

I klinikkene egne kommentarer fremheves særlig problematikk rundt stikk / kuttskader og viktigheten av bruk av sikkerhetskanyler.

Andre temaer tatt opp i klinikkene kommentarfelt:

- E-læring
- Influensavaksinering
- Kommunikasjon rundt smittepasienter
- Arealbehov / hygienekrav

Se for øvrig punktliste over viktige forbedringstiltak fra klinikkene etter avsnittene nedenfor om sentrale smittevernområder.

Basale smittevernrutiner

Basale smittevernrutiner, inkludert håndhygiene og forebygging av stikkskader, er de viktigste tiltakene mot yrkesbetinget smitte.

Håndhygiene trenger fortsatt å forbedres. Til tross for at bruk av armbåndsurr og håndsmykker er forbudt ved all pasientkontakt, er det fortsatt en god del ansatte som bruker både klokke og ringer. Reglene for håndhygiene og bruk av armbåndsurr og håndsmykker må formidles tydeligere i linjen slik at både lederansvaret og det individuelle ansvaret blir tydeliggjort.

Resistente bakterier

Til tross for mangelfull statistikk, er det grunn til å tro at smitte med resistente bakterier er blant de hyppigste yrkesbetingede smittesituasjonene i OUS. Avdeling for smittevern håndterer alene flere 10-talls ansatte med MRSA hvert år. De fleste av disse er koloniserte uten klinisk infeksjon, men det får likevel store konsekvenser for den enkelte og for arbeidsplassen. Det har lenge vært ønske om å etablere et bedre poliklinisk tilbud til disse ansatte, men det har vært vanskelig å få på plass en hensiktsmessig organisering og egnede lokaler for dette.

Mangel på enerom og isolater

Risikoen for smitte til personell og medpasienter er økt når det ikke er tilgjengelige enerom / isolater for pasienter med infeksjoner. Det er for lite enerom i OUS, og den store økningen av resistente bakterier de siste årene har ytterligere økt behovet for enerom.

Varsling om smitte ved intern flytting av pasienter

Prosedyrene sier klart at en avdeling som sender en smitteførende pasient til andre avdelinger / undersøkelsesenheter skal melde fra om smitte på forhånd både til transportpersonell / portørtjenesten og til mottakende avdeling. Det skjer regelmessig at denne informasjonen ikke blir formidlet, noe som øker risikoen for smitte. Klinikken må jobbe med å eliminere dette problemet. Det er særlig når pasienter hentes fra undersøkelser og behandling for å bli trillet tilbake til avdelingen de er innlagt på, at informasjon ikke blir formidlet til transportpersonell.

Stikk- og kuttskader

Til tross for mange stikkskader i 2018, er heldigvis ingen ansatte smittet av hepatitt eller HIV.

Ved OUS ble det i 2018 registrert 376 meldinger i Achilles av sakstype «Stikk / kutt med smitterisiko». Tilsvarende tall for 2017 var 363 mot 358 i 2016. Nedgangen fra 2015, da det ble meldt 394 slike hendelser, er dermed flatet ut. Én forklaringsfaktor kan være at flere reelt sett stikker seg, men det kan også bety at meldekulturen er blitt bedre.

Avdeling for smittevern og Arbeidsmiljøavdelingen fortsatte også i 2018 arbeidet med informasjon til alle i sykehuset om krav til risikovurdering etter EU-direktiv av 2010/32. Her stilles krav om å benytte utstyr med sikkerhetsmessige beskyttelsesmekanismer ved håndtering av spisse og skarpe gjenstander som kan forårsake skade eller infeksjoner fra biologiske faktorer, der slikt utstyr er egnet for formålet. Dette gjelder bl.a. utstyr som perifer venekanyler, injeksjonskanyler og sikkerhetspennekanyler.

Bedriftssykepleierne i Arbeidsmiljøavdelingen inviterte høsten 2016 alle kliniske avdelinger til å delta i etableringen av et nettverk med stikkskade ressurspersoner. Ressurspersonene fungerer som veiledere innenfor forebygging og oppfølging av stikkskader. Det ble avholdt en første samling for innmeldte ressurspersoner 8. desember 2016, deretter 2 samlinger i 2017 og en samling våren 2018.

Influensavaksinering av helsepersonell

Influensa er en hyppig yrkesbetinget infeksjon blant helsepersonell, og sykdommen kan i stor grad forebygges ved vaksinasjon. I 2016/2017 var vaksinasjonsdekningen i OUS på 30 % og i 2017/2018 på 54 %. Målet for 2018/2019 var på over 80 %, og sykehuset oppnådde en vaksinasjonsdekning på 74 %. Det gode resultatet er oppnådd ved hjelp av god forankring i ledelsen, uttalt undervisning og ved hyppig gjentakende, tydelig og synlig informasjon. Det har vært et satsingsområde som Avdeling for smittevern har holdt fokus på fra våren 2018 og fokus opprettholdes inn i influensasessongen 2018/2019.

Vaksinering mot tuberkulose

Folkehelseinstituttet (FHI) / Vaksinasjonsveilederen for helsepersonell / Tuberkulosevaksine - veileder for helsepersonell / Om BCG vaksinasjon i yrkessammenheng:

"Fram til 1/6-2018 har det vært anbefalt at alt helsepersonell og alle studenter i helsefag med forventet pasientkontakt i over 3 måneder får tilbud om BCG-vaksinasjon. Etter denne datoen gis det ikke lenger en slik generell anbefaling. Den viktigste grunnen til dette er at risikoen for tuberkulosesykdom i denne gruppen er svært lav. Dette er i tråd med anbefalinger for BCG-vaksinasjon i andre land med lav forekomst av tuberkulose. Se eget [notat Evaluering og revisjon av råd om BCG-vaksinasjon gjeldende fra 1. juni 2018 \(FHI\)](#) for mer informasjon om bakgrunn for endringen. Dersom en arbeidstaker skal jobbe i et miljø med kjent økt risiko for tuberkulosesmitte, skal likevel arbeidsgiver, etter § 6 i «Forskrift om utførelse av arbeid» (FOR 2011-12-nr1357), gjøre en risikovurdering av smittefare. På bakgrunn av risikovurderingen, vurderes smittereduserende tiltak,

som BCG-vaksinasjon, bruk av verneutstyr og generell hygiene. De ansatte må få informasjon om egen smitterisiko og nødvendig opplæring.

Folkehelseinstituttets anbefaling om BCG-vaksine i yrkessammenheng vil vanligvis bare omfatte helsepersonell i spesialisthelsetjenesten som over tid (ca. 3 måneder) skal arbeide med:

- voksne pasienter med smittsom lungetuberkulose
- dyrkning av mykobakterier i mikrobiologisk laboratorium

Ved særlige forhold og etter individuell vurdering kan BCG-vaksine også være aktuelt for enkelte andre ansatte i helsetjenesten, i fengsel eller i ankomstmottak, eller ved utenlandsreiser. Dette kan gjelde dersom det både er forventet høy forekomst av tuberkulose i arbeidsmiljøet og den ansattes arbeidsoppgaver har en karakter som gir økt risiko for langvarig eksponering. Det er vanligvis ikke grunn til å anbefale vaksine for personell ved barneavdelinger, fordi barn er mindre smittsomme enn voksne, og fordi det er færre tilfeller av tuberkulose hos barn.

Anbefalingen gjelder tidligere uvaksinerte uten kontraindikasjoner for BCG-vaksine. Det er sjelden aktuelt å vaksinere arbeidstakere over 35 år, fordi effekten i denne aldersgruppen er usikker. Dersom det er tvil om indikasjon og arbeidstakeren ønsker BCG vaksinasjon, er det ikke noe i veien for å tilby dette."

Med tanke på en individuell vurdering som angitt i sitatet ovenfor fra FHI, skal leder be den ansatte kontakte Avdeling for smittevern for nærmere rådgivning. Det samme gjelder ansatte som over tid skal arbeide med voksne pasienter med smittsom lungetuberkulose eller med dyrkning av mykobakterier i mikrobiologisk laboratorium. Merk at selve vaksinasjonen skjer på lokal helsestasjon. OUS dekker eventuelle utgifter til dette.

Andre vaksiner

Det har i 2018 vært økt fokus på vaksiner mot meslinger, kikhoste og vannkopper. eHåndboksprosedyre Yrkesvaksinasjon, dok.id. 12511, er blitt revidert og oppdatert blant annet vedrørende disse smittestoffene.

Satsing og tiltak for forbedring fremover

Anbefalte hovedsatsingsområder

- Tiltak mot resistente bakterier i samarbeid med klinikkene.
- Reduksjon av antall stikkskader.
- 0 % bruk av armbåndsurs og håndsmykker ved all pasientkontakt.
- 80 % vaksinasjonsdekning mot influensa.

Viktige forbedringstiltak som klinikkene har meldt inn at de vil gjøre

- Overgang til sikkerhetskanyler, kartlegge årsak til liten bruk.
- Øke antall stikkskade ressurskontakter.
- Arbeide for at e-læringskurset «Basale smittevernsrutiner» blir obligatorisk for alle ansatte.
- Øke antall influensavaksinerte.
- Tilrettelegge for flere smittevernsrom.
- Fokus på håndhygiene.
- Utvikling av indikatorer for luft- / kontaktsmitte (årsrapport).

2.4. Inkluderende arbeidsliv

Inkluderende arbeidsliv inngår som en integrert del av det systematiske HMS-arbeidet, og hvor det forebyggende aspektet er viktig.

2018 var det siste året av IA avtalen som ble inngått fra 2015 - 2019. I avtalen forpliktet partene seg til å jobbe for tre hovedmål. Disse var reduksjon i sykefraværet, økt antall sysselsatte med nedsatt funksjonsevne, og en økning i pensjonsalder. Delmålet om å øke pensjonsalderen ble ansett som innfridd i løpet av avtaleperioden.

Fra 01.01.2019 er det inngått en ny IA avtale mellom partene i Arbeidslivet og regjeringen.

Status i OUS

		AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
13. Inkluderende arbeidsliv	2018																
	2017																

I sykehusets systemer er det en betydelig etterregistrering av fravær slik at rapporteringen sentralt på sykefraværstallene normalt ligger 2 - 3 måneder etter i tid.

Da årsrapporten ble tatt opp til diskusjon i klinikkene har man brukt foreløpige tall som grunnlag. Klinikkenes egne risikovurderinger (som startet før jul) er gjort med utgangspunkt i tallene for akkumulert fravær til og med september 2018. Som det fremgår er disse hovedsakelig moderat positive eller positive, men for flere vurderes det at bildet er litt mer utfordrende enn i fjor. Eksempler på dette er HHA, HLK, KVI der vurderingen er endret grunnet en økning i fraværet, eller MED og OSS der økt fokus på området og nye tiltak nevnes.

I skrivende stund har sykehuset tilgang på tall per klinikk og totalt til og med november 2018. Disse fraviker litt fra tallene i september, men kun i størrelsesorden 0,1 - 0,2 prosentpoeng.

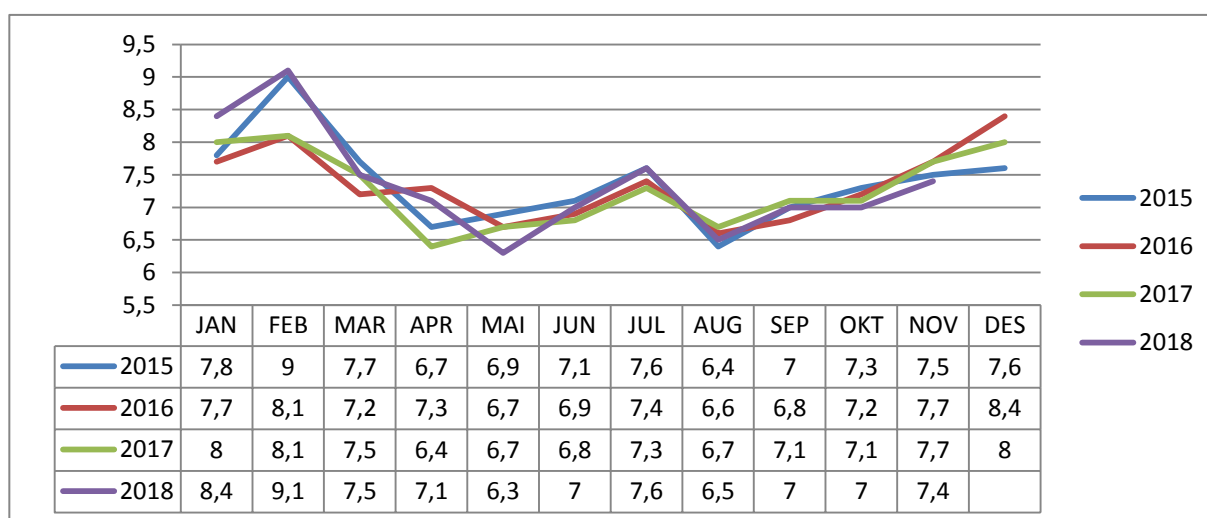
Tabell 1: Sykefravær totalt og for klinikkene per november 2018

Sykefraværspersent for perioden	2018
Alle ansvarssteder	7,35
(AKU) AKU AKUTTKLINIKKEN	7,51
(BAR) BAR BARNE- OG UNGDOMSKLINIKKEN	7,71
(DST) DST DIREKTØRENS STAB	3,49
(HHA) HHA KLINIKK FOR HODE, HALS OG REKONSTRUKTIV KIRURGI	7,94
(HLK) HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	7,27
(KIT) KIT KLINIKK FOR KIRURGI, INFLAMMASJONSMEDISIN OG TRANSPLANTA	6,81
(KLM) KLM KLINIKK FOR LABORATORIEMEDISIN	7,35
(KRE) KRE KREFTKLINIKKEN	6,25
(KRG) KRG KREFTREGISTERET	3,26
(KRN) KRN KLINIKK FOR RADIOLOGI OG NUKLEÆRMEDISIN	7,45
(KVI) KVI KVINNEKLINIKKEN	8,01
(MED) MED MEDISINSK KLINIKK	7,16
(NVR) NVR NEVROKLINIKKEN	6,77
(OPK) OPK ORTOPEDISK KLINIKK	5,68

(OSS) OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	8,60
(PHA) PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	8,10
(PRE) PRE PREHOSPITAL KLINIKK	7,04

Det er en betydelig variasjon i fravær mellom klinikker. Lavest akkumulert fravær (per november 2018) finner vi i DST (3,49 %), OPK (5,68 %) og KRE (6,25 %). Høyest fravær finner vi i OSS (8,60 %) og i PHA (8,10 %). Disse forskjellene har mange årsaker, blant annet yrke, yrkesgruppe, kjønn, alder og muligheter for tilrettelegging av arbeidet.

Totalt akkumulert fravær i OUS for 2018 til og med november er på 7,35 %. Dette tilsvarer en liten økning dersom tallene skulle holde seg. Korttidsfraværet i 2018 ligger på 2,69 %, mens langtidsfraværet er 4,66 %. Sammenliknet med 2017 er det korttidsfraværet som har økt mest. Økt totalt korttidsfravær er som regel knyttet til svingninger i epidemier / influensasessongen. Av figuren under ser vi at mye av variasjonen i totalfraværet skjer i perioden mellom januar og mai.



Figur 12: Variasjoner i totalt sykefravær i OUS knyttet til sesong 2015 - 2018

Arbeidsmiljøloven legger opp til at arbeidsgiver skal legge til rette for individuelle behov som oppstår på grunn av sykdom «så langt det er mulig». Dette kan være utfordrende, og tiltak i slike sammenhenger varierer. Størstedelen av tilretteleggingsarbeidet kan gjøres i egen avdeling. Eksempler på tilrettelegging kan være midlertidig fritak fra enkelte arbeidsoppgaver, eller midlertidige endringer i arbeidstid. Hovedregelen er å få til gradvis tilbakeføring til mest mulig normal arbeidssituasjon, ofte ved bruk av gradert sykmelding.

Saker som omhandler omplassering av helsemessige årsaker på tvers av klinikkene kan tas opp i sykehusets sentrale IA utvalg, som også jobber strategisk på et overordnet nivå. Utvalget lager egen årsrapport til hoved AMU på sykehuset.

Arbeidsmiljøavdelingen bistår blant annet med samhandling, generell rådgiving, råd om den fysiske tilpasningen av arbeidsplassen, og psykososial rådgiving for ansatte eller ledere i krevende omplasseringssaker. Driftsmessige og økonomiske forhold vil noen ganger være til hinder for at det er mulig å tilby en tilstrekkelig langsiktig tilretteleggingsperiode.

Sykefravær kan i noen tilfeller skjule annen problematikk som konflikter, vanskelige samhandlingsmønstre, motstridende forventninger eller uklar / utfordrende ledelse. Slike faktorer kan være utslagsgivende for at ansatte med helseutfordringer blir sykmeldt.

Generelt vil både psykososialt, organisatorisk og fysisk arbeidsmiljø kunne påvirke fraværet i en enhet. Alle former for arbeid med å forbedre arbeidsmiljøet vil derfor kunne påvirke fraværsprosenten.

Satsing og tiltak for forbedring fremover

Flere av klinikkene har eller arbeider med egne IA handlingsplaner, og / eller har egne IA grupper, for eksempel i OPK, NVR og OSS. I klinikkens handlingsplaner vises det til samarbeid med Arbeidsmiljøavdelingen, blant annet bedriftsjordmor, HR, og Arbeidslivssenteret / NAV. Det er også en rekke mindre prosjekter som er satt inn som tiltak i enheter der man jobber med å få ned fravær. AKU og BAR har IA arbeid som et av klinikkens høyest prioriterte satsingsområder for 2019, og nevner egen oppfølging av høyt korttidsfravær, og seniorpolitikk som virkemidler i tiltaksplanen.

2.5. Gravid og trygg i jobb

Sykehuset har en betydelig andel kvinnelige ansatte i fertil alder, og det er om lag 600 ansatte som er gravide til en hver tid. Denne gruppen har et høyere sykefravær enn andre, og mange har behov for rådgivning i forhold til behov for tilrettelegging. Ca. 11 % av sykefraværet i 2018 i OUS skyldtes svangerskapsrelaterte plager. Arbeidsmiljøavdelingen ansatte i 2016 bedriftsjordmor i hel stilling som jobber kontinuerlig med rådgivning og oppfølging av gravide. Tjenesten har hatt betydelig positiv påvirkning på gravides sykefravær i OUS. Målsetningene for tjenesten er at den gravides trygghet og følelse av å være til nytte gjennom hele svangerskapet ivaretas, og at den gravide gjennom individuell tilrettelegging står lenger i jobb.

Tjenesten består av to deler:

1. Treparsamtaler: Jordmor har samtaler med den gravide og leder tre ganger i løpet av graviditeten, hvor det utarbeides en individuell oppfølgingsplan. Tema for samtalene er den gravides helse, behov for tilrettelegging, og diverse tema innenfor arbeid, helse og graviditet. Den gravide utstyres ved første møte med nøkkelbånd og drikkeflaske med gjenkjennelig «Gravid og trygg i jobb» slik at kollegaer og andre kan være informerte og ta hensyn.
2. Temalunsjer: Bedriftsjordmor arrangerer jevnlig møteplasser der de gravide kan ta med matpakken, møte andre gravide, og få kompetansepåfyll innenfor et tema som berører graviditet. Mosjon under graviditeten og stressmestring er eksempler på temaer som blir presentert.

Status i OUS

Bedriftsjordmor hadde i 2018 409 tilretteleggingssamtaler med gravide og deres ledere. I løpet av knapt tre år i drift har over 500 gravide blitt fulgt opp gjennom svangerskapet. Bedriftsjordmor tilbyr også rådgivning, presentasjon av tjenesten og holder egne arrangement som temalunsjer for gravide. I tillegg samarbeider hun med bedriftsfysioterapeutene på deres forflytningsveilederkurs, med fokus på gravide og forflytning.

I 2018 ble det holdt 15 temalunsjer med 5 forskjellige tema for gravide i OUS. Oppslutningen rundt disse har vært god, og tilbudet blir verdsatt og etterspurt av de gravide selv.

Noen klinikker bruker bedriftsjordmor i stor grad, andre i liten grad. Tilbudet kan ennå betraktes som relativt nytt, og man ser at det i noen klinikker er bedre kjent enn i andre. Det kan være ulike årsaker til at noen klinikker benytter seg oftere av bedriftsjordmor. Kunnskap om tjenesten, samt en positiv holdning til ordningen er avgjørende. Det er ønskelig at flere ledere og gravide tar kontakt med bedriftsjordmor nå når tilbudet etter hvert begynner å bli kjent i OUS.

Satsing og tiltak for forbedring fremover

Det er ønskelig at klinikkene har som målrettet tiltak å benytte seg mer av bedriftsjordmortjenesten. Ordningen er frivillig, men leder bør oppmuntre den gravide til å ha kontakt med bedriftsjordmor for oppfølging. Mange tar kontakt litt sent i svangerskapet. Det er av stor betydning for et godt resultat at kontakt med bedriftsjordmor etableres tidlig.

Gravid og trygg i jobb har fått godt fotfeste i OUS, og det meldes tilbake om mange nyttige samtaler og enkle tilretteleggingstiltak. De første tallene ift sykefraværstatistikk er nå hentet ut, og tyder på at tjenesten har gitt positive endringer i sykefraværet hos de gravide. Antall fraværsdager er redusert med 2760 dager pr. år, noe som gir en estimert besparelse på 8,2 MNOK/år.

Bedriftsjordmortjenesten har etter relativt kort tid blitt et etterspurt tilbud, med stor pågang i perioder. Èn full stilling dekker ikke etterspørselen, og man har i perioder vært nødt til å begrense inntak av nye gravide, samt at det til tider er mange ukers ventetid. Det er ønskelig med økte ressurser for å dekke etterspørselen, slik at man har kapasitet til å inkludere alle gravide og ledere som ønsker og bør benytte seg av tjenesten.

For å gjøre tjenesten best mulig, vil det i løpet av 2019 bli innhentet evalueringer fra gravide og deres ledere om deres erfaringer med tjenesten.

2.6. Rus- og avhengighetsproblematikk

OUS sitt system for forebygging og oppfølging av ansatte med rus- og avhengighetsproblemer er Akan. Akan er en ideell organisasjon stiftet av partene i arbeidslivet, opprinnelig forkortet til Arbeidslivets komité mot alkoholisme og narkomani. I dag assosieres Akan med Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk.

Akan-begrepet brukes dessuten i norsk arbeidsliv om rusforebyggende arbeid generelt og om individuelle hjelpe- / kontrollopplegg. Når slike opplegg nedfelles i en skriftlig avtale, brukes betegnelsen Akan-avtale.

Hensikten med Akan er å forebygge og følge opp misbruk av alkohol, pengespill, narkotika og legemidler hos ansatte. Misbruk er en stor utfordring for den det gjelder, og medfører risiko både for pasienter og øvrige ansatte. I OUS er Akan-arbeidet forankret i et gjensidig forpliktende samarbeid mellom leder og ansatt. OUS jobber for et rusfritt arbeidsmiljø og hjelper ansatte som har et avhengighetsproblem.

Status i OUS

		AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA
14. Rus- og avhengighetsproblematikk	2018	Yellow	Green	Green	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Green	Green	Orange	Yellow	Green	Green
	2017	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Orange	Yellow	Yellow

10 klinikker har endret risikovurdering sammenlignet med 2017: 5 i positiv retning og 5 i negativ retning. De fleste av klinikkene som har endret vurdering i mer negativ retning har gjort dette fordi de innser at de har ingen eller altfor få Akan-avtaler.

Det er til enhver tid et tilbud til klinikkene om tilrettelagt undervisning ved Akan-hovedkontakt og Arbeidsmiljøavdelingen. Det var noen færre informasjonsmøter i 2018 enn i 2017. Blant de klinikker som har brukt muligheten kan særlig KLM framheves.

Største utfordringer som klinikkene trekker fram i sine egenvurderinger:

- Ingen eller få saker er indikator på uoppdaget risiko
- For få informasjonsmøter avholdt

Viktigste forbedringstiltak som klinikkene har meldt inn at de vil gjøre

- Ha temaet rus- og avhengighetsproblematikk opp i klinikkens ledermøter og i personalmøtene
- Ansatte må bevisstgjøres på rutiner i slike saker, at det skal meldes inn til ledelsen og at det er lederes ansvar å håndtere ansatte som har et rus- / avhengighetsproblem
- Sikre at ledere og ansatte har informasjon om Akan-tilbud

Akan-utvalget

Akan-utvalget er et underutvalg av sentralt AMU. Akan-utvalget har i 2018 hatt til sammen 8 møter. Utvalget arbeider kontinuerlig for å oppnå målsettingen om å forebygge rusmiddelbruk hos sykehusets medarbeidere.

Forebyggende arbeid

Gode ledere tar ansvar for å sette det forebyggende arbeidet på dagsorden, og tillitsvalgte og verneombud er verdifulle støttespillere.

Hovedmålsettingen for 2018 var å fortsette profileringsarbeidet. Det er store mørketall, og vi ønsker å synliggjøre at ansatte kan få hjelp med sitt avhengighetsproblem, og dermed beholde jobben. Akan-utvalget ønsker å synliggjøre sitt arbeidet ved kontinuerlig å snakke om Akan i ulike sammenhenger, holde kurs, dele ut brosjyren og å bruke intranett.

Akan er fra 2018 blitt tema i sykehusets lederprogram for nye ledere. Fra før er Akan fast tema i obligatorisk HMS-opplæring for verneombud (HMS grunnkurset). Man er i ferd med å innarbeide Akan som tema på nyansatt-dagen.

Akan-hovedkontakt og bedriftsoverlege / bedriftssykepleier har forelest ved HMS grunnkurset 6 ganger i løpet av 2018. De har også hatt undervisning for ledere, ansatte, tillitsvalgte og verneombud i ulike klinikker. Det har vært gjennomført 12 slike samlinger. Temaet har vært Akan sin virksomhet ved OUS, interne instruksjoner, prosedyrer og Lov om helsepersonell.

Akan har vært tema ved etterutdanningsuken for spesialsykepleiere, NSF konferanse i OUS, og tema rus er blitt med i ForBedring, spørsmål 20/20.

Medlemmer i Akan-utvalget har deltatt i Arbeidsmiljøuken og Pasientsikkerhetsuken med stand, informasjon og utdeling av Akan-brosjyren.

I forbindelse med Pasientsikkerhetsuken ble ansatte invitert til seminar med tema «Du av alle», ved Oda Sjøvoll, Helsedirektoratet.

Antall Akan avtaler

I 2018 har det på det meste vært 29 Akan-avtaler i gang. Ved årsskiftet var det 25 avtaler. Tilsvarende tall for 2017 var 20. Det er tilkommet 10 nye avtaler i løpet av 2018.

Nasjonal konferanse for sykehusansatte

I juni 2018 ble det avholdt en første Nasjonal konferanse for sykehusansatte. Konferansen var et samarbeidsprosjekt mellom Akan sentralt og OUS v/ bedriftsoverlege Bakkerud. Konferansen ble åpnet av OUS og Akan sine direktører. Svært vellykket, med enighet om å arrangere annethvert år.

Intranett-oppgradering

Akan-utvalgets hjemmeside på OUS' intranett er gitt et betydelig ansiktsløft i 2018.

Deltagelse på eksterne seminarer

Medlemmer av Akan-utvalget har deltatt på Alor (arbeidsliv og rusnettverk) nettverkssamlingene vår og høst 2018. Medlemmer har også deltatt på de årlige Akan-dagene, to dager i november 2018.

2.7. Vold og trusler

Arbeidstilsynet definerer vold og trusler i arbeidslivet som «hendelser hvor arbeidstakere blir fysisk eller verbalt angrepet i situasjoner som har forbindelse med deres arbeid, og som innebærer en åpenlys eller antydning trussel mot deres sikkerhet, helse eller velvære». Helserelaterte yrker er i følge Arbeidstilsynet noen av de mest utsatte yrkene når det gjelder vold og trusler.

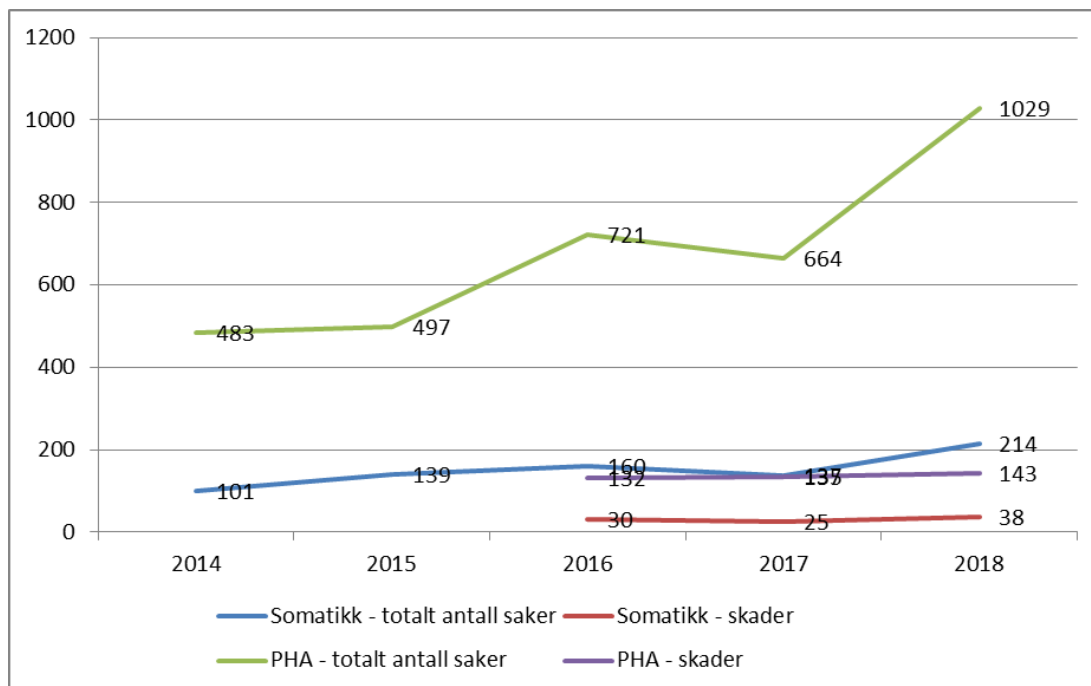
Fra 1. januar 2017 trådte nye bestemmelser i forskrift om utførelse av arbeid i kraft. Det stilles blant annet krav om at:

- Arbeidsgiver skal kartlegge hvilken risiko det er for at arbeidstakerne kan bli utsatt for vold eller trusler, og sørge for at risikoen så langt som mulig fjernes eller reduseres.
- Arbeidstakere skal få nødvendig opplæring i forebygging og håndtering av volds- og trusselsituasjoner.
- Arbeidstakerne og deres tillitsvalgte skal få nødvendig informasjon bl.a. om hvilke rutiner som er satt i verk for å forebygge, håndtere og følge opp volds- og trusselsituasjoner. Arbeidsgiver må gjennomføre de tiltak som må til.
- Arbeidsgiver skal sørge for at arbeidstaker som er utsatt for vold og trussel om vold får nødvendig oppfølging, både med hensyn til den fysiske og psykiske belastningen som hendelsen kan ha medført.

Status i OUS

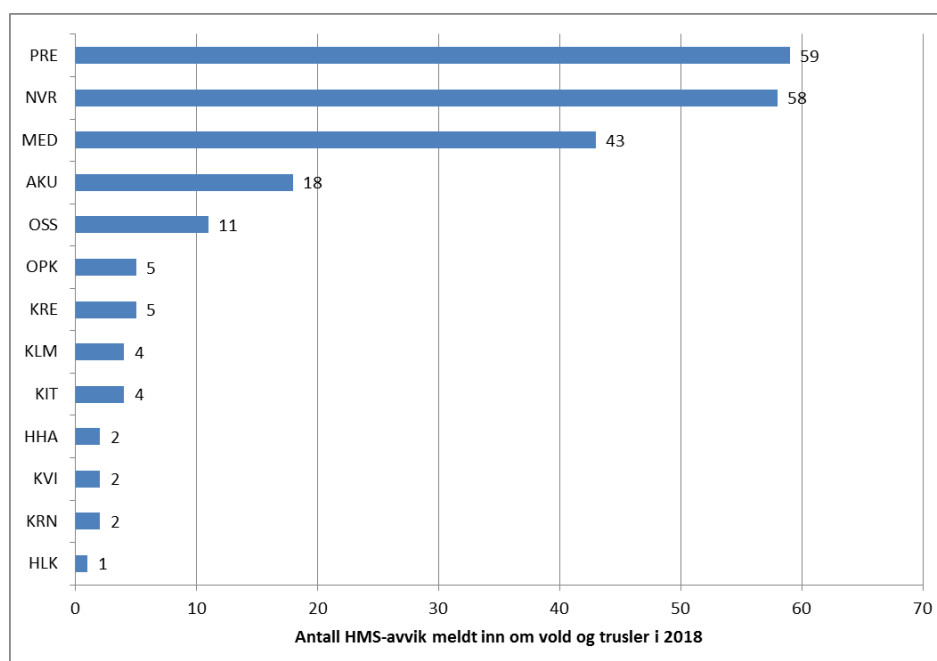
		AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
12. Vold og trusler	2018	Grønn	Grønn	Gul	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Oransje	Grønn	Grønn	Oransje	Grønn	Grønn	Oransje	Oransje
	2017	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Oransje	Grønn

Statusvurdering innen temaet «vold og trusler» har endret seg for flere klinikker fra 2017 til 2018. AKU justerer seg til grønn selv om de opplever økning i antall avvik knyttet til tematikken. DST melder om tilfeller med uventede besøk i bygg 1 og 2 på Ullevål. KRN opplever få voldshendelser, men har justert seg ned til oransje grunnet problemer rundt ombygging av skranke på Rikshospitalet. KVI hadde i 2018 få volds- og trusselhendelser, og har justert fargen deretter. NVR har flere HMS-avvik om vold og trusler mot de ansatte. Ikke alle steder har tilstrekkelig opplæring og kunnskap om håndtering av slike situasjoner. Imidlertid mener de ansatte at de vil bli godt ivaretatt om en slik hendelse oppstår. OSS mener de har noe mangelfull opplæring i hvordan man skal håndtere truende situasjoner. Uansett oppfatter ikke partene i OSS at dette er et stort problem for OSS, og de mener enkeltepisoder håndteres bra. PHA er ikke uventet den klinikken med flest registrerte HMS-avvik innen vold og trusler, men jobber også veldig aktivt med problematikken. De trekker frem i sin HMS-årsrapport at det er gjentagende brudd på sikkerhetsrutinene, som kan tyde på at man i liten grad lærer av de brudd som skjer. Det er også økende risiko ved ambulerende tjenester, da denne type tjenester øker raskt. PRE hadde i 2018 et omfattende tilsyn av Arbeidstilsynet og fikk pålegg på manglende risikovurdering og tiltak for vold og trusler. Tematikken er en høy risiko for klinikkens ansatte, og det har i de senere år vært en økning av tilfeller av vold og trusler.



Figur 13: For enkelhets skyld er alle klinikker som ikke er PHA samlet som "somatikk" i oversikten. OUS har ikke oversikt over antall skader før 2016 i Achilles.

Det ble i 2018 meldt inn 1243 HMS-avvik om vold og trusler (801 i 2017). Dette utgjør ca. 18 % av totalt antall HMS-avvik meldt inn det året (14 % i 2017). Det har vært en økning i innmeldte HMS-avvik om vold og trusler i 2018, både i PHA og somatikken. Samtidig er det meldt inn omtrent samme antall skader som følge av vold og trusler, så det er grunn til å tro at risikobildet stort sett er uendret, og at det er meldekulturen som har blitt bedre. Medarbeidere ved PHA stod for 83 % av de innmeldte HMS-avvikene i 2018 på dette temaet.



Figur 14: Fordeling av HMS-avvik registrert i klinikkene. PHA er ikke inkludert i oversikten for å kunne se de andre klinikkene tydeligere.

Satsing og tiltak for forbedring fremover

Klinikkene har i sine HMS-årsrapporter kommet med flere tiltak når det gjelder vold og trusler:

- Debriefing og ivaretagelse av ansatte i etterkant av voldshendelser.
- Gjennomgang av sikkerhetsrutiner i avdelingene.
- Trekke lærdom fra mer utsatte klinikker.
- Gi opplæring for de ansatte i tematikken. AKU vil i 2019 rulle ut et e-læringskurs til alle deres ansatte om håndtering av vold og trusler i somatikken.

På sykehusnivå bør det jobbes med at alle klinikker gjør risikovurdering av sine ansattgrupper når det gjelder vold og trusler, og gir opplæring til dem basert på risikovurderingen. Fagnettverk EPJ ser på muligheter for varsel om risiko for vold og trussel, og hvordan det eventuelt kan dokumenteres i EPJ. Det sees også på hvilke krav som eventuelt må ligge bak et slikt varsel.

2.8. Sentralt AMU

Arbeidsmiljøutvalget (AMU) er et partssammensatt utvalg som skal arbeide for gjennomføring av et fullt forsvarlig arbeidsmiljø i virksomheten. OUS har ett sentralt AMU, og hver klinikk har sitt eget lokale utvalg (klinikk-AMU). Sentralt AMU skal behandle alle saker som gjelder hele sykehuset eller saker som gjelder to eller flere klinikker. Klinikk-AMU behandler alle saker innenfor egen klinikk. Det kan også fremmes lokale saker for AMU, for eksempel der det ikke er mulig å finne en løsning lokalt.

Sentralt AMU består av 8 representanter fra arbeidsgiver (hvorav administrerende direktør er fast medlem), 8 representanter fra arbeidstakerne (hvorav foretakshovedverneombudet er fast medlem) og 1 representant fra bedriftshelsetjenesten (uten stemmerett). I 2018 hadde administrerende direktør ledervervet. Oversikt over medlemmene i AMU er i vedlegget til denne rapporten.

Sentralt AMU holdt 9 møter og hadde 60 saker på agendaen i løpet av 2018.

2.9. HMS-utvalget

HMS-utvalget er sykehusets overordnede utvalg når det gjelder HMS, og har rådgivende funksjon overfor administrerende direktør og AMU innen dette området. Leder for utvalget var i 2018 HMS-leder. 4 møter ble avholdt og 30 saker ble behandlet.

Utvalget skal fremme forbedringsarbeid innen HMS og har følgende oppgaver:

- Ta initiativ til at OUS har et kontinuerlig og systematisk HMS-arbeid på alle nivå i organisasjonen.
- Bidra til at OUS utarbeider strategiske planer for HMS.
- Gi uttalelser av prinsipiell karakter innen HMS.
- Koordinere innsatsområder mellom HMS-faginstansene.
- Ta initiativ til opplæring innen HMS.
- Ta initiativ til prosjekter innen HMS.
- Koordinere tverrfaglig HMS-dokumentasjon.
- Koordinere HMS-avviksbehandlingen.

3. Fysisk arbeidsmiljø

3.1. Ergonomi og fysisk helse

Ergonomi handler om tilpasningen mellom arbeidsmiljø, teknikk og menneske. For å unngå sykdom og belastningsskader må både arbeidsgiver og arbeidstaker ta hensyn til hva som er god ergonomi.

Muskel - skjelettplager er utbredt på sykehuset og det vil derfor være svært fordelaktig å jobbe forebyggende. Det er viktig å påvirke arbeidskulturen gjennom en systematisk tilnærming, både på enhets- og klinikknivå. I følge lovverket skal arbeidsplassen innredes og utformes slik at arbeidstakere unngår uheldige fysiske belastninger. Gjennom tilrettelegging for gode arbeidsstillinger, variasjon samt redusere tungt og ensformig arbeid, kan muskel - skjelettplager i større grad forebygges.

For at OUS skal bidra til et bærekraftig arbeidsliv må det, i tillegg til å tilrettelegge for god ergonomi, være en sammenheng mellom arbeidskapasitet og de arbeidskravene som stilles i forskjellige yrker. Yrkesgrupper som har stillesittende arbeid eller har tungt fysisk arbeid kan utgjøre en helserisiko dersom det kombineres med et lavt fysisk aktivitetsnivå. Regelmessig fysisk aktivitet kan redusere sykdom og har dokumentert positiv effekt knyttet til blant annet psykisk helse og muskelskjelettlidelser. Dette er bakgrunnen for at *fysisk helse* er integrert i dette fagområdet.

Klinikkenes vurdering av egen status innen *ergonomi og fysisk helse* baserer seg på flere indikatorer:

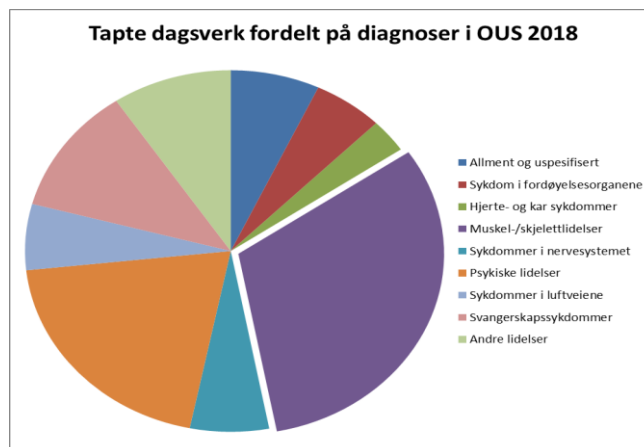
- Resultater fra HMS-runder.
- ForBedringsspørsmål: «Her tilrettelegges arbeidet slik at muskel og skjelettplager forebygges».
- Ressurspersoner (forflytningsveiledere, helsemotivatorer, kontorergonomi).
- Gjennomførte tiltak fra handlingsplan og bistand inn til klinikkene.

Status i OUS

	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
6. Ergonomi og fysisk helse	2018															
	2017															

Det er ingen klinikker som skårer rødt, men det er flere klinikker som skårer seg selv dårligere enn i 2017. Noe av årsaksforklaringen kan være at ForBedringsspørsmål om temaet nå er en viktig indikator i totalvurderingen, i tillegg til anbefaling om å iverksette tiltak for å fremme fysisk aktivitet.

Ser vi på tall fra NAV, er muskel - skjelettplager og psykiske lidelser en av hovedårsakene til legemeldte fraværsdager for ansatte ved OUS i 2018.

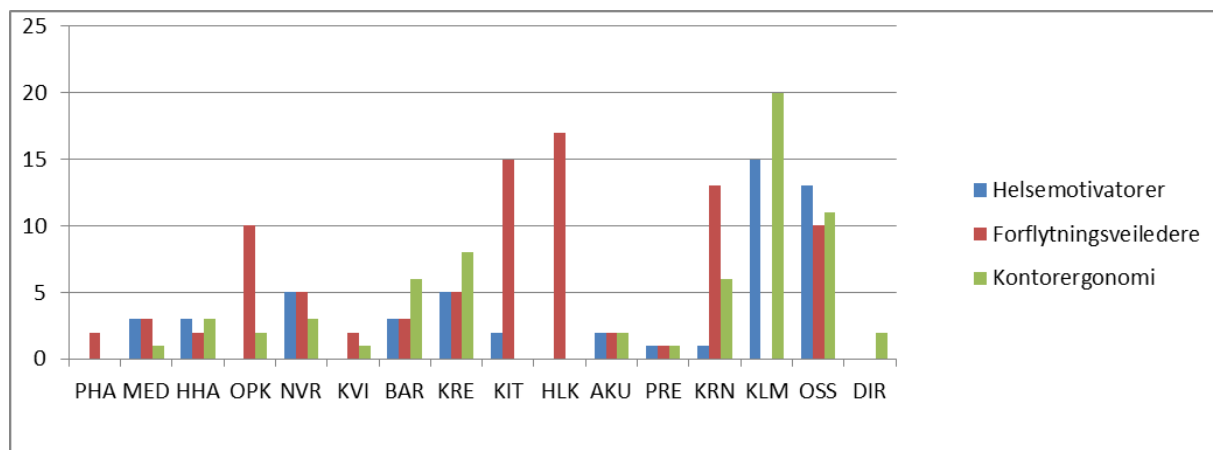


Figur 15: Tapte dagsverk fordelt på diagnoser i OUS 2018, data fra NAV

Utenom KVI, har KIT, KLM, KRN, MED og OSS gått fra enten grønt eller gult til oransje. Endringen er i hovedsak basert på behovet for mer opplæring samt å tilrettelegge for fysisk aktivitet. KLM trekker blant annet frem utfordringer knyttet til statisk og ensformig arbeid på laboratoriene, spesielt arbeid i avtrekkskap og sikkerhetsbenker. KIT trekker frem tidspress og plassmangel som en forklaring på at de skårer seg på oransje. Det er kun BAR og DIR som skårer seg selv på grønt.

Oversikt over ressurspersoner i klinikkene

Det ble utdannet 32 nye forflytningsveiledere, 46 nye helsemotivatorer og 45 nye ergonomiveiledere i 2018. Ergonomiveilederkursen er delt i 2 ulike kurs, «Kontorarbeidsplassen» og «løfte- og bærekurs». Sistnevnte kurs er kun på bestilling da dette bør skreddersys til aktuell enhet. Diagrammet nedenfor må sees i sammenheng med klinikkens størrelse, behov og andre interne ressurspersoner.



Figur 16: Oversikt over veiledere. Antall veiledere kan være avvikende grunnet utskifting av ansatte

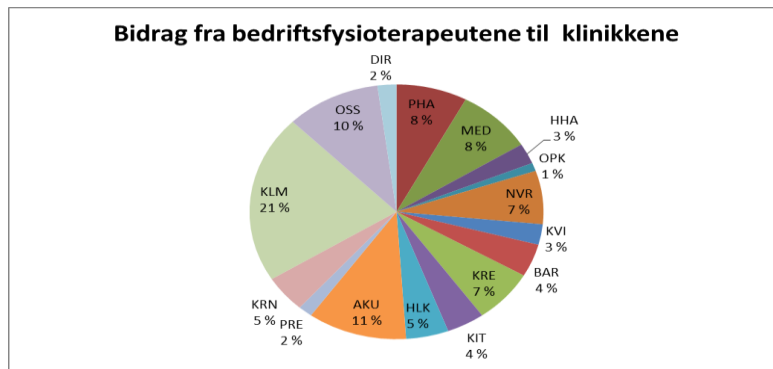
En del klinikker eksponeres for fysisk belastning / tunge løft som de opplever ikke lar seg begrense, selv med opplæring og bruk av hjelpemidler. I noen klinikker er denne eksponeringen påregnelig ut fra arbeidets art, og det vil derfor være ytterligere behov for fokus på helsefremmende tiltak som kan øke de ansattes fysiske kapasitet. *Forflytningsveiledere, helsemotivatorer og ergonomiveiledere* er viktige ressurspersoner i dette arbeidet inn mot sine respektive enheter og i samarbeid med bedriftsfysioterapeutene i Arbeidsmiljøavdelingen. For å ivareta dette behovet anbefales at det utdannes minimum 2 veiledere per funksjonelle enhet, basert på enhetens risikofaktorer.

Største utfordringer som klinikkene trekker frem i sine egenvurderinger

- Manglende opplæring / kunnskap.
- Stor fysisk belastning med høyt arbeidstempo.
- Statisk, tungt og /eller repetitivt arbeid.
- Manglende tilrettelegging for fysisk aktivitet.
- Tidspress som fører til dårligere arbeidsstillinger.
- Plassmangel som medfører dårlige arbeidsstillinger.

Satsing og tiltak for forbedring fremover

Mange klinikker har nå fokus på opplæring av ansatte i ergonomi og fysisk helse. Det har vært en stor økning av forespørsler om undervisninger både når det gjelder ergonomi og treningsøvelser, spesielt med bruk av strikk. Dette har resultert i en økning av undervisninger fra bedriftsfysioterapeutene på 30 % i løpet av 2018, noe som er i tråd med et økende fokus på det forebyggende arbeidet.



Figur 17: Bedriftsfysioterapeutenes bidrag til klinikkene

Flere klinikker har skissert gode tiltak fremover basert på sine utfordringer. KLM trekker frem behovet for funksjonelle hjelpemidler, rullering og automatisering av arbeidsoppgaver. Et spennende tiltak kommer fra OSS som vil fordele midler internt for innkjøp av enkelt treningsutstyr til sine enheter som vil iverksette tiltak. Målet deres er å bedre det psykososiale arbeidsmiljøet, engasjementet og teamarbeidsklimaet, i tillegg til den enkeltes helse og generell reduksjon av belastningsskader.

Til tross for at flere klinikker vurderer sin egen status innen ergonomi og fysisk helse som mindre tilfredsstillende, er det få som har tatt det med videre på sine prioriteringslister.

Viktigste forbedringstiltak som klinikkene har meldt inn at de vil gjøre

- Opplæring (jevnlige undervisning om temaet og rutiner for opplæring av nyansatte).
- Øke dekning av ressurspersoner ute i enhetene.
- Pausetrening / tiltak for å fremme fysisk aktivitet.
- Rullering av arbeidsoppgaver.
- Automatisering av arbeidsprosesser.

I tillegg til svært gode skisserte tiltak fra flere klinikker, er det ønskelig fra bedriftsfysioterapeutene med økt involvering og interesse hos ledere i OUS. En aktuell arena kan være tema i lederopplæringen. Dette for å gi ledere større mulighet til å påvirke kulturen på arbeidsplassen når det gjelder ergonomi og fysisk helse.

3.2. Plassforhold

Arbeidsplassen skal utformes og innredes slik at arbeidsmiljøet blir fullt forsvarlig utfra arbeidstakerens helse, miljø, sikkerhet og velferd. Arbeidsplassen må tilpasses til den aktivitet som skal foregå, antall personer og nødvendig utstyr som skal være i lokalene. Det bør også finnes tilstrekkelig lagerplass og ventilasjon til utstyr, maskiner, hjelpemidler osv. Det må tas hensyn til individuelle behov og prinsippene om universell utforming. Det skal være mulig å variere arbeidsstilling og utføre arbeidet med hensiktsmessige bevegelser.

Status i OUS

		AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Plassforhold	2018	Orange	Orange	Gult	Orange	Orange	Rødt	Orange	Gult	Orange	Orange	Orange	Gult	Rødt	Grønt	Gult	Rødt
	2017	Gult	Orange	Grønt	Orange	Orange	Rødt	Orange	Gult	Gult	Gult	Gult	Gult	Orange	Grønt	Gult	Rødt

Det er varierende hvordan klinikkene vurderer plassforhold og egnethet. De fleste klinikker vurderer sine plassforhold til rødt eller oransje. Kun fem klinikker vurderer sine plassforhold til gult og grønt.

Største utfordringer som klinikkene trekker frem i sine egenvurderinger

- Fortetning, der antall mennesker og maskiner økes innen samme areal.
- Endret bruk av arealer, ofte uten reell mulighet for å gjennomføre nødvendige tilpassinger, gjør arealene dårlig egnet.
- Økning av arbeidsoppgaver, pasienter og ansatte.
- Overbelegg i flere klinikker.
- Trange felleskontorer, vanskelig med bevaring av taushetsplikt.
- Samlokalisering der man må avgi plass til tilflyttende avdelinger / seksjoner uten at det blir frigjort lokaler.
- Plassmangel fører i sin tur til andre arbeidsmiljøutfordringer som f.eks. luftkvalitet, mulighet til å arbeide ergonomisk, orden og renhold, støy og stress.
- Plassmangel, f.eks. mangel på enerom for smittepasienter, samt overbelegg av pasienter (korridorpasienter), kan i sin tur vanskeliggjøre de ansattes mulighet til å jobbe i tråd med smittevernsrutinene på OUS. Dette påvirker både de ansattes arbeidsmiljø og pasientsikkerheten.
- Tilgang til støtterom blant annet garderobe / for små garderober.
- Lite lagringsplass.

Satsing og tiltak for forbedring fremover

Flere klinikker har som forslag til forbedring fremover at man må samarbeide med andre klinikker om felles bruk av arealer. Det er foreslått en vurdering arealbehovet for hele OUS.

Viktigste forbedringstiltak som klinikkene har meldt inn at de vil gjøre:

- Ivareta plassbehov ved planlagte utbygginger og ombygginger i flere klinikker.
- Se på arealfordelingen i OUS.
- Felles bruk av arealer.

3.3. Luftkvalitet

Luftkvaliteten påvirkes av flere faktorer - de viktigste er:

Karbondioksidnivå: CO₂ nivået kan bli for høyt hvis luftbyttene er for små i forhold til personbelastningen. Dette kan føre til konsentrasjonsproblemer, hodepine og trøtthet.

Temperatur: Opplevd temperatur påvirkes av bekløding, aktivitetsnivå, lufttemperatur og varmestråling. Høy temperatur påvirker mennesker direkte og kan påvirke produktiviteten. Høy lufttemperatur påvirker hvor frisk luften oppleves. Høy temperatur innendørs bør unngås, men kan aksepteres midlertidig når det er varmt ute i følge arbeidsmiljølovgivningen.

Luftforurensninger: Inneluft kan inneholde forurensninger fra aktiviteter og forhold innendørs, eksempelvis støv, kirurgisk røyk og fuktskader. Luftforurensninger ute kan trekke inn i bygg via ventilasjon eller vinduer. Luftforurensninger kan ha følgende helseeffekter:

- Irritasjon i øyne og luftveier.
- Forverret astma og allergireaksjoner.
- Hyppigere og verre luftveisinfeksjoner.
- Forverring av tørr hud og eksem.

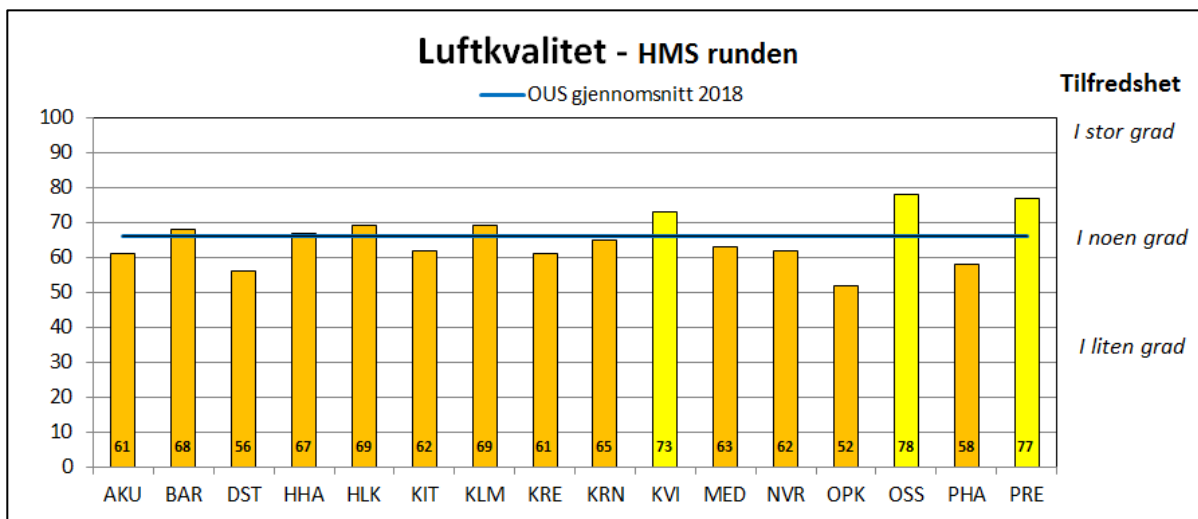
Nivået av nevnte type forurensninger i inneluften er som regel langt under grenseverdier for forurensninger i arbeidsatmosfæren. Likevel kan disse forurensningene gi ansatte luftveisplager, spesielt personer med luftveissykdommer som allergi og astma. Et godt renhold vil redusere mengden støv som kan inneholde allergener og miljøgifter i inneluften. Tørr luft og høy lufttemperatur forsterker plager av luftforurensning.

Status i OUS

		AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
3. Luftkvalitet	2018	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
	2017	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Grønn

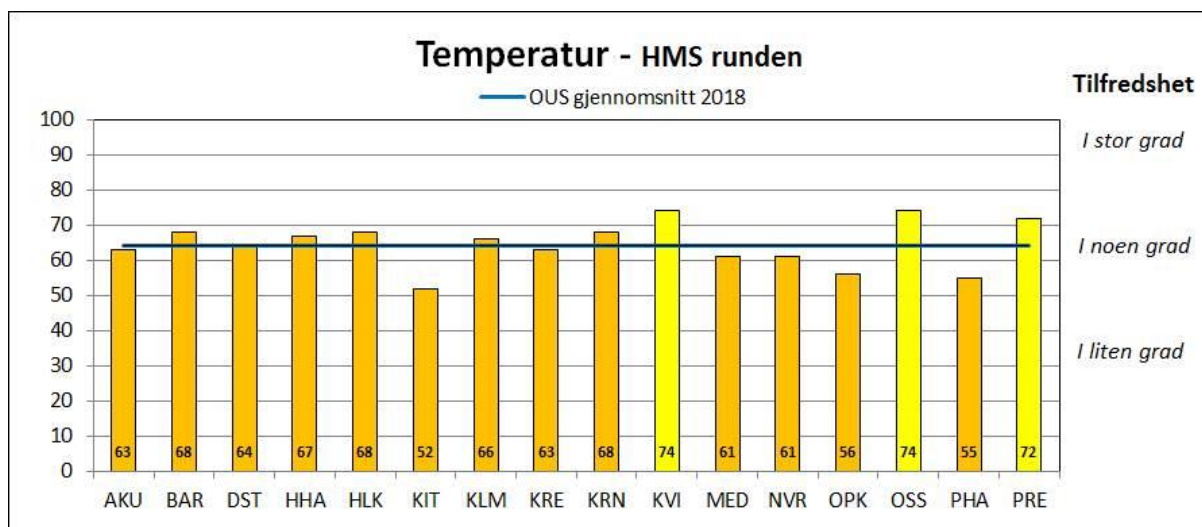
Klinikkenes vurdering av egen status på luftkvalitet fra 2017 til 2018 er forverret for 7 klinikker, uendret for 8, der KRE er eneste klinikk som rapporterer om bedre forhold.

De fleste klinikkene rapporterer om luftkvalitetsforhold som samsvarer med resultatene fra HMS-runden, men enkelte har nedjustert statusvurderingen ett nivå. Generelt er HMS-runde dataene grundige, da de representerer innrapporterte data fra et høyt antall verneområder. Det bør foreligge en begrunnelse hvis arbeidsgruppene på klinikknivå nedjusterer status.



Med utgangspunkt i HMS-runden rapporteres det om at luftkvaliteten på OUS nivå er tilfredsstillende i *noen grad*. OPK, DST og PHA sine verneområder rapporterer i gjennomsnitt, et sted i mellom *liten grad* og *noen grad* av tilfredshet. Verneområdene i PRE, KVI og OSS rapporterer i gjennomsnitt bedre enn *noen grad* av tilfredshet.

Det er utfordringer med hensyn til luftkvalitet i inneluften ved OUS. Gammel bygningsmasse, utdaterte ventilasjonsanlegg, bruksendring av arealer og fortetning er noen av årsakene. Fortetning og tilstand på ventilasjonsanlegg forklarer også utfordringer med temperatur, men dette samvirker også med utelufttemperaturen. Manglende orden og renhold kan påvirke luftkvaliteten negativt.

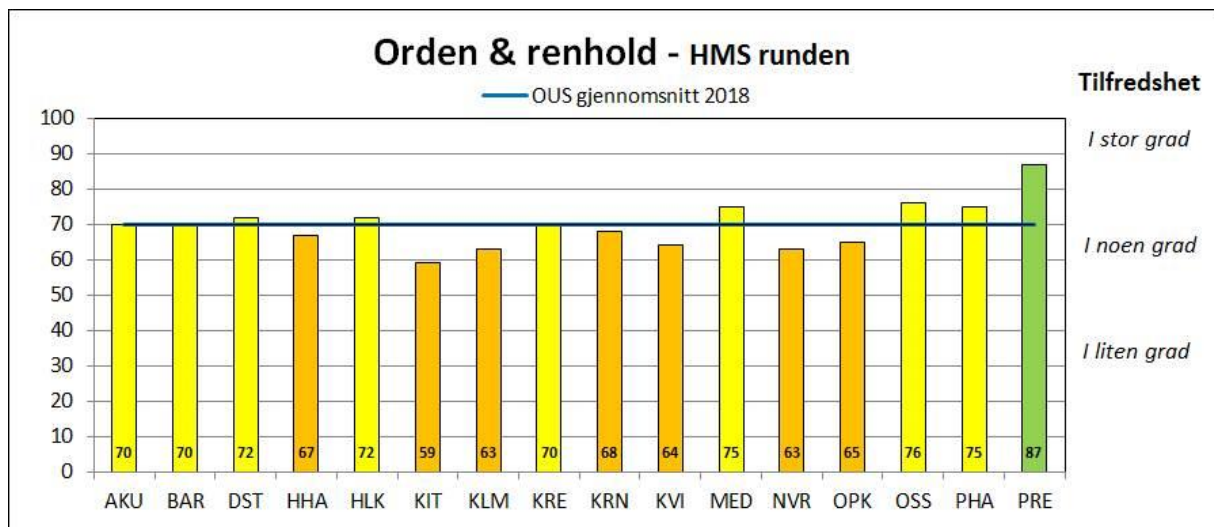


De mest utslagsgivende underspørsmålene i HMS-runden for luftkvalitet er *temperatur* samt *orden og renhold*.

Når det gjelder temperatur rapporterer verneområdene i gjennomsnitt i KIT, OPK og PHA, et sted i mellom *noen grad* og *liten grad* av tilfredshet. Verneområdene i OSS, KVI og PRE svarer i gjennomsnitt at forholdene er i mellom *stor grad* og *noen grad* tilfredsstillende. De resterende klinikkene rapporterer omtrent på OUS gjennomsnittet, *noen grad* av tilfredshet.

Sommeren 2018 var svært varm, og Arbeidsmiljøavdelingen mottok et stort antall henvendelser angående temperaturforholdene. Selv om det ut i fra arbeidsmiljølovgivningen aksepteres midlertidige

temperaturavvik når utetemperaturen er høy, vil denne perioden kunne overskrides når sommertemperaturen er vedvarende høy som i 2018.



Når det gjelder *orden og renhold* rapporterer verneområdene i OUS i gjennomsnitt litt bedre enn i *noen grad* av tilfredshet. Verneområdene i PRE utmerker seg i positiv forstand og rapporterer opp mot *i stor grad*, mens KIT rapporterer lavere enn *i noen grad* tilfredsstillende.

Orden og renhold er spesielt viktig der det er kilder til luftforurensing som fuktskader, trafikk forurensing eller på steder med betydelige støvkilder f.eks. papp, papir og tekstiler.

Helseplagene som kan oppstå som følge av svevestøv forverres når luftfuktigheten er lav, noe den generelt er om vinteren.

Satsing og tiltak for forbedring fremover

- Arbeidssteder uten kjølesystemer bør planlegges med midlertidige tiltak om sommeren, som leie av mobile kjøleenheter og innkjøp av bordvifter, for å unngå lange perioder med høy temperatur.
- Reduksjon av mengden støvkilder, lagring av disse i lukkede skap og tilrettelegging for et enkelt og effektivt støvrenhold. Dette renholdet bør planlegges slik at støvmengden er lav før vinteren.
- Ved bruksendring og fortetning av arealer må konsekvenser for det fysiske arbeidsmiljøet vurderes.
- Ved nybygg og ombygging må ventilasjonen dimensjoneres både med hensyn til areal, antall personer, varmegivende og / eller forurensende utstyr og aktivitetene i rommene.
- Hvis fuktskader oppstår må tiltak prioriteres høyt, de må inkludere utbedring av årsak og sanering av skadede materialer.

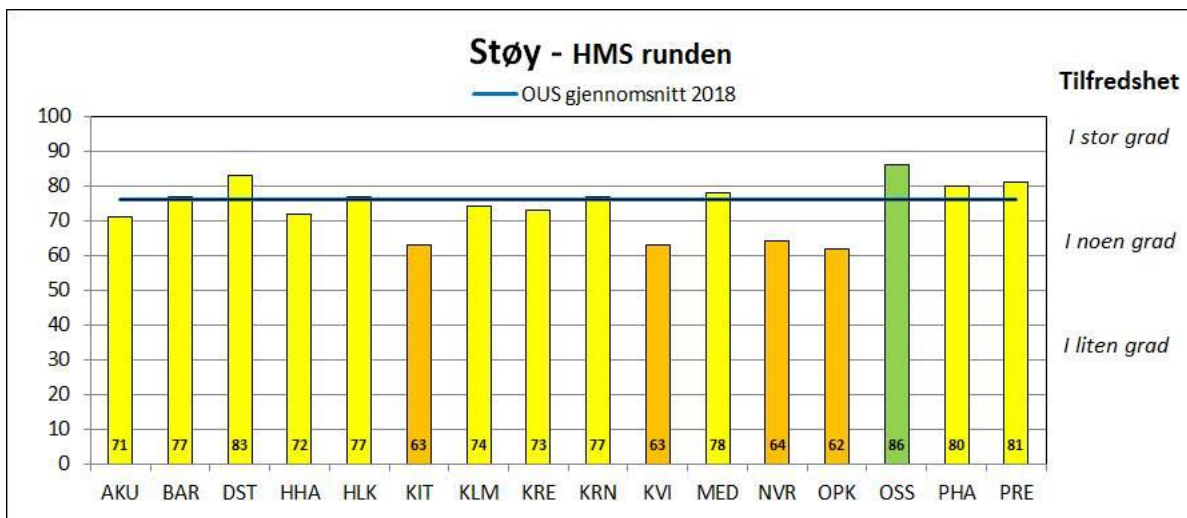
3.4. Støy

Støynivå på arbeidsplassen er regulert i arbeidsmiljølovens forskrifter som setter krav til utforming av arbeidsplasser og utførelsen av arbeidet. Alle skal beskyttes mot helseskadelig støy. Det settes skjerpede krav til støynivået når arbeidstakere utfører vedvarende *kommunikasjonskrevende* og *konsentrasjonskrevende* arbeid.

Status i OUS

		AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KPN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
4. Støy	2018																
	2017																

Støy er ikke blant de største utfordringene innen fysisk arbeidsmiljø. Statusvurderingen av støy på arbeidsplassen videreføres fra 2017 i de fleste klinikkene.



Figur 18: Støy, HMS-runde skår pr. klinikk 2018

Enkelte klinikker har vurdert støyforholdene annerledes enn resultatet fra HMS-runden 2018. Det forekommer sjeldent helseskadelig støy i OUS. Utfordringer gjelder hovedsakelig støy som forstyrrer arbeidet og til dels hindrer kommunikasjon. Klinikkerne trekker frem følgende utfordringer:

- Støy i kontorlandskaper
- Støyende utstyr
- Byggestøy

Utfordringene med støy i kontorlandskaper er en følge av arealfortetning på sykehusene. Forstyrrende støy kan være negativt for produktiviteten og oppleves stressende.

Det er et ønske om høyere vektning av støynivå i anbudskrav ved innkjøp av utstyr.

Støy i forbindelse med byggearbeid er midlertidig, men kan være vesentlig, da det kan forstyrre arbeid og pasientbehandling.

Satsing og tiltak for forbedring fremover

Støyforholdene i kontorlandskaper kan bedres med økt kapasitet på *støtterom* og tilstrekkelig støyavskjerming mellom ansatte. Det bør prioriteres å plassere ansatte med store krav til vedvarende konsentrasjon eller behov for å føre uanstrengt samtale på enekontorer.

Støy og vibrasjoner fra tekniske innretninger skal tas i betraktning når arbeidsplasser og arbeidslokaler utformes slik at unødig støy og vibrasjoner ikke oppstår. I mange tilfeller kan rimelige tiltak bedre forholdene.

Det er til dels stor variasjon i støynivået på tilsvarende teknisk utstyr, noe som viser at det er potensiale til støyreduksjon ved anskaffelser. Det bør derfor stilles tydelige støykrav ved anskaffelser. Vekting av støynivå i anbud bør prioriteres, spesielt på operasjonsstuer hvor det kommuniseres om pasientbehandling og kan være store mengder teknisk utstyr uten muligheter for støyskjerming.

Dialog mellom prosjekterende og ansatte som er berørt av støy fra byggearbeider er viktig. Det vil oppleves bedre for berørte hvis de vet når og hvor lenge støyende arbeid vil vare. Dette vil også gjøre det mulig å planlegge for når og hvor støysensitivt arbeid foregår og eventuelle andre tiltak.

3.5. Lysforhold

I lovverket stilles det krav til at arbeidslokaler og arbeidsplasser skal være utformet og innredet slik at de enkelte arbeidsplasser får tilfredsstillende belysning for å verne arbeidstakernes sikkerhet og helse. I følge lyskulturs publikasjon fra 2012, LUX tabell og veiledning av belysning innendørs på arbeidsplasser, understrekes det at gode lysforhold gjør at vi kan utføre arbeidsoppgavene raskere og mer nøyaktig, samt at vi får bedre utholdenhet. Riktig arbeidslys er blant annet viktig fordi 80 % av sanseinntrykkene våre registreres via synet. Tilfredsstillende belysning er viktig for å få en god tilrettelegging av arbeidsplassen.

De enkelte arbeidsplasser skal som hovedregel ha dagslys og utsyn. Dagslys og utsyn påvirker helse, trivsel og produktivitet, og dagslys regulerer lykke-, stress- og våkenhetshormoner i kroppen. Kunstig lys kan derfor ikke erstatte dagslys. Spiserom skal gi mulighet for dagslys og utsyn.

Status i OUS

		AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
5. Lysforhold	2018																
	2017																

Klinikkens vurderinger av lysforhold er uendret fra 2017 til 2018. Belysning oppleves ikke som noen stor utfordring i OUS. Det er gjort tiltak for å bedre lysforholdene enkelte steder, samt at utbedring av lysforhold har vært gjort i forbindelse med flyttinger og ombygginger.

Største utfordringer som klinikkene trekker frem i sine egne vurderinger

Klinikkene DST, HLK, KRE, KRN og KVI har følgende kommentarer i forhold til utfordringer knyttet til lysforhold:

- Noen lokaler i Forskningsveien mangler solskjerming (DST).
- Noen kontorer har gamle lamper med for lite lys (DST).
- Dårlig tilgang til dagslys flere steder kombinert med reduserte muligheter for å ta pauser (KRN)
- Behov for oppgradering av belysning på lab (KVI).
- Ønske om forsøksordning med biometrisk belysning (Human Centric Lightning) i arealer med døgndrift (KRE).

Satsing og tiltak for forbedring fremover

Klinikkene ser for seg følgende tiltak for forbedringer:

- Montere solskjerming der det mangler i Forskningsveien (DST).
- Nye lamper med bedre lys på noen kontorer (DST).
- Sikre gode prosesser og medvirkning for å prioritere lysforholdene til de ansatte i nye byggeprosjekter. Videreføre fokus på gode lysforhold ved flyttinger innenfor eksisterende lokaler (KRN).
- Oppgradering av lys på en av labene, sak sjekkes med ARB (KVI).
- En forsøksordning med biometrisk belysning i arealer med døgndrift (KRE).

Andre anbefalte tiltak som kan gi forbedring i forhold til lysforhold:

- For å unngå blinding og refleksproblemer fra kraftig sollys / utelys bør det monteres solskjerming på vinduer som ikke har dette og som ligger på solutsatt side. Blendings- og refleksproblemer gjør det mere krevende å se skjermbildet og kan føre til at man blir fortere sliten, arbeidet går tregere og at man kan få hodepine.

- På kontor- og dataarbeidsplasser skal det være tilgang på både hensiktsmessig allmenbelysning (taklamper) og plassbelysning (bordlamper). Varierende behov for lys gjør at individuelle reguleringsmuligheter er viktig. Eldre mennesker vil generelt ha behov for mer lys enn yngre mennesker.
- Enkelte klinikker har mangel på dagslys og utsyn på grunn av at arbeidets art krever mørkere lokaler, eksempelvis ultralyd, granskning osv. Det bør uansett være tilgjengelige lokaler og pause- og spiserom med tilgang på dagslys alle steder.
- Fokus på / mulighet for rotasjon og mikropausur på arbeidssteder uten dagslys (hvor arbeidets art ikke tillater optimale lysforhold).
- På flere arbeidsplasser, eksempelvis lab, er det behov for godt lys. Det er viktig med riktig plassering av lyskilder slik at det er nok lys i arbeidsfeltet uten at de ansatte blir utsatt for blinding.

3.6. Kjemisk arbeidsmiljø

Bruk av kjemikalier med farlige egenskaper i OUS er regulert gjennom lover, forskrifter og interne prosedyrer. Det stilles krav til risikovurdering, utforming og tilrettelegging, opplæring, substitusjon, oppbevaring, vernetiltak og målinger av forurensninger i arbeidsatmosfæren.

Status i OUS

		AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
7. Kjemisk arbeidsmiljø	2018	Yellow	Orange	Grey	Green	Yellow	Orange	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Yellow	Green	Green
	2017	Yellow	Orange	Grey	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Orange	Green	Yellow	Red	Orange	Orange	Green	Yellow

Flere av klinikkens vurderinger av egen status innen kjemisk arbeidsmiljø er endret fra 2017 til 2018. HHA, KRN, NVR, OSS og PRE har endret farge i en positiv retning. KRE, KVI og MED har endret farge i negativ retning. Flere klinikker opplyser om en bedring i form av etablering av kjemikaliekontakter og økt bevissthet på nødvendige tiltak. Det er likevel utfordringer med bruk og vedlikehold av stoffkartoteket.

Utfordringer klinikkene trekker frem i sine egenvurderinger:

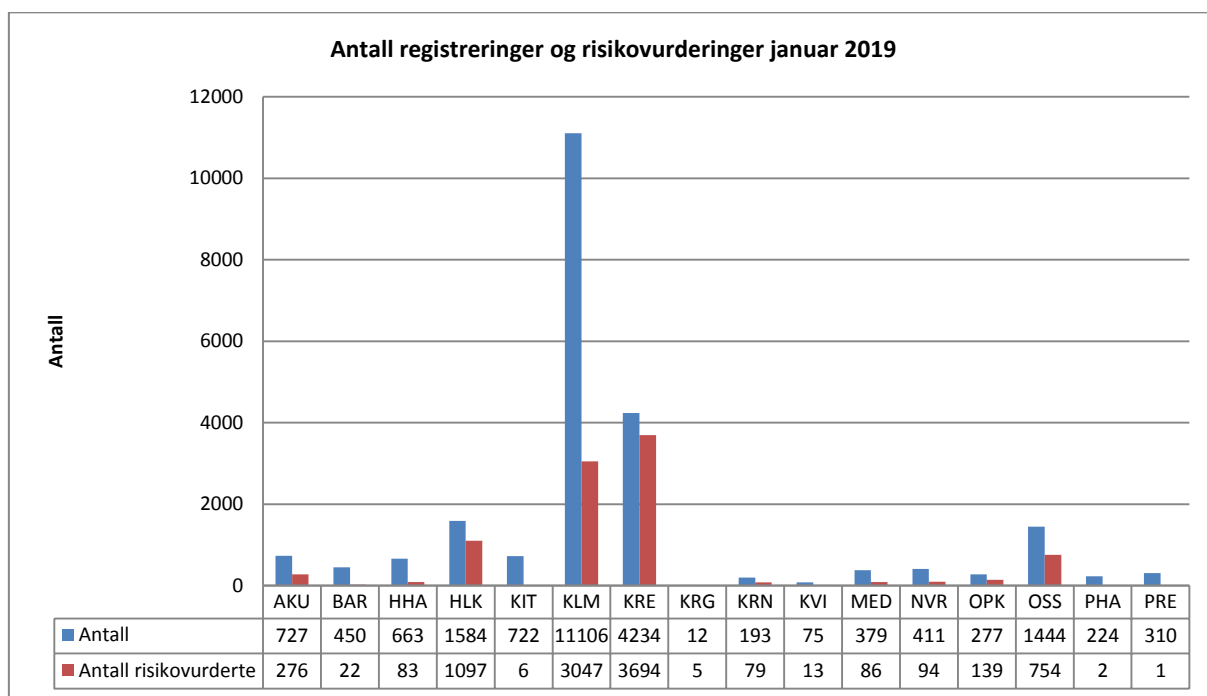
- Gjøre stoffkartoteket kjent for alle ansatte.
- Stort antall kjemikalier gjør det utfordrende å utføre risikovurderinger.
- Oppfølging.
- Utfordringer på lokalt nivå.

HMS-avvik

Antallet HMS-avvik i kategori «kjemikalier» for 2018 var 72: Tre ble kategorisert med konsekvens «moderat skade», 41 med «mindre alvorlig konsekvens» og 27 med «ingen eller ubetydelig konsekvens». Det var ingen hendelser med konsekvens «betydelig skade» eller «unaturlig dødsfall / katastrofal skade» i 2018. Flere avvik omhandler lukt, søl, defekte avtrekksskap eller eksponering på hud eller ved innånding. Det har også vært tilfeller av allergiske reaksjoner.

Risikovurdering

Det er noe mangelfull risikovurdering for de farligste kjemikaliene i flere klinikker. Klinikkerne KLM og KRE skiller seg ut i antall registreringer. Dette er klinikker med mye laboratorievirksomhet. Per januar 2019 var 41 % av alle registreringene i stoffkartoteket risikovurdert lokalt. Av de farligste kjemikaliene er 40 % risikovurdert. Flere klinikker har passert 50 %. Dette gjelder HLK, KRE, OPK og OSS.



Satsing og tiltak for forbedring fremover

Som i fjor bør klinikkene prioritere å få til mer lokal risikovurdering av deres kjemikalier, da dette vil kartlegge omfanget av farlige stoffer og føre til tiltak for å sikre trygg bruk av dem. OUS ligger på 41 % og bør klare å passere 50 % i løpet av 2019. Et viktig ledd for å få til dette er at alle enheter med farlige kjemikalier utpeker en person til å være kjemikaliekontakt. Arbeidsmiljøavdelingen holder opplæring for kontaktene og koordinerer nettverket. Det er utarbeidet en veileder for risikovurdering av kjemikalier. Denne bør gjennomgås før og under risikovurderingen.

Viktigste forbedringstiltak som klinikkene har meldt inn at de vil gjøre:

- Opplæring av bruk og øke kjennskap om stoffkartoteket.
- Ha en oppdatert liste over kjemikaliekontakter.
- Involvere leder i større grad mtp. verneutstyr.
- Bruke Arbeidsmiljøavdelingen ved mistanke om eksponering.
- Sette opp tidsplan for arbeidet.
- Gjennomgang ifm. HMS-runden.
- Etablere en klinikkontakt.
- Følge opp kjemikaliekontakt.

3.7. Strålevern

Stråling brukes på mange ulike måter i sykehuset, for eksempel ved røntgen, CT, operasjoner, mammografi, strålebehandling, nukleærmedisin, forskning, laser m.m., og er et viktig verktøy innen diagnostikk og behandling av pasienter. For å ivareta trygg strålebruk, er det viktig at alle brukere har tilstrekkelig kompetanse på feltet.

Strålebruk i OUS er regulert gjennom lover, forskrifter og interne prosedyrer. Det stilles krav til systematisk internkontrollarbeid som innebærer bl.a. risikovurdering, avvikshåndtering, opplæring, revisjon, kvalitetskontroll, optimalisering, rapportering, merking av arealer, og bruk av egnet verneutstyr.

Koordinering av sykehusets strålevern er lagt til Avdeling for diagnostisk fysikk, Klinikk for radiologi og nukleærmedisin. Strålevernkoordinator har også et tett samarbeid med Arbeidsmiljøavdelingen. For å sikre strålevern av aktuelt personell, er det opprettet lokale strålevernkontakter for de ulike fagområdene, som kommuniserer med sentral strålevernkoordinator i strålevernssaker.

Status i OUS

		AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Strålevern	2018	Green	Green	Grey	Grey	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Yellow	Green	Grey	Green
	2017	Yellow	Green	Grey	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Yellow	Green	Green	Green	Grey	Green

Klinikkenes vurdering av egen status innen strålevern er stort sett uendret fra 2017 til 2018. Tall for 2018 viser at svært få ansatte har persondosimeteravlesninger opp mot grenseverdiene fra Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (tidl. Statens strålevern). Den effektive helkroppsdosen hos disse ligger godt innenfor anbefalt verdi. En viss strålebelastning må forventes blant ansatte som bruker strålegivende utstyr i sitt arbeid. KRN er spesielt belastet i så måte, og man vil her fortsette å ha fokus på strålereduserende tiltak. I tillegg arbeides det med fokus på strålevern i alle aktuelle miljøer, ioniserende stråling (som ved røntgen og nukleærmedisin) og ikke-ioniserende stråling (som ultralyd, laser og MR) blir benyttet i større eller mindre grad i 13 av OUS' klinikker. Endrede lovkrav har ført til en ny prosedyre vedrørende persondosimeterbruk, i praksis vil dette bety en reduksjon i antall dosimeterbrukere i OUS.

Klinikkenes satsing og tiltak for forbedring fremover

- Videreføring av gode rutiner for trygg strålebruk i praksis.
- Oppfølging av strålevernundervisning til aktuelle ansatte, i samarbeid med strålevernkontakter.
- OUS (KRE) etablerer protonterapisenter ved Radiumhospitalet.

Overordnet strålevernarbeid

- OUS i samarbeid med HSØ utarbeider supplerende e-læringskurs innen strålevern, som vil bli publisert i Læringsportalen i løpet av 2019.
- Strålevernkoordinator koordinerer arbeidet rundt systematisering av internkontrollarbeidet innen strålevern.

3.8. Brannvern

Alle ansatte ved OUS skal i følge Brann- og eksplosjonsvernloven § 25 utføre sine arbeidsoppgaver i samsvar med gjeldende sikkerhetsbestemmelser i lover, forskrifter og interne prosedyrer for å forebygge branner, eksplosjoner og andre ulykker, og aktivt medvirke til å fremme sikkerheten i virksomheten.

Alle ansatte og de som har sitt virke ved OUS skal gjennomføre årlig obligatorisk brannvernopplæring. Foruten obligatorisk e-læringskurs vil omfang, innhold og type brannopplæring variere og må tilpasses i forhold til risiko, kompleksitet og oversiktighet.

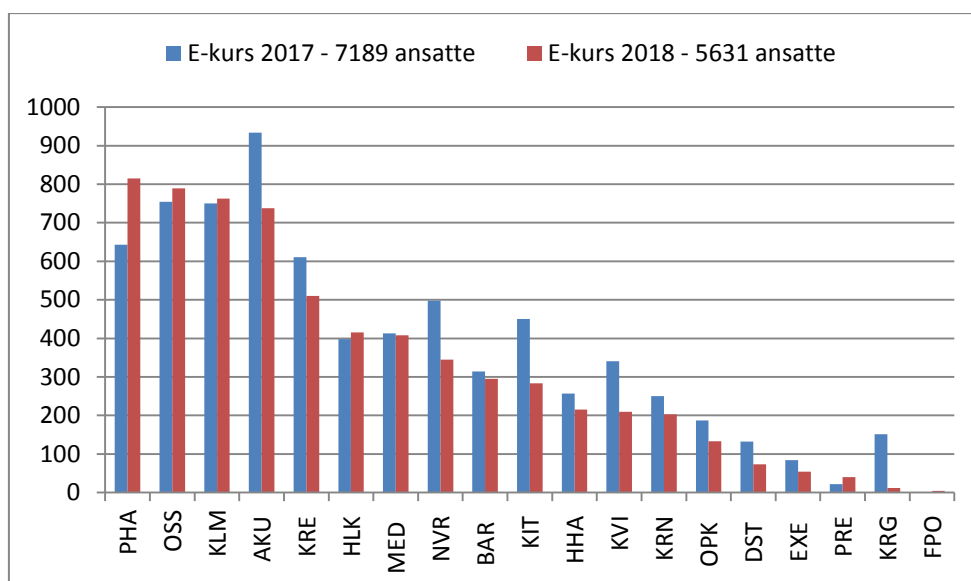
Status i OUS

		AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
10. Brannvern	2018	Grønn	Gul	Grønn	Grønn	Grønn	Oransj	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn
	2017	Grønn	Grønn	Rød	Rød	Gul	Oransj	Gul	Oransj	Rød	Gul	Rød	Gul	Rød	Oransj	Gul	Gul

Brannvernseksjonens erfaring er at enkelte klinikker ikke prioriterer øvelse- og opplæringsbehov. Klinikkenes vurdering av brannvern i egen klinikk fra HMS-årsrapport 2018 del 3 samsvarer ikke med brannvernseksjonens erfaringer og observasjoner. Dette underbygges ved avvik registrert i Achilles, og innleverte egenkontrollskjema for brannvern. Statistikken viser også at få ansatte har gjennomført obligatorisk e-læringskurs. Klinikkerne som har endret egen brannvernstatus fra 2017 til 2018 fra rødt til grønt i HMS-rapporteringen har hatt en nedgang i antall ansatte som har gjennomført og bestått e-læringskurs. En mulig medvirkende årsak til at det forebyggende brannvernarbeidet blir nedprioritert kan være skjerpede krav til primær oppgavene i sykehusets enheter. Planlegging av brannøvelser og opplæring skal planlegges i enhetenes årshjul. Brannvernseksjonen opplever økt aktivitet når det nærmer seg årsslutt da alle ønsker å gjennomføre øvelser for å oppfylle krav. På grunn av kapasitet hos brannvernseksjonen vil ikke brannvernseksjonen kunne bidra til all opplæring som ønskes gjennomført ved årets slutt.

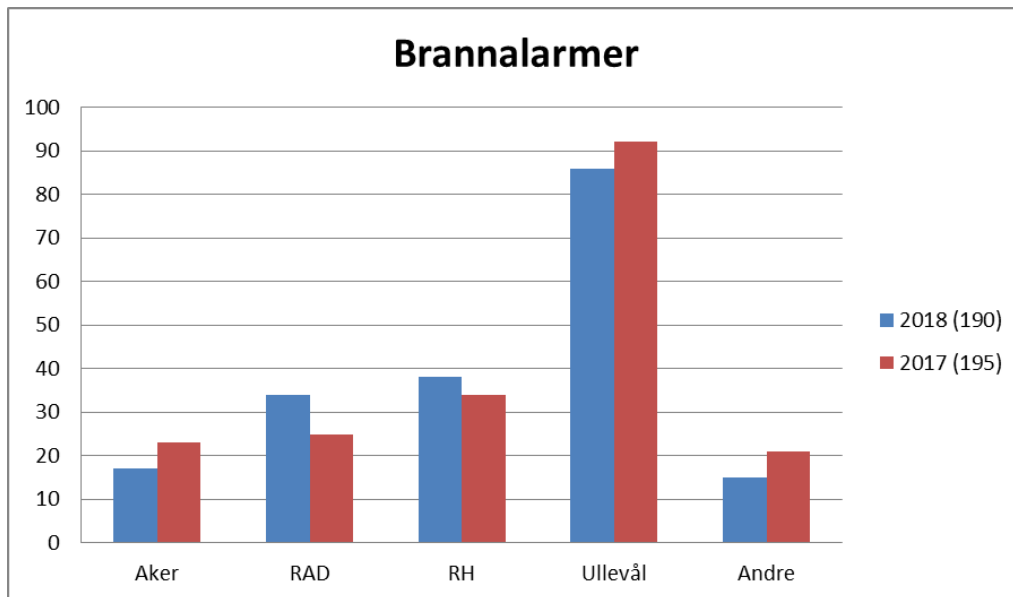
e-læring

I 2018 har 5 631 ansatte gjennomført og bestått e-læringskurs i brannvern. Dette er en negativ endring fra 2017 på hele 27 %. Dette til tross for at e-læring ble obligatorisk i 2018 for alle ansatte.



Figur 19: Antall ansatte pr. klinikk som har gjennomført e-læringskurset i 2018

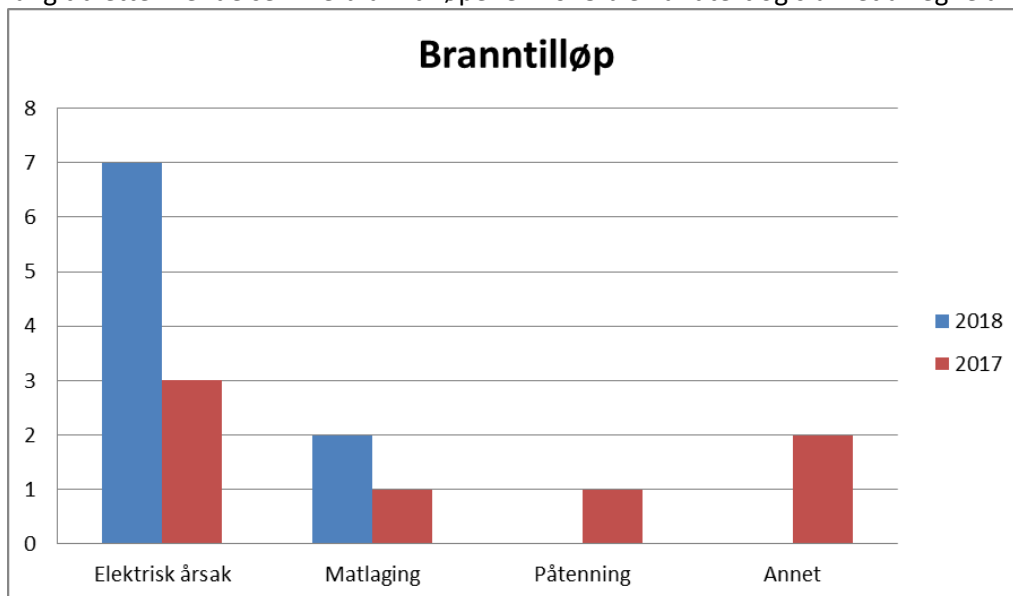
Antall brannalarmer i 2018 var 190 registrerte alarmer. Dette er en marginal nedgang fra 2017 på ca. 0,2 %. Det er fortsatt et stort antall unødvendige brannalarmer i OUS, noe som er forstyrrende for driften i sykehuset. Mange slike alarmer kunne vært unngått hvis rutiner og prosedyrer blir fulgt.



Figur 20: Antall brannalarmer (kilde brannvernseksjonen, OUS)

I 2018 var det totalt 9 branntilløp ved OUS, og hovedårsaken var elektriske årsaker (feil på elektrisk utstyr eller feil bruk av elektrisk utstyr).

Brannvernseksjonen erfarer at branntilløp ikke rapporteres i henhold til sykehusets rutiner. Informasjon om branntilløp og lignende hendelser fremkommer ofte i kurssammenheng, som regel lang tid etter hendelse. Alle branntilløpene i 2018 ble håndtert og slukket av egne ansatte.



Statistikk: Antall branntilløp (kilde brannvernseksjonen, OUS).

Branntilsyn 2018

Brannmyndighetene har i 2018 gjennomført to branntilsyn i OUS:

Første branntilsyn var på SSE i januar 2018, der det ble gitt 2 avvik og 2 anmerkninger fra tilsynsmyndighetene, og avvikene er lukket. Det andre branntilsynet ble gjennomført på Geilomo

barnesykehus (leid bygg), hvor det ble gitt 1 avvik, og avviket ble lukket av «eier». Det har for øvrig blitt avholdt dialogmøte med branntilsynet i Oslo hvor tema fra tidligere avvik og tiltak har blitt diskutert. Disse dialogmøtene har vært positive ved at de har gitt økt bevissthet om brannforebygging i sykehuset.

Satsing og tiltak for forbedring fremover

- I 2019 vil brannvernseksjonen rette både ny og styrket innsats på å effektivisere brannvernundervisningen.
- Markedsføre obligatorisk e-læringskurs.
- Videreutvikle et nytt konsept for brannøvelse som gjennomføres rundt et bord, der deltagere ved bruk av lokal branninstruks og branntegninger går igjennom handlinger som gjennomføres ved en brannalarm (tabletop).
- Brannvernseksjonen samarbeider med direktørens stab om å få etablert elektronisk brannperm i Achilles, men arbeidet er ikke ferdigstilt. Dette vil forenkle dokumentasjonen for bruker / leder lokalt i hver enhet, samt gjøre ettersyn og kontroll enklere.
- Mange pågående og nye byggeprosjekter i OUS vil kreve økt fokus fra brannvernseksjonen, der målet er å ivareta brannsikkerheten i et sykehus som er i kontinuerlig endring.

3.9. Medisinsk teknologi

Medisinsk-teknologisk virksomhetsområde (MTV) er et kompetansesenter for medisinsk teknologi på OUS som har det overordnede ansvaret for alt medisinsk-teknisk utstyr (MTU) ved sykehuset. MTV har høyt fokus på pasientsikkerhet knyttet til bruk av MTU, men ser også på HMS grenseflaten til det medisinsk-tekniske utstyret.

Ved OUS er ansvaret for gjennomføringen og dokumentasjonen av opplæring i MTU lagt til de kliniske enhetene i henhold til Nivå 1 prosedyren «[MTU- håndtering av medisinsk-teknisk utstyr](#) (dok.id. 3743) og [MTU- opplæring og sertifisering av personell](#) (dok.id. 14852). Opplæring kan være praktisk og teoretisk undervisning, e-læringskurs, prosedyrer, leverandørens brukerveiledere, klasseromsundervisning, simuleringstrening og liknende. MTV kan på noen områder gi eller koordinere opplæring på forespørsel.

I forskrift 29. november 2013 om håndtering av medisinsk utstyr §8 Opplæring av brukere står det at «*Virksomheten skal sørge for at brukere av medisinsk utstyr får opplæring slik at de til enhver tid har de nødvendige ferdigheter og kunnskaper om korrekt og sikker bruk, herunder informasjon om farer knyttet til bruk av utstyret og relevante forholdsregler. Slik opplæring skal blant annet gjennomføres ved nyanskaffelse, nyansettelse, bruk av vikar og som vedlikehold av den opplæring som allerede er gitt. Opplæringen skal være systematisk og dokumentert.*»

Status i OUS

Ved OUS har vi totalt ca. 38.000 enheter medisinsk-teknisk utstyr og det gjøres jevnlig service og vedlikehold i henhold til pålagt lovkrav. Gjennomsnittsalderen er 9,33 år og vektet på innkjøpskostnad er gjennomsnittsalder på 8,12 år. I 2018 ble det gjennomført 400 anskaffelsesprosjekter og kjøpt inn nytt medisinsk-teknisk utstyr for 550 millioner NOK.

I §8 i forskrift for håndtering av medisinsk utstyr som nevnt over, står det at alle som bruker MTU skal ha nødvendige ferdigheter og kompetanse som sikrer riktig bruk og at denne skal være **systematisk og dokumentert**.

Opplæring i bruk av elektromedisinsk utstyr har vært et av flere tema for Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) sine årlige tilsyn ved OUS, og i de siste årene har tilbakemeldingene fra tilsynet vist at det har vært en jevn forbedring, og det ble ikke gitt anmerkning på dette området i 2017. Likevel skriver tilsynet at «*ikke alle seksjoner har systematisert opplæringen i bruk av elektromedisinsk utstyr og det var ulikt syn i klinikken på om det er hensiktsmessig å innføre dette fordi kravet om å "vedlikeholde den opplæring som allerede er gitt" blir ivaretatt gjennom å bruke utstyret daglig. I følge dokumentasjonsmalen skal planene for opplæring i bruk av elektromedisinsk utstyr bygge på at det elektromedisinske utstyret risikovurderes. Hvordan risikovurderingen skal gjennomføres og hvilken betydning den skal gis for planleggingen av opplæringen, er uklart, også for de som ble intervjuet.*» Dette er en tilbakemelding som indikerer at OUS har forbedringspotensialer på dette området og dette kommer også frem i klinikkens egen vurdering fra HMS-runden i 2018. I DSB tilsynet for 2018 var ikke opplæring i bruk av MTU et tema, men de så nærmere på registrering og utbedring av feil på MTU. Den muntlige tilbakemeldingen fra tilsynet var «MTV har veldig god oversikt over vedlikeholdet av MTU».

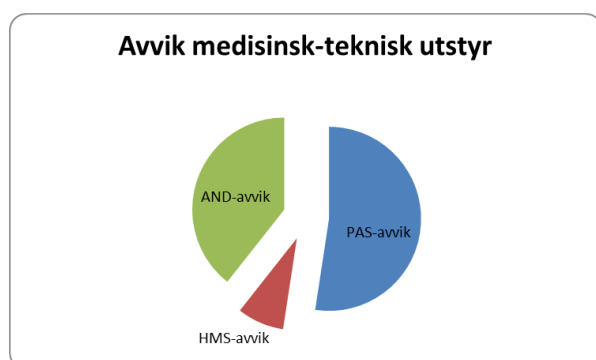
Klinikkens egen vurdering er i stor grad lik foregående år. Fire klinikker har hatt en forbedring fra 2017 og det er HHA, HLK, KRE og MED, mens KVI har en reduksjon fra grønn til gul (tabell 1). Bakgrunnen til denne vurderingen er økt fokus på opplæring og sertifisering, og klinikkene er i hovedsak fornøyd med opplæring i bruk av MTU og egne dokumentasjonsrutiner. KIT har selv gradert seg til rød på grunn av manglende utskifting av utstyr. I følge informasjon fra Medusa er 37 % av KITs utstyrspark eldre enn gjennomsnittlig levealder på 12,5 år. Dette er 9 % høyere enn for sykehuset totalt. Utfordringen med en aldrende utstyrspark er også noe KLM oppgir som en årsak til sine utfordringer med ergonomi og

kjemikaliesikkerhet. Her har sykehuset en utfordring ved at en relativt stor andel av de årlige MTU-investeringene går til sammenbrudd og ikke til planlagte anskaffelser.

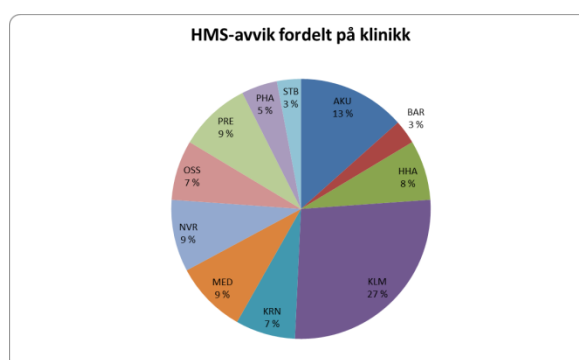
		AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)	2018	Green	Yellow	Grey	Green	Yellow	Red	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Green	Green	Grey	Green
	2017	Green	Yellow	Grey	Yellow	Orange	Red	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Grey	Green

Avvikshåndtering

I §16 i forskrift om håndtering av medisinsk utstyr står det at «*virksomheten plikter uten unødig opphold å gi melding til Helsedirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap om hendelser som har eller kan ha sammenheng med bruk av medisinsk utstyr og som har ført til eller kunne ha ført til død, eller alvorlig forverring av en pasients, bruker eller annen persons helsetilstand*»



Figur 22: Oversikt over alle medisinsk-tekniske avvik i 2018



Figur 21: HMS-avvikene i 2018 fordelt på klinikk

I 2018 ble det totalt registrert 789 avvik under sakstypen medisinsk-teknisk utstyr (MTU) og av disse var kun 65 registrert som HMS-saker. Av disse hendelsene blir de avvikene som defineres under §16 i forskrift om håndtering av medisinsk utstyr meldt til Statens Legemiddelverk. I avvikssystemet kan man se nærmere på hva som meldes av HMS-saker knyttet til medisinsk-teknisk utstyr. Noe av årsaken til det lave antallet HMS-saker kan være at en del av avvikene har grenseflate mot pasienthendelser og blir derfor meldt som pasientavvik istedenfor. Det er registrert flest avvik i Akutt-klinikken og Klinikk for laboratoriemedisin og ser man nærmere på avvikene er det stor spredning i årsakene til avviksmeldingene. De største gruppene er arbeidsbelastning og belastningsskader (33 %) og inneklimate (14 %) som er knyttet til bruk av MTU. Eksempler på dette er operasjonsbord som ikke kunne heves / senkes og røykavsug til diatermiapparat fungerer for dårlig.

Satsing og tiltak for forbedring fremover

På bakgrunn av DSB tilsyn og informasjon hentet fra HMS-runden fra 2018 mener vi å kunne si at OUS fortsatt har et forbedringspotensial før Oslo universitetssykehus innfrir lovverkets krav om opplæring i bruk av MTU og at den er systematisert og dokumentert. For de klinikkene som er vurdert til rød, oransje og gul anbefales det sterkt at klinikkene kartlegger omfang, behov og gjør nødvendige tiltak for å imøtekomme forskriftenes krav for alle ansatte som bruker MTU.

Viktigste forbedringstiltak som klinikkene har meldt inn at de vil gjøre:

- Kontinuerlig oppdatering av rutiner.
- Oppfølging av MTU-ansvarlige / ansatte for å sikre sertifisering og opplæring.
- Kartlegge opplæring og sikre nødvendig dokumentasjon.
- Få en totaloversikt over eget MTU.

- Bevissthet rundt kassasjon av gammelt utstyr.
- Investere i nytt MTU.

OUS har en av Norges eldste medisinsk-tekniske utstyrsparker med en gjennomsnittsalder på 9,33 år. I 2014 uttalte HSØ en målsetting om at gjennomsnittsalderen på MTU i foretaksgruppen skulle ned til 7,4 år. Det gjennomføres periodisk vedlikehold i henhold til leverandørens og egne risikovurderinger. Vi er avhengig av en økt bevissthet rundt kassasjon, og er utstyret for gammelt og slitt må klinikkene ta kontakt med MTV. På investeringssiden jobbes det kontinuerlig med å dreie MTU-investeringene fra sammenbrudd til planlagte anskaffelser og få mest mulig MTU for de midlene som er tilgjengelig.

3.10. Elektro

Elektroavdelingen i OUS har ansvaret for å drifte og vedlikeholde hele bygningsmassen til OUS på 1 million kvadratmeter hovedsakelig fordelt på de fire hoved lokasjonene Aker, Ullevål, Radiumhospitalet og Rikshospitalet.

Elektro fagområdet er regulert gjennom lover, forskrifter og interne prosedyrer. HMS-lovgivningen stiller følgende krav som berører elektroområdet direkte, til internkontroll, risikovurdering, avvikshåndtering, opplæring, revisjon, kvalitetskontroll, optimalisering, rapportering, merking av arealer, og bruk av egnet verneutstyr. I tillegg har OUS egne prosedyrer, dok.id 182 Elektriske anlegg og utstyr ved OUS og dok.id 6975 Overordnet styring og kontroll på elektroområdet.

e-læring

I 2018 har OSS Eiendom Elektroavdelingen i samarbeid med OSS Kompetanseavdeling utarbeidet ett felles e-læringskurs [Elsikkerhet for medisinske områder](#) for OUS-ansatte. Kurset vil bli *obligatorisk* i 2019. Alle ansatte og nyansatte skal gjennomføre kurset dersom de skal jobbe i medisinske områder i sykehuset. Medisinske områder vil si områder i sykehuset beregnet for undersøkelse, behandling, overvåking og pleie av pasienter, som *blant annet gruppe 1- (GR-1) og gruppe 2- (GR-2)rom*. Kurset er tilgjengelig i Læringsportalen og har hittil vært et tilbud til ansatte. Et ukjent antall har gjennomført opplæringen, og det er vanskelig å få full oversikt over hvem dette gjelder. Det er leders ansvar å iverksette og dokumentere gjennomført opplæring / kurs for sine ansatte. Leder skal på forespørsel kunne fremlegge oppdatert kursoversikt med signatur fra sine ansatte på fullført opplæring / kurs. Dersom en ansatt utfører arbeid i medisinske områder på flere av lokasjonene i sykehuset skal hun / han gjennomføre kurset og bruke relevante linker til den enkelte lokasjon. Dette på grunn av variasjon i fargemerking på utstyr i medisinske områder mellom sykehusene i OUS.

Kontroll av gruppe 2 rom

Elektroavdelingen har i 2018 gjort en stor innsats for å effektivisere internkontrollen av elektroanleggene på OUS og prioriterer de mest pasientkritiske områder, som er GR-2 rom. OUS hadde totalt 415 GR-2 rom fordelt på 4 lokasjoner i 2018.

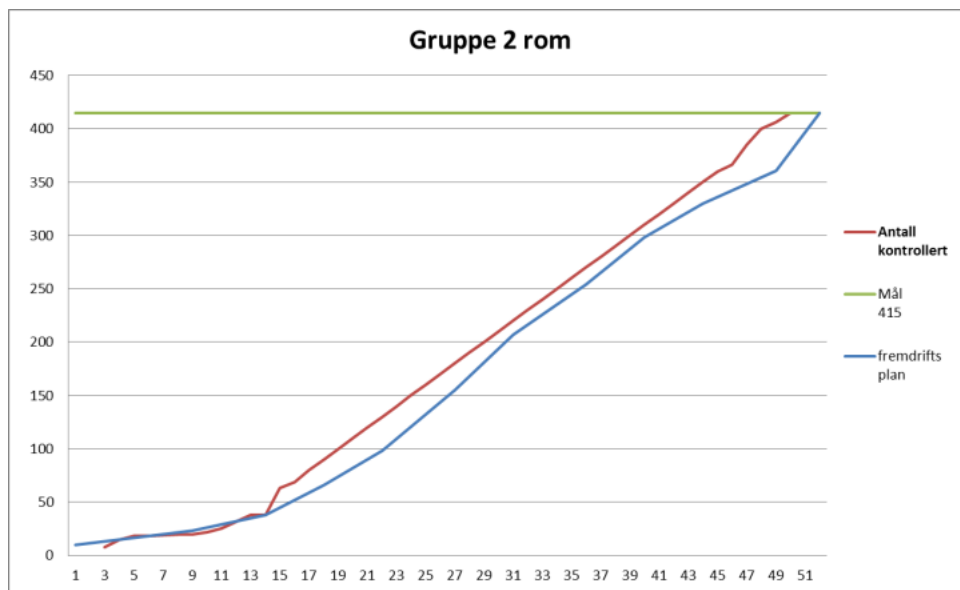
GR-2 rom er for eksempel operasjonsrom, tyngre behandlingsrom, hvor det benyttes elektromedisinsk utstyr "under huden", hvor feil på utstyr og den elektriske installasjonen kan medføre fare for pasientens liv og helse. Trygg elsikkerhet (for ansatte) bidrar til trygg og sikker pasientbehandling i sykehuset.



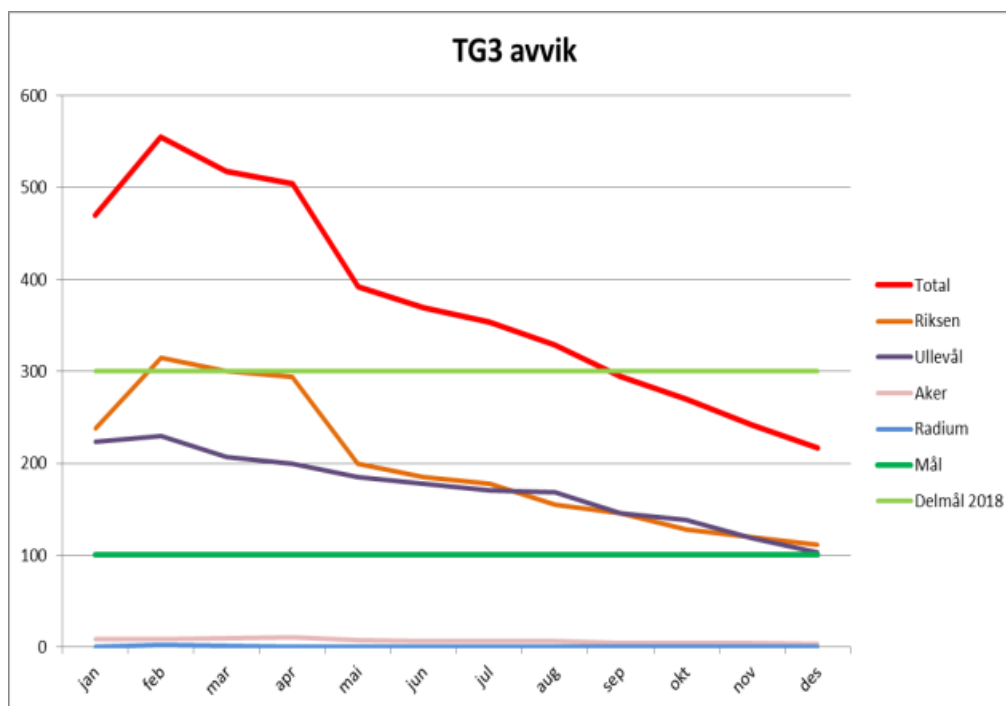
Ledelsen i OSS har i samarbeid med elektroavdelingen blitt enige om å fokusere spesielt på to internkontroll områder i 2018 og 2019, GR-2 rom og lukking av avvik TG-3 (tilstandsgrad 3).

I 2018 har vi utført kontroller av samtlige GR-2 rom i OUS. Det rapporteres ukentlig til OSS ledelse som følger progresjonen på kontrollene. Elektroavdelingen har arbeidet med å lukke avvik som er

klassifisert TG-3 avvik, og dette arbeidet jobbes det videre med i 2019. Tabeller under viser trender og måltall for de to fokus områdene beskrevet over.



Figur 23: Kontrollerte rom i 2018



Figur 24: Lukkede avvik 2018

DSB tilsyn

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) har i 2018 utført tilsyn på elektro området og i flere andre klinikker i OUS. DSB har varslet OSS om mulige avvik og anmerkninger etter tilsyn i 2018. Den endelige konklusjonen er per nå ikke avklart. Elektroavdelingen arbeider med å lukke påviste punkter parallelt i vente av endelig konklusjon / tilsynsrapport.

Satsinger og tiltak for forbedring fremover

I 2019 vil elektroavdelingen effektivisere opplæringen om elsikkerhet til alle ansatte som arbeider i medisinske områder i sykehusets ulike lokalisasjoner ved å samordne dagens fire e-læringskurs til ett kurs i Læringsportalen. Kurset gjøres obligatorisk.

I forbindelse med mange pågående byggeprosjekter i OUS vil dette kreve økt fokus fra elektroavdelingen, for å ivareta elsikkerheten i et sykehus som er i drift.

Det vil i 2019 arbeides videre med å effektivisere og standardisere arbeidsmetoder og skjematikk.

Elektroavdelingen vil også fortsette arbeidet med bedriftsstrukturen slik at vi kan fremstå som én avdeling, OUS er ett sykehus. Bemanningen i elektroavdelingen skal i 2019 benyttes enda mere på tvers av lokalisasjonene, og noen av funksjonene vi har som fungerer på tvers fra 2018 er internkontroll team og heis fag koordinering.

Elektroavdelingen vil i 2019 revidere sjekklisten som benyttes i klinikkens HMS-runder for å samsvare med ny risikovurdering av internkontrollen, for GR-0 rom og andre ikke medisinske rom.

Elektroavdelingen vil i 2019 lukke avvik etter internkontroll samt avvik som meldes inn i Achilles, eksempelvis strømgjennomgang, heiser som står m.m. iht. alvorlighetsgrad og frister for lukking.

4. Psykososialt arbeidsmiljø

4.1. Innledning

Sykehus som OUS er svært komplekse virksomheter, som krever samhandling mellom mange yrkesgrupper med høyspesialisert kompetanse, ofte også på tvers av avdelinger. Dette stiller store krav til kommunikasjon og samarbeid, selve kjernen i det psykososiale arbeidsmiljøet. Godt psykososialt arbeidsmiljø er med andre ord helt nødvendig for god pasientbehandling og høy pasientsikkerhet, i tillegg til å være svært viktig for ansattes opplevelse av sin arbeidssituasjon¹. Respektfull og åpen kommunikasjon og godt tverrfaglig samarbeid er ikke bare noe som er godt å ha, men noe man er nødt til å ha.

Temaene innenfor det psykososiale området som klinikkene er bedt om å rapportere på for 2018 er basert på temaområder og spørsmål fra medarbeiderundersøkelsen ForBedring. ForBedring ble gjennomført for første gang i 2018 og er en nasjonal undersøkelse hvor Oslo universitetssykehus har lagt til egne tillegsspørsmål for OUS.

Arbeidsmiljøavdelingen har gruppert spørsmål under de psykososiale temaområder annerledes enn slik det er gjort i ForBedring ut fra en faglig vurdering. Dette for å samle de spørsmålene som vi mener hører naturlig innunder de enkelte temaområdene. Målet er å få mest mulig valide spørsmål som fanger de temaene vi mener er viktig å ha fokus på.² Det virker som dette har gitt meningsfulle kategorier / temaer for klinikkene å vurdere psykososialt arbeidsmiljø ut fra. Hver klinikk ble bedt om å liste de 5 største utfordringene og 5 viktigste satsingsområdene for HMS-arbeidet og cirka halvparten av disse for klinikkene samlet omhandler psykososialt arbeidsmiljø, det vil si de 7 temaområdene. I denne rapporten omtaler vi temaene åpenhetskultur og respektfullt arbeidsmiljø sammen, og negativt stress og medvirkning sammen. Hver for seg omtales temaene mobbing og trakassering, konflikter og konflikthåndtering, og samarbeid på tvers.

Vi har stringent brukt følgende fargekodenøkkel i vår oppsummering av resultat per klinikk per tema når disse resultatene ble sendt over til klinikkene som et datagrunnlag for deres egen vurdering:

¹ Mange referanser er tilgjengelige. For eksempel:

- Carroll & Edmondson. "Leading organizational learning in health care". Quality and Safety in Health Care, 2002.
- Chassin og Loeb (The Joint Commission). "High-reliability Healthcare: Getting from There from Here." Milbank Quarterly 91:3 2013
- Leape, et al. "A Culture of Respect", Academic Medicine Jul;87(7):845-52 2012
- Leiter, Michael P, et al. "The impact of civility interventions on employee social behavior, distress, and attitudes". Journal of Applied Psychology, Vol 96(6), Nov 2011
- Riskin et al. «The Impact of Rudeness on Medical Team Performance: A Randomized Trial». Pediatrics. Sep 2015

Professor Michael West har formidlet sine resultater på feltet, basert på data fra National Health Service, på foredrag i forbindelse med Arbeidsmiljøuka 2017. Se kapitlet om samarbeid og <http://intranett.ous-hf.no/ikbViewer/Content/1322441/Presentasjon%20West%20norsk.pptx>

² Vi mener flere av temaområdene i ForBedring er basert på spørsmål som faglig sett ikke hører hjemme under det temaet det er ment å gjenspeile, noe Arbeidsmiljøavdelingen gjentatte ganger har påpekt overfor de ansvarlige for undersøkelsen.

Fargekode	Skår på ForBedringsspørsmålene
	85-100
	70-84
	55-69
	0-54

Når vi i kapitlene som følger skriver om klinikkens endring i vurdering sammenlignet med Arbeidsmiljøavdelingens, er det dette vi refererer til.

Anbefalte satsningsområder for OUS

To psykososiale områder peker seg ut som satsningsområder for OUS i 2019/2020:

1. Nulltoleranse for trakassering. Ytringsklima. Kultur.
2. Negativt stress og arbeidsbelastning.

Det første er en videreføring av fjorårets anbefalte satsningsområde. Mye er gjort, og det er bedring, men vi er ikke i mål. Ambisjonsnivået her bør ligge høyt, og det er for tidlig å slippe opp nå. Området er dokumentert viktig for å ivareta god pasientsikkerhet, få til kontinuerlig forbedring, og for å ivareta de ansatte, som igjen har betydning for at OUS oppleves som en attraktiv arbeidsplass. Innenfor dette området regner vi også tiltak knyttet til konflikthåndtering og bedre samarbeid på tvers.

Det andre punktet er nytt sammenlignet med i fjor. Det har imidlertid vært et satsningsområde i tidligere års rapporter. Når så mange som 13 av de 16 klinikkene har negativt stress og arbeidsbelastning som et av de 5 viktigste satsningsområdene, og tallene i ForBedring viser at det er dette området med lavest skår, er det nødvendig å sette det som et satsningsområde også fra sentralt hold. Det er på dagsordenen mange steder, og det er mange gode tiltak i gang, både når det gjelder psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø, men allikevel er det en stor utfordring. Dette er et område som vil kreve innsats ikke bare i 2019/2020, men i flere år fremover.

4.2. Åpenhetskultur og respektfullt arbeidsmiljø

Ett av de fire hovedmålene for OUS siden 2013 har vært arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt. Det er nytt i år at klinikkene er blitt bedt om å rapportere spesifikt på dette i forbindelse med HMS-årsrapportering. Indikatorene har vært spørsmål fra ForBedring. Som man ser, er det ikke mange spørsmål som angår respektfullt arbeidsmiljø. Her kunne spørsmål om mobbing og trakassering også vært en indikator, men gode tall for mobbing og trakassering mangler (se avsnittet om Mobbing og trakassering), og for å sette fokus på mobbing og trakassering, er det skilt ut som eget tema. Skal et arbeidsmiljø være fullt ut respektfullt, bør det være nulltoleranse for trakassering i alle former.

Åpenhetskultur
Her er det lett å spørre når det er noe jeg ikke forstår (spml. 10 i ForBedring)
Det er lett å si fra om problemer i pasientbehandlingen her (spml. 11)
Jeg melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil (spml.15)
Det er trygt å si i fra om kritikkverdige forhold her (spml. 16)
Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem (spml. 17)
Mine kolleger oppmuntrer meg til å si fra om jeg er bekymret for sikkerheten (spml. 18)
På min arbeidsplass oppmuntrer vi hverandre til å tenke ut måter å gjøre tingene bedre på (spml. 50)
Har enheten en god meldekultur? (spml. fra HMS-runden)
Respektfullt arbeidsmiljø
Folk behandler hverandre med respekt på min arbeidsplass (spml. 40)
Uakseptabel atferd er et problem på min arbeidsplass (spml. 41)

Ytringsklima, åpenhetskultur og nulltoleranse for trakassering var ett av de anbefalte HMS-satsningsområdene for 2018. Dette var blant annet på bakgrunn av Fafo-undersøkelsen om ytringsklima i 2016 og en spørreundersøkelse Yngre legers forening (YLF) ved OUS gjennomførte høsten 2017 om seksuell trakassering. Det har vært fokus på kultur over lengre tid, med økende forståelse for hvordan eksempelvis nedlatende kommunikasjon i et arbeidsmiljø påvirker både de ansatte og pasientarbeidet, men erfaringer og disse undersøkelsene viste at OUS ikke var i mål. I YLFs undersøkelse oppga mange at de selv har opplevd eller sett andre bli utsatt for seksuell trakassering, selv om det er uvisst i hvilket tidsrom. Fafo-undersøkelsen viste at bare halvparten som hadde opplevd eller vært vitne til kritikkverdige forhold de siste 12 måneder, hadde meldt fra om dette av frykt for negative konsekvenser.

Et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt er selve grunnvullen for arbeid med alle de andre HMS-temaene og med pasientsikkerhet. Det er forutsetningen for å skape tilstrekkelig trygghet til i felleskap å reflektere over egen praksis, ta opp problemer og foreslå forbedringer.

Status i OUS

		AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Åpenhetskultur	2018																

		AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Respektfullt arbeidsmiljø	2018																

Resultatene på temaene åpenhetskultur og respektfullt arbeidsmiljø er de høyeste innen området psykososialt arbeidsmiljø. Egenvurderingen er litt høyere vurdering enn Arbeidsmiljøavdelingens. Vi har ikke sammenligningsgrunnlag fra tidligere år, men man kan håpe at mange års innsats, og den siste tidens forsterket fokus, har gitt resultater.

Resultatene må imidlertid sees i sammenheng med de andre temaene, spesielt mobbing og trakassering, men også konflikthåndtering og medvirkning. Stress er også relevant; andre kartlegginger vi har viser klart at det påvirker kommunikasjon negativt. Kapitlene som følger om disse temaene viser at klinikkene opplever utfordringer på disse områdene, og mange klinikker ser dem som satsningsområder. Noen av tiltakene går også direkte på arbeid med kultur. Kulturutviklingstiltak og -metoder kan forebygge, men også være aktuelle for å redusere mobbing, trakassering, konflikter og stress, samt øke medvirkning.

Vurderingen når det gjelder åpenhetskultur og respektfullt arbeidsmiljø er for det meste gult, som tyder på variasjon i organisasjonen. På disse temaene er det viktig å ha et høyt ambisjonsnivå. Arbeidsmiljøet *skal* oppleves som preget av åpenhet og respekt. Det *skal* være trygt å si fra om kritikkverdige forhold, noe som er blant de laveste enkeltskårene. Selv klinikker som vurderer seg å være i grønt område, skriver at det er «et generelt forbedringsområde, at selv om ForBedring ikke viser til store utfordringer på klinikknivå, er det enheter som har utfordringer og jobber med dette».

Det har vært arbeidet med flere tiltak i 2018 fra sentralt hold for å adressere disse utfordringene:

- Kulturledelse er fortsatt fast tema på Lederprogrammet, med vekt på åpenhet, respekt og trygghet, og hvordan kultur påvirker både de ansattes helse og engasjement, og kvalitet og pasientsikkerhet. Deltakernes «mellomoppgave» relateres til aktuelle problemstillinger - i 2018 til trakassering og respektfullt arbeidsmiljø (i 2017 til yringsklima og åpenhet). Kulturbygging er også fast post på grunnkurs i HMS for alle nye verneombud. I tillegg er det dagskurs i kulturledelse hvert semester. Kultur er også tema på ledersamlinger, avdelingsseminarer og fagdager mange steder i OUS.
- Det partssammensatte koordinerende utvalget for oppfølging av Fafo-rapporten leverte en handlingsplan som ble presentert på felles ledersamling i januar 2018. Tiltakene gjaldt revidering av prosedyrer om varsling og avvik og opplæring om disse, lederoppfølging i form av lederkontrakter, bedre seleksjonsrutiner for lederstillinger, og metoder for kulturutvikling, inkludert prosesser for å definere lokale normer for samarbeid og kommunikasjon (utarbeide «kulturplakater») og tverrfaglige møtearenaer.
- Arbeidsmiljøuka hadde for fjerde år på rad i 2018 kultur på dagsordenen, denne gangen vinklet mot maktperspektivet og trakassering, ved professor i organisasjonspsykologi ved NTNU, Endre Sjøvold, forfatter av Makt og maktbruk (2016).

- Kulturkonsulentprogrammet har siden 2016 etablert en gruppe ressurspersoner som i tillegg til Arbeidsmiljøavdelingen kan bistå klinikkene i arbeidet med kultur. Det er 10 aktive og 9 delvis aktive kulturkonsulenter fra 13 av 16 klinikker, med et repertoar av metoder som arbeid med OUS-verdiene, utarbeidelse av kulturplakater, forventningsavklaring mellom forskjellige roller og andre verktøy for å bedre samarbeids- og kommunikasjonskultur. Kulturkonsulenter bistår i prosjekter, prosesser, personalmøter og samlinger.

Satsing og tiltak for forbedring fremover

Fire av klinikkene har ført opp åpenhetskultur eller respektfullt arbeidsmiljø som ett av fem hovedsatsningsområder for 2019. Interessant er at disse ikke skiller seg ut fra de andre klinikkene når det gjelder resultater, heller tvert imot. Dette tyder på at de mener ambisjonsnivået på dette området bør ligge høyt.

Tiltakene de anfører er:

- Øke kjennskap til systemene for varsling og avviksmelding samt forskjellen mellom disse.
- Opprettholde fokus på temaet, f.eks. seminarer om åpenhetskultur og #ikkei(klinikknavn), bevisstgjøring av ledere og medarbeidere.
- Forebygging av mobbing og trakassering.
- Tema på nyansattdager, personalmøter.
- Oppmuntre til å melde avvik og oppfølging av avvik på en involverende, konstruktiv og positiv måte.
- Gi opplæring og styrke ledere i konflikthåndtering. HR i klinikk og Arbeidsmiljøavdelingen bistår ved særskilte saker.
- Koble mot IA, ta inn i IA-handlingsplan.
- God oppfølging av personalsaker.
- Oppfølging av medarbeidere som viser uakseptabel atferd.

Andre klinikker anfører følgende som tiltak

- Arbeide med å finne flere som kan være kulturkonsulent.
- Bruke idélisten for tiltak og handlingsplaner aktivt (f.eks. kap. 11 Psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø, ehåndbok, dok.id. 57080).
- Ledere må synliggjøre eksempler på at ansattes innspill blir hensyntatt.
- Invitere ansatte til mer åpenhet og involvering i prosess, ikke kun tillitsvalgte.
- Oppfordre til å si fra dersom man føler noen går over grensen for hva som er akseptabelt.
- Fremme / finne gode samarbeidsarenaer / møteplasser.
- Jobbe med kultur og informere ut i linjen at det finnes ressurser å støtte seg på i Arbeidsmiljøavdelingen (kulturgruppen).
- Tydelige signaler fra ledelsen på alle nivåer om åpenhetskultur.
- Arbeid med tilbakemeldingskultur og oppmerksomhet rundt asymmetri i arbeidsforhold.
- Bevisstgjøring om kommunikasjon mellom personell.

Disse er alle gode tiltak. Samlet sett viser klinikkene god kjennskap til betydningen av et arbeidsmiljø / en kultur bygget på verdiene åpenhet og respekt, til hvordan man kan arbeide med det, og hvordan det henger sammen med de andre psykososiale temaene.

4.3. Mobbing og trakassering

I følge Arbeidsmiljøloven (AML), § 4-3 (3), skal arbeidstakere ikke utsettes for mobbing og trakassering³ eller annen utilbørlig opptreden.

Mobbing og trakassering kan ha store negative helsemessige konsekvenser for den som blir utsatt for det. For dem som opplever alvorlig mobbing / trakassering er dette en dypt nedverdiggende opplevelse med negative effekter på både selvrespekt, identitet og helse. En rekke ulike undersøkelser har dokumentert alvorlige konsekvenser av det å utsettes for mobbing / trakassering på arbeidsplassen i form av psykosomatiske helseplager, mentale lidelser, redusert arbeidskapasitet, økt sykefravær, økt turnover, og utstøtning fra arbeidslivet. (Einarsen et al., 2007)⁴.

I tillegg til helsemessige konsekvenser for den enkelte har mobbing og trakassering også konsekvenser for pasientsikkerhet. Arbeid for å forhindre trakassering og skape en respektfull kultur er en av de viktigste faktorene for å sikre pasientsikkerhet⁵. I OUS skal det være nulltoleranse for mobbing og trakassering⁶, og arbeid med kultur skal være høyt prioritert.

Det kan være ulike grunner til at mobbing og trakassering oppstår. Studier har f.eks. vist en klar sammenheng mellom et hektisk og monotont arbeid og opplevelsen av mellommenneskelige konflikter og mobbing på arbeidsplassen (Einarsen et al., 2007). I en studie på norske arbeidsplasser fant man at både ofrene for mobbing og de som var vitne til mobbing, var mer misfornøyd med en lang rekke psykososiale arbeidsmiljøforhold enn det andre arbeidstakere var (Einarsen, Raknes, Matthiesen et al., 1994). Særlig viktig i denne forbindelse var spørsmål knyttet til mangelfull ledelse eller destruktiv ledelse, opplevelse av rollekonflikt og opplevelse av lav egenkontroll (Einarsen, Raknes, Matthiesen et al., 1994; Skogstad, 1997). Høy grad av rollekonflikt fremsto som fellesnevneren for alle arbeidsmiljø hvor mobbing forekom. Det er mulig at manglende avklaring av krav og forventninger rundt roller, oppgaver og ansvar, skaper konflikter i arbeidsfellesskapet knyttet til rettigheter, plikter, privilegier og posisjoner. Et høyt konfliktnivå er vanligvis sett på som en viktig risikofaktor for mobbing (Einarsen, Raknes, Matthiesen et al., 1994; Leymann, 1992, i Einarsen et al., 2003).

³ I følge Arbeidstilsynet er det trakassering «når en eller flere personer gjentatte ganger over tid blir utsatt for negative handlinger fra en eller flere personer. Dette kan for eksempel være uønsket seksuell oppmerksomhet, plaging, utfrysing, fratakelse av arbeidsoppgaver, eller sårende fleiping og erting. Videre bør det være en ubalanse i styrkeforholdet, slik at den som blir trakassert må ha vanskelig for å forsvare seg. Vi snakker ikke om trakassering dersom to omtrent like sterke personer kommer i konflikt, eller når det dreier seg om en enkeltstående konfliktepisode. Styrkeforholdet mellom partene handler ikke nødvendigvis om formell plassering i organisasjonen. Slik begrepet vanligvis brukes, kan en person bli utsatt for trakassering både fra ledere og kolleger. Mobbing faller inn under begrepet trakassering. Seksuell trakassering kan sies å være en type trakassering der en ansatt utsettes for uønsket seksuell oppmerksomhet eller tilnærmelser. (Einarsen og Pedersen, 2007).

⁴ Et brutalt arbeidsmiljø? En undersøkelse av mobbing, konflikter og destruktiv ledelse i norsk arbeidsliv, Ståle Einarsen, Målfrid Tangedal, Anders Skogstad, Stig Berge Matthiesen, Merethe Schanke Aasland, Morten Birkeland Nielsen, Brita Bjørkelo, Lars Glasø, Lars Johan Hauge, 2007.

⁵ Chassin og Loeb 2013, The Joint Commision (som godkjenner sykehus i USA) «High-Reliability Health Care: Getting There from Here». Milbank Quarterly. Selv tilsynelatende mindre alvorlige former for negativ kommunikasjon kan ha fatale konsekvenser. Riskin et al. «The Impact of Rudeness on Medical Team Performance: A Randomized Trial». Pediatrics. Sep. 2015.

⁶ Ref. artikkel av HR direktør Morten Meyer på intranett 06.03.2018. «Administrerende direktør har vært tydelig på at OUS har nulltoleranse for trakassering».

Einarsen et al. trekker fram følgende arbeidsmiljøfaktorer som årsaker til mobbing: 1) Uklar eller dårlig arbeidsorganisering, 2) Inkompetent eller fraværende ledelse, 3) Offeret i en sosialt utsatt posisjon, 4) Et negativt / fiendtlig sosialt klima, og 5) En kultur som belønner eller tillater mobbing.

Status i OUS

		AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Mobbing og trakassering	2018																
	2017																

To spørsmål omhandlet mobbing og trakassering i ForBedringsundersøkelsen 2018: «Her blir ingen utsatt for mobbing eller trakassering», og «Her blir ingen utsatt for seksuell trakassering», med svars skala fra «helt enig» til «helt uenig». Disse spørsmålene er svært upresise, noe som gir store utfordringer i tolkning av resultater på spørsmålene. (Vi håper på bedre spørsmål på dette temaet i ForBedring 2019).

På tross av dårlig kvalitet på disse spørsmålene har vi av flere grunner likevel valgt å sette fokus på mobbing og trakassering som et tema i OUS. En viktig grunn er å bidra at dette temaet tas opp til diskusjon i alle klinikker ved sykehuset. Å bli utsatt for mobbing og trakassering er et brudd på Arbeidsmiljøloven og skal ikke forekomme. MeToo-kampanjen har det siste året også satt ekstra fokus på seksuell trakassering i arbeidslivet. Resultater fra en undersøkelse gjennomført av Yngre Legers Forening (YLF) rapporterer at 1 av 4 leger sier de har opplevd seksuell trakassering.⁷ Legeforeningen har også gjennomført en undersøkelse i 2018 som konkluderer med at en av seks medlemmer sier de har opplevd seksuell trakassering, og at andelen er høyere blant kvinnelige (22 prosent) enn blant mannlige (8 prosent) leger.⁸

Grunnet stor usikkerhet i tolkning av resultatene på spørsmålene om mobbing og trakassering i ForBedring, ble klinikkene anbefalt ikke å sette fargekode på dette temaet i år. Noen av klinikkene valgte å følge dette rådet (ref. 5 klinikker som har markert med 'grått' i tabellen over med oversikt over alle klinikkens vurdering av status i egen klinikk på temaet «Mobbing og trakassering»), mens de resterende klinikkene har valgt å sette fargekode.

3 av de 11 klinikkene som har valgt å sette fargekode i år, har endret fargekode fra grønt til gult sammenlignet med i fjor. Det betyr at disse klinikkene vurderer situasjonen på dette området som en større utfordring i 2018 enn det var i 2017, eller er blitt mer bevisst problemstillingen. Ingen klinikker har justert fargekode andre veien (dvs. fra gult til grønt).

Mange klinikker trekker frem at det er 0-toleranse for mobbing og trakassering. Enkelte klinikker sier de ikke har kjennskap til meldte saker i 2018. Andre klinikker sier at det (som i 2017) kan være slike utfordringer i noen seksjoner. Utsagn fra klinikkene er bl.a. «at noen personalsaker omhandler dette temaet», at det «noen steder er det fortsatt en utfordring», «at få saker kan gi store konsekvenser», «Vi har noen enkeltsaker som blir tett fulgt av leder og HR i klinikk», at «Arbeidsmiljøavdelingen bistår i noen saker rundt arbeidsmiljø», og at det «er saker som er høyt prioritert».

⁷ Publisert i fagbladet Journalen 5.3.2018. <https://fagbladetjournalen.no/en-av-fire-leger-har-opplevd-seksuell-trakassering/>

⁸ Publisert i Tidsskriftet den norske legeforening: 3. september 2018, Utgave 13, 4. september 2018. <https://tidsskriftet.no/2018/09/aktuelt-i-foreningen/en-av-seks-medlemmer-har-opplevd-seksuell-trakassering>

En klinikk har satt mobbing og trakassering som ett av sine 5 største arbeidsmiljøutfordringer. I tillegg har to andre klinikker har satt det opp som ett av 5 prioriterte tiltak. Dette er de tre klinikkene som har endret fargekode fra grønt i 2017 til gult i 2018, dvs. de klinikker som vurderer situasjonen på dette området som en større utfordring i 2018 enn det var i 2017.

Satsing og tiltak for forbedring fremover

Forbedringstiltak som trekkes fram av klinikkene er bl.a.:

- 0-tolleranse for mobbing og trakassering trekkes fram av mange klinikker.
- Flere klinikker er opptatt av å jobbe med kulturutvikling for å forebygge mobbing og trakassering: «Jobbe videre med kulturplakater». «Gjøre arbeid med kulturkonsulenter kjent i klinikken. Plan for bruk av ressurser i KULT nettverk.» «Spilleregler for alle ansatte. Enhetsledere må utarbeide disse i samråd med ansatte, og følge opp der hvor spillereglene brytes. Enhetsledere må arbeide med holdningsendringer der hvor det er negativ holdningskultur.» «Forebygging av mobbing og trakassering faller inn under arbeid med åpenhetskultur og respektfullt arbeidsmiljø.» «Oppfordre til en åpenhetskultur. Involvere ledere og ansatte i forhold til forebyggende aktiviteter.»
- Flere klinikker er også opptatt av å øke kompetanse på konflikthåndtering og oppfølging av mobbing, varslingsaker og avvik: «Sikre at ny prosedyre om mobbing / trakassering gjøres kjent i klinikken.» «Økt kunnskap om varsling og rutiner. Ledere må ha konkrete tiltak for oppfølging ved mobbing.» «Alle ledere skal gjøre sine ansatte kjent med prosedyre for håndtering av mobbing og trakassering.» «Klinikken har flere ganger hatt dette på agendaen på ledermøte, Klinikksammenheng og i klinikkforum der varslingsrutiner er gjennomgått. Ser færre gjentakelser på de steder der det er gjort aktive tiltak. Vil fortsette dette gode arbeidet. Tematikk i klinikken: Saksbehandling og dokumentasjon i varslingsaker i forhold til rusproblematikk, trakassering, avviksarbeid etc.» «Det er fokus på Fafo rapporten, «Meetoo» og meldekultur generelt. Henvises til AML 4-3. Øke kjennskap til bestemmelser for varsling. Økt kjennskap til systemer for avviksregistrering.» «Tema tatt opp i avdelingsledermøte, alle avdelinger har hatt det som tema i sine ledermøter. Det tas opp som tema i gruppeveiledning av LIS 1. Alle nyansatte og studenter oppfordres til å melde avvik.» «God ledelse, lederutvikling, HMS kurs, lederprogram i OUS, samarbeid med TV / VO. Oppfordre ledere, TV og VO til å gå sammen på gratis NAV kurs om konflikthåndtering. Må sikre god oppfølging i personalsaker og konflikthåndtering.»
- Flere legger også vekt på oppfølging av konflikter og mobbesaker: «Enheter med lav score på mobbing / trakassering følges opp av leder, evt. med støtte fra overordnet leder og med bistand fra HR og Arbeidsmiljøavdelingen ved behov.» «Klinikken har noen enkeltsaker som blir tett fulgt opp av leder og HR i klinikk. HR stab er informert om alle saker og Arbeidsmiljøavdelingen bistår i noen saker rundt arbeidsmiljø. Dette er saker som er høyt prioritert i klinikken.» «Tidlig reaksjon fra laveste ledernivå er nødvendig. Leder må be om bistand fra HR-leder så raskt som mulig.» «Ledere må ta tak i saker med en gang de oppstår.» «Saker som meldes følges opp med bistand fra HR.» «Sykehusets retningslinjer for mobbing og trakassering brukes. Slike saker følger linjeledelsen.»

Generelt har det vært mye fokus på temaet mobbing og trakassering i OUS i 2018. Det har vært tema i Arbeidsmiljøuka 2018. Alle klinikker har i Ledelsens gjennomgang (LGG) redegjort for hvordan de

jobber med temaet trakassering i den enkelte klinikk. Kulturkonsulentprogrammet har gjennom året jobbet med opplegg for ulike klinikker og avdelinger for å adressere og drøfte temaet. HR sentralt i Direktørens stab og Arbeidsmiljøavdelingen har jobbet fram en ny nivå 1 prosedyre på mobbing og trakassering, og det er gjennomført opplæring om prosedyren for klinikkverneombud og verneombud i ulike klinikker ved sykehuset.

Det er nå viktig at dette arbeidet videreføres i 2019, både i de enkelte klinikkene og fra sentralt hold. Dette støttes også av anbefalingene fra den britiske legeforeningen som nylig publiserte resultater fra en britisk studie med 8000 leger som viser at fire av ti leger opplever mobbing som et problem på arbeidsplassen. Sammen med resultatene fra studien kommer de med en rapport med anbefalinger om hvordan mobbing og bøllete adferd skal håndteres og bekjempes. Tiltakene som foreslås handler om å bryte tausheten, det vil si at denne formen for trakassering bør snakkes om for å øke bevisstheten om problemet. Videre anbefales det å forbedre systemer for konfliktløsning og jobbe for en mer støttende og inkluderende kultur på arbeidsplassen.⁹ Dette er anbefalinger som er helt i tråd med det arbeidet som nå gjøres ved OUS for å forebygge og bekjempe mobbing og trakassering ved sykehuset.

⁹ <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/01/29/fire-av-ti-leger-mener-mobbing-pa-arbeidsplassen-er-et-problem/>

4.4. Samarbeid (mellom yrkesgrupper og andre enheter)

Samarbeid omfatter sosialt klima og hvorvidt man opplever å få støtte og hjelp av kollegaer i arbeidssituasjoner. Sosial støtte fra kolleger og ledelse er av stor betydning for helhetsopplevelsen av det psykososiale arbeidsmiljøet, og kan virke modererende på opplevelsen av belastninger i arbeidssituasjonen. Håndtering av konflikter påvirker opplevelsen av om samarbeidet i enheten fungerer tilfredsstillende. Godt samarbeid er også av avgjørende betydning for god pasientbehandling og pasientsikkerhet.

Godt teamarbeid gir:

- Redusert liggetid og kostnader
- Økt resultatoppnåelse og innovasjon
- Økt trivsel og velvære ("well-being") hos ansatte
- Tverrfaglige team leverer pasientbehandling med høy kvalitet og implementerer flere innovasjoner
- Lavere pasientdødelighet
- Færre avvik
- Redusert stress, turnover og sykefravær

Lyubovnikova, J. & West, M.A. (2013). Why teamwork matters: Enabling health care team effectiveness for the delivery of high-quality patient care. In E. Salas et al. (eds.), *Developing and enhancing teamwork in organizations: Evidence-based practice and guidelines*. (pp.331-372). San Francisco: Jossey Bass.

Følgende spørsmål fra ForBedring brukes som indikator på temaet samarbeid i 2018. Til sammenlikning er klinikkens skjønnsmessige vurdering av status fra 2017.

Samarbeid (mellom yrkesgrupper og andre enheter)	
	Forskjellige yrkesgrupper samarbeider godt her (spml 7)
	Samarbeid med andre enheter fungerer godt (spml 8)

Status i OUS

		AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Samarbeid (mellom yrkesgrupper og andre enheter)	2018																
	2017																

I år som i fjor basert på gitte indikatorer tilsier Arbeidsmiljøavdelingen sin fargevurdering gul farge på alle klinikkene. To av klinikkene har i sin egenvurdering valgt å endre dette til grønt. Fem av klinikkene har valgt samarbeid som et av sine fem viktigste satsningsområder.

Satsing og tiltak for forbedring fremover

Det oppleves å være stor variasjon mellom enhetene når det gjelder samarbeid og hierarki avhengig av yrkesgrupper og oppgaver. Høyt arbeidspress synliggjør viktigheten av å forbedre samarbeidsformer.

Tiltak og forbedringsforslag som vektlegges er:

- Gjennomgang av ansvarsdeling, rolleavklaring og etablering av møtearenaer mellom enheter / seksjoner.
- Bruk av tavlemøter og / eller grønne korset som verktøy for å bedre samarbeid på tvers av enheter og mellom profesjoner.
- Standardisering av personalmøter, rutiner for oppfølging av Achilles og generell saksbehandling.
- Betydningen av oppfølging i lederlinjen og skolering av ledere i konflikthåndtering.
- Bevisstgjøring av begrepene åpenhetskultur, kommunikasjon på arbeidsplassen og respektfullt arbeidsmiljø for å utvikle samarbeidsklimaet.

Arbeidsmiljøavdelingen legger merke til at verneombud og tillitsvalgte fremheves som viktige rollemodeller som, i tillegg til leder, kan påvirke kulturen for samarbeid i og mellom avdelinger og yrkesgrupper. Synliggjøring av viktigheten av godt partssamarbeid på alle nivå blir nevnt som tiltak. Verneombud er ofte i kontakt med Arbeidsmiljøavdelingen og tar initiativ til utviklende intervensjoner for personalgrupper med utgangspunkt i samarbeidskultur. Utvidet fokus på å utarbeide felles forventningsavklaring på tvers av samarbeidende enheter angående arbeidsflyt og kommunikasjon, vil ha potensiale for forbedring av arbeidsprosesser og opplevd trivsel.

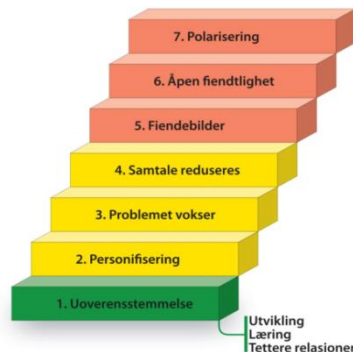
4.5. Konflikter og konflikthåndtering

Det er mye forskning som viser at konflikter i arbeidslivet kan gi store negative helsemessige konsekvenser og for arbeidsmiljøet - at arbeidsmiljøet lider, produktiviteten går ned, sykefraværet opp og ansatte slutter¹⁰. Undersøkelser viser at vedvarende konflikter på en arbeidsplass kan bidra til utbrenthet¹¹, og at høyt konfliktnivå er en viktig risikofaktor for mobbing.¹²

Konflikter er i seg selv verken destruktive eller konstruktive. Det er måten de blir håndtert på som avgjør utfall og konsekvenser. Hvis de blir riktig håndtert, kan konflikter bidra til å forbedre lagånden, skape engasjement i arbeidet og støtte læring blant de ansatte. Å få skjulte problemer fram i dagen, større åpenhet på arbeidsplassen, bedre beslutninger og bedre samarbeid kan være andre positive utfall av konflikter. Hvis konflikter derimot blir uklokt håndtert kan svekket samarbeid, misnøye, ineffektivitet, høyere fravær og større turnover være mulige destruktive konsekvenser. (STAMI, 2013)¹³

Å håndtere konflikter er en viktig del av lederes oppgaver, og ledere bruker mye tid på å håndtere konflikter. Internasjonale undersøkelser har vist at ca. 20 % av lederes tid går med til å håndtere konflikter i arbeidsmiljøet (Einarsen et al., 2007). I de deler av arbeidslivet der teamarbeid og tette arbeidsrelasjoner er en forutsetning for å få jobben gjort, må ledere regne med å bruke enda mer tid på konflikthåndtering.

Konflikttrappen¹⁴ illustrerer hvordan konflikter mellom enkeltpersoner eller mellom grupper kan utvikle seg fra uoverensstemmelser og begynnende frustrasjon til åpen fiendtlighet og polarisering dersom de ikke blir tatt tak i og håndtert på en god måte.



Det er mange grunner til at konflikter utvikler seg. Konflikter kan være mellom enkeltpersoner, enten på samme nivå eller mellom en leder og en eller flere underordnede. Konflikter kan også være mellom grupper av ulikt slag, der yrke, kulturell bakgrunn, kjønn og profesjon kan gi grunnlag for konflikt. Motsetninger mellom avdelinger eller andre organisatoriske enheter er også vanlig. Det kan være ulike kulturer og måter å løse arbeidsoppgaver på i ulike avdelinger som er avhengig av å samarbeide. Alt dette kan gi grobunn for at konflikter kan utvikle seg. Konflikter handler ofte om at vi har ulik erfaringsbakgrunn og ulike forventninger til hverandre, og ofte er det slik at vi ikke er tydelige nok på

¹⁰ Hanne Heen og Robert Salomon 2018, Varme konflikter i arbeidslivet. Organisatoriske perspektiver og håndteringsmetoder.

¹¹ Ståle Einarsen og Stig Berge Matthiesen i artikkel i boken 'Utbrent. Krevende jobber – gode liv?' (Fagbokforlaget 2002)

¹² Einarsen et al., 2007

¹³ Forebygging og håndtering av konflikter på arbeidsplassen, Stami 2013

¹⁴ Kilde Idèbanken.org 2016

hvilke forventninger vi har til hverandre, hvordan vi skal være mot hverandre, hvordan arbeidsoppgavene skal gjennomføres og fordeles, og hvordan samarbeid skal foregå. Mange konflikter mellom enkeltpersoner og i og mellom grupper kan forebygges og dempes ved at man i fellesskap setter fokus på og jobber med å avklare forventninger til hverandre, og definere normer og spilleregler for kommunikasjon. Dette er aktiviteter vi har god erfaring med som konfliktdependende og konfliktforebyggende tiltak i ulike klinikker og enheter i OUS.

Status i OUS

		AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Konflikter og håndtering av konflikter	2018																

ForBedring har 2 spørsmål som går direkte på konflikt: «Har du lagt merke til forstyrrende konflikter i din enhet?» og «Når konflikter oppstår blir de håndtert på en god måte.»

5 klinikker gir dette temaet en oransje fargekode, 9 gir det gul og 2 gir det grønn fargekode. Totalt har 6 av klinikkene valgt å skifte fargekode i positiv retning sammenliknet med Arbeidsmiljøavdelingen (BHT) sin vurdering, 4 klinikker har skiftet farge fra oransje til gult, mens 2 har skiftet farge fra gult til grønt. Ingen av disse 6 klinikkene begrunner i sine årsrapporter hvorfor de har skiftet farge. Vi undrer oss over dette, spesielt for enkelte klinikker som har betydelig lavere snittskår på temaet enn OUS sin snittskår og som likevel har skiftet farge fra oransje til gult, og de som har skiftet fra gult til grønt da disse klinikkene har omtrent samme snittskår som OUS, og ligger betydelig under grensen på snittskår som vi har satt for grønn skår (85). Det kan selvsagt være grunner til at fargen kan endres i positiv retning, men da kunne man ønske at det kommer tydelig fram i klinikkens årsrapport hvorfor de mener den bør endres. På bakgrunn av dette og ut fra de tekstlige kommentarene kan det synes som om valg av farge er i overkant positiv for flere av klinikkene på dette temaet. Enkelte klinikker som har endret fargekode i positiv retning sier også eksplisitt at «Resultatet fra ForBedringsundersøkelsen viser at det er en del utfordringer med konflikter i klinikken», og «Ansatte opplever konflikter i klinikken og at de kan være krevende».

På tross av at flere klinikker har valgt å endre fargekode i positiv retning på dette temaet, kommer klinikkens vurdering av konflikter og håndtering av konflikter samlet sett ut som ett av de tre psykososiale temaer der flest klinikker har oransje vurdering.

Satsing og tiltak for forbedring fremover

Fire klinikker har satt opp temaet «konflikter og håndtering av konflikter» som ett av sine 5 største arbeidsmiljøutfordringer og / eller tiltak.

Disse fire klinikkene har kommentarer og tiltak til dette området som dreier seg om:

- Vekt på styrke og gi opplæring av ledere i konflikthåndtering, med vekt på: 1) at leder tar tak i konflikter på et tidlig tidspunkt (med en gang de blir kjent for leder), for å unngå eksellering, 2) håndtering på lavest mulig nivå, 3) samarbeid i lederlinjen, 4) at konflikter løses til det beste for miljøet og de ansatte, 5) at OUS retningslinjer må følges.
- Det er ulike konflikter på flere nivåer og mellom ulike grupper / profesjoner.
- En av klinikkens tiltak er at HR-stab skal prioritere å bistå ledere og øvrige ansatte ved henvendelser om konflikter, og at de vil gi påminnelser om hvor ledere og øvrige ansatte i tillegg kan søke hjelp før situasjonen blir for fastlåst.

Tiltak og kommentarer øvrige klinikker har satt opp for dette temaet er:

- Dette følges opp både i handlingsplaner og på personalmøter. De ledere som har fått lave skår i ForBedring 2018 følges opp.
- Kan være store variasjoner mellom enheter. Viktig at de har oversikt over dette og jobber med tiltak og oppfølging i enheter med lav skår.
- Resultatet fra ForBedringsundersøkelsen viser at det er en del utfordringer med konflikter i klinikken. Resultatet er rett under OUS i gjennomsnitt og på grensen mellom gult og oransje. Ledere bør raskt ta tak i konflikter som påvirker nærmiljøet, samt be om støtte fra overordnet leder, psykososial faggruppe i Arbeidsmiljøavdelingen og HR ved behov.
- Tema samtidig med Meldekultur / Åpenhetskultur?
- Ifølge ForBedring har vi forstyrrende konflikter i klinikken, men hvor godt håndteringen av disse har vært virker å være veldig forskjellig mellom avdelingene. Her bør man kanskje se på tiltak i opplæring. Vi tror at ved å bli bedre på Achilles og generell saksbehandling vil vi se effekter også her. Jobbe aktivt for å beholde det gode samarbeidet og arbeidsmiljøet vi har i dag. Kan være nyttig å videreføre tiltak fra i fjor om opplæring til ledere rundt saksbehandling og konflikthåndtering (eks. HR-verksted) og prøve å gjøre dette obligatorisk.
- Konflikter oppleves i klinikken som at dette håndteres godt. Opprettholde.
- Det arbeides kontinuerlig med konflikthåndtering. Stabsstøtte i linjene.
- Konflikter oppstår gjerne ut fra utfordringer som det ikke har latt seg gjøre å finne løsninger på. Har gjerne bygd seg opp over lenger tid. Klinikken har p.t. noen kjente konflikter som blir håndtert av HR-leder og klinikkleder. Prøver å finne løsninger som begge parter kan leve med. I noen tilfeller vil omplassering være nødvendig.
- Kontinuerlig arbeid, tas tak i så snart det blir kjent. Prøves løst på lavest mulig nivå, med bistand fra HR og / eller BHT.
- 1) Ansatte opplever konflikter i klinikken og at de kan være krevende. 2) Endringsprosesser kan oppleves av ansatte som konflikter. Tiltak: 1) Kartlegge hvilke konflikter dette er og på hvilket nivå. 2) Se på om gjennomføring av endringsprosesser kan gjøres på en annen måte.

Med hensyn til konflikter er det viktig at disse håndteres på hensiktsmessig vis og at disse ikke sprer seg i arbeidsmiljøet. Ledere har et spesielt ansvar for å ta tak i og håndtere konflikter slik at de ikke får utvikle seg til å forsure arbeidsmiljøet. Det er mye forskning som viser at høyt konfliktnivå har sammenheng med trivsel og sykefravær og at dette også potensielt kan utvikle seg til mobbing og trakassering¹⁵. Det er derfor viktig at både ledere og ansatte har god kunnskap om hvordan konflikter utvikler seg, hvilke konsekvenser de kan ha, hvordan man kan jobbe forebyggende for å unngå destruktive konflikter, samt hvordan man bør ta tak i og håndtere konflikter når de oppstår.

Arbeidsmiljøavdelingen ved OUS tilbyr undervisning og kurs for ledere i konflikt og konflikthåndtering. Konflikt og konflikthåndtering er også tema på Lederprogrammet ved sykehuset og på HMS-grunnkurs for verneombud. I tillegg gjennomføres seminarer og opplæring i temaet på ledersamlinger, verneombudssamlinger og som avdelingsseminar på forespørsel fra klinikker og avdelinger.

Det gis også bistand i enkeltsaker der HR-sentralt og / eller lokalt gir rådgivning, veiledning og støtte i krevende konflikter / personalsaker, bidrar med juridisk kompetanse, og i enkelte tilfeller gjennomfører faktaundersøkelser. Arbeidsmiljøavdelingen bidrar også med veiledning av ledere, verneombud og ansatte i konfliktsaker og gir prosessbistand i enkelte tilfeller.

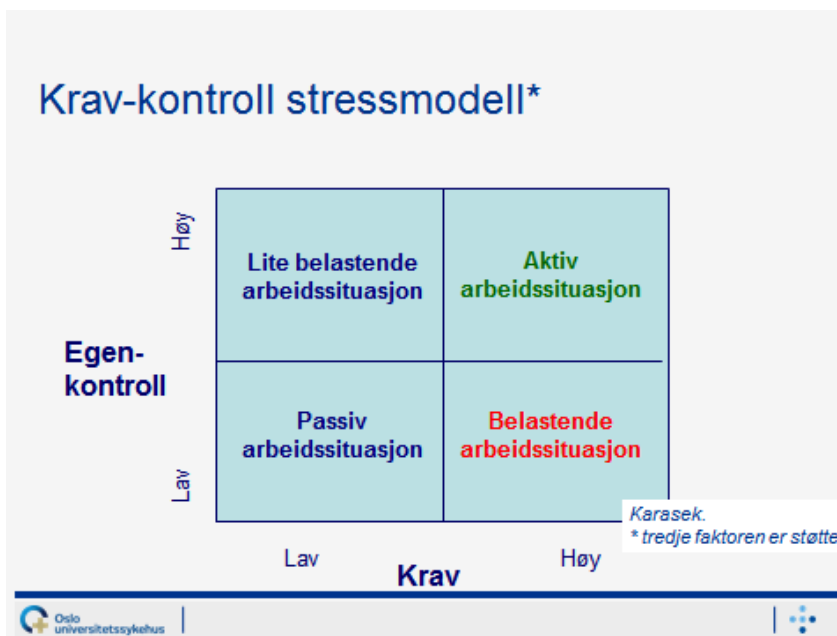
¹⁵ Einarsen og Pedersen, 2007

I tillegg legges det mye arbeid i å jobbe forebyggende og konfliktdempende gjennom ulike prosesser for å utvikle og forsterke sunn organisasjonskultur i klinikker og avdelinger i sykehuset. Se nærmere beskrivelse av dette under kapitelet om Åpenhetskultur og respektfullt arbeidsmiljø.

OUS bør fortsatt ha som satsingsområde at det jobbes forebyggende mot konflikter, mobbing og trakassering, blant annet gjennom utviklende intervensjoner for team, samarbeid, kommunikasjon og kultur. I tillegg må arbeidet med opplæring i temaet fortsette for å dyktiggjøre ledere, verneombud og ansatte i å forstå konflikters natur og hvilken rolle de har i å bidra til å forebygge konflikter, og til å ta tak i konflikter når de oppstår på en slik måte som forhindrer at de utvikler seg til å bli et arbeidsmiljøproblem.

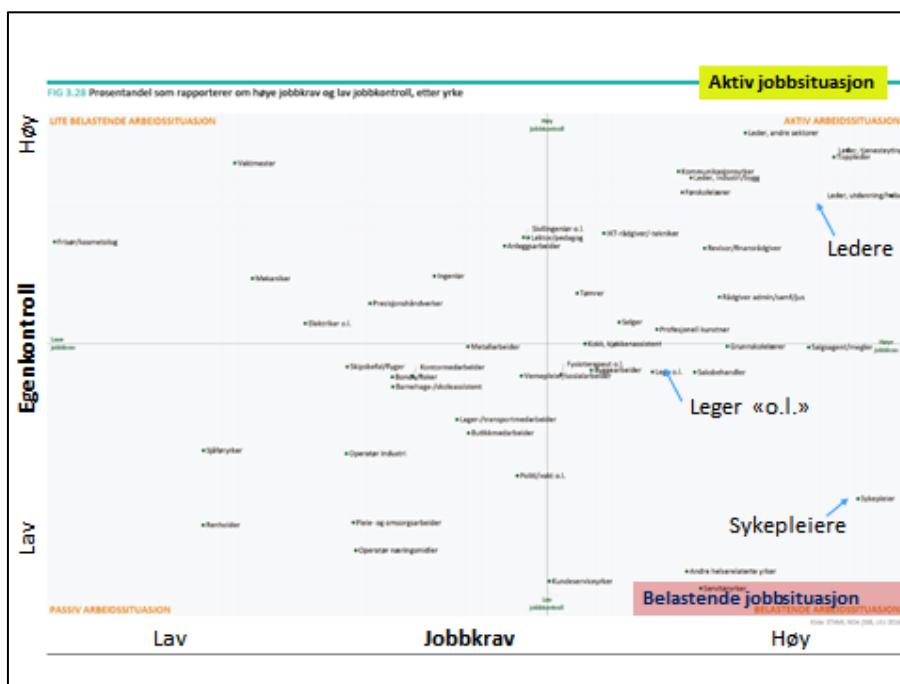
4.6. Negativt stress og medvirkning

Hvorvidt en arbeidssituasjon oppleves som negativt stressende avhenger av flere faktorer. Stressforskning¹⁶ viser at uheldige utslag på faktorer som arbeidsbelastning, egenkontroll, anerkjennelse og rollekonflikt medfører en belastende arbeidssituasjon eller negativt stress. Man må se situasjonen i et helhetsperspektiv. Dersom man skårer høyt på egenkontroll og får anerkjennelse for sitt arbeid, kan den negative effekten av arbeidsbelastning og rollekonflikt bli mindre. I tillegg spiller graden av sosial støtte og opplevd medvirkning inn som viktige modererende faktorer. Medvirkning i arbeidssituasjonen øker opplevelsen av autonomi / egenkontroll og kan bidra til at belastningene virker mer håndterbare. Oppsummert kan man beskrive det som at jo mer egenkontroll i jobben og jo bedre sosial støtte, jo høyere krav vil man normalt mestre.



Figuren på neste side er fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), basert på data fra den nyeste Levekårsundersøkelsen (SSB), og viser at leger, psykologer, sykepleiere og andre helse relaterte yrker opplever en belastende arbeidssituasjon med høye krav og mindre egenkontroll enn andre.

¹⁶ De to mest kjente forskningsbaserte stressmodellene er Karaseks «krav-kontroll-støtte» og Siegfriests innsats-utbytte, inkludert anerkjennelse.



Arbeidsbelastning, egenkontroll og medvirkning er tre områder som har lave skår på tidligere medarbeiderundersøkelser, og alle er faktorer som påvirker opplevelsen av negativt stress. Medarbeiderundersøkelsen (MU) ble ikke gjennomført i 2017, siden den nye medarbeider- og pasientsikkerhetsundersøkelsen ForBedring skulle innføres våren 2018. Det foreligger derfor ikke MU-tall for 2017, og klinikkene ble da i forbindelse med årsrapporteringen bedt om å vurdere de samme temaområdene som for 2016 utfra eget skjønn. Følgende spørsmål fra ForBedring kan brukes som indikator på temaet negativt stress i 2018:

Negativt stress
Arbeidsbelastningen min er for stor (antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre flere ting samtidig) (spml. 13)
Jeg rekker sjelden å ta pause eller spise i løpet av en arbeidsdag / vakt (spml. 14)
Mottar du motstridende forespørslers fra to eller flere personer? (spml. 52)

Spørsmålet om å rekke å ta pause eller lunsj er ikke dekkende for begrepet egenkontroll. På grunn av denne metodiske svakheten i ForBedring, og fordi medvirkning og egenkontroll er beslektet, har vi valgt å ta medvirkning med i dette avsnittet om negativt stress som indikator for egenkontroll. Medvirkning har en egen verdi, og rett og plikt til å medvirke er nedfelt i Arbeidsmiljøloven, men det er også viktig i et stressmestringsperspektiv. Følgende spørsmål i ForBedring omhandler medvirkning:

Medvirkning
Jeg opplever at jeg blir tilstrekkelig involvert i endringsprosesser (spml. 48)
Oppmuntres du til å delta i viktige avgjørelser (spml. 49)
Jeg opplever å ha rimelig innflytelse over arbeidssituasjonen min (spml. 51)

Min nærmeste leder oppmuntrer meg til å si ifra når jeg har en annen mening (spml. 29)

Det er viktig å være klar over at medvirkning er mer enn «representativ medvirkning» gjennom tillitsvalgte og verneombud, selv om dette også er vesentlig. Det er et eget spørsmål i ForBedring som omhandler leders samarbeid med tillitsvalgte og verneombud.

Medvirkning og egenkontroll kan selvsagt ikke betraktes isolert og uten rammer. Det kan ikke gå på bekostning av teamsamarbeid og forpliktelse arbeidstakere har til å følge prosedyrer og føringer. Det er et eget problem i enkelte grupper at det er individualister og solo-spillere som ikke samarbeider godt nok eller følger rutiner man er blitt enig om. Autonomi må alltid sees i relasjon til å være en del av en gruppe. Når det er sagt, er det allikevel i nyere organisasjonstenkning mer og mer fokus på betydningen av medvirkning, spesielt for kunnskapsarbeidere / profesjonsutdannede.

Status i OUS

		AKU	BAR	DST	HHA	HLC	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Negativt stress	2018	Orange	Rød	Gult	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
	2017	Grå	Rød	Gult	Gult	Gult	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Rød	Gult	Orange	Gult	Gult	Gult

En av klinikkene har vurdert situasjonen som rød og angir som begrunnelse at Ø-hjelp begrenser egenkontroll og arbeidsmengde, at aktivitet har økt fra 2017 til 2018, og at bemanning ikke alltid er i samsvar med aktivitet. Det meldes om avvik på arbeidspress, bemanning og kompetanse i klinikken.

Med unntak av to klinikker vurderer øvrige klinikker seg å være i oransje område, som er i tråd med Arbeidsmiljøavdelingens fargekoding. To klinikker vurderer seg selv å være på gult risikonivå i 2018. Tallene fra ForBedring tyder imidlertid ikke på at den ene av disse nødvendigvis skiller seg ut i positiv retning.

Spredning av resultatene fremkommer ikke i disse aggregerte skårene, men noe variasjon i opplevd arbeidsbelastning er det imidlertid mellom forskjellige enheter / seksjoner / avdelinger i de enkelte klinikkene. At man ser at hele 13 klinikker angir risikonivå som oransje tyder på at status i OUS er en opplevelse av et høyt negativt stressnivå.

Utføres det systematisk og god prioritering mellom oppgaver internt i enheten?
(spml. fra HMS-runden)

Utføres måling og justering av bemanning i forhold til behov (uke, dag, tid på døgn?)
(spml. fra HMS-runden)

Svar fra klinikkene på spørsmål fra HMS-runden ovenfor, viser en betydelig diskrepans i forhold til spørsmål angående arbeidsbelastning i ForBedring, hvor bare fire klinikker har en skåre på over 50, mens spørsmålene på HMS-runden angående prioritering og bemanning alle er rangert over 70. En diskrepans på over 30 poeng i 8 av klinikkene kan gjøre at man stiller spørsmål rundt hvorvidt måling og justering av bemanning i forhold til behov er tilstrekkelig, og hvorvidt prioriteringene som gjøres er vellykkede og hensiktsmessige. Gjennomsnitt for bemanningsstyring og prioritering ligger begge på 86,

mens gjennomsnittet for OUS når det gjelder arbeidsbelastning er 47. For leger er arbeidsbelastningen enda større (skåren for leger er 38).

Typiske tendenser som går igjen i klinikkens årsrapporter er at ansatte opplever høy arbeidsbelastning og utilstrekkelig bemanningsituasjon. 13 av 16 klinikker har stress på listen av de fem største arbeidsmiljøutfordringer de står ovenfor. Flere av klinikkene angir som typiske utfordringer:

- Uforutsigbarhet, enten ved frister utenfra eller «topper» i pasientbelegg.
- Arbeidsbelastning, både tempo og mengde.
- Oppdragsøkning uten tilførsel av flere ressurser.
- Krevende pasientsituasjoner for ansatte.
- Motstridende forespørsler.
- Lav egenkontroll.
- Mangel på nødvendig utstyr / IKT.
- Opplevelse av suboptimal pasientbehandling.

Medvirkning

		AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
21. Medvirkning	2018	Orange	Orange	Grønn	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
	2017	Grønn	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange

De fleste klinikkene ser situasjonen når det gjelder medvirkning som ikke tilfredsstillende og har vurdert den som oransje. Fem klinikker har gitt en bedre fargekodning enn Arbeidsmiljøavdelingen, som vurderte alle klinikker bortsett fra en som oransje, ut fra fargekodenøkkel som er brukt på alle psykososiale temaer.

Seks av klinikkene oppgir medvirkning som en av sine fem største utfordringer. Flere av klinikkene skriver at medvirkning er bra på klinikknivå, men at det er rom for forbedring på lavere nivå. Da virker det som de tenker mest på representativ medvirkning (samarbeid med tillitsvalgte og verneombud). Noen er litt pessimistiske når det gjelder handlingsrommet: «I realiteten er medvirkningsmuligheter for ansatte begrenset,» mens andre klinikker ser en sammenheng mellom mangler når det gjelder medvirkning, og opplevelsen av negativt stress, og muligheter for forbedringer.

Satsing og tiltak for forbedring fremover

Hele 13 klinikker angir negativt stress eller arbeidsbelastning som satsningsområde i tiden fremover. Dette gir grunnlag for å tenke at dette er en gjennomgripende problemstilling i OUS. Fordeling av belastning og arbeidsoppgaver er et spesielt gjentakende tiltak blant flere av klinikkene. Mange andre tiltak er også presentert, noen delvis overlappende:

- Fordeling av arbeidsbelastning.
- Ressurs og bemanningsplanlegging.
- Arbeid med LEAN, kontinuerlig forbedring, Grønne korset.

- Se på muligheter av fordeling av pasienter og ansatte mellom sykehus.
- Øke opplevd egenkontroll.
- Følge opp individer i utviklingssamtaler.
- Aktivt medarbeiderskap.
- Oppfølging av ansatte som opplever krevende situasjoner.
- Risikovurdering ved ny turnus – med fokus på arbeidsmiljø og ressursbruk.
- Fokus på arbeidsmiljø.
- Fokus på riktig kompetanse.
- Samarbeid og kollegial støtte.
- Medvirkning.
- Prioritering ved hjelp av leder.
- Ha faglig ledelse på plass også i helger / høytider.
- Avklare oppgaver og forventninger.
- Løfte problemstilling til KAMU og ledergrupper.
- Dialog om turnus, vakt og arbeidstid.
- Lederstøtte.
- Jobbe for å redusere turnover.
- Øke investeringer i utstyr.
- Vurdere bemanningsøkning dersom ressursstyring / planlegging ikke fungerer.

Arbeidsmiljøavdelingen er oppmerksom på at negativt stress anses som en av de største utfordringene for alle klinikkene. Problemet med arbeidsbelastning har vært meldt om i flere år. Det er derfor viktig at forebygging av negativt stress, og helsevesenets lave skår på egenkontroll, som kan moderere opplevelsen av negativt stress, tas på alvor gjennom å bli et av HMS-satsningsområdene for OUS de neste årene. Tiltak for stresshåndtering kan gjøres både på individ- gruppe, og organisasjonsnivå, fra organisering og fordeling av ressursene og forbedring av drift, til kursing rundt individuelle mestringsstrategier. Tiltakene må også vurderes i et helhetsperspektiv opp mot andre faktorer man vet påvirker opplevelsen av stress. Her kan man dra inn blant annet kompetanseheving, rolle- og forventningsavklaringer, samt dialog om turnus, som igjen kan påvirke opplevd kontroll i arbeidet og følelsen av rollekonflikt. Muligheten for medvirkning og innflytelse er spesielt viktig for å bedre opplevelsen av kontroll.

Det anføres til tider at Ø-hjelp er grunnen til opplevelsen av manglende egenkontroll, underforstått at det er lite man kan gjøre noe med. Til det er å bemerke at det kanskje viktigste spørsmålet om medvirkning er stilt slik: Opplever du å ha *rimelig* innflytelse over egen arbeidssituasjon. Vår erfaring er at medarbeidere har god forståelse av arbeidets art og begrensninger når det gjelder egenkontroll, medvirkning og innflytelse, men allikevel kan oppleve å ikke bli hørt i tilstrekkelig grad eller ha innflytelse der det burde være mulig. Målinger kan for øvrig kanskje også avdekke mønstre i det som til å begynne med virker uforutsigbart når det gjelder svingninger i arbeidsmengde.

Arbeidsmiljøavdelingens erfaring er at det ofte kreves tiltak både når det gjelder organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø. God lagånd er en god støtte og stressbuffer, men kollegaer, ledere og samarbeidspartnere kan også være en stressfaktor. Det er derfor viktig også i et stressperspektiv å håndtere konflikter, sørge for null-toleranse for mobbing og trakassering, og arbeide med kultur og kommunikasjon. Internasjonalt er det økende fokus på den enkelte helsearbeiderens medansvar når det gjelder egen stressmestring og profesjonell atferd (også for ikke å påvirke sine kollegaer negativt).

Samtidig er det mye som kan og bør gjøres med organisatorisk arbeidsmiljø. Det gjøres mye godt arbeid når det gjelder å ”jobbe smartere”, men organisasjonen har også en utfordring i å være mer nytenkende. Listen med tiltak over, og listen under for å bedre medvirkning, kan forhåpentligvis gi ideer og inspirasjon.

Følgende tiltak nevnes fra klinikkene, enkelte er nevnt av flere klinikker:

- Dialog og involvering ute på **seksjonene**.
- Regelmessige informasjons- / dialog møter mellom ledelse / tillitsvalgt / vernetjenesten på alle nivå.
- Regelmessige personalmøter.
- Involvere tillitsvalgte / verneombud tidlig i prosesser som sikrer reell medvirkning.
- Ledere må ha fokus på medvirkning og involvering i den enkelte enhet.
- Sette opp en fast møteplan og gjennomføre møtene.
- Bedret informasjonsflyt til alle nivå.
- Tilstedeværende leder.
- Gjøre kjent mulighetene og rammer for medvirkning og involvering: AML, Hovedavtalen og HSØ 12 prinsipper om medvirkning og involvering.
- Informere om rutiner og prosedyrer for endring og omstillingsarbeid.
- Tydeliggjøre nærmeste leders ansvar for informasjon og medvirkning.
- Snakke mer om medansvar og viktigheten av å gi støtte til arbeidskolleger.
- Synliggjøre at avvik i Achilles fører til forbedringer.
- Workshop for ledere, verneombud og tillitsvalgte. Jobbe med hvordan en omstillingsprosess skal gjennomføres.
- Tema på personalmøter i forkant av endringer og omstillinger.

5. Klinikkenes HMS-årsrapporter for 2018

Dette kapitlet omhandler klinikkenes individuelle HMS-arbeid.

Produksjonen av klinikkenes del for 2018 ble gjort etter en samme standardisert prosess som tidligere år med fokus på samarbeid og likt grunnlag for vurdering:

- 1) Hver klinikk satte sammen en intern arbeidsgruppe bestående av representanter for både arbeidsgiver- og arbeidstakersiden. Klinikkhovedverneombud var obligatorisk deltaker. I tillegg deltok klinikk-kontakt fra bedriftshelsetjenesten (v / Arbeidsmiljøavdelingen), representert i gruppen som nøytral part.
- 2) Arbeidsgruppene fikk et sett med HMS-indikatorer med forklaringer og data for deres klinikk utarbeidet av HMS-faginstansene i OUS.
- 3) Arbeidsgruppene gjorde en skjønnsmessig vurdering av status for HMS i deres klinikk på grunnlag av HMS-indikatorene og innspill fra gruppenes medlemmer. De satte også opp tiltak der de fant potensial for forbedring.
- 4) Vurderingene ble nedfelt i en rapport for hver klinikk, som arbeidsgruppene så presenterte for godkjenning i sine respektive klinikk-AMU.
- 5) Den godkjente rapporten er klinikkenes HMS-årsrapporter for 2018. Klinikkenes rapporter ble også brukt som data i utarbeidelsen av del 1 og 2.

Oversikt over klinikkenes egenvurdering av status på HMS for 2018

Hver klinikk har gjort en vurdering av status på deres klinikk innenfor 22 HMS-temaer. For hvert tema har klinikkene satt en statusfarge, hvor skalaen går fra rød, oransje, gul til grønn. Rød betyr at det er store mangler innenfor temaet, mens grønn er at temaet er under god kontroll. I tillegg finnes grå, som betyr «ikke relevant» eller «ikke vurdert grunnet manglende vurderingsgrunnlag».

	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
1. Systematisk HMS-arbeid	Green	Yellow	Green	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow
2. Plassforhold	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Red	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Yellow	Red	Green	Yellow	Red
3. Luftkvalitet	Orange	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Yellow	Orange	Yellow
4. Støy	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow
5. Lysforhold	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green
6. Ergonomi og fysisk helse	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Yellow
7. Kjemisk arbeidsmiljø	Yellow	Orange	Grey	Green	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Yellow	Green	Green
8. Smittevern	Yellow	Green	Grey	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Green	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Yellow
9. Strålevern	Green	Green	Grey	Grey	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green	Grey	Green
10. Brannvern	Green	Yellow	Green	Green	Green	Orange	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green
11. Medisisk-teknisk utstyr (MTU)	Green	Yellow	Grey	Green	Yellow	Red	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Green	Green	Grey	Green
12. Vold og trusler	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Orange	Green	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
13. Inkluderende arbeidsliv	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow
14. Rus- og avhengighetsproblematikk	Yellow	Green	Green	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Green	Green	Orange	Yellow	Green	Green	Yellow
15. Ytre miljø	Orange	Green	Green	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow
16. Åpenhetskultur	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow
17. Respektfullt arbeidsmiljø	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow
18. Mobbing og trakassering	Grey	Yellow	Grey	Grey	Yellow	Yellow	Grey	Green	Yellow	Green	Grey	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow
19. Samarbeid (mellom yrkesgrupper og andre enheter)	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green
20. Konflikter og håndtering av konflikter	Orange	Orange	Green	Orange	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Green	Yellow
21. Medvirkning	Orange	Orange	Green	Orange	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Yellow
22. Negativt stress	Orange	Red	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow

Figur 25: Oversikt over klinikkenes egne vurderinger av status innenfor HMS-temaene

5.1. Akuttklinikken

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
1. Systematisk HMS-arbeid		HMS-runder gjennomføringsgrad 98 %. Nye VO som kom til i løpet av høsten 2018 er meldt på HMS-kurs vår 2019. Flesteparten har evaluert handlingsplanen, noen få har hatt avtale om å gjøre det senere.	Fortsette å jobbe med å øke meldeprosent for HMS-avvik. Opplæring i hvordan og hva som er pasientavvik og HMS-avvik.
2. Plassforhold		Enkelte bygninger / rom trenger oppgradering, dette er kartlagt og følges opp.	Tiltak DNR, RH og Aker i 2018. Tiltaksplan fremover følges, blant annet forhold på Steril Ullevål vask og utpakk arealet (muggsopp m.m.).
3. Luftkvalitet		AKU er kjent med områder dette gjelder, forbedringstiltak er i gang. Steril DNR: dårlig ventilasjon og for varmt på pakkerommet.	Tiltak på DNR og RH er gjennomført våren 2018. Tiltak på Steril er under utredning. Aker har også oppgradert ventilasjon på Operasjon i 2018 og nye målinger vil bli gjennomført i 2019.
4. Støy		Klinikken har flere miljøer med støy fra maskiner og utstyr.	Utarbeide bedre kravspesifikasjoner på vaskemaskiner, bygge de inn der det er mulig. Arbeide kontinuerlig med generell bevisstgjøring av ansatte på hva som lager lyd / støy.
5. Lysforhold		Generelt gode lysforhold i klinikken.	

6. Ergonomi og fysisk helse		Arbeidsdagen til mange i klinikken er preget av tung fysisk belastning. Forflytningsveiledere / ergonomiveiledere er etablert i nesten alle seksjoner. Forflytningsutstyr er anskaffet flere plasser.	Ergonomi og fysisk helse følges kontinuerlig opp.
7. Kjemisk arbeidsmiljø		Elektronisk stoffkartotek er opprettet i alle seksjoner dette gjelder, substitusjonsvurdering er gjennomført i alle seksjoner det gjelder. Ikke alle seksjoner har gjennomført risikovurderingen, dette ses på i løpet av 2019 i samarbeid med overordnet instans, HMS-rådgiver Nicolai Bach.	Tilbakemelding er gitt til overordnet nivå på ønsket systemforbedring.
8. Smittevern		Prosedyrer for stikkskadeoppfølging, PVK og CVK innleggelse har blitt tatt opp i alle relevante seksjoner. Akuttmottak Ullevål, Anestesi Ullevål, PO Ullevål og Nevrointensiv Ullevål har innført sikkerhetskanyles.	Sikkerhetskanyles skal innføres på flere seksjoner i løpet av 2019. AKU arbeider for at e-læringskurs "Basale smittevernsrutiner" skal bli obligatorisk for alle ansatte i klinikken.
9. Strålevern		To ansatte på Smerte hadde høye målinger på dosimeter.	Ønske om et generelt e-læringsprogram for strålevern er meldt til strålevernkoordinator i OUS.
10. Brannvern		AKU har hatt flere brannøvelser på seksjonsnivå i samarbeid med overordnet brannvern.	Arbeide for at e-læringskurs i brannvern blir obligatorisk i AKU.
11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		AKU har MTU ansvarlige i alle avdelinger hvor dette er aktuelt. Gode opplæringsrutiner for både faste og midlertidige ansatte. I tillegg har klinikken en egen person i Stab som ivaretar sykehusets koordineringsbehov for MTU.	Sikre at MTU-ansvarlige kontinuerlig oppdaterer seg på nye rutiner.

12. Vold og trusler		Klinikken opplever økning i antall avvik og anser det derfor som viktig å igangsette passende tiltak. AKUs klinikkverneombud sammen med Akuttmottaket har vært sentral i utvikling og opprettelsen av e-læringsprogram.	e-læringsprogram for hele OUS vil være tilgjengelig februar 2019.
13. Inkluderende arbeidsliv		AKU jobber kontinuerlig med å redusere sykefraværet. Godt samarbeid med Arbeidslivssenteret og med arbeidsmiljøavdelingen. Egen HMS-gruppe i klinikken. Ytterligere tiltak tilpasset den enkelte seksjon.	Videreføre miniprojektet ved Operasjonsavdelingen for å få ned sykefravær. Prosedyren for oppfølging av korttidssykefravær implementeres i alle avdelinger.
14. Rus- og avhengighetsproblematikk		Har hatt tre AKAN-oppfølginger i løpet av 2018. AKAN er fokusområde på ledernivå og mange samtaler er gjort med ansatte på bakgrunn av mistanke av rusmisbruk.	Ha temaet Rus- og avhengighetsproblematikk opp i klinikkens ledermøter og i personalmøtene.
15. Ytre miljø		Utslipp: Ansatte har ikke faktagrunnlag for å vurdere dette. Selve medarbeiderundersøkelsen kom ut før informasjon ble gitt ut i OUS. Angående energisparing kan ikke AKU måle effekten for dette.	E-læringsprogram ligger ute, ledere oppfordrer sine ansatte til å ta dette. Kommuniser ut handlingsplan for miljøvennlig OUS våren 2019.
16. Åpenhetskultur		AKU har åpenhetskultur som tema på klinikkens egen nyansattdag og på seksjonenes personalmøter. AKU ligger på gjennomsnitt til OUS sitt skår på dette teamet.	Se tiltak under tema 18.
17. Respektfullt arbeidsmiljø		AKU har noen personalsaker som omhandler dette temaet som det jobbes med.	Se tiltak under tema 18.

18. Mobbing og trakassering		AKU har noen personalsaker som omhandler dette temaet som det jobbes med.	Tema 16, 17 og 18 følges opp gjennom arbeid med medarbeiderundersøkelsen ForBedring 2019.
19. Samarbeid (mellom yrkesgrupper og andre enheter)		Ved besvarelse av dette temaet i ForBedring 2018 refereres det ofte til samarbeid på tvers av klinikkene.	AKU skal jobbe målrettet med teamarbeid i 2019.
20. Konflikter og håndtering av konflikter		Skalaen av konfliktbegrepet er fra uoverensstemmelser til polarisering. En konflikt er en uoverensstemmelse mellom to eller flere parter, så her er det vanskelig å vite hva den enkelte person har tenkt på når de har svart.	Dette følges opp både i handlingsplanene og på personalmøter. De ledere som har fått lave skår i ForBedring 2018 følges opp.
21. Medvirkning		Både TV og VO er med i alle prosesser på alle nivå i klinikken. Skår her kan skyldes ulike tolkninger av hva som ligger i ordet medvirkning.	
22. Negativt stress		I forhold til arbeidsmengde styrer ikke AKU inntaket av antall pasienter. Negativt stress kan forekomme på noen av de seksjonene hvor vi har pågående konfliktsaker.	

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Samarbeid	Liten forståelse av hverandres arbeidsoppgaver / aktivitetsplaner / bemanningsutfordringer som fører til samarbeidsproblemer på tvers av profesjoner / avdelinger / klinikker.
2	Holdninger og åpenhetskultur	Arbeide for større forståelse for hverandre. Få ansatte til å melde flere avvik for å få belyst problemer.
3	Sykefravær	Mange ubesatte stillinger gir økt arbeidspress, gjelder spesielt på enkelte seksjoner. Holdningsskapende arbeid, skape forståelse for rettigheter og plikter for ansatte og ledere.
4	Avvik HMS	Forskjell på meldeprosent på de ulike seksjoner og mellom yrkesgrupper.
5	Ergonomi og fysisk helse	Gammel bygningsmasse, små lagerforhold, økende antall smittepasienter.

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Samarbeid	I 2019 skal AKU ha fokus på teamarbeid og forbedringsarbeid.
2	Holdninger og åpenhetskultur	Er tema på AKUs nyansatt dager. Må få belyst alle avvik på en konstruktiv og positiv måte.
3	Sykefravær	Øke oppfølgingen av enkelte seksjoner på om deres fravær skyldes belastning, miljø eller annet. Innføre prosedyre for oppfølging av korttidssykefravær i alle avdelinger.
4	Avvik HMS	Få opp meldeprosent på HMS-avvik.
5	Ergonomi og fysisk helse	Innenfor AKUs økonomiske mulighetsrom ser vi på tiltak for å bedre arbeidsforholdene. Fortsette jobben som ble startet i 2018, blant annet opplæring og veiledning i å forflytte / løfte pasienter og material, skaffe riktige hjelpemidler og bruken av disse, ellers veilede og repetere kunnskap i samarbeid med Arbeidsmiljøavdelingen. Jobbe for at de ansatte har mest mulig helsefremmende turnuser.

5.2. Barne- og ungdomsklinikken

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
1. Systematisk HMS-arbeid		<p>Det er gått 25 vernerunder av i alt 29 verneområder.</p> <p>Klinikkens svarprosent på ForBedring var 76%</p> <p>Det er registrert 225 HMS-hendelser i Achilles.</p> <p>Nesten alle verneombud har fullført HMS-opplæring.</p> <p>God systematikk mtp. jevnlig evaluering i klinikkens HMS handlingsplan. Er integrert i klinikkens måldokument og innarbeidet i klinikkens risikovurdering.</p> <p>Klinikk-AMU har videreført systematisk gjennomgang av røde HMS-avvik.</p> <p>Klinikken har et forbedringspotensial mht. tavlemøter og Det Grønne Korset: Organisatorisk arbeidsmiljø, skår 68, oransje.</p> <p>Måling og justering av bemanning?</p>	<p>Tilstrebe høyere svarprosent på ForBedring, og mer bredding av Det Grønne Korset og tavlemøter.</p>
2. Plassforhold		<p>Klinikken er fortsatt preget av generell trangboddhet, selv om tredemøllerom og utbygging av NIN RH er / blir gjennomført:</p> <p>Brakka US er fortsatt en stor utfordring, meldt til</p>	<p>Tett og kontinuerlig oppfølging av fremdrift i alle arealsaker i klinikken. Bygg 95 må løses.</p> <p>Bygg er fast punkt på agendaen i AMU.</p>

		topps.	
3. Luftkvalitet		Variasjon i klinikken. Gjennomført undersøkelse av luftkvaliteten for staben i bygg 18, ikke påkrevet med ytterligere tiltak. Renhold er en betydelig utfordring i mange av de kliniske avdelingene.	Melde avvik vedrørende renhold fortløpende i Achilles og løfte dette "i linjen".
4. Støy		Uendret fra 2017	
5. Lysforhold		Uendret fra 2017	
6. Ergonomi og fysisk helse		Ikke tung forflytning i klinikken.	
7. Kjemisk arbeidsmiljø		Utnevnt kjemikaliekontakter for US og RH i tillegg til allerede eksisterende på PFI og NBS. Gjenstår fortsatt oppdatering av elektronisk stoffkartotek og oppdatering av risikovurdering. PFI: Nitrogentanker med biobanker (bl.a. Fibroblaster) i kjelleren. Risiko for den som fyller, i form av vevskade på øye og skade ved søl på kroppen samt	Oppdatering av elektronisk stoffkartotek og risikovurdering. PFI: Vurdere om det er nødvendig å erstatte nitrogentanker med ultrafryser (-150 grader) Medarbeidere må være kjent med at det finnes et stoffkartotek / EcoOnline.

		fare ved kvelning ved lekkasje. Potensiell fare pasienter / ansatte ved transport i heis.	
8. Smittevern		Halvering av antall meldte stikkskader fra 2017. Økning i prosentandel influensavaksinerte fra 66 i 2017 til 76 i 2018. Større bevissthet og forbedrede rutiner ift. hygiene smitte.	
9. Strålevern		Uendret fra 2017.	
10. Brannvern		Ikke tilfredsstillende at ikke alle ansatte tar det obligatoriske e-læringskurset i brannvern, 226 stk. som er lavere enn i fjor.	Må ikke vente til slutten av året med å gjennomføre.
11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Framgang fra i fjor, men fortsatt behov for å fokusere på sertifisering og opplæring.	
12. Vold og trusler		Ingen meldte HMS saker på dette området.	
13. Inkluderende arbeidsliv		Klinikken jobber målrettet og konstruktivt med ny sykefraværstrutine. Forventer nedgang i sykefravær.	Implementere ny retningslinje.

14. Rus- og avhengighetsproblematikk		Ingen Akan-saker.	
15. Ytre miljø		Grønt sykehus, miljøsertifisert desember 2018.	
16. Åpenhetskultur		Over OUS-snitt, må jobbes kontinuerlig med. Skryt for stor grad av åpenhet vedrørende prosessen i BAMS3 og Fremtidens OUS i BAR.	
17. Respektfullt arbeidsmiljø		Litt over OUS-snitt.	
18. Mobbing og trakassering		Over OUS-snitt. Noen steder er dette fortsatt en utfordring.	Sikre at ny prosedyre om mobbing / trakassering gjøres kjent i klinikken. Nulltoleranse for mobbing / trakassering, jf. AML § 4-3, formidles i personalmøte.
19. Samarbeid (mellom yrkesgrupper og andre enheter)		I noen seksjoner jobbes det med å forbedre samarbeid mellom ulike yrkesgrupper.	
20. Konflikter og håndtering av konflikter		ForBedring skår 68, OUS 70.	

21. Medvirkning			<p>Må få på plass dialog og involvering ute på seksjonene. Organisere regelmessige dialogmøter med tillitsvalgte / verneombud og personalmøter. Involvere tillitsvalgte / verneombud tidlig i prosesser som sikrer reell medvirkning.</p>
22. Negativt stress		<p>Klinikken er preget av ø-hjelpsvirksomhet, noe som gir noe begrensning på egenkontroll og arbeidsmengde. Klinikken har økt aktivitet fra 2017 til 2018, aktiviteten og bemanning er ikke alltid i samsvar. Høyt pasientbelegg til tider. Det meldes fremdeles mange avvik på arbeidspress, bemanning og kompetanse.</p>	<p>Fokus på kontinuerlig forbedringsarbeid (LEAN, «Det Grønne Korset»). Oppdatert bemanningsplan iht. kompetanse og aktivitetsnivå (N1 prosedyren for ressursplanlegging). Ved høyt pasientbelegg: Benytte muligheten av fordeling av pasienter og ansatte mellom seksjoner på Rikshospitalet og Ullevål Sykehus. Evaluere vaktordning Store Barn RH (leger). Gjøre det kjent at aften- / dagkombinasjonen er frivillig for medarbeidere. Risikovurdere arbeidstidsordning med fokus på helse / trivsel / pasientsikkerhet.</p>

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Negativt stress	Stort arbeidspress i store deler av klinikken.
2	Plassforhold	Alle arealsaker følges opp kontinuerlig. Bygg 95 må løses.
3	Medvirkning	Må få på plass dialog og involvering ute på seksjonene. Organisere personalmøter.
4	Inkluderende arbeidsliv	Implementere / følge opp den nye retningslinjen.
5	Mobbing og trakassering	Til tross for fokus på dette forekommer det tidvis enkelte tilfeller av mobbing og trakassering.
6	Kjemisk arbeidsmiljø	PFI: Vurdere om det er nødvendig å erstatte nitrogentanker med ultrafryser(-150 grader). Oppdatering av elektronisk stoffkartotek og risikovurdering av bruk av kjemiske stoffer. Medarbeidere må være kjent med at det finnes et stoffkartotek /EcoOnline.

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Negativt stress	Fokus på kontinuerlig forbedringsarbeid (LEAN, «Det Grønne Korset») Oppdatert bemanningsplan iht. kompetanse og aktivitetsnivå (N1 prosedyren for ressursplanlegging). Ved høyt pasientbelegg: Benytte muligheten av fordeling av pasienter og ansatte mellom seksjoner på Rikshospitalet og Ullevål sykehus. Evaluere vaktordning Store Barn RH(leger). Gjøre det kjent at aften- / dagkombinasjonen er frivillig for medarbeidere. Risikovurdere arbeidstidsordning med fokus på helse / trivsel / pasientsikkerhet. Tilstrebe å ha større grad av faglig ledelse på plass i sengeposter i helg / høytid. Jobbe for å redusere turnover ved sengeposter og intensivseksjoner.
2	Plassforhold	Tett og kontinuerlig oppfølging av fremdrift i alle arealsaker i klinikken. Bygg 95 må løses. Bygg er fast punkt på agendaen i AMU.

3	Medvirkning	Må få på plass dialog og involvering ute på seksjonene . Organisere regelmessige dialogmøter med tillitsvalgte / verneombud og personalmøter. Involvere tillitsvalgte / verneombud tidlig i prosesser som sikrer reell medvirkning.
4	Inkluderende Arbeidsliv	Benytte retningslinje for sykefraværsoppfølging samt evaluere denne før sommeren. Se på muligheter som kan bidra til at seniorer kan stå lengre i jobb.
5	Mobbing og trakassering	Sikre at ny prosedyre om mobbing / trakassering gjøres kjent i klinikken. Nulltoleranse for mobbing / trakassering, jf. AML § 4-3, formidles i personalmøte.
6	Kjemisk arbeidsmiljø	PFI: Vurdere om det er nødvendig å erstatte nitrogentanker med ultrafryser (-150 grader). Kjemikaliekontaktene oppdaterer stoffkartoteket og risikovurdere alle kjemiske stoff i løpet av 2019. Medarbeidere må være kjent med at det finnes et stoffkartotek /EcoOnline.

5.3. Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
1. Systematisk HMS-arbeid		Lav deltagelse på Forbedring i enkelte avdelinger og yrkesgrupper.	Øke svarprosent i disse avdelinger og yrkesgrupper på Forbedring. Minne om i månedsoppfølgingsmøter samt følge opp enheter med lav deltagelse.
2. Plassforhold		1 av 3 beskrive plassforholdene som lite tilfredsstillende. Mangel på lagerplass.	KDA / Plast pol (dagaktivitet): pågår gjennomgang av plassforhold /lager og det er planlagt opprettelse av skranke i tverrgang plast. Det er fortsatt utfordringer å få gjennomført tiltak som løser plass- / lagerforholdene. Rydde opp i egne lagre.
3. Luftkvalitet		Luftkvalitet, temperatur og orden renhold er ikke tilfredsstillende.	Holde rekvisita i lukkede skap. Unngå opphopning av papirer og tøy (uniformer og private klær).
4. Støy			
5. Lysforhold			

6. Ergonomi og fysisk helse		Det er tilbud om tilrettelegging og strikktraining fra Arbeidsmiljøavdelingen.	Ansatte må informeres og oppfordres til å benytte de tilbud som eksisterer
7. Kjemisk arbeidsmiljø		HHA's avdelinger har stoffkartotek og oppdateringen følges opp. Kjemikaliekontakter har gjennomført opplæring. Avdelingene har gjennomgående stor bevissthet om bruk av kjemikalier. Ingen avvik.	Det kan gjøres ytterligere vurderinger av substitusjonskjemikalier.
8. Smittevern		Avdelingene må følge opp å kjøpe inn safety veneflon for å forebygge stikkskader. Fortsatt utfordringer at ansatte ikke vaksinerer seg.	Kjøpe in safety PVK (perifert venekateter). Øke antall influensavaksiner. Økt behov for egne smittevernsrom. Tilrettelegge smittevernsrom.
9. Strålevern			
10. Brannvern		Deltagerprosenten på kurs brannvern er høy, men lav på elektronisk opplæring i brannvern.	Ledere må følge opp at ansatte tar elektronisk brannvernkurs hvert år.
11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		En mindre andel ansatte rapporterer at de ikke er sertifisert i MTU.	Leder må følge opp at ansatte har nødvendig sertifisering i MTU.
12. Vold og trusler		Se power point presentasjon.	

13. Inkluderende arbeidsliv		Økningen i sykefravær kan i noe grad tilskrives sykdom ifm. svangerskap og alvorlig sykdom.	Følge opp sykefraværsoppfølging som tema i kontorledernetverket
14. Rus- og avhengighetsproblematikk		Lav andel Akan-avtaler.	Invitere Akan hovedkontakt og Arbeidsmiljøavdelingen til å informere om Akan i ledermøte. Oppfordre ledere til deltagelse i sykehusets Akan -kurs.
15. Ytre miljø		Ansatte ønsker kildesortering, men venter på sentrale retningslinjer og miljøstasjoner.	
16. Åpenhetskultur		Noen lave skåre på enkelte tema.	Ledere må diskutere i egnede fora avdelingenes meldekultur og håndtering av avvik og rapportering av uheldige hendelser.
17. Respektfullt arbeidsmiljø		Lav skåre på håndtering av uakseptabel adferd.	I en av avdelingene er det oppfølging av konflikter i samarbeid med Arbeidsmiljøavdelingen og klinikkledelsen.
18. Mobbing og trakassering			
19. Samarbeid (mellom yrkesgrupper og andre enheter)		Gjennomgående godt samarbeid med unntak av samarbeidsforholdene i enkelte enheter. Det er meldt i Achilles.	Følges opp i lederlinjen, se for øvrig tiltak under pkt. 17.

20. Konflikter og håndtering av konflikter		Se pkt. 17 og 19.	
21. Medvirkning		I realiteten er medvirkningsmulighetene for ansatte begrenset.	Ansatte, KTV, KVO og ledere bør drøfte tema nærmere ifm. oppfølging av Forbedring.
22. Negativt stress		Lav skåre. Arbeidsbelastningen er høy, men det meldes få avvik på stress.	Vurdere behov for oppfølging av ansatte som opplever krevende situasjoner.

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Respektfullt arbeidsmiljø	Lav skåre på håndtering av uakseptabel adferd.
2	Samarbeid	Gjennomgående godt samarbeid med unntak av samarbeidsforholdene i enkelte enheter.
3	Negativt stress	Lav skåre. Arbeidsbelastningen er høy, men det meldes få avvik på stress. Vurdere behov for oppfølging av ansatte som opplever krevende situasjoner.
4	Luftkvalitet	Luftkvalitet, temperatur og orden renhold er ikke tilfredsstillende.
5	Plassforhold	1 av 3 beskriver plassforholdene som lite tilfredsstillende. Mangel på lagerplass.

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Respektfullt arbeidsmiljø	Styrke og gi opplæring av ledere i konflikthåndtering.
2	Samarbeid	Følges opp i lederlinjen, se for øvrig tiltak under pkt. 1.
3	Negativt stress	Vurdere behov for oppfølging av ansatte som opplever krevende situasjoner.
4	Luftkvalitet	Holde rekvisita i lukkede skap. Unngå opphopning av papirer, tøy (uniformer og private klær).
5	Plassforhold	KDA / Plast: pågår gjennomgang av plassforhold/lager og det er planlagt opprettelse av skranke i tverrgang plast. Det er fortsatt utfordringer å få gjennomført tiltak som løser plass- / lagerforholdene.

5.4. Hjerter-, lunge- og karklinikken

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
1. Systematisk HMS-arbeid		<p>For stor variasjon i det som er lagt inn i Achilles. Andel verneområder som har gjennomført HMS-runder etter data fra Achilles er 37%. Tidligere tiltak i handlingsplan har blitt gjennomført og evaluert i 69%. Meldefrekvens på HMS-avvik pr. årsverk er 0,18.</p>	<p>Systematisk oppfølging av Forbedring, brukerundersøkelsen, Achilles, HMS-runden. Utarbeide årshjul som hjelp i planlegging og gjennomføring. Større fokus på avvik og avvikshåndtering. Systematisk HMS-arbeid legges inn i alle driftsavtaler for konkret oppfølging av ledere på alle nivå.</p>
2. Plassforhold		<p>Endringer fra 2017: KAD ov: kjøkkenet er godkjent. Krevende med støy og trangt på baserommet hvor kjøkkenet er. KAD S har fått bedret plassforhold, lettpost avlaster - mangler stoler. 31% av verneområdene mener plassforhold ikke er tilfredsstillende eller i liten grad tilfredsstillende. For lite lagerplass ved Angio RH og UUS. Utfordrende å ivareta taushetsplikt flere steder: Ullevål (angio), baseområdet på sengeposter, KOOP. Fortsatt mangel på kontorplasser. Fortsatt uavklart rundt TKAIS intermedier og utbedring. Lite medisinrom på LURS.</p>	<p>Innplassering av KAR-avdelingen på Ullevål, sikre gode arbeidsforhold. Følgende prosjekter må fortsatt følges opp:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ombygging av medisinrom på LURS. - Bedre lagerplass på Angio UL. - Arealer knyttet til Lettpost. - KOOP må få skillevegg i baseområde mot pasienter. - Ombygging av Intermediær TKAIS? - Baseområder på sengeposter utbedres for å redusere støy og bedre kunne ivareta taushetsplikt. (OUS prosjekt?)

3. Luftkvalitet		Renhold er en utfordring i klinikken. Fortetning øker renholdsbehovet og ventilasjonsbehovet.	Følge opp avvik som beskriver utfordringer. Dialog mellom Renholdsavdelingen og berørte seksjoner (sengeposter). Bør gjøres en kartlegging for å vurdere behov for renhold.
4. Støy		Fortetninger og høyere aktivitet gir mer støy i arealer.	Støyreducerende tiltak: plater på vegger, skillevegger / lettvegger.
5. Lysforhold		HMS-runder vurderer lysforhold som på grønt nivå. Mangler direkte dagslys flere steder.	Bevaringsområde. Vurdere arbeidslys på kontorplasser.
6. Ergonomi og fysisk helse		Seksjonene må arbeide aktivt med ergonomi i det daglige. Fra HMS-runder synes det som at flere enheter mangler systematisk / jevnlig opplæring i ergonomi f.eks. arbeidsstillinger. Det er flere steder "tungt" arbeid/ensformig arbeid / høy aktivitet og ikke satt av tid til å fremme fysisk aktivitet for de ansatte. Svar fra ForBedring: det oppleves ikke at arbeid tilrettelegges tilstrekkelig slik at muskel - skjelettplager forebygges (oransje område).	Bruke forflytningsveiledere på en hensiktsmessig måte i den enkelte enhet. Vurdere behovet for flere forflytningshjelpemidler. Lære opp flere forflytningsveiledere ved behov. Lage rutine på opplæring av nyansatte og internundervisning.
7. Kjemisk arbeidsmiljø		Utfra svar på HMS-runder: utført risikovurderinger flere steder. Mener selv at substitusjonsvurderinger er utført (grønt område). Bruk av stoffkartotek kan trolig bli bedre.	Opplæring i bruk av stoffkartotek til medarbeidere. Oppdatere liste over kjemikaliekontakter. Gjennomgå kjemikalier og behov for ny risikovurdering og substitusjonsvurdering en gang pr. år.

8. Smittevern		For hvem er smittevernkurset obligatorisk? 131 bestått.	Informasjon i seksjonene om sikkerhetskanyler fra firma som det kjøpes inn fra.
9. Strålevern		Lave stråledoser - godt strålevernarbeid.	Bevaringsområde.
10. Brannvern		E-læring gjennomføres årlig av alle, årlig brannvernsrunde.	El-sikkerhet for medisinske områder eget sjekkpunkt.** Brannvern inn i HMS-årshjul. Brannvernrunde i seksjoner fra nivå 2 en gang pr. år. Oppdatere liste over brannkontakter. Ledere skal påse at kurs (e-læring og øvelser) følges opp.
11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Ikke god nok standard på respiratorer, flere ulike typer.	Klinikken har gode opplæringsrutiner i følge HMS-runder.
12. Vold og trusler		Klinikken har få hendelser.	Ledere skal ta tak der hvor det kan skje vold og trusler. Det må sikres «debriefing», oppfølging og sikkerhetsrutiner. Sikre god opplæring.
13. Inkluderende arbeidsliv		Noe høyere sykefravær, en stigning fra 6,1% i 2017 til 6,8% i 2018.	Bruke aktivt "gravid i arbeid". Fokus på hvilke årsaker vi har til sykefravær og hva vi kan gjøre med det.

14. Rus- og avhengighetsproblematikk		Relativt få Akan-avtaler benyttes.	AKAN tema på ulike møter med ansatte.
15. Ytre miljø		Savner kildesortering ved sykehuset, spesielt plast.	Bedre registrering av lovlige utslipp i EcoOnline.
16. Åpenhetskultur		Generelt god åpenhetskultur, men fortsatt behov for arbeid med dette enkelte steder.	Mer fokus på å oppmuntre hverandre til å gjøre ting på en bedre måte. Diskusjoner om hva betyr åpenhet i praksis
17. Respektfullt arbeidsmiljø		Det er gjort betydelig arbeid flere steder.	Det er fortsatt utfordringer - viktig med diskusjoner i den enkelte enhet.
18. Mobbing og trakassering		Få saker kan gi store konsekvenser.	Det er 0-toleranse for mobbing og trakassering i HLK. Jobbe videre med kulturplakater. Bevisstgjøring og oppfølging av uønskede hendelser.
19. Samarbeid (mellom yrkesgrupper og andre enheter)		Tavlemøter i klinikk og i avdelinger.	Tavlemøter gir bedret samarbeid på tvers i HLK.
20. Konflikter og håndtering av konflikter		Det er ulike konflikter på flere nivåer og mellom ulike grupper / profesjoner.	Konflikthåndtering må tas tak i på lavest mulig nivå. Det er viktig med fokus og at konflikter løses til det beste for miljøet og de ansatte.

21. Medvirkning		For liten involvering i den enkelte enhet.	Viktig at ledere har fokus på medvirkning og involvering i den enkelte enhet.
22. Negativt stress		Arbeidsbelastning, motstridende forespørslers.	Bruke risikovurderinger ved innføring av ny turnus, ha fokus på godt arbeidsmiljø og riktig ressursbruk.

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Medvirkning og medarbeiderskap	Viktig at alle ledere har fokus på medvirkning og involvering i den enkelte enhet, dette er ikke systematisk gjennomført alle steder.
2	Systematisk HMS-arbeid	HMS-arbeid er ikke like systematisk fulgt opp ved alle enheter, heller ikke ForBedring, brukerundersøkelsen eller Achilles. Utarbeide Årshjul som hjelp i planlegging og gjennomføring. Større fokus på avvik og avvikshåndtering. Systematisk HMS-arbeid legges inn i alle driftsavtaler for konkret oppfølging av ledere på alle nivå.
3	Konflikter og konflikthåndtering	Det er ulike konflikter i klinikken og det er et mål at de tas tak i på lavest mulig nivå. Det er viktig med involvering fra leder og at det ikke eskaleres til større konflikter da dette er energikrevende prosesser.
4	Negativt stress	Det er flere steder hvor det er høy aktivitet og hvor mange ansatte opplever negativt stress. Det er viktig å ha fokus på godt arbeidsmiljø og riktig ressursbruk i den enkelte enhet.
5	Arealforhold	Klinikken har for trange arealer og stedvis er det ikke mulig å ivareta taushetsplikt i fht. pasientinformasjon. Dette har vært en utfordring i flere år uten at det funnet gode løsninger. Det er heller ikke tilfredsstillende medisinrom

	på LUR. Lagerkapasiteten er også svært dårlig flere steder. Lettposten har heller ikke areal så lang i fht behov.
--	---

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Medvirkning og medarbeiderskap	Det er viktig at alle ledere har fokus på medvirkning og involvering i den enkelte enhet, dette er ikke systematisk gjennomført alle steder. Et tiltak i denne sammenheng er bl.a. å sette opp en fast møteplan og gjennomføre møtene enten det er ukentlig eller hver måned.
2	Systematisk HMS-arbeid	Det er nødvendig med et større fokus på HMS-arbeid, da det ikke er like systematisk fulgt opp ved alle enheter. Dette gjelder bl.a. ForBedring og HMS-runder, brukerundersøkelsen og Achilles. Årshjulet kan bidra i planlegging og gjennomføring. Videre er det viktig med større fokus på avvik og avvikshåndtering. Systematisk HMS-arbeid må legges inn i driftsavtalene med alle lederne for konkret oppfølging.
3	Konflikter og konflikthåndtering	Det er ulike konflikter i klinikken og det er et mål at de tas tak i på lavest mulig nivå. Det er viktig med fokus på dette og at konflikter løses til det beste for miljøet og de ansatte.
4	Negativt stress	Det er flere steder høy aktivitet og mange ansatte opplever negativt stress. Det er viktig å ha fokus på godt arbeidsmiljø og riktig ressursbruk i den enkelte enhet. Et virkemiddel en kan bruke er risikovurderinger ved innføring av ny turnus, for ha ennå bedre fokus på godt arbeidsmiljø og riktig ressursbruk.
5		

5.5. Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak (overordnet)
1. Systematisk HMS-arbeid		<p>Muligheter til å nå alle ansatte i møte for oppfølging.</p> <p>Flere områder har ikke utført / dokumentert HMS-runder og oppfølging av ForBedring.</p> <p>Flere ledere som ikke ferdigbehandler avvik. Risiko for at ansatte ikke melder avvik.</p>	<p>Alle verneområder skal ha verneombud.</p> <p>Alle skal gjennomføre HMS-runder, og de som får rapport fra medarbeiderundersøkelsen ForBedring skal legge inn og følge opp handlingsplan i Achilles.</p> <p>Regelmessige dialogmøter, minimum x 2 / halvår, mellom klinikk- og avdelingsledelse og vernetjenesten / tillitsvalgte se punkt om medvirkning.</p> <p>Ha fokus på meldekultur og avviksbehandling. Følge opp i lederlinjen ved ikke ferdigbehandlede avvik. Enheter som har god meldekultur og som lykkes vil brukes som læringsarena i klinikkens N3-N5 samling.</p> <p>Bred medvirkning i prosesser som omhandler endringer for enheter. Personalmøter, arbeidsgrupper. Referatføres.</p>

2. Plassforhold		Nødvendige driftsendringer gir utfordringer med kontorplasser, fortetting, arbeidsstasjoner, driftsulemper, hovedrenhold.	Bedre prosesser rundt arealfordeling og flytteprosesser. Refordeling av areal i OUS. Identifiser konsekvenser for arbeidsmiljø der det er plassmangel.
3. Luftkvalitet		Følger av punkt 2 plassforhold.	Ved behov måles luftkvalitet før det igangsettes tiltak. Oppmerksomhet rundt fortetting i lokaler med dårlig ventilasjon. Bevisstgjøring rundt støvfeller.
4. Støy		Følger av punkt 2 plassforhold.	Ved behov måles støynivå før det igangsettes tiltak. Vurder om støykilder kan fjernes / flyttes / erstattes / dempes.
5. Lysforhold			
6. Ergonomi og fysisk helse		Kan henge sammen med plassforhold og tidspress.	Fokus på ergonomi gjennom informasjon og å oppfordre til bruk av bedriftsfysioterapeut, jordmor og forflytningsveileder. Flere deltakere til kurs om ergonomi (kontorarbeidsplassen, forflytning, trening, tilrettelegging).
7. Kjemisk arbeidsmiljø		Behov for å vurdere risiko og substitusjon.	Arbeid med stoffkartoteket og kjemikaliekontaktens rolle gjøres kjent for ledere og ansatte. Leder sørger for at korrekt verneutstyr finnes og er lett tilgjengelig for de ansatte. Kontakte Arbeidsmiljøavdelingen ved mistanke om at ansatte har blitt eksponert for kjemikalier.

8. Smittevern		Manglende areal for håndtering av smittepasienter. Behov for å jobbe videre med håndhygiene. Behov for å jobbe videre med influensavaksinering.	Håndhygiene informasjon og fokus i enhetene. Følge opp ny informasjon om sikkerhetskanyler. Økt antall influensavaksiner. Starte influensavaksine kampanje tidlig. Fokus på stikkskader.
9. Strålevern		Grensestrålebehandling Villa Derma. Gjennomlysning for enkelte ansatte.	Informasjon om opplæring. Avklar hvor mange / hvem som har behov.
10. Brannvern		Kunnskap og oppmerksomhet rundt brannvern.	Alle ansatte skal ta e-læringskurs for brannvern årlig. Gjennomgang av praksis for brannvern runder. Ledere må aktivt påse at alle ansatte deltar i brannkurs / brannrunder. Etablere møtepunkt for brannvernkontakter og brannvern koordinatører en gang pr. år. Fokusuke i KIT høst 2018.
11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Manglende utskiftinger av gammelt utstyr.	Bevissthet rundt kassasjon. Følge opp sertifiseringsrutiner og systematisk opplæring i MTU.
12. Vold og trusler		Utagerende pasienter.	Opplæring om tema, følges opp som tema på personalmøter. Gjennomgang av sikkerhetsrutiner igangsettes i avdelingene. Lære fra mer utsatte klinikker. e-læringskurs.
13. Inkluderende arbeidsliv		Fortsette arbeid med IA handlingsplan.	Oppfordre ledere, TV og VO til å gå sammen på kurs internt og NAV kurs om IA.

14. Rus- og avhengighetsproblematikk		Få Akan-saker i KIT, er det indikator på risiko?	Fortsatt fokus på AKAN rutine.
15.ytre miljø		Registrering av lovlige utslipp av avfall i EcoOnline er mangelfull.	Arbeide med systematikk.
16. Åpenhetskultur		Øke reell medvirkning mellom ansatte og leder, og mellom ledere, tillitsvalgte, vernetjenesten.	Tilstedeværende leder. Regelmessige info/dialog møter mellom ledelse / tillitsvalgt / vernetjenesten på alle nivåer. Arbeid med tilbakemeldingskultur og oppmerksomhet rundt asymmetri i arbeidsforhold.
17. Respektfullt arbeidsmiljø			Bevisstgjøring om kommunikasjon mellom personell
18. Mobbing og trakassering		Nulltoleranse for mobbing og trakassering.	God ledelse, lederutvikling, HMS kurs, lederprogram i OUS, samarbeid med TV / VO. Gjøre arbeid med kulturkonsulenter kjent i klinikken. Plan for bruk av ressurser i KULT nettverk. Oppfordre ledere, TV og VO til å gå sammen på gratis NAV kurs om konflikthåndtering. Må sikre god oppfølging i personalsaker og konflikthåndtering. Økt kunnskap om varsling og rutiner. Spilleregler for alle ansatte. Enhetsledere må utarbeide disse i samråd med ansatte, og følge opp der hvor spillereglene brytes. Enhetsledere må arbeide med holdningsendringer der hvor det er negativ holdningskultur. Ledere må ha konkrete tiltak for oppfølging ved

			mobbing.
19. Samarbeid (mellom yrkesgrupper og andre enheter)		Samarbeid på tvers av profesjoner, og samarbeid mellom ledelse, tillitsvalgte og vernetjenesten. Forbedringsområde er samarbeid mellom enheter / seksjoner.	Oppfordre ledere, TV og VO til å gå sammen på gratis NAV kurs for IA og HMS. Bruk av tavlemøter og / eller grønt kors for å bedre samarbeid mellom profesjoner. Oppfordre til samarbeidsmøter mellom enheter / seksjoner. Rolleavklaring.
20. Konflikter og håndtering av konflikter		Svarene viser at det er en del konflikter og også forbedringspotensial på håndtering av konflikter.	Øke kompetanse i konflikthåndtering med vekt på tidlig intervensjon. Samarbeid i lederlinjen.
21. Medvirkning		Lav skåre på involvering i endringsprosesser og deltakelse i viktige avgjørelser.	Bedret informasjonsflyt til alle nivå. Tilstedeværende leder. Tydeliggjøre rammer for involvering og deltakelse. Regelmessige info / dialog møter mellom ledelse / tillitsvalgt / vernetjenesten på alle nivå. Gjøre kjent rammer for medvirkning og involvering: AML, Hovedavtalen og HSØ 12 prinsipper og medvirkning og involvering.
22. Negativt stress		stor arbeidsbelastning og lav egenkontroll	Rett kompetanse, god organisering og vekt på samspill Legge til rette for samarbeid på tvers av profesjoner, kollegial støtte. Økt medvirkning kan styrke opplevelse av egenkontroll. Lederstøtte og det å bli sett og hørt kan virke positivt på stress. Bruke idedugnader og kreativ problemløsning evt. LEAN prosesser der hvor det er høy arbeidsbelastning.

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Plassforhold	Nødvendige driftsendringer gir utfordringer med kontorplasser, fortetning, arbeidsstasjoner, driftsulemper, hovedrenhold.
2	Negativt stress	Stor arbeidsbelastning og lav egenkontroll.
3	Medvirkning	Lav skåre på involvering i endringsprosesser og deltakelse i viktige avgjørelser.
4	Konflikter og håndtering av konflikter	Svarene viser at det er en del konflikter og også forbedringspotensial på håndtering av konflikter.
5	Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)	Manglende utskiftinger av gammelt utstyr.

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Systematisk HMS-arbeid	<p>Alle verneområder skal ha verneombud.</p> <p>Alle skal gjennomføre HMS-runder og de som får rapport fra medarbeiderundersøkelsen ForBedring skal legge inn og følge opp handlingsplan i Achilles.</p> <p>Regelmessige dialogmøter, minimum x 2 / halvår, mellom klinikk- og avdelingsledelse og vernetjenesten / tillitsvalgte; se punkt om medvirkning.</p> <p>Ha fokus på meldekultur og avviksbehandling. Følge opp i lederlinjen ved ikke ferdigbehandlede avvik. Enheter som har god meldekultur og som lykkes vil brukes som læringsarena i klinikkens N3 - N5 samling.</p> <p>Bred medvirkning i prosesser som omhandler endringer for enheter. Personalmøter, arbeidsgrupper. Referatføres.</p>

2	Negativt stress	<p>Rett kompetanse, god organisering og vekt på samspill.</p> <p>Legge til rette for samarbeid på tvers av profesjoner, kollegial støtte.</p> <p>Økt medvirkning kan styrke opplevelse av egenkontroll.</p> <p>Lederstøtte og det å bli sett og hørt kan virke positivt på stress.</p> <p>Bruke idedugnader og kreativ problemløsning evt. LEAN prosesser der hvor det er høy arbeidsbelastning.</p>
3	Medvirkning	<p>Bedret informasjonsflyt til alle nivå. Tilstedeværende leder. Tydeliggjøre rammer for involvering og deltakelse.</p> <p>Regelmessige info / dialog møter mellom ledelse / tillitsvalgt / vernetjenesten på alle nivå.</p> <p>Gjøre kjent rammer for medvirkning og involvering: AML, Hovedavtalen og HSØ 12 prinsipper og medvirkning og involvering</p>
4	Konflikter og håndtering av konflikter	<p>Øke kompetanse i konflikthåndtering med vekt på tidlig intervensjon.</p> <p>Samarbeid i lederlinjen.</p>
5	Brannvern	<p>Alle ansatte skal ta e-læringskurs for brannvern årlig.</p> <p>Gjennomgang av praksis for brannvern runder.</p> <p>Ledere må aktivt påse at alle ansatte deltar i brannkurs / brannrunder.</p> <p>Etablere møtepunkt for brannvernkontakter og brannvern koordinatorene en gang pr. år.</p> <p>Fokusuke i KIT høst 2019.</p>

5.6. Klinikk for laboratoriemedisin

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
1. Systematisk HMS-arbeid		<p>Lav gjennomføringsgrad av HMS-runder (60%). Stor og voksende andel VO har fullført HMS grunnopplæring. Noe økning av meldefrekvens, fra 0,17 - 0,19 pr. årsverk. Åpen raten på HMS-avvik har falt fra 24 til 15 %.</p>	<p>Klinikken informerer lederlinjen om at HMS-runden skal gjennomføres hvert år. Tas opp ledelsens gjennomgang.</p>
2. Plassforhold		<p>22 % av verneområdene er beskrevet i HMS-rundene som ikke eller i liten grad tilfredsstillende. Forskningen på MIK får tildelt areal i Sintef i 2019. Dette gir mer areal til PAT i A-bygget på RH.</p>	<p>Fortsette å se på muligheter for felles bruk av arealer. Ledelsen bør fortsette arbeidet med kartlegging av arealbehov, og anskaffelse av tilstrekkelige arealer til virksomheten.</p>
3. Luftkvalitet		<p>HMS-runde tall viser at betydelige andeler er lite eller ikke fornøyd med luftkvaliteten, temperaturforholdene og renholdet. Flere av indikatorene ligger i nedre del av det oransje.</p>	<p>Forholdene er i stor grad påvirket av bygningsmassen, tiltak rundt denne har klinikken begrenset innflytelse over. Renhold er den indikatoren klinikken enklere selv kan gjøre noe med, fellesområder koordineres i samarbeid med andre klinikker.</p>
4. Støy		<p>11 % av verneområdene er beskrevet i HMS-rundene som ikke eller i liten grad tilfredsstillende.</p>	<p>Arbeidsplassutforming som skiller støyende virksomhet og utstyr fra konsentrasjon og kommunikasjonskrevende arbeid. Holde fokus på dette ved flytting, ombygging og anskaffelse av utstyr.</p>
5. Lysforhold		<p>De fleste er tilfreds med belysning og dagslysforholdene.</p>	<p>Tilrettelegging ved behov samt følge forskrifter og prosedyrer.</p>

6. Ergonomi og fysisk helse		Behov for opplæring i ergonomi og tiltak for å fremme fysisk aktivitet. Enkelte grupper (f. eks. prøvetaking, snitting, pipettering) er utsatt for statisk belastende arbeid og lite variasjon. Spesielt arbeid i avtrekksskap og sikkerhetsbenker er utfordrende. Økende arbeidsmengde gir klinikken større behov for å anskaffe ergonomisk tilpasset utstyr og møbler.	Fokus på bedring av ergonomiske forhold der det er behov for det. Dette kan for eksempel innebære: Prioritering av opplæring i ergonomi, oppfordre til deltakelse på kurs i regi av Arbeidsmiljøavdelingen, pausegymnastikk eller annet som fremmer fysisk aktivitet, rotasjon av arbeidstakere ved belastende oppgaver og synliggjøre utfordringer mtp. å få til rotasjonsordninger, etterstrebe automatiserte løsninger for å bedre ergonomiske forhold.
7. Kjemisk arbeidsmiljø		KLM har fortsatt betydelig avvik på andel risikovurderinger og substitusjonsvurderinger. Enkelte områder med mange kjemikalier står for mye av avviket. Arbeidsmengden er stor og det er utfordrende å få tid til arbeidet med risiko- og substitusjonsvurderinger.	Lederlinjen ber avdelingene om å prioritere og gjøre seg ferdig med risiko- og substitusjonsvurderinger av kjemikalier i fareklasse 4 og 5. Avdelingene setter opp en tidsplan for arbeidet. Fortsette kjemikaliererevisjonsarbeidet på utvalgte lokasjoner.
8. Smittevern		Smittevernindikatorne er grønne, men mangelfulle. De beskriver kun undervisning og blod / inokulasjonssmitte. KLM har svært mange avvik kategorisert som "annen smitte" - (luft / kontaktsmitte), som følge av andre klinikkers feilhåndtering av biologisk materiale og manglende informasjon om smittefare.	Tilbakemelding til Arbeidsmiljøavdelingen og avdeling for smittevern om behov for indikatorer ang. luft- / kontaktsmitte. Avviksstatistikk kan benyttes som indikator. Følge opp AMU-sak angående håndtering av smitte i OUS fra 2017.
9. Strålevern		Få verneområder som håndterer strålekilder. Der de håndteres er vernetiltak og opplæringen vurdert som god.	
10. Brannvern		Svært god tilbakemelding på HMS-runde spørsmål som angår: Opplæring, øving, slokkeutstyr, rømningsveier og bruk av elektrisk utstyr.	Oppfordre til deltagelse på e-læringskurs.
11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Mangelfull indikator, sertifisering og opplæring dekker ikke tematikken på en tilfredsstillende måte. Utdatert instrumentpark, skaper utfordringer innen ergonomi og	Indikatorer som vurderer tilstand på MTU. Arbeide for økte investeringer i MTU.

		kjemikaliesikkerhet, spesielt i kombinasjon med økende arbeidsmengde.	
12. Vold og trusler		Lite pasientkontakt i KLM, men noen utfordringer knyttet til blodprøvetakings- og blodtappings situasjoner. Forekomst av tilfeller utgjør en svært liten del av klinikken.	Nærmeste leder skal sørge for at ansatte med pasientkontakt gjøres kjent med prosedyrer som omhandler håndtering og forebygging av vold- og trussel situasjoner. Ny prosedyre er under utarbeiding av arbeidsmiljøavdelingen.
13. Inkluderende arbeidsliv		Liten økning i sykefravær på klinikknivå. Ansatte rapporterer om middels / bra forventet oppfølging ved sykefravær. Arbeidsgruppen antar at dette er innenfor normalvariasjon. Målet om reduksjon av sykefraværet er ikke nådd. Det kommer ny IA-avtale for 2019 som følges opp i klinikken.	Klinikken informerer lederne om bedriftsjordmor ordningen årlig. Utarbeide nye tiltak som henger sammen med ny IA-avtale i klinikkens HMS-handlingsplan.
14. Rus- og avhengighetsproblematikk		Det har vært en økning i antallet ansatte med Akan avtaler i KLM. Antatt som følge av flere info møter i 2018.	Avholde minimum fem årlige Akan-informasjonsmøter i klinikken.
15. Ytre miljø		Gode rutiner på håndtering av ordinært og ikke-ordinært avfall i klinikken. Mangelfull rapportering av lovlig utslipp til vann i EcoOnline. Noe forbedringspotensial når det gjelder strømsparing og generelt fokus på ytre miljø.	Sykehuset er nå ISO sertifisert og KLM vil følge opp kampanjer. Det må legges til rette for å bedre avfallssorteringen lokalt, spesielt for plast, der det er behov for det.
16. Åpenhetskultur		Klinikken skårer gjennomsnittlig på spørsmål i forbedringsundersøkelsen som omhandler åpenhetskultur.	Oppfordre til at enheter som skårer lavt på åpenhetskultur setter dette på agendaen i 2019. Ledelsen vurderer bistand fra kulturkonsulenter og / eller Arbeidsmiljøavdelingen.

17. Respektfullt arbeidsmiljø		Klinikken skårer gjennomsnittlig på spørsmål i forbedringsundersøkelsen. Forekomst av uakseptabel adferd skårer noe dårligere enn spørsmål om respektfull behandling av hverandre.	Enheter med lav skår på respektfullt arbeidsmiljø følges opp av leder, evt. med støtte fra overordnet leder og med bistand fra HR og Arbeidsmiljøavdelingen ved behov. Utarbeidelse av kulturplakat kan være et hjelpemiddel.
18. Mobbing og trakassering		Ikke samleskår eller fargekode på temaet mobbing / trakassering, grunnet dårlig kvalitet på spørsmålene i ForBedring som gir usikre data på et veldig viktig tema. Det arbeides med å omformulere spørsmålene slik at indikatorene skal bli bedre i 2019. Varsler og enkeltsaker følges opp iht. retningslinjer.	Enheter med lav skåre på mobbing / trakassering følges opp av leder, evt. med støtte fra overordnet leder og med bistand fra HR og Arbeidsmiljøavdelingen ved behov. Alle ledere skal gjøre sine ansatte kjent med prosedyre for håndtering av mobbing og trakassering. Ny prosedyre er under utarbeiding av Arbeidsmiljøavdelingen.
19. Samarbeid (mellom yrkesgrupper og andre enheter)		Klinikken skårer gjennomsnittlig på spørsmål i forbedringsundersøkelsen.	Enheter med lav score på samarbeid bør finne forbedringspunkter knyttet til den aktuelle problemstillingen der samarbeidsutfordringene først kartlegges og etter det følges opp med nødvendige forbedringstiltak.
20. Konflikter og håndtering av konflikter		Resultatet fra forbedringsundersøkelsen viser at det er en del utfordringer med konflikter i klinikken. Resultatet er rett under OUS i gjennomsnitt og på grensen mellom gult og oransje.	Ledere bør raskt ta tak i konflikter som påvirker nærmiljøet, samt be om støtte fra overordnet leder, psykososial faggruppe i Arbeidsmiljøavdelingen og HR ved behov.
21. Medvirkning		Relativt dårlig tilbakemelding i forbedringsundersøkelsen når det gjelder spørsmål om medvirkning i endringsprosesser og viktige avgjørelser generelt.	Ledere tilrettelegger for medvirkning på riktig nivå og avklarer forventninger til medvirkning med medarbeiderne. Følge opp tiltak fra 2017 og 2018.

22. Negativt stress		På spørsmål i forbedringsundersøkelsen utmerker stress knyttet til stor arbeidsmengde seg i negativ forstand. Dette samsvarer med andre risikovurderinger av arbeidsmengde. Manglende samsvar mellom arbeidsoppgaver og opplevelse av tilgjengelige ressurser, eller oppgaver som må løses uten tilgjengelig utstyr og IKT-løsninger oppleves som utfordrende i klinikken.	Enheter med lav skåre skal vurdere mulighetene for bedret kompetansestyring, ressursplanlegging og fordeling av belastende arbeidsoppgaver. Økte investeringer i automasjon og IKT for å lette arbeidsmengden skal vurderes i årlige budsjettprosesser. Bemanningsøkning må vurderes dersom utfordringene ikke kan løses gjennom ressursstyring / planlegging.
----------------------------	--	--	--

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Negativt stress	På spørsmål i forbedringsundersøkelsen utmerker stress knyttet til stor arbeidsmengde seg i negativ forstand. Dette samsvarer med andre risikovurderinger av arbeidsmengde. Manglende samsvar mellom arbeidsoppgaver og opplevelse av tilgjengelige ressurser, eller oppgaver som må løses uten tilgjengelig utstyr og IKT-løsninger oppleves som utfordrende i klinikken.
2	Plassforhold	22 % av verneområdene er beskrevet i HMS-rundene som ikke eller i liten grad tilfredsstillende. Forskningen på MIK får tildelt areal i Sintef i 2019. Dette gir mer areal til PAT i A-bygget på RH.
3	Ergonomi	Behov for opplæring i ergonomi og tiltak for å fremme fysisk aktivitet. Enkelte grupper (f.eks. prøvetaking, snitting, pipettering) er utsatt for statisk belastende arbeid og lite variasjon. Spesielt arbeid i avtrekksskap og sikkerhetsbenker er utfordrende. Økende arbeidsmengde gir klinikken større behov for å anskaffe ergonomisk tilpasset utstyr og møbler.
4	Kjemisk arbeidsmiljø	KLM har fortsatt betydelig avvik på andel risikovurderinger og substitusjonsvurderinger. Enkelte områder med mange kjemikalier står for mye av avviket. Arbeidsmengden er stor og det er utfordrende å få tid til arbeidet med risiko- og substitusjonsvurderinger.
5	Medvirkning	Relativt dårlig tilbakemelding i forbedringsundersøkelsen når det gjelder spørsmål om medvirkning i endringsprosesser og viktige avgjørelser generelt.

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Negativt stress	Enheter med lav skåre skal vurdere mulighetene for bedret kompetansestyring, ressursplanlegging og fordeling av belastende arbeidsoppgaver. Økte investeringer i automasjon og IKT for å lette arbeidsmengden skal vurderes i årlige budsjettprosesser. Bemanningsøkning må vurderes dersom utfordringene ikke kan løses gjennom ressursstyring / planlegging.
2	Systematisk HMS-arbeid	Klinikkleder informerer lederlinjen om at HMS-runden skal gjennomføres hvert år.
3	Kjemisk arbeidsmiljø	Lederlinjen ber avdelingene om å prioritere og gjøre seg ferdig med risiko- og substitusjonsvurdering av kjemikalier i fareklasse 4 og 5. Avdelingene setter opp en tidsplan for arbeidet. Fortsette kjemikalier revisjonsarbeidet på utvalgte lokasjoner.
4	Ergonomisk arbeidsmiljø	Fokus på bedring av ergonomiske forhold der det er behov for det. Dette kan for eksempel innebære: Prioritering av opplæring i ergonomi, oppfordre til deltakelse på kurs i regi av Arbeidsmiljøavdelingen, pausegymnastikk eller annet som fremmer fysisk aktivitet, rotasjon av arbeidstakere ved belastende oppgaver og synliggjøre utfordringer mtp. å få til rotasjonsordninger, etterstrebe automatiserte løsninger for å bedre ergonomiske forhold.
5	Smittevern	Tilbakemelding til arbeidsmedisin gruppen i Arbeidsmiljøavdelingen og avdeling for smittevern om behov for indikatorer ang. luft- / kontaktsmitte. Avviksstatistikk kan benyttes som indikator. Følge opp AMU sak angående håndtering av smitte i OUS fra 2017.

5.7. Kreftklinikken

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
1. Systematisk HMS-arbeid		Lav meldefrekvens. Lavt antall innmeldte HMS-runder.	Det er usikkert om det kommer frem i Achilles hvis flere VO har felles vernerunde? Dette må tas opp med Kvalitet. Flere påminnelser fra HR. Ta opp meldekultur - eget seminar i 2019 er planlagt.
2. Plassforhold		Resultatet er som forventet - på grunn av ombygging. Det forventes flere utfordringer i 2019, særlig i forbindelse med nybygg og rokader på Radiumhospitalet.	Følges opp i klinikkAMU og ledelsen i KRE.
3. Luftkvalitet		26% av områdene har i liten grad tilfredsstillende forhold for temperatur og luftkvalitet.	Dette bør kartlegges. Hvis lokasjonene som ikke har tilfredsstillende temperatur- og ventilasjonsforhold ikke er Radiumhospitalet, må det eventuelt settes inn tiltak.
4. Støy		Det forventes utfordringer innen dette temaet i 2019, i forbindelse med bygging og rokader på Radiumhospitalet. Det har allerede vært meldinger om for mye støy i 2018.	Ha beredskap for Radiumhospitalet. Hørselvern er delt ut. Mulighet for hjemmearbeid? Må gjøres lokalt. Eller alternative areal. Signal fra ledelsen om dette?
5. Lysforhold		Biometrisk belysning gir en belysning som er mer tilpasset den biologiske rytmen, og dette gjør det lettere for de som jobber natt.	Forsøksordninger med biometrisk belysning i arealer med døgndrift?
6. Ergonomi og fysisk helse		Det er usikkert om de ansatte mener at det mangler tilbud om fysisk aktivitet? Det er usikkert om de ansatte mener at det behov for opplæring i "Ergonomi", eller om de bare konstaterer i ForBedring at det ikke arbeides spesielt med det på enheten?	Er det planlagt for gym i nytt bygg ved RAD, avklares.

7. Kjemisk arbeidsmiljø		Instituttet er gode. Andre avdelinger - utfordring? For lite risikovurdering og substitusjonsvurdering. Har hatt opplæring for alle VO. Er det behov for flere kurs? Det bør være et større påtrykk fra klinikkledelsen og lokal ledelse dersom registreringer i EcoOnline og risikovurderingen skal økes.	Tas inn i HMS-runden, da er det lettere å få det oppdatert på årlig basis, må foreslås for de som utarbeider denne. Informere og gjøre alle ansatte bevisste på EcoOnline.
8. Smittevern		Det er en økning i antall stikkskader. Stikkskadene ble redusert etter tidligere stikkskadedag / seminar, men er nå stigende. 62% tar influensavaksine. Mange ansatte har ikke pasientkontakt, er det i like stor grad nødvendig / ønskelig at de tar influensavaksinen.	Stikkskadedag/undervisning? Influensavaksinering?
9. Strålevern		Prosjekt med TV og VO hos LIS leger som går vakt om retningslinjer for gravide.	Orientering om strålemålinger i Klinik AMU.
10. Brannvern		Rømningsveier i Byggefase? Kjent på forhånd?	Det må informeres om viktigheten av brannvern i byggeperioden. Bevisstheten om brannsikkerhet hos de ansatte må økes. Ansatte må jevnlig oppdateres / oppdatere seg på hvor rømningsveiene er og at de fortsatt er tilgjengelige og frie.
11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)			Opplæring?
12. Vold og trusler			Opplæring?

13. Inkluderende arbeidsliv		Det er stort fokus på IA i KRE, og lavt fravær. KRE ha egen IA plan.	
14. Rus- og avhengighetsproblematikk		Klinikken har 1 sak. Dette har vært fokus tidligere. AMU i KRE setter denne på gult da det ønskes mer fokus rundt dette.	Er Akan / rus / avhengighet et aktuelt tema for et lederseminar? Ansatte må bevisstgjøres på rutiner i slike saker, at det skal meldes til ledelsen og at det er leders ansvar å håndtere ansatte som har et rus / avhengighetsproblem.
15. Ytre miljø		Behov for informasjon og klargjøring om ytre miljø i enhetene? Det er uklart hva som skal meldes av lovlige utslipp og hvor det skal meldes. Mer info kommer i forbindelse med neste HMS runde skjema, i følge Arbeidsmiljøavdelingens ansvarlige for ytre miljø.	Skal dette være tema på seksjonsmøter?
16. Åpenhetskultur		Klinikken ønsker å fortsette å jobbe med åpenhetskultur. Nærmer seg grønt. Klinikken har en bedre score enn gjennomsnittet i OUS.	
17. Respektfullt arbeidsmiljø			
18. Mobbing og trakassering		Dette dreier seg hovedsakelig om enkeltsaker, som håndteres godt av HR i KRE. Generell forebygging av mobbing og trakassering faller inn under åpenhetskultur og respektfullt arbeidsmiljø.	
19. Samarbeid (mellom yrkesgrupper og andre enheter)		Behov for å arbeide med dette på enkelte enheter? Det er stor variasjon mellom enhetene når det gjelder samarbeid og hierarki.	Kommunikasjon på arbeidsplassen? Ta opp i forbindelse med tema Åpenhetskultur?

20. Konflikter og håndtering av konflikter		Tema samtidig med Meldekultur / Åpenhetskultur?	
21. Medvirkning		De ansatte er antagelig ikke klar over når de kan ha reell medvirkning og ikke, heller ikke at de representeres av tillitsvalgte og vernetjenesten i en del saker på overordnet nivå.	Hvordan kan beslutninger om endringer informeres om fra klinikkledelsen? Mer synlig toppledelse?
22. Negativt stress		Viktig på grunn av pasientsikkerhet. Data fra LIS viser aktivitet i forhold til bemanning? Hvordan fange opp lav bemanning?	

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Støy/brannsikkerhet, Fysisk arbeidsmiljø	Det blir utfordringer på Radium i 2019 på grunn av riving og bygging av nytt klinikkbygg og medfølgende rokader. Det har allerede vært flere meldinger om problematisk støy og stress i forbindelse med flytting av enheter.
2	Rus og avhengighet	Dette har det vært fokus på tidligere i Klinikken. AMU i KRE setter denne på gult da det igjen ønskes mer fokus rundt dette tema.
3	Smittevern	Antall stikkskader har økt. Det er for lav andel av ansatte som tar influensavaksine.
4	Arbeidsbelastning	Dette er et tilbakevendende tema med lav skåre i undersøkelser (MU / ForBedring).
5	Åpenhetskultur	Noen enheter har store utfordringer når det gjelder åpenhetskultur. Det er vanskelig å avdekke en manglende åpenhetskultur, fordi det er noe ansatte kvier seg for å melde fra om.

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Støy / brannsikkerhet, Fysisk arbeidsmiljø	Det er svært viktig å få ut nok informasjon og tidlig nok informasjon til alle ansatte slik at belastningen på de ansatte blir minst mulig og kvaliteten på arbeidet opprettholdes. Det er viktig at alle ansatte er oppdatert på brann / rømningsprosedyre. Kartlegge hvilke verneområder som har meldt inn om dårlig luftkvalitet og igangsette tiltak ved behov. Støy er det allerede fokus på og tiltak er iverksatt. Egen beredskapsgruppe som skal ivareta problematikk som oppstår på Radiumhospitalet i årene fremover blir vurdert. Det er oppnevnt stedlig VO.
2	Rus og avhengighet	Bevisstgjøring i forhold til rusavhengighet ved hjelp av kurs og informasjon ute i seksjoner / enheter. Viktig med forebyggende tiltak der man kan, som for eksempel ha loggføring ifht. medisin rom. Samarbeid med Akan-utvalget og Akan-kontakt i OUS om igangsetting av nødvendige tiltak.
3	Smittevern	Informere om viktigheten av vaksinasjon av helsepersonell og oppmuntre til at flest mulig ansatte vaksinerer seg, for å ivareta pasientsikkerhet. Klinikken ønsker å arrangere en stikkskadedag eller holde informasjonskurs i lunsjen ved aktuelle steder. Ved planlegging av disse er det viktig å se på turnusen slik at de fleste ansatte får den samme informasjonen. Planlegges å gjennomføres i samarbeid med Arbeidsmiljøavdelingen.
4	Arbeidsbelastning	Klinikken har gjennom flere ForBedringsprosjekter fokus på ressurs og bemanningsplanlegging. Der det meldes avvik ifht. bemanning kan man gå inn å kartlegge og se på hvilke løsninger som det er behov for. Det vil arrangeres nytt seminar med aktuelle tema. Dette går litt inn under IA og åpenhetskulturarbeidet. Klinik AMU ønsker også å se nærmere på IKT utfordringer og sammenheng med arbeidsbelastning. Dette følges opp som en del av ledelsens risikovurdering.
5	Åpenhetskultur	Klinikken har gjennom 2018 hatt et særlig fokus på kommunikasjon og samarbeid, samt håndtering av varsling og meldekultur. Arbeid med åpenhetskultur er nedfelt i klinikkens IA handlingsplan, denne vil bli revidert ifht. ny IA avtale. Det følges deretter opp med å arrangere nytt seminar med tema knyttet til IA, åpenhetskultur, meldekultur og pasientsikkerhet. HR i klinikk følger opp og bistår enheter med særskilte utfordringer. Klinikken anser det som sentralt at det arbeides videre med å bevisstgjøre leder og medarbeidere om hva som må ligge til grunn for å arbeide med å gå fra "frykttkultur" til åpenhetskultur.

5.8. Klinikk for radiologi og nukleærmedisin

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
1. Systematisk HMS-arbeid		Vi ser at lederne må bli tryggere på Achilles med behandling av avvik og forbedringsforslag. Samtidig trenger klinikken at flere melder inn saker slik at vi får et grunnlag for god saksbehandling. Klinikken skårer lavt på tavlemøter og det grønne korset.	Klinikken, ved AMU, bør sette ned en arbeidsgruppe som definerer et opplæringsopplegg rundt Achilles for lederne i klinikken. Heri inkludert; Hvilke saker bør alle melde, hvordan føre samsaker, opplæringsansvarlig, hvem blir lærer, hvor, hvordan etc.
2. Plassforhold		15 % av verneområdene er i HMS-rundene beskrevet som i liten grad tilfredsstillende. Indikatoren er på grensen til gult.	Sikre gode prosesser og medvirkning for å belyse areal til de ansatte i nye byggeprosjekter. Videreføre fokus på dette ved flyttinger innenfor eksisterende lokaler.
3. Luftkvalitet		I 23 % av verneområdene er luftkvalitet beskrevet som i liten grad tilfredsstillende. Indikatoren vektet x2 og blir oransje. I 12 % av verneområdene er temperatur og orden / renhold beskrevet som i liten grad tilfredsstillende. Indikatoren er på grensen til gult.	Kontinuerlig kartlegging. Generell holdning til orden og rydding kan forbedres, ber lederne om å sette inn passende tiltak lokalt.
4. Støy		Mye maskinstøy (driftsområder og granskning). Fortetning skaper mer menneskestøy på mindre områder. Forskningen anbefaler ikke flere enn fire på samme rom. Det er viktig å sette fokus på den menneskeskapte støyen. Vi må vise hensyn til våre kolleger.	Jobbe for å redusere den menneskeskapte støyen. Fokuserer på færre åpne landskap og definere stille soner. Sikre gode prosesser og medvirkning for å skape velegnede areal til de ansatte i nye byggeprosjekter. Videreføre fokus på gode arealer ved flyttinger innenfor eksisterende lokaler.

5. Lysforhold		HMS-rundene viser at KRN har generelt god belysning i våre arealer, men dårlig tilgang til dagslys flere steder. Dette kommer da i kombinasjon med reduserte muligheter for å kunne ta pauser.	Sikre gode prosesser og medvirkning for å prioritere lysforholdene til de ansatte i nye byggeprosjekter. Videreføre fokus på gode lysforhold ved flyttinger innenfor eksisterende lokaler.
6. Ergonomi og fysisk helse		Enkelte yrkesgrupper har fysisk, tung belastning ifm. arbeid. Vi mener vi jobber bra med ergonomi. Fortsette satsing på å kurse flere forflytningsveiledere. Det er behov for tilbud / tiltak for å fremme fysisk aktivitet for de ansatte.	Benytte våre arealer til å fremme fysisk aktivitet, eks. trenger ikke ha printeren ved siden av pulten. Aktivitetskampanje? Fysioterapeuter inn på avdelingsmøter med en praktisk demonstrasjon av pausegym / informasjon om små ting i hverdagen.
7. Kjemisk arbeidsmiljø		Klinikken klarer ikke å følge opp kravene til risikovurdering, substitusjonsvurdering og oppdatering av det elektroniske stoffkartoteket EcoOnline definert i prosedyren for kjemikaliehåndtering. Det betyr at dagens ordning ikke fungerer etter hensikten.	Klinikken må skaffe en navneliste over dagens aktive kjemikaliekontakter med tilhørende ansvarsområde. Disse må organiseres på en måte som ender i tilfredsstillende kjemikaliehåndtering etter prosedyre og klinikken må etablere en klinikkontakt.
8. Smittevern		Antall stikk- / kuttskader har økt fra 2017. Dette tilskriver vi vårt arbeid med rapportering siden vi i fjor mente at dette ble underrapportert. Antallet er likevel lavere enn vi ville forventet ut fra hvor mye våre ansatte jobber med skarpe objekter. Antall influensavaksiner har økt i klinikken i forhold til 2017, men vi har likevel et arbeid foran oss for å nå 80 % som er OUS sitt mål. Klinikken har ikke benyttet sikkerhetskanylene som er tilgjengelig. Dette er en vurdering som ble gjort da disse ble innført. I løpet av 2018 ble dette tatt opp i klinikk AMU, og det ble bestemt at KRN skulle lage en pilot ved en seksjon der man skulle teste om sikkerhetskanylene nå er mer compatible med våre koblinger. Hovedutfordringen i KRN rundt smittevern er	Følge opp at det blir noe av pilotprosjektet med utprøving av sikkerhetskanylen. Avhengig av positiv evaluering, bredde sikkerhetskanylene i klinikken. Prosedyre / informasjon mot våre samhandlingspartnere om OUS standard for smittevern og våre forventninger til våre «gjester». Fortsette å melde avvik i Achilles.

		kommunikasjon rundt smittepasienter med dårlig varslings. Smittevern er det tema med flest registrerte avvik i Achilles.	
9. Strålevern		Persondosimetri rapporteres jevnlig fra Statens strålevern. Ved akkumulert dose >10 mSv skal tiltak settes inn. Det finnes egen ehåndboksprosedyre for dette. 3 personer fikk akkumulert dose > 20 mSv, dette er en økning fra en i 2017 og utløser rød indikator. Klinikken forebyggende arbeid med strålevern skårer grønt.	Klinikken må kartlegge bakgrunn og årsaker for en økende trend der vårt personale får høyere stråledose enn anbefalt årtdose på >20 mSv (dosegrense for yrkeseksponerte). Når kartleggingen er ferdig må klinikken utarbeide forslag til tiltak for de berørte medarbeidere og for å forhindre at flere får høy dose i fremtiden. Dette bør rapporteres til klinikk AMU.
10. Brannvern		Klinikken har bedret sitt brannvernsarbeid i følge indikatorene i HMS-rundene. Vi ønsker å fortsette dette gode arbeidet. Noe vi kan bli bedre på er de fysiske og praktiske øvelsene.	Gjennomføre minst en fysisk brannøvelse i 2019 ved KRN.
11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		I rapporten fra HMS-runden svarer klinikken at 52 % av medarbeiderne i stor grad er opplærte og sertifiserte i bruk av MTU. I tillegg ser vi at 19% svarer noen grad og 4 % i liten grad. Her er det en reduksjon fra 2016 og dette er signaler på at klinikken bør se nærmere på opplæring og sertifiseringsrutinene på dette området i året som kommer.	Kartleggingsarbeid. Dokumenterer vi opplæring MTU godt nok, og er denne opplæringen god?
12. Vold og trusler		KRN ARN har satt opp ombygging av skranke RH som en arealinvestering siden 2014. Saken har en problematikk med veldig mange HMS-elementer og ligger nå hos Arbeidstilsynet etter posttilsyn sommeren 2018. Skranken på RH og skranken på US har voldsalarm. KRN har lite saker og positiv skår rundt vold og trusler på ForBedringsundersøkelsen.	Følge opp Arbeidstilsynet for å få et svar på posttilsynet.

13. Inkluderende arbeidsliv		Sykefraværet har gått fra 6,8 % i 2017 til 7,39 % i 2018.	Oppfordre til å involvere mer HR og verneombud i arbeidet med sykefraværet lokalt. Lage oppskrift til lederne på hvordan søke å få ettergitt arbeidsgiverperioden på gravide og kroniske syke.
14. Rus- og avhengighetsproblematikk		Klinikken har ingen saker eller infokurs/-møter registrert, men statistisk sett har 3-4 % av arbeidsstokken et rusproblem. Hvordan kan vi jobbe bedre med denne problematikken?	Tematikk i klinikken: Saksbehandling og dokumentasjon i varslingsaker i forhold til rusproblematikk, trakassering, avviksarbeid etc., ehåndbokdokument Varsling (23), Akan (40)
15. Ytre miljø		KRN mener selv at vi er flinke til å sortere avfall i de fraksjoner vi har tilgjengelige på hus. Det savnes muligheter rundt sortering av matavfall og plast blant annet. Vi ser at vi kan bli flinkere på å spare strøm i det daglige, f.eks. skru av lys og PC-skjermer. KRN fikk rød indikator på utslipp som ikke er registrert i EcoOnline. Se tiltak kjemikalier.	Som en konsekvens av at OUS nå er miljøsertifisert oppfordres avdelingene lokalt til å vurdere om de har muligheter for plastsortering og om det er små grep de kan gjøre i hverdagen for å spare på strøm.
16. Åpenhetskultur		Åpenhetskultur er et tema det er mye fokus på. Åpenhet: viktig for læring, avverge feil, pasientsikkerhet. Gir også viktig informasjon om i hvilken grad det er psykologisk trygghet på arbeidsplassen.	Vi tror at ved å bli bedre på Achilles og generell saksbehandling vil vi se effekter også her. Vi må etablere en kultur i hele klinikken der vi åpent diskuterer feil og hendelser som oppstår for å lære av dem.
17. Respektfullt arbeidsmiljø		I ForBedring 2018 skårer hele OUS ganske likt i forholdet mellom respektfull tone og uakseptabel adferd på min arbeidsplass. KRN har i 2018 jobbet aktivt i samarbeid med kulturprogrammet flere steder med positive tilbakemeldinger fra de ansatte.	Vi tror at ved å bli bedre på Achilles og generell saksbehandling vil vi se effekter også her. Vi må jobbe aktivt for å beholde det respektfulle arbeidsmiljøet vi har i dag. Vi foreslår at klinikken arbeider med å finne en person til som kan bli kulturkonsulent for å styrke dette arbeidet i KRN.

<p>18. Mobbing og trakassering</p>		<p>KRN har nulltoleranse for mobbing og trakassering. KRN har noen enkeltsaker som blir tett fulgt opp av leder og HR i klinikk. HR stab er informert om alle saker og Arbeidsmiljøavdelingen bistår i noen saker rundt arbeidsmiljø. Dette er saker som er høyt prioritert i klinikken. KRN har flere ganger hatt dette på agendaen på ledermøte, KlinikkAMU og i klinikkforum der varslingsrutiner er gjennomgått. Det har ikke blitt meldt om enkeltsaker til KlinikkAMU. i Forbedring 2018 ser vi at KRN ligger nesten konsekvent på alle nivå litt under OUS-skåre på spørsmålet om man er utsatt for diskriminering. Denne faktoren mener vi det er viktig å følge opp etter resultatene i 2019.</p>	<p>Vi ser færre gjentakelser på samme sted etter at det er gjort aktivt tiltak mot bestemte arbeidsmiljø. Vi vil fortsette dette gode arbeidet.</p> <p>Tematikk i klinikken: Saksbehandling og dokumentasjon i varslingssaker i forhold til rusproblematikk, trakassering, avviksarbeid etc.</p>
<p>19. Samarbeid (mellom yrkesgrupper og andre enheter)</p>		<p>Yrkesgruppene i KRN samarbeider godt, men vi har likevel noe å hente i følge resultatene fra ForBedring.</p>	<p>Vi tror at ved å bli bedre på Achilles og generell saksbehandling vil vi se effekter også her. Vi må jobbe aktivt for å beholde det gode samarbeidet og arbeidsmiljøet vi har i dag.</p>
<p>20. Konflikter og håndtering av konflikter</p>		<p>Ifølge ForBedring har vi forstyrrende konflikter i KRN, men hvor god håndteringen av disse har vært virker å være veldig forskjellig mellom avdelingene. Her bør man kanskje se på tiltak i opplæring.</p>	<p>Vi tror at ved å bli bedre på Achilles og generell saksbehandling vil vi se effekter også her. Vi må jobbe aktivt for å beholde det gode samarbeidet og arbeidsmiljøet vi har i dag. Vi ser at det kan være nyttig å videreføre tiltak fra i fjor om opplæring til ledere rundt saksbehandling og konflikthåndtering (f.eks. HR-verksted) og prøve å gjøre dette obligatorisk?</p>

21. Medvirkning		<p>Arbeidets art gir dårlig kontroll på mengde, tempo og tidsfrister.</p> <p>Klinikken har vært tydelig på å melde behov for økt bemanning for å imøtegå etterspørselen.</p> <p>Involvering i endringsprosesser og viktige avgjørelser ligger som et lederansvar på alle nivå, men også som en plikt for de ansatte.</p>	<p>Kulturbygging - Bruke idélisten for tiltak og handlingsplaner aktivt (f.eks. kap. 11 Psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø) (Ehåndbok dok.id. 57080).</p> <p>Vi foreslår at klinikken arbeider med å finne en person til som kan bli kulturkonsulent for å styrke dette arbeidet i KRN.</p>
22. Negativt stress		<p>Negativt stress (i forhold til arbeidsmengde / tempo / krav og rollekonflikt). Merk: stressbelastning kan være avhengig av mange andre forhold, eks. emosjonelle belastninger, konflikter, manglende medvirkning og egenkontroll, utrygt samarbeidsklima etc.</p> <p>Arbeidets art gir dårlig kontroll på mengde, tempo og tidsfrister.</p> <p>Klinikken har vært tydelig på å melde behov for økt bemanning for å imøtegå etterspørselen.</p> <p>Drøfte eventuelle forskjeller i snittskår på ForBedringsspørsmål vs. skår på spørsmål fra HMS-runden, lav skår på stress og høy skår på HMS-spørsmål, kan tyde på at tiltak ikke synes å fungere tilstrekkelig.</p>	<p>Nye tiltak nødvendig...</p> <p>Kollegastøtte er en viktig faktor i slike situasjoner.</p> <p>Leders rolle i å bekrefte de ansattes verdi er også en viktig faktor i en slik mestringsituasjon.</p>

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Etablere systematisk HMS-arbeid og gode rutiner i klinikken	Vi har kommet godt i gang med å etablere rutiner og prosedyrer, men har fortsatt en vei å gå. Klinikken har hatt godt fokus på arbeid rundt pasientsikkerhet og rapportering og saksbehandling i Achilles. Fortsatt inntrykk av generell underrapportering i Achilles, men vi er på rett vei. Klinikken skal sette fokus på tematikk rundt saksbehandling og dokumentasjon.

2	Strålevern	Klinikken må kartlegge bakgrunn og årsaker for en økende trend der vårt personale får høyere stråledose enn anbefalt årsdose på >20 mSv (dosegrense for yrkeseksponerte). Når kartleggingen er ferdig må klinikken utarbeide forslag til tiltak for de berørte medarbeidere og for å forhindre at flere får for høy dose i fremtiden. Dette bør rapporteres til klinikk AMU.
3	Fysiske forhold	Sikre gode prosesser og medvirkning for å prioritere de fysiske forholdene til de ansatte i nye byggeprosjekter. Videreføre fokus på dette med flyttinger innenfor eksisterende lokaler.
4	Organisatorisk og psykososialt	Vi tror at ved å bli bedre på Achilles og generell saksbehandling vil vi se effekter også her. Vi må jobbe aktivt for å beholde det respektfulle arbeidsmiljøet vi har i dag. Tematikk i klinikken: Saksbehandling og dokumentasjon i varslingsaker i forhold til rusproblematikk, trakassering, avviksarbeid etc.
5	Smittevern	Følge opp pilotprosjektet med utprøving av sikkerhetskanylen. Avhengig av positiv evaluering, bredde sikkerhetskanylene i klinikken. Prosedyre / informasjon mot våre samhandlingspartnere om OUS standard for smittevern og våre forventninger til våre «gjester». Fortsette å melde avvik i Achilles.

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Etablere systematisk HMS-arbeid og gode rutiner i klinikken	Vi har kommet godt i gang med å etablere rutiner og prosedyrer, men har fortsatt en vei å gå. Klinikken har hatt godt fokus på arbeid rundt pasientsikkerhet og rapportering og saksbehandling i Achilles. Fortsatt inntrykk av generell underrapportering i Achilles, men vi er på rett vei. Klinikken skal sette fokus på tematikk rundt saksbehandling og dokumentasjon.
2	Strålevern	Klinikken må kartlegge bakgrunn og årsaker for en økende trend der vårt personale får høyere stråledose enn anbefalt

		årsdose på >20 mSv (dosegrense for yrkeseksponerte). Når kartleggingen er ferdig må klinikken utarbeide forslag til tiltak for de berørte medarbeidere og for å forhindre at flere får for høy dose i fremtiden. Dette bør rapporteres til klinikk AMU.
3	Organisatorisk og psykososialt	Vi tror at ved å bli bedre på Achilles og generell saksbehandling vil vi se effekter også her. Vi må jobbe aktivt for å beholde det respektfulle arbeidsmiljøet vi har i dag. Tematikk i klinikken: Saksbehandling og dokumentasjon i varslingssaker i forhold til rusproblematikk, trakassering, avviksarbeid etc.
4	Smittevern	Følge opp pilotprosjektet med utprøving av sikkerhetskanylen. Avhengig av positiv evaluering, bredde sikkerhetskanylene i klinikken. Prosedyre / informasjon mot våre samhandlingspartnere om OUS standard for smittevern og våre forventninger til våre «gjester». Fortsette å melde avvik i Achilles.
5	Fysiske forhold	Sikre gode prosesser og medvirkning for å prioritere de fysiske forholdene til de ansatte i nye byggeprosjekter. Videreføre fokus på dette med flyttinger innenfor eksisterende lokaler.

5.9. Kvinneklubben

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
1. Systematisk HMS-arbeid		Det er gjennomført HMS runder i 80% av KVI. Det er 2 avdelinger (totalt 4 seksjoner) som ikke har gått HMS runde i 2018.	KVO kvalitetssikre at alle områder er ivaretatt. Påse at både VO og leder signerer etter gjennomført HMS-runde.
2. Plassforhold		Føde og Barsel RH; Har fortsatt store arealutfordringer. Mangler lagringsplasser og ofte fullt på barsel som gir en opphopning på føden. Pasientkjøkken på Føden RH er under ombygging grunnet for liten kapasitet og dårlig innelima som fukt og råte.	Midlertidig løsning er iverksatt og bygging av nytt kjøkken er besluttet.
3. Luftkvalitet		Bygg 8; Store utfordringer i sommer med defekt solavskjerming.	Solavskjermingssak er nå avsluttet og arbeid blir igangsatt i løpet av våren.
4. Støy		Det er registrert støy fra maskiner på sykepleierkontor IVF RH.	Støy forventes redusert iht. ombygging av lokaler.
5. Lysforhold		Dagslys og generell belysning i KVI gir 88%. Det er meldt behov om oppgradering av belysning på lab. Repro RH.	Sak sjekkes ut med Arbeidsmiljøavdelingen.

6. Ergonomi og fysisk helse		Ergonomi kommer ut med oransje på kunnskap / opplæring / arbeidsstillinger og teknikk. Også oransje på de tunge sengepostene eks. Føden. Stor fysisk belastning på ansatte. Og høyt arbeidstempo. Slitte / ødelagte fødesenger. Statisk arbeidsbelastning for UL jordmødre	Bedre bevisstgjøring på tunge løft / arbeidsteknikk. Intern opplæring. Kulturendring. Nok tilgjengelig hjelpeutstyr. UL jordmødre oppfordres til å trene med strikk. Regelmessige pauser.
7. Kjemisk arbeidsmiljø		ARB oppfordrer KVI til mer aktivt bruk av stoffkartoteket (v/ HMS-rådgiver Nicolai Bach). Spesielt ved RMA og FMA. Hva brukes av kjemikalier her. Det stilles også spørsmål fra ARB ved klinikkens forskningsprosjekter. Hva benyttes av kjemikalier i disse studier. Kommentar fra ARB til KVI; 75% registrert totalt i 2018. Veldig få er risikovurdert og substitusjonsvurdert.	Avdelingsledere må ha fokus på farlige kjemikalier. Bruk av Stoffkartotek. NB! Risikovurdering samt substitusjonsvurdering.
8. Smittevern		Økning av meldte avvik, spesielt på smittevern (ikke stikk / kutt). Spesielt på nye MRSA og ESBL smitte. Mangler pasientrom og fødestuer med sluser for pasienter med smitte.	Gode prosedyrer i E-håndbok. Alle enheter oppfordres til å registrere manuelt hvor mange pasienter med smitte. Lage egne lister. Økt fokus på områdene. FBA har utpekt to medarbeidere til LEAN arbeid på smitterutiner og tilrettelegge for sin seksjon. Innføre nye sikkerhetsvenefloner i klinikken.
9. Strålevern		Lysbehandling av barn.	Kontinuerlig opplæring av ansatte og foreldre.
10. Brannvern		E-læringskurs Brannvern er obligatorisk. Gode prosedyrer i ehåndboken.	Bevisstgjøring av signatur når e-kurs er gjennomført.

11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		MTV arrangerer 2 møter pr. år for kontaktene. Opplæring og sertifisering gjennomføres. Stort fokus.	Rapporten fra HMS-runden viser at 52% sier at medarbeiderne i stor grad er opplærte og sertifiserte av MTU. I tillegg kommer det frem at 5% ikke er det, 5% i liten grad og 21% oppgir i noen grad. Dette er en reduksjon fra 2016/2017 og signaliser på at KVI bør se nærmere på om det er ansatte som trenger opplæring- / sertifiseringsrutiner på dette området i året som kommer.
12. Vold og trusler		Det er pt. ingen kjente tilfeller.	KVI har fokus på det psykososiale arbeidsmiljø. Ledere i KVI skal legge til rette for en god og trygg dialog. Det skal være trygt å varsle i KVI. Alle ansatte skal bidra aktivt i arbeidet med å skape et arbeidsmiljø hvor trakassering og maktmisbruk ikke finner sted.
13. Inkluderende arbeidsliv		Endret fra grønt til gult for 2018 sett opp mot et høyere sykefravær. Fravær er lite relatert til jobb.	Fortsatt stort fokus på IA arbeidet i KVI. Sykefraværprosjekt i samarbeid med NAV igangsettes i 2019.
14. Rus- og avhengighetsproblematikk		KVI har ingen Akan-saker, og det meldes om noe bekymring rundt dette	KVI har stort fokus på Akan arbeidet og har gjennomført lederforum med tema Akan.
15. Ytre miljø		KVI kommer ut med rødt innenfor punktet utslipp av miljøfarlige stoffer som slippes ut i vask, wv\c og vaskemaskiner. Klinikken har egen Grønt sykehus kontakt. Gjennomført intern revisjon på en sengepost. Stort fokus på det ytre miljø.	Økt bevisstgjøring på ytre miljø.

16. Åpenhetskultur		Tilbakemeldinger sier at det er lett å spørre når det er noe man ikke forstår. Melde fra om avvik er akseptert. Diskusjoner rundt feil og hendelser for å ta lærdom gjennomføres.	Opprettholde stort fokus på åpenhetskultur. Stort fokus på kulturarbeid. KVI har kulturkonsulenter som jobber aktivt i klinikken og i OUS.
17. Respektfullt arbeidsmiljø		Klinikken har hatt noen saker i 2018 som går på uakseptabel adferd blant ansatte.	Opprettholde stort fokus på respekt / arbeidsmiljø.
18. Mobbing og trakassering		Ikke kjennskap til meldte saker i 2018.	Det er fokus på Fafø rapporten, «Metoo» og meldekultur generelt. Henvises til AML § 4-3.
19. Samarbeid (mellom yrkesgrupper og andre enheter)		Godt tverrfaglig samarbeid.	Opprettholde.
20. Konflikter og håndtering av konflikter		Konflikter oppleves i KVI som at dette håndteres godt.	Opprettholde.
21. Medvirkning		Ansatte opplever noe manglende involvering i prosesser.	Viktig at ansatte, VO og TV blir involvert i saker så tidlig som mulig.
22. Negativt stress		Arbeidsbelastning oppleves som stor for ansatte i KVI.	Aktivt medarbeiderskap. Lean. Interne rutiner.

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Arbeidspress	KVI har utfordringer ihht. drift ved FGM, Fødeavdelingene, Fostermedisin og Opr. Gyn.
2	Samhandling	Fokus på samhandling mellom lokalisasjonene. Vi leverer ikke godt på dette i dag. Overføring av oppgaver fra Nyfødt (BAR) til Barsel (KVI – RH).
3	Kommunikasjon	God og trygg kommunikasjon mellom leder og ansatt, samt flerfaglig kommunikasjon. Kommunikasjon mellom kolleger. Aktivt medarbeiderskap.
4	Meldekultur og varsling	Øke kjennskap til bestemmelser for varsling. Øke forståelsen av hvordan varsling skal forstås. Økt kjennskap til systemer for avviksregistrering.
5	Smittevern	KVI har en økning av meldte avvik, spesielt på smittevern (ikke stikk / kutt). Spesielt på nye MRSA og ESBL smitte. Økt fokus på sikkerhetskanyler.

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Aktivt medarbeiderskap	Gjennomført ledersamling med Aktivt medarbeiderskap. Skal gjennomføres i alle avdelinger / seksjoner med oppstart i 2019.
2	Arbeidspress	Det skal gjennomføres pasientsikkerhetsvisitt på alle seksjoner i KVI. For 2019 planlegges gjennomføring av 4 seksjoner.

3	Meldekultur og varsling	Øke kjennskap til bestemmelser for varsling. Øke forståelsen av hvordan varsling skal forstås. Økt kjennskap til systemer for avviksregistrering.
4	Smittevern	Fokus på MRSA og ESBL smitte. Tiltak; Interne fagdager. Invitere Smittevernavdelingen.
5	Samhandling	Videreføre felles driftsmøte i KVI mellom gyn. og føde iht. lokalisasjon RH / UL. Fokus også på samhandling mellom sengeposter RH / UL spes. FØD. KVIs ledergruppe – «gjøre hverandre gode».

5.10. Medisinsk klinikk

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
1. Systematisk HMS-arbeid		God dekning av VO med grunnopplæring og tilfredsstillende rapportering og lukking av avvik. Ser ut til å være behov for kartlegging / oppfølging i forbindelse med etterarbeidet med forbedring og HMS vernerunde på enkelte enheter.	Kartlegge forbedringsprosesser i klinikken. Fortsette med tett oppfølging og påminnelser i linjen.
2. Plassforhold		Mange av lokalene er ikke egnet for dagens drift. Flere byggeprosesser er ferdigstilt i 2018 (Ullevål og Aker). Flere bygningsrelaterte avvik er lukket i 2018.	Utbedring innenfor mulige rammer.
3. Luftkvalitet		Kritiske temperaturer i sommer, vurdere mulige forebyggende tiltak til neste sommer.	Vurdere forebyggende tiltak. Søkt PRIBU om ventilasjon utfordringer på MI (Medisinsk intensiv) og selvdialysen bygg 25.
4. Støy		Ombygning kan ha vært kilde til en del støy i perioder.	Informasjon i forkant til berørte avdelinger. Fokus på støyreducerende tiltak der dette er mulig.
5. Lysforhold		Stadig utbedring av lysforhold etter / under påbygning.	

6. Ergonomi og fysisk helse		Klinikken har stor fysisk belastning, ofte kombinert med et høyt arbeidstempo mtp. pasienthåndtering. Høy kursdeltagelse blant ansatte i klinikken på oppsatte kurs. Fortsatt behov for opplæring for å redusere muskel - skjelettplager blant de ansatte.	Opplæring av VO, fortsette med å etablere ressurspersoner (ergonomi / forflytningsveiledere / helsemotivatorer) i klinikken. Kartlegge hjelpemidler til forflytning og vurdere innkjøp.
7. Kjemisk arbeidsmiljø		Flere enheter har fått på plass registrering av risikovurdering / substitusjon i EcoOnline etter økt fokus på dette siste året.	Tett oppfølging i linjen.
8. Smittevern		Kun 4% av kjøpte venekanyler er sikkerhetskanyler. Ansatte opplever at det jobbes godt med smittevern.	Kartlegge årsak til liten bruk av sikkerhetskanyler. Planlegger systematisk gjennomgang av utsyr og utarbeide rutiner for dette. Sikre god tilgjengelighet og informasjon ut til de ansatte.
9. Strålevern		Persondosimeter blir brukt og fulgt opp. En ansatt har overskrevet grenseverdien en gang.	Videreføre arbeidet med fokus på strålevern, og følge opp strålevernsundervisning til aktuelle ansatte
10. Brannvern		Lav andel som har gjennomført obligatorisk brannvernkurs.	Innføre "Brannmåned". Etablere brannvernkontakt.
11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		DSB har vært på flere tilsyn. God meldekultur ved avvik.	Fortsatt stort fokus.
12. Vold og trusler		Behov for mer opplæring blant de ansatte i det forebyggende arbeidet.	Fortsette med opplæring av ansatte både ift. risikovurdering og det forebyggende arbeidet. Opplæring av LIS under intro uke.

13. Inkluderende arbeidsliv		Stort fokus på god oppfølging i klinikken.	Fortsetter med aktivt medarbeiderskap og bruk av jordmor ved behov.
14. Rus- og avhengighetsproblematikk		Gode rutiner for oppfølging. Fagpersoner har vært mye inne i ledermøter.	Fortsatt videre fokus.
15. Ytre miljø		Manglende dokumentering av utslipp i Eco online.	Opplæring / oppfølging i linjen.
16. Åpenhetskultur			Oppfordring til å melde avvik i linjen.
17. Respektfullt arbeidsmiljø		Ansatte opplever å bli behandlet med respekt.	
18. Mobbing og trakassering		Det er nulltoleranse i klinikken. Sak tatt opp i avdelingsledermøte, alle avdelinger har hatt det som tema i sine ledermøter. Aktivt medarbeiderskap bidrar til involvering av medarbeiderne. Det tas opp som tema i gruppeveiledning av LIS 1. Alle nyansatte og studenter oppfordres til å melde avvik. Oppfølging av medarbeider undersøkelsen samt tema på personalmøter.	Fortsatt fokus.

19. Samarbeid (mellom yrkesgrupper og andre enheter)		På bakgrunn av høyt arbeidspress legges mye vekt på samarbeid.	Aktivt medarbeiderskap. Standardisering av personalmøter, tavlemøter og det grønne korset videreføres.
20. Konflikter og håndtering av konflikter			Fokus på forebygging, opplæring i saksgang.
21. Medvirkning		Forholdene ligger til rette for medvirkning f.eks. forbedringstavle, daglig styring og det grønne korset.	Fortsette med aktiv medarbeiderskap.
22. Negativt stress		Høyt arbeidspress, der svært mange ansatte opplever arbeidsbelastningen som for stor.	Fortsette fokus på bemanning ift. belegg, både i ferier og generell bemanning.

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Systematisk HMS	Tett oppfølging i forhold til gjennomføring av HMS-runder og oppfølging / registrering av forbedringsprosesser.
2	Brann	Innføre brannmåned med fokus på gjennomføring av e-læring og praktisk øving.
3	Arbeidsbelastning	Aktivt medarbeiderskap. Risikovurdere arbeidsturnus.
4	Ergonomi / helse	Opplæring av VO, fortsette med å etablere ressurspersoner (ergonomi / forflytningsveiledere / helsemotivatorer) i klinikken.
5	Kjemisk arbeidsmiljø	Tett oppfølging i linjen.

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Systematisk HMS	Tett oppfølging i forhold til gjennomføring av HMS-runder og oppfølging / registrering av forbedringsprosesser.
2	Brann	Innføre brannmåned med fokus på gjennomføring av e-læring og praktisk øving. Etablere brannvernkontakt.
3	Arbeidsbelastning	Fordele arbeidsbelastningen på sengepostene.
4	Ergonomi / helse	Opplæring / kursdeltagelse i ergonomi / helse.
5	Kjemisk	EcoOnline.

5.11. Nevroklinikken

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
1. Systematisk HMS-arbeid		Klinikken jobber videre med Achilles, HMS-runde, og ForBedring for kommende år.	Jobber videre med forbedring.
2. Plassforhold		Vi har to belastede områder i klinikken hvor det er for trangt.	Se på alternative arealløsninger.
3. Luftkvalitet		Mye gammel bygningsmasse påvirker negativt.	Lokale tiltak på egne kontorer, dialog med OSS renhold.
4. Støy		Det er et problem med støy / vibrasjon KNF.	Det jobbes med å finne løsninger på problemet. Arbeidsmiljøavdelingen bistår i saken.
5. Lysforhold		Ingen registrerte avvik i Achilles eller andre saker på dette.	
6. Ergonomi og fysisk helse		Enkelte seksjoner har tungt og ensidig arbeid.	Viktig med små pauser, se på antall forflytningsveiledere.

7. Kjemisk arbeidsmiljø		Bedring fra i fjor. Fortsatt noen utfordringer på lokalt nivå.	Følge opp individuelt lokal kjemikaliekontakt.
8. Smittevern		Største utfordring for NVR er stikkskader og forebygging av disse, smittevernrutiner, og dekning av influensavaksinasjon.	Få opp andel med stikkskaderessurskontakter i Nevroklinikken for å forebygge stikkskader. Informasjon om vaksinerings (influensa, hepatitt B). Ansatte med pasientkontakt og pasientrettet arbeid gjennomfører e-læringskurs "Basale smittevernrutiner" og "håndhygiene". Opplæring i bruk av sikkerhetskanyler.
9. Strålevern		Følges opp via linjene, HMS-runden, og strålevernkoordinatorne.	Se på opplæringsrutiner i klinikken.
10. Brannvern		Følges opp via brannvernkontakter lokalt, ledere, og brannvernkoordinator i klinikken.	Fortsette med god oppfølging av brannvernarbeidet.
11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Det er kun vurdert opplæring og sertifisering. Ikke hvordan utstyret fungerer.	Forslag fra NVR: Kartlegge kvaliteten på utstyret i neste års HMS-rapport.
12. Vold og trusler		Nevroklinikken har flere Achillesaker om vold og trusler mot de ansatte. Ikke alle steder har tilstrekkelig opplæring og kunnskap om håndtering av slike situasjoner. Imidlertid mener de ansatte at de vil bli godt ivaretatt om en slik hendelse oppstår.	Jobbe med opplæring og kunnskap om vold og trusler.

13. Inkluderende arbeidsliv		Det jobbes kontinuerlig med sykefravær og tett oppfølging av sykemeldte. Vernetjenesten har hatt undervisning med bedriftsjordmor.	
14. Rus- og avhengighetsproblematikk		Det er avholdt få informasjonsmøter om Akan i Nevroklinikken.	Akan-kontakt inviteres til ledermøter, verneombudssamling, og AMU. Opplyse om Akan arbeidet i klinikken.
15. Ytre miljø		Mangler registrering av lovlige helse- og miljøfarlige stoffer i EcoOnline.	Registrere lovlige helse- og miljøfarlige stoffer i Ecoonline. Gjennomgå avfallsrutiner i klinikken.
16. Åpenhetskultur		Bakgrunn i ForBedring 2018. NVR scorer 79 (OUS: 81).	
17. Respektfullt arbeidsmiljø		Det finnes utfordringer noen steder, disse jobbes det med.	
18. Mobbing og trakassering		Resultatene basert på spørsmålene fra ForBedring 2018. Gir svært usikkert datagrunnlag til å kunne trekke slutninger.	
19. Samarbeid (mellom yrkesgrupper og andre enheter)		Det er noen uroligheter i enkelte seksjoner.	Følges i linjen.

20. Konflikter og håndtering av konflikter		Det arbeides kontinuerlig med konflikthåndtering.	Stabsstøtte i linjene.
21. Medvirkning		Medvirkning fungerer godt på klinikknivå. Kan bli bedre lokalt.	Følges i linjene.
22. Negativt stress		Bakgrunn i ForBedring 2018. NVR scorer 61 (OUS: 63).	Forbedring av drift gjennom klinikkens forbedringsprogram. Påse at etablerte rutiner følges. Tydelig rolle / stillingsbeskrivelse.

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Vold og trusler	Nevroklinikken har flere Achillessaker om vold og trusler mot de ansatte. Ikke alle steder har tilstrekkelig opplæring og kunnskap om håndtering av slike situasjoner. Imidlertid mener de ansatte at de vil bli godt ivaretatt om en slik hendelse oppstår.
2	Smittevern	Største utfordring for NVR er stikkskader og forebygging av disse, smittevernrutiner, og dekning av influensavaksinasjon.
3	Kjemisk arbeidsmiljø	Bedring fra i fjor. Fortsatt noen utfordringer på lokalt nivå.
4	Negativt stress	Bakgrunn i ForBedring 2018. NVR scorer 61 (OUS: 63).
5	Rus og avhengighetsproblematikk	Det er avholdt få informasjonsmøter om Akan i Nevroklinikken.

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Vold og trusler	Risikovurdering av vold og trusler i forhold. Opplæring, vurdering av fysiske forhold, etc.
2	Smittevern	Flere stikkskaderessurskontakter, sikkerhetskanyler, e-læringskurs.
3	Kjemisk arbeidsmiljø	God monitorering, substituering, og registrering.
4	Negativt stress	Forbedring av drift gjennom klinikkens forbedringsprogram. Påse at etablerte rutiner følges. Tydelig rolle / stillingsbeskrivelse.
5	Rus og avhengighetsproblematikk	Akan-kontakt inviteres til ledermøter, verneombudssamling, og AMU. Opplyse om Akan-arbeidet i klinikken.

5.12. Ortopedisk klinikk

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
1. Systematisk HMS-arbeid		ForBedring: Viktig å øke svarprosent / deltakelse. Ønsket mål for OPK er 75%. Gjennomføring av etterarbeid / gruppesamtaler.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tett oppfølging av klinikkleder overfor avdelingslederne / lederne i avdelingsledermøtene / driftsmøter. 2. Kake til de som oppnår 100% svar på undersøkelsen. 3. Motivasjonsmail fra klinikkleder. Hvorfor bør du delta i undersøkelsen? 4. Klinikkleder / HR-leder påpeker lederansvaret ifht. etterarbeidet og registrering i Achilles. (HR i klinikk og KVO kan assistere ved registrering i Achilles).
2. Plassforhold		Operasjons Ullevål: manglende lagerkapasitet. Ryggseksjonene trenger en større operasjonsstue til O-arm.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Initiere et samarbeid med Akuttklinikken med fordeling av lagerkapasitet på SOP. 2. OUS må sørge for omfordeling av operasjonsstuer på SOP. 3. Saken følges opp i Klinikk AMU.
3. Luftkvalitet		Operasjonsstue Storgaten: Vanskelig å regulere temperatur Operasjonsstue Rikshospitalet: Argon-diatermirøyk. Kjøkken Rikshospitalet: For høy innetemperatur. Skadelegevakten: For høy innetemperatur.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avdelingsleder Ullevål må be om teknisk assistanse fra OSS / Ullevål. 2. Avdelingsleder må initiere samarbeid med driftssjefen i Storgaten 40 / Helseetaten vedrørende vedlikehold av anlegg. 3. Ta i bruk masker med P3-filter. 4. Nytt kjøkken er etablert i annet lokale. 5. Avdelingsleder Skadelegevakten må etterspørre at serviceavtalen på kjøleaggregatene følges opp av driftssjef i Storgaten 40 / Helseetaten.

4. Støy		Hvor er det støy?	1. HR i klinikk og KVO undersøker nærmere hvor dette er og omfanget av problemet.
5. Lysforhold		Jevnt over lysforhold i OPK.	Ingen konkrete.
6. Ergonomi og fysisk helse		Stor fysisk belastning og et høyt arbeidstempo mht. pasientbehandling.	Vurdere muligheten for pausegym ved anledning. Spesielt fokus på merkantilt personell. Sikre at forflytningsveiledere i klinikken har tid til undervisning av personalet. I tillegg benytte Arbeidsmiljøavdelingens bedriftsfysioterapeuter til veiledning i forflytning. Sikre at det finnes relevante hjelpemidler.
7. Kjemisk arbeidsmiljø		EcoOnline er ikke oppdatert og det er ikke foretatt substitusjonsvurdering ute i enhetene.	Det er gjennomført målinger av kirurgisk røyk ved bruk av diatermi på Ullevål og RH. Mottatt rapport. Tatt opp i Klinikk AMU. Vernemasker tatt i bruk og initiert av seksjonsleder. Ny retningslinje for bruk av verneutstyr er godkjent. Øke andel substitusjonsvurdering og risikovurdere arbeidsprosesser. Det er laget egen meny på Intranett for kjemikaliekontakter.
8. Smittevern		Sikkerhetskanyler: alle relevante enheter skal bruke. Influensavaksine: høy deltakelse.	1. Gjøre ledere, bestillingsansvarlige og ansatte oppmerksomme på at den finnes. 2. Informere om produktnavn og nr. 3. Eventuelt bruke Jeanette Selvik fra PULSMED (leverandør) i internundervisning / veiledning. 4. 520 av 650 ansatte har tatt vaksinen, og dette tilsvarer 80%.

9. Strålevern		Ryggseksjonen Ullevål: blir utsatt for større risiko for overeksponering av stråling.	1. Innkjøp av O-arm er godkjent. Denne krever større areal / operasjonsstue.
10. Brannvern		Kraftig forbedring.	1. Fortsatt motivere for gjennomføring av e-læringskurs.
11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Sertifisering: tilfredsstillende.	
12. Vold og trusler		Skadelegevakten: mest utsatt og størst risiko for vold og trusler.	1. Mer kursing.
13. Inkluderende arbeidsliv		Oppfølging av ansatte: tilfredsstillende.	
14. Rus- og avhengighetsproblematikk		P.t. ingen på Akan-avtale, kan tyde på at det er "mørketall".	1. Sikre at ledere og ansatte har informasjon om Akan-tilbud.
15. Ytre miljø		Ansatte er motiverte, men det mangler systemer for oppfølging.	

16. Åpenhetskultur		Det er bedring, men det er fortsatt viktig å motivere legegruppen til å melde avvik.	1. Tydelige signaler fra klinikkledelsen, avdelingsleder, seksjonsleder og enhetsleder.
17. Respektfullt arbeidsmiljø		Stedvis utfordringer mellom leger og andre yrkesgrupper. Men også internt i yrkesgruppene.	1. Jobbe med kultur i klinikken. Informere ut i linjen at det finnes ressurser å støtte seg på i Arbeidsmiljøavdelingen(kulturgruppen). 2. Fremme / finne gode samarbeidsarenaer / møteplasser.
18. Mobbing og trakassering		Det er nulltoleranse for mobbing / trakassering i OPK.	1. Tidlig reaksjon fra laveste ledernivå er nødvendig. Leder må be om bistand fra HR-leder så raskt som mulig.
19. Samarbeid (mellom yrkesgrupper og andre enheter)		Se pkt. 17.	1. se pkt. 17. Eks. Mellom Operasjon UL OPK og Steril AKU opprettes en samarbeidsarena / møteplass.
20. Konflikter og håndtering av konflikter		Konflikter oppstår gjerne ut fra utfordringer som det ikke har latt seg gjøre å finne løsninger på. Har gjerne bygd seg opp over lenger tid. Klinikken har p.t. noen kjente konflikter som blir håndtert av HR-leder og klinikkleder.	1. Prøver å finne løsninger som begge parter kan leve med. I noen tilfeller vil omplassering være nødvendig.
21. Medvirkning		Manglende informasjon til ansatte samt involvering av vernetjenesten og tillitsvalgtapparatet i endring og omstillingsprosesser.	Informere om rutiner og prosedyrer for endring og omstillingsarbeid. Det er bedret på klinikknivå men det gjenstår noe ute i linjen. Kontinuere faste dialog og informasjonsmøter på klinikknivå. Tydeliggjøre nærmeste leders ansvar for informasjon og medvirkning.

22. Negativt stress		Mange enheter har stor arbeidsmengde. Det er bra at man har mye / nok å gjøre, men det er ikke bra at mange opplever at de er utilstrekkelig ifht. pasientene.	Tydeliggjøre hva som må prioriteres og avklare oppgaver og forventninger. Leder har åpen dør til ansatte som opplever at de ikke strekker til ifht. arbeidsmengde. Leder hjelper ansatte å prioritere.
----------------------------	--	--	--

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Plassforhold	Operasjons Ullevål: Ryggseksjonene trenger en større operasjonsstue til O-arm for at ansatte ikke skal bli utsatt for stråling.
2	Stress	Mange enheter har stor arbeidsmengde. Det er bra at man har mye/nok å gjøre, men det er ikke bra at mange opplever at de er utilstrekkelig ifht. pasientene. Tydeliggjøre hva som må prioritere og avklare oppgaver og forventninger. Leder har åpen dør til ansatte som opplever at de ikke strekker til ifht. arbeidsmengde. Leder hjelper ansatte å prioritere.
3	Medvirkning	Manglende informasjon til ansatte samt involvering av vernetjenesten og tillitsvalgtapparatet i endring og omstillingsprosesser.
4	Ergonomi og fysisk helse	Stor fysisk belastning med høyt arbeidstempo mht. pasientbehandling og lite egnede lokaler.
5	Smittevern	Sikkerhetskanyle: alle relevante enheter skal bruke disse. Influensavaksine: høy deltakelse.

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Plassforhold	Initiere et samarbeid med Akuttklinikken med fordeling av lagerkapasitet på SOP. OUS må sørge for omfordeling av operasjonsstuer på SOP. Saken følges opp i Klinik AMU.
2	Stress	Tydeliggjøre hva som må prioritere og avklare oppgaver og forventninger. Leder har åpen dør til ansatte som opplever at de ikke strekker til ifht. arbeidsmengde. Leder hjelper ansatte å prioritere.
3	Medvirkning	Informere om rutiner og prosedyrer for endring og omstillingsarbeid. Det er bedret på klinikknivå men det gjenstår noe ute i linjen. Kontinuere faste dialog og informasjonsmøter på klinikknivå. Tydeliggjøre nærmeste leders ansvar for informasjon og medvirkning.
4	Ergonomi og fysisk helse	Vurdere muligheten for pausegym ved anledning. Spesielt fokus på merkantilt personell. Sikre at forflytningsveiledere i klinikken har tid til undervisning av personalet. I tillegg benytte Arbeidsmiljøavdelingens bedriftsfysioterapeuter til veiledning i forflytning. Sikre at det finnes relevante hjelpemidler.
5	Smittevern	Gjøre ledere, bestillingsansvarlige og ansatte oppmerksomme på at den finnes. Informere om produktnavn og nr. Eventuelt bruke Jeanette Selvik fra PULSMED (leverandør) i internundervisning / veiledning. 520 av 650 ansatte har tatt influensavaksinen, og dette tilsvarer 80%.

5.13. Oslo sykehuservice

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
1. Systematisk HMS-arbeid		Pr. 15. november 2018 er 45 % av HMS-rundene ferdigstilt. Dette er en nedgang fra 80 % i 2017, men da ble oppsummeringen gjort 8. februar påfølgende år. OSS har forholdsvis få nye tiltak knyttet til HMS. Når det gjelder HMS som tema har OSS jevn god skår, og snittet er på 87 (snitt OUS er 85).	OSS jobber målbevisst for å bedre meldekultur og avvikshåndtering gjennom å ha dette som fast tema i kvalitetsutvalget og klinikk AMU. Lederne har ansvar for oppfølging av avvik, inklusive registrering av tiltak fra ForBedring. Kvalitetsrådgiver vil videreføre direkte oppfølging av avvik som ikke er lukket samt kvalitetssikre tiltakene. Vi vil synliggjøre sammenhengen mellom internrevisjon, avvik og kontinuerlig forbedring og bruke dette aktivt for prioritering av tiltak.
2. Plassforhold		14 % av verneområdene er beskrevet som ikke eller i liten grad tilfredsstillende. Generelt skårer OSS godt på tema, med 79 % og hvor OUS samlet har en skår på 73 %. Mange områder er godt fornøyde, flytting av HR-drift og Tolkesentralen eks. på som positive tiltak.	Byggeprosjektene vil være en midlertidig utfordring og OSS må jobbe målrettet for å legge best mulig til rette for å minimere ulempene for alle.
3. Luftkvalitet		Generelt skårer OSS godt på tema, men 15 % mener luft-kvalitet i liten grad er tilfredsstillende. OSS skårer noe bedre enn OUS for øvrig. Ventilasjonsforbedringer er ferdigstilt i 2018.	Fortsatt fokus på orden og renhold for å forbedre luftkvaliteten i påvente av nybygg.
4. Støy		Jevnt over godt fornøyd.	Ingen konkrete tiltak.

5. Lysforhold		Jevnt over gode lysforhold i OSS.	Ingen konkrete tiltak.
6. Ergonomi og fysisk helse		OSS har utdannet 10 forflytningsveiledere, 13 helsemotivatorer og 11 som har fokus på kontorarbeidsplasser. Ifølge underlagene er det flere indikatorer som havner på oransje: Opplæring, fysisk aktivitet og tilrettelegging slik at muskel-skjelettplager unngås. OSS har god deltagelse på kurs og fokus på fysisk aktivitet. I tillegg bruker OSS Arbeidsmiljøavdelingen mye mht. undervisning og tilrettelegging for enkeltansatte.	OSS vil iverksette tiltak for å fremme fysisk aktivitet. AMU i OSS vurderer konkrete forslag. OSS vil også prioritere å øke antall interne ressurspersoner og tilgjengelig utstyr/ program for gjennomføring av fysisk aktivitet.
7. Kjemisk arbeidsmiljø		Temaet berører få avdelinger, men for de det gjelder er det viktig å fokusere på stoffkartotek og substitusjonsvurdering.	Stoffkartotek må oppdateres og avfallshåndteringen må vurderes med et miljøvennlig perspektiv.
8. Smittevern		Økning i antall stikkskader, selv om tallet bare er 22. Økning i influensavaksiner.	Viktig at det gode arbeidet med influensa-vaksinering fortsetter. Ledere må sørge for at tilbudet gjøres kjent og systemsettes. Det bør også vurderes tiltak (som f.eks. opplæring om smittemerking) for renholdere og portører som går inn i områder hvor det er smitte.
9. Strålevern		Lite aktuelt for OSS.	Ansatte som kommer i kontakt med radioaktivt avfall må få opplæring i dette.
10. Brannvern		God forbedring siden 2017, både innenfor opplæring og oppfølging / bruk av utstyr.	

11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Lite aktuelt for OSS.	Sykepleiere ved Ressurspool må sikres god nok opplæring.
12. Vold og trusler		Noe mangelfull opplæring i hvordan man skal håndtere truende situasjoner. Uansett oppfatter ikke partene dette som et stort problem for OSS, og enkeltepisoder håndteres bra.	OUS sine retningslinjer må fortsatt følges. Alle må være OBS på utfordringen, anses som samfunns-utfordringer. Klinisk rettet e-læringskurs knyttet til den enkeltes sikkerhet kommer. Det må gjøres en risikovurdering over hvilke yrkesgrupper dette kurset skal være obligatorisk for (mer konkrete tiltak).
13. Inkluderende arbeidsliv		Selv om OSS fortsatt har høyt fravær sammenlignet med OUS for øvrig er det en gledelig nedgang. Partene tror dette skyldes lang og god oppfølging, selv om OSS skårer lavere enn OUS snitt på spørsmål om sannsynlig god oppfølging ved sykdom.	OSS må fortsette det gode arbeidet som gjøres, spesielt med å systemsette oppfølging av korttids fravær. OSS må informere mer om bruk av bedriftsjordmor, er for lite benyttet i OSS.
14. Rus- og avhengighetsproblematikk		OSS har 6 Akan-saker pr. 2026 ansatte, noe som anses bra sammenlignet med OUS for øvrig. OSS har ikke gjennomført formelle kurs, men har Akan som tema ved flere anledninger og deltar aktivt i arbeidet. God skår på Forbedring ifht. at ansatte vet hva de skal gjøre hvis de er bekymret for at en kollega har rusproblem.	Må fortsatt ha jevnt fokus på tema.
15. Ytre miljø		Store variasjoner. Det jobbes tilsynelatende godt med tema, samtidig som miljøfarlige stoffer slippes ut i avløp. OSS skårer bedre enn OUS snitt på ForBedring.	Miljøvennlig OUS må iverksette tiltak på tvers av klinikkene.
16. Åpenhetskultur		Skår fra ForBedring tilsier at OSS kan forbedre kulturen ifht. å synliggjøre at innspill fra de ansatte blir verdsatt og hensyntatt. OSS har størst utfordring innen arbeidsbelastning og	Ledere må synliggjøre eksempler på at ansattes innspill blir hensyntatt. Viktig at uenigheter verdsettes, men at det er leder som må fatte avgjørelser.

		egenkontroll.	
17. Respektfullt arbeidsmiljø		OSS skårer noe lavere enn OUS snitt (hhv. 73/78) på tema.	Må fortsatt ha jevnt fokus på tema. OSS vil vurdere å utdanne flere kulturkonsulenter som kan bistå avdelingene / seksjonene / enhetene med alle de psykososiale temaområdene.
18. Mobbing og trakassering		OSS skårer noe lavere enn OUS på temaene, men skårer bedre på av konflikter blir håndtert på en god måte.	OUS retningslinje må følges. 0-toleranse må gjelde, ledere må ta tak i saker med en gang de oppstår.
19. Samarbeid (mellom yrkesgrupper og andre enheter)		Store variasjoner, avhengig av faggruppe og oppgaver.	
20. Konflikter og håndtering av konflikter		Opplevs ikke som et stort problem, men for de som blir berørt er dette veldig alvorlig.	OUS retningslinje må følges. Konflikter må tas tak i med en gang de blir kjent for leder.
21. Medvirkning		Trenger fortsatt fokus på temaet. Ansatte skårer dårlig på involvering i endringsprosesser, samt oppmuntres til å delta i viktige avgjørelser. Dette kan være en medvirkende faktor til opplevelsen av negativt stress.	Må fortsatt ha jevnt fokus på tema.
22. Negativt stress		Flere og flere opplever at arbeidsbelastningen er for høy og at egenkontrollen ikke er god nok.	Videreføre ressursstyring og bemannings-planlegging, fordeling av oppgaver, rutiner. Jobbe smartere / kontinuerlig forbedring.

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Engasjement	OSS skårer noe under snittet for OUS i 2018. Vi skårer spesielt dårlig på spørsmål om arbeidsoppgavene er engasjerende og at man får utviklet seg gjennom jobben.
2	Teamarbeidsklima	OSS skårer noe under snittet for OUS i 2018. Vi skårer spesielt dårlig på spørsmål om forskjellige yrkesgrupper samarbeider godt og om man får støtte og hjelp fra kolleger når man trenger det.
3	Arbeidsforhold	OSS skårer noe under snittet for OUS i 2018. ForBedring tilsier en opplevelse av at man ikke har tilstrekkelig med ressurser eller hjelpemidler til å utføre sine oppgaver og at arbeidsbelastningen er for stor.
4	Sikkerhetsklima	OSS skårer noe under snittet for OUS i 2018. Dette gjelder spesielt på spørsmål om vi melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skader eller feil. OSS skårer også noe dårligere på spørsmål om kolleger oppmuntrer til å si fra dersom man er bekymret for sikkerheten.
5	Psykososialt arbeidsmiljø	OSS skårer noe under snittet for OUS i 2018. ForBedring tilsier at færre enn i OUS tror de vil bli godt ivaretatt om de skulle bli utsatt for trusler eller vold, men flere hevder at konflikter vil bli håndtert på en god måte. Seksuell trakassering og diskriminering skårer noe dårligere enn snittet for OUS.

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Medvirkning	Forslag til endring av arbeidsmetodikk bør være tema på minst 2 personalmøter før 31.8.2019. OSS skal gjennomføre og følge opp ressursstyring og bemanningsplanlegging, fordeling av oppgaver og bedre rutiner ved flere enheter. OSS skal snakke mer om medansvar og viktigheten av å gi støtte til arbeidskolleger. OSS skal synliggjøre at avvik i Achilles fører til forbedringer.

2	Konflikthåndtering	HR-stab i OSS vil prioritere å bistå ledere og øvrige ansatte ved henvendelser om konflikter. HR-stab har ingen nøytral rolle og OSS vil gi påminnelser om hvor ledere og øvrige ansatte i tillegg kan søke hjelp før situasjonen blir for fastlåst. Alle har eget ansvar for å bidra til et godt arbeidsmiljø og unngå konflikter.
3	Ergonomi og fysisk aktivitet	AMU i OSS vil fordele midler for innkjøp av enkelt treningsutstyr til enheter som vil iverksette tiltak. Fortsatt fokus på forflytningsveiledere, helsemotivatorer og kontorarbeidsplasser.
4	Avvikshåndtering	OSS vil aktivt jobbe for flere avviksmeldinger i Achilles og lære av avvik. Det Grønne korset er et nyttig verktøy for dette, og bør implementeres i flere av enhetene.
5	Samarbeid	OSS vil synliggjøre viktigheten av godt partsamarbeid på alle nivå. Deltagere i AMU i OSS skal delta på fellesseminarer for å sette fokus på samarbeid og saker som kan tas opp i dette forumet. Klinikkerneombudet vil invitere til samarbeidsmøte / rolleavklaringsmøte med nye verneombud sammen med leder.

5.14. Klinikk for psykisk helse og avhengighet

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering	Kommentarer	Forbedringstiltak
1. Systematisk HMS-arbeid		Alle verneområder har gjennomført HMS-runde v/ kontroll, men flere ledere og VO ikke har signert handlingsplan 2018, derfor svakt på statistikk. Egenkontroll viser at noen har utfordringer med gjennomføring av tiltak og evaluering. Sykehuset vektlegger i liten grad "systematikken" ved at fokus i oppfølgingen er handlingsrettet, ikke kvalitetsfokuseret.	Kartlegge avdelingsvis hvilke enheter som har utfordringer, og tilby bistand til disse. Tilbakemelde til Arbeidsmiljøavdelingen ønske om mer kvalitetsfokus i det systematiske HMS-arbeidet.
2. Plassforhold		23% svarer i HMS-runden at dette er i liten grad tilfredsstillende. Kjent problemstilling, begrenset mulighet for tiltak i klinikken.	Alle avdelinger melder inn sine behov til strategisk arealforum, for en helhetlig prioritering i klinikken. Gjelder også luftkvalitet og støy.
3. Luftkvalitet		Nesten 40% vurderer temperatur og luftkvalitet som i liten grad tilfredsstillende. Kaldt om vinteren og varmt om sommeren, mangler solskjerming og luftemuligheter, flere avvik meldt. Gjelder også nyere bygg.	Ta opp sak til AMU nivå 1, be om at det sikres at OSS har tilfredsstillende beredskap til å håndtere temperatursvingninger, ut over det som er vanlig og forventet.
4. Støy		10% beskriver dette som ikke eller i liten grad tilfredsstillende. Ses i sammenheng med punkt 2. Utfordringer med lokaler som ikke er tilpasset utagerende og høylytte pasienter.	Støyreducerende tiltak må vurderes, der dette er mulig.
5. Lysforhold			
6. Ergonomi og fysisk helse		1) Stadig flere ansatte som pga. egne fysiske begrensninger, har utfordringer med utagerende pasienter, mindre mulighet for tilrettelegging kan føre til økt sykefravær. 2) Lite fokus på tiltak for å fremme fysisk aktivitet blant	2) Samle og sende ut informasjon om hva som finnes av tilbud og kurs på OUS. Øke fokus på helsemotivatorer.

		ansatte.	
7. Kjemisk arbeidsmiljø		Manglende oversikt og manglende bruk av stoffkartotek.	Iverksatt tiltak med frist 1.4.19.
8. Smittevern		1) Lite og få steder, potensielt alvorlig fordi det som meldes ofte gjelder MRSA og tuberkulose. Avvik bekrefter HMS-runden på at det er noe manglende kunnskap om smittevern og gjeldende rutiner. 2) Bestilt lite influensavaksiner.	1) Linjeledelsen må følge opp at det iverksettes forbedringstiltak hos de som har hatt alvorlige og / eller gjentakende avvik siste år. 2) Klinikkleder har sendt ut ekstra oppfordring om at flere vaksinerer seg.
9. Strålevern			
10. Brannvern		Brannvernprogrammene er gjennomgått i 2018, mye bra, stemmer med egenkontrollen. Litt få brannøvelser. Lite gjennomført e-læring. Flere avvik der pasient har fått tilgang til fyrstikker / lighter (tas under sikkerhet.)	Øvelser og e-læring skal gjennomføres iht. sykehusets rutiner. Leder må følge opp at ansatte gjør dette.
11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)			
12. Vold og trusler		1) Økende risiko ved ambulerende tjenester, da denne type tjenester øker raskt. 2) Gjentakende brudd på sikkerhetsrutinene, kan synes som man i liten grad lærer av de brudd som skjer.	1) Alle ambulerende tjenester i klinikken må vurderes iht. aml. krav om arbeid med fare for vold og trusler. 2) Tema på HMS-seminar, fokus på hvordan vi kan skape en bedre sikkerhetskultur.

13. Inkluderende arbeidsliv		Generelt forbedringsområde.	
14. Rus- og avhengighetsproblematikk		Generelt forbedringsområde. Har innført at arbeidsgiver IKKE betaler for alkohol på tilstelninger for ansatte.	
15. Ytre miljø		Etterleve tiltak som kommer fra nivå 1. Gjøres noen lokale tiltak på innsamling av plast og glass, organiseres av miljøkoordinator, som avklarer med nivå 1.	
16. Åpenhetskultur		Generelt forbedringsområde, ForBedring viser ikke til store utfordringer på klinikknivå, men det er enheter som har utfordringer og jobber med dette.	
17. Respektfullt arbeidsmiljø		Generelt forbedringsområde, ForBedring viser ikke til store utfordringer på klinikknivå, men det er enheter som har utfordringer og jobber med dette.	
18. Mobbing og trakassering		Forebyggende tiltak for trakassering er sendt ut og implementeres i 2019. Nulltoleranse for mobbing og trakassering, saker som meldes følges opp med bistand fra HR.	
19. Samarbeid (mellom yrkesgrupper og andre enheter)		Generelt forbedringsområde, ForBedring viser ikke til store utfordringer på klinikknivå, men det er enheter som har utfordringer og jobber med dette. Svært få har definert hvem "de andre" er, slik at de ansatte vet hvilke samarbeidspartnere de svarer på. Er ikke lagt opp til noe felles etterarbeid i disse "samarbeidsgruppene".	

20. Konflikter og håndtering av konflikter		Kontinuerlig arbeid, tas tak i så snart det blir kjent. Prøves løst på lavest mulig nivå, med bistand fra HR og / eller BHT.	
21. Medvirkning		Kan synes som om både ansatte og ledere burde vært bedre kjent med bruk av rutiner og spilleregler ved endring og omstillinger.	1) Workshop for ledere, verneombud og tillitsvalgte. Jobbe med hvordan en omstillingsprosess skal gjennomføres (praktisk bruk av de rutinene vi har). 2) Tilbys som tema på personalmøter i forkant av endringer og omstillinger
22. Negativt stress		Sammensatt problemstilling, gjelder både på individ og gruppenivå.	Tema på felles møte mellom KAMU og klinikkens ledergruppe. Konkrete tiltak må iverksettes lokalt. KAMU etterspør og følger opp hva som blir gjort i avdelingene.

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Lokaler, luft, plass og støy	Lokalene fører til utfordringen med plass, luft og støy, se kommentarer i årsrapporten.
2	Vold og trusler	1) Økende risiko ved ambulerende tjenester, da denne type tjeneste øker raskt.
3	Vold og trusler	2) Gjentakende brudd på sikkerhetsrutinene.
4	Medvirkning	Kan synes som om både ansatte og ledere burde vært bedre kjent med hvordan bruke rutiner og spilleregler ved endring og omstillinger.
5	Negativt stress	Sammensatt problemstilling, gjelder både på individ og gruppenivå.

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Lokaler, luft, plass og støy	1) Alle avdelinger melder inn sine behov til strategisk arealforum. Gjelder også luftkvalitet og støy. 2) Ta opp sak til AMU nivå 1 om tilstrekkelig beredskap ved OSS, for å håndtere temperatursvingninger ut over det som er vanlig.
2	Vold og trusler	1) Alle ambulerende tjenester i klinikken må vurderes iht. aml. krav om arbeid med fare for vold og trusler.
3	Vold og trusler	2) Sikkerhetskultur er tema på HMS-seminar 15.01.19, fokus på hva vi kan forbedre?
4	Medvirkning	1) Workshop for ledere, verneombud og tillitsvalgte. Jobbe med hvordan en omstillingsprosess skal gjennomføres (praktisk bruk av de rutinene vi har). 2) Tilbys som tema på personalmøter i forkant av endringer og omstillinger.
5	Negativt stress	Tema på felles møte mellom KAMU og klinikkens ledergruppe. Konkrete tiltak må iverksettes lokalt. KAMU etterspør og følger opp hva som blir gjort i avdelingene.

5.15. Prehospital klinikk

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
1. Systematisk HMS-arbeid		<p>Arbeidstilsynet har i 2018 gjennomført omfattende tilsyn av ambulansetjenesten. Det jobbes for tiden med å få en totaloversikt over alle pålegg og vurdere tiltak til dem. Rapport fra Arbeidstilsynet vedrørende bygg er ikke mottatt per dags dato.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) PRE har påbegynt ROS-analyser, men er ikke ferdige ennå. 2) Mange åpne tiltak fra HMS-runden. 3) Løsning av HMS-avvik tar ofte for lang tid. Ikke tilstrekkelig læring fra avvikene. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Er i tiden i prosess med å få ansatt en HMS-rådgiver. 2) Få gjennomført og lukket tiltak fra HMS-runden. 3) Se pkt. 1, HMS-rådgiver vil følge opp dette.
2. Plassforhold		<ol style="list-style-type: none"> 1) 45 % av verneområdene har i HMS-runden vurdert situasjonen sin som ikke eller i liten grad tilfredsstillende. 2) Administrasjonen har for få møteplasser / rom, og er heller ikke samlokalisert. 3) Klinikken opplever generelt stor vekst i aktivitet som medfører økt bemanning og plassbehov. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Forbedringstiltak vil bli utformet i sammenheng med Arbeidstilsynets rapporter. 2) Behov for ny AMK-sentral, som må ses i sammenheng med administrasjonens lokaliseringsbehov.
3. Luftkvalitet		<ol style="list-style-type: none"> 1) Dårlig inneklime, spesielt på Ullensaker ambulansestasjon. 2) Temperatur og luftkvalitetsutfordringer i Søsterhjemmet. 3) For dårlig ventilasjon og oppvarming på Bærum ambulansestasjon. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ventilasjonssystemet på Ullensaker må oppgraderes. 2) Se i sammenheng med pkt. 2 i Plassforhold. 3) Finne en løsning i samråd med Vestre Viken.

4. Støy		<p>1) AMK sentralen har maksimal arealutnyttelse med tanke på økt antall medarbeidere, i sammenheng med økt aktivitet. Verbal kommunikasjon er en hovedaktivitet til de som jobber i AMK, som fører til støy.</p> <p>2) Vindavviser til ambulanser ble påmontert de kjøretøyene hvor det ble rapportert om uønsket støy. Dette er et tiltak som har hjulpet.</p>	1) Ny AMK-sentral.
5. Lysforhold		1) Kontorarealer har generelt gode lysforhold.	
6. Ergonomi og fysisk helse		<p>1) Ambulanseavdelingen / luftambulanseavdelingen har uforutsigbar ergonomi i hverdagen. Denne jobben medfører tydeligvis uheldige arbeidsstillinger. Avdelingenes arbeidsoppgaver er fysisk belastende med tunge løft. Svært mange opplever at de ikke eller i liten grad har mulighet til å begrense den daglige tunge belastningen.</p> <p>2) Klinikken har i dag ikke krav til de ansattes fysiske kapasitet, og dette må ses i sammenheng med egen og pasientenes sikkerhet.</p> <p>3) Klinikken har et lavt sykefravær.</p>	1) Alle ansatte kurses ifbm. riktig forflytningsteknikk og gjøres bevisst på risikoene.
7. Kjemisk arbeidsmiljø		1) PRE har jobbet aktivt med å oppdatere i EcoOnline. Sikkerhetsdatabladene har blitt gjort tilgjengelig utenfor intranettet og stasjonene, da ansatte kan få tilgang til dem ved behov gjennom digitale løsninger.	
8. Smittevern		<p>1) Arealene klinikken disponerer gir også utfordringer i henhold til hygienekrav (ren / uren sone)</p> <p>2) Renhold av personlig arbeidstøy (pålegg fra Arbeidstilsynet).</p>	Konkrete forslag kan ikke utarbeides før endelige rapporter fra Arbeidstilsynet er tilgjengelig.

9. Strålevern		De ansatte er i svært liten grad involvert i arbeid med stråling.	
10. Brannvern		I 2018 ble det sendt beskjed til alle verneombud at det skal være lokal brannvernkontakt. Det har vært et bevisst fokus på dette temaet i 2018.	
11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Resultatene fra HMS-runden tyder på at de ansatte i stor grad er fornøyde med opplæringen og utstyret når det gjelder MTU.	
12. Vold og trusler		Vold og trusler er høy risiko for klinikkens ansatte. Ansatte utsettes i økende grad for vold og trusler. Klinikken har stor fokus på tematikken.	Flere tiltak vil bli opprettet i sammenheng med Arbeidstilsynets pålegg.
13. Inkluderende arbeidsliv		PRE har i liten grad mulighet til å omplassere ansatte som ikke lenger kan være i operativ tjeneste. Det har blitt gjort flere forsøk med omplassering også inn mot sykehuset.	Sykehuset utarbeider ny IA handlingsplan.
14. Rus- og avhengighetsproblematikk		Ansatte rapporterer i hovedsak til sin nærmeste leder om de omfatter eller har mistanke om at kollegaer har et rusproblem.	Det gjennomføres et Akan-kurs for ledere og tillitsvalgte i løpet av 2019.
15. Ytre miljø		Alle operative kjøretøy / helikoptre går på fossilt brennstoff. Av hensyn til pasientene blir det en del tomgangskjøring.	Se om det er mulig med ladepunkter for beredskapspunkter. Samtidig som man utreder muligheten for flere beredskapspunkt-2.

16. Åpenhetskultur		1) De ansatte opplever og føler at de ikke kan si i fra eller blir hørt i prosesser.	1) Invitere til mer åpenhet og involvering i prosess av ansatte, og ikke kun tillitsvalgte. 2) Tydeliggjøre og synliggjøre samarbeidskanalene.
17. Respektfullt arbeidsmiljø		PRE trenger å jobbe med holdninger i forhold til å sikre alle et respektfullt arbeidsmiljø.	Oppfordre til å si i fra dersom man føler noen går over grensen for hva som er akseptabelt.
18. Mobbing og trakassering		PRE har nulltoleranse for mobbing og trakassering.	Sykehusets retningslinjer for mobbing og trakassering brukes. Slike saker følger linjeledelsen.
19. Samarbeid (mellom yrkesgrupper og andre enheter)		Samarbeidet med andre nødenheter oppleves generelt som godt. Samarbeidet med andre helseinstitusjoner oppleves også som generelt godt. Samarbeidet mellom AMK og AMB har blitt bedret det siste året, og arbeidet med samarbeid og kommunikasjon vil fortsette.	Vedlikeholde og pleie tverrfaglige samarbeidsfora.
20. Konflikter og håndtering av konflikter		1) Ansatte opplever konflikter i klinikken og at de kan være krevende. 2) Endringsprosesser kan oppleves av ansatte som konflikter.	1) Kartlegge hvilke konflikter dette er og på hvilket nivå. 2) Se på om gjennomføring av endringsprosesser kan gjøres på en annen måte.
21. Medvirkning		Kapasitetsproblemer gjør at medvirkningsprosesser ikke bestandig blir gjennomført. At klinikkens størrelse har økt betraktelig de siste årene har medført økt avstand mellom ansatte og ledere i klinikken.	Avtalte møtepunkter prioriteres mellom ledere og tillitsvalgte. Informasjonskanalene til de ansatte brukes i større grad.

22. Negativt stress		<p>1) AMK utsatt for stor økning i antall oppdrag og telefoner. Det påvirker både ressurskoordinatorer og sykepleiere. Ustabilt IKT verktøy medfører unødvendig belastning på de ansatte.</p> <p>2) Tilsvarende økning er det også i ambulanseavdelingen.</p>	<p>1) Sørge for anskaffelse av nødvendige IKT verktøy. Fremdrift i nye arealer til AMK slik at man kan utvide sentralen med antall ansatte.</p> <p>2) Øke med transportkapasitet i tråd med vekst i antall oppdrag.</p>
----------------------------	--	---	---

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Areal AMK	AMK har ikke permanent oppholdssted. Det er ikke utvidelsesmuligheter i eksisterende sentral.
2	Areal AMK	Det er ustabile IKT-systemer, samtidig som AMK ikke har nok støtteverktøy for sin daglige drift.
3	Areal Ambulanse	Areal- og hygieneutfordringer i eksisterende bygningsmasse.
4	Oppdragsøkning i klinikken	Se aktivitet opp i mot bemanning og tilgang på ressurser.
5		

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Plassforhold	Sørge for nødvendig og riktige arealer for de ulike funksjonene i klinikken.
2	Vold og trusler	Fortsette forebyggende fokus i klinikken. Tiltaket er også avhengig av løsning som velges i forhold til pålegg i fra Arbeidstilsynet.

3	Mobbing og trakassering	Oppfordre til en åpenhetskultur. Involvere ledere og ansatte i forhold til forebyggende aktiviteter.
4	Negativt stress	1) Sørge for anskaffelse av nødvendige IKT verktøy. Fremdrift i nye arealer til AMK slik at man kan utvide sentralen med antall ansatte. 2) Øke med transportkapasitet i tråd med vekst i antall oppdrag.

5.16. Direktørens stab

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
1. Systematisk HMS-arbeid		4 av 6 enheter har gjennomført HMS- runde. Det meldes fortsatt få avvik. 4 enheter har lagt inn tiltak etter ForBedring. Vi tror enhetene har tiltak, men at det registreres feil.	Registrere det arbeidet som gjøres, registrere tiltak riktig. Enheter som ikke bruker Achilles må følges opp.
2. Plassforhold		Bygg på Ullevål er gamle. Selv om OUS retningslinjer om kontorarbeidsplasser følges har medarbeidere utfordringer med inn klima. Se punkt om luftkvalitet.	Videreføre tiltak fra 2018: Undersøke muligheter for stille rom og flere møterom. En enhet i bygg 1 har laget "telefonkontor" av et kott.
3. Luftkvalitet		Bygg på Ullevål er gamle. Selv om OUS retningslinjer om kontorarbeidsplasser følges har medarbeidere utfordringer med inn klima. Ullevål: Rødt pga. forurensing fra Kirkeveien. Ikke ventilasjon i bygg 1 og 2. Mye støv pga. Kirkeveien og lav frekvens renhold.	Tiltak for alle: Tilrettelegge for hensiktsmessig renhold. Bestille hovedrenhold hvert år av egne arealer og fellesarealer. For de som melder fra om særlige utfordringer: Undersøke lokaler sammen med yrkeshygieniker fra Arbeidsmiljøavdelingen.
4. Støy		Se i sammenheng med plassforhold kontorlandskap. Se i sammenheng med vinduslufting og trafikkstøy på Ullevål. Få stille rom, få møterom.	Undersøke om det er muligheter for stille rom, flere møterom. Vurdere om flere har nytte av headset som stenger støy ute.
5. Lysforhold		God tilgang på dagslys. Noen lokaler i Forskningsveien har ikke solskjerming.	Noen kontorer har gamle lamper med for lite lys.

6. Ergonomi og fysisk helse		Dette løses greit på enhetsnivå med lokal leder.	
7. Kjemisk arbeidsmiljø		Ikke aktuelt.	
8. Smittevern		Ikke aktuelt.	
9. Strålevern		Ikke aktuelt.	
10. Brannvern		Har enheter satt brannvern på dagsorden i sine HMS-runder? Har enheter kartlagt behov for brannøvelser i sine lokaler? Er branninstruks tilgjengelig og synlig for alle?	Alle medarbeidere har ansvar for å sette seg inn i prosedyrer og få gjennomført nødvendig opplæring. Alle enheter kartlegger om det er behov for brannøvelse i sin enhet. Alle enheter kartlegger om det er behov for ytterligere tiltak og opplæring for sin enhet. Adm. dir. stab har brannvernkoordinator Harald Platou.
11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Ikke aktuelt.	

12. Vold og trusler		<p>De fleste melder at sikkerhet er ivaretatt i arbeidslokalene. Noen enheter på Ullevål har utfordringer med uventet besøk i bygg 1 og 2. Det kan være 1) fortvilte, redde, misfornøyde, sinte gjester fra publikum, en sjelden gang truende, 2) uvedkommende som har uhindret atkomst rett inn fra uteområde der det ferdes mye folk, 3) det har forekommet tyverier fra kontorene. Alle blir oppfordret til å melde slike hendelser i Achilles.</p>	<p>Vi melder i Achilles. Vi melder fra til sikkerhetsavdelingen. Vurdere om dagens rutiner med låsing av bygg 1 er tilstrekkelige. Informasjon til alle enheter om gjeldende rutiner. Oppfordre alle ansatte til å ha ID kortet godt synlig, fortelle uoppfordret hvem de er når de ringer på, ta i mot gjester, ta ansvar for å følge gjester ut, ikke slippe inn folk uten videre i bygget, lose uvedkommende ut, evt. be om hjelp fra vakta.</p>
13. Inkluderende arbeidsliv		<p>Ligger på nivå med OUS (93).</p>	
14. Rus- og avhengighetsproblematikk		<p>Bedre score enn gjennomsnitt i OUS.</p>	<p>Sjekke om rutiner for Akan-saker er gått gjennom i alle enheter.</p>
15. Ytre miljø		<p>Ønsker å bidra til kildesortering. Venter på sentrale retningslinjer.</p>	<p>Følge OUS rutiner.</p>
16. Åpenhetskultur		<p>Av 8 spørsmål der det er god skåre på 6. To av spørsmålene vil vi gjerne ha bedre skåre på, se tiltak.</p>	<p>Spørsmål vi gjerne vil ha bedre skåre på: 1) Vi diskuterer åpent feil og hendelser som oppstår, for å lære av dem, og 2) På min arbeidsplass oppmuntrer vi hverandre til å tenke ut måter å gjøre ting bedre på.</p>

17. Respektfullt arbeidsmiljø		Gode resultater i ForBedringsundersøkelsen. Ligger høyt, på OUS-nivå.	
18. Mobbing og trakassering		Nulltoleranse på dette området. Skal være en streng vurdering.	
19. Samarbeid (mellom yrkesgrupper og andre enheter)		På OUS-nivå. Bedre enn 2016, men forskjellige undersøkelser så ikke nødvendigvis sammenliknbare resultater. Samarbeid og ansvarsdeling mellom staber	Gjennomgang av ansvarsdeling. Etablere møtearenaer.
20. Konflikter og håndtering av konflikter		Kan være store variasjoner mellom enheter. Viktig at de har oversikt over dette og jobber med tiltak og oppfølging i enheter med lav skåre.	
21. Medvirkning		Ikke helt topp, men bedre enn snittet i OUS. Veldig bra skåre på spørsmål: Jeg opplever å ha rimelig innflytelse på arbeidssituasjonen min.	
22. Negativt stress		Frister og bestillinger kommer fra eksterne aktører, som regel er det ikke mulig å få utsatt frister.	Skal følges opp i utviklingssamtale og ellers gjennom året.

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Samarbeid og ansvarsdeling mellom stabsenhetene	Det er uklare ansvarsforhold mellom stabene som går ut over trivsel og trygghet. Stabene er ikke godt nok koordinert i arbeidet med temaer og enkeltsaker.
2	Inneklima	Forurensing fra trafikk kan ikke endres. Manglende ventilasjon i gamle bygg på Ullevål. Hovedrenhold blir ikke bestilt for alle områder. Hovedrenhold blir ikke bestilt for alle fellesområder. Liten sirkulasjon av luft og høy forekomst av CO2 på flere kontorer.
3	Støy	Det mangler stille rom og møterom for ansatte i landskap og som deler kontor. Støy fra trafikk på Ullevål.
4	Arbeidsbelastning og egenkontroll	Frister og bestillinger kommer fra eksterne aktører. Dette er viktige bestillinger, og som regel er det ikke mulig å få utsatt frister. Dette fører til "topper" av arbeidsmengde i perioder.
5	Brannvern	

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Samarbeid og ansvarsdeling mellom stabsenhetene	<p>Gjennomgang av ansvarsdeling.</p> <p>Forslag til forbedringstiltak:</p> <p>Etablere rutiner for gjennomgang av ledermøtesaker fra Direktørens stab som krever involvering av flere staver i forkant av klinikkleder møte.</p> <p>Saker til fordeling må forankres hos ledere i DST Stab Stabsdirektørmøtet – Avdelingsleder møtet før avdelingsleder delegerer saken til en seksjon.</p> <p>Hvis det fattes beslutninger i Stabsdirektørmøtet bør dette referatføres.</p> <p>Intranettsidene i DST bør ha enhetlig preg og vise overordnet oppgavefordeling og evt. prosjekt?</p> <p>Felles arrangement for hele direktørens stab med presentasjon av områder der flere enheter samarbeider.</p> <p>Etablere møtearenaer.</p>
2	Arbeidsbelastning og egenkontroll	Skal følges opp i utviklingssamtale og ellers gjennom året.

3	Inneklima	Tiltak fra 2018 videreføres. Alle ansatte tilrettelegger for hensiktsmessig renhold. Alle ansatte følger opp nødvendige tiltak for å begrense mengden støv. Alle enheter bestiller hovedrenhold hvert år. Alle enheter setter av midler til hovedrenhold i budsjett. Kontorer med liten sirkulasjon av luft og høy CO2 skal ikke fortettes. Yrkeshygieniker kontaktes ved særlige utfordringer i lokaler, f.eks. mistanke om muggsopp. PC skal henges opp under skrivebord.
4	Brannvern	Alle enheter følger opp OUS instruks for brannvern.
5	Sikkerhet	Tiltak med å låse bygg 1 på Ullevål videreføres.
6	Støy	Vurdere om flere kan ha nytte av headset som stenger støy ute. Fortsette å vurdere muligheter for flere stille rom, møterom.

5. Vedlegg

Vedlegg 1: Medlemmer i AMU og AU 2018

Navn	Organisatorisk tilhørighet	Funksjon AMU	Funksjon AU i AMU
------	----------------------------	--------------	-------------------

REPRESENTANTER FOR ARBEIDSTAKERNE

Bård Eirik Ruud	NSF	Medlem	Medlem
Therese Heggedal	NSF	Vara	
Svein Erik Urstrømmen	NSF	Medlem	
Karin Solfeldt	NSF	Vara	
Berit Averstad	NSF	Medlem	
Cathrine Hoelstad	NSF	Vara	
Bjørn Wølsted-Knudsen	Fagforbundet	Medlem	Medlem
Ellen Tønsager	Fagforbundet	Vara	
Knut Sandli	Fagforbundet	Medlem	
Else Lise Skjæret-Larsen	Fagforbundet	Vara	
Aasmund Bredeli	Dnlf	Medlem	Vara for Julie Dybvik
Christian Grimsgaard	Dnlf	Vara	
Recep Øzeke	Dnlf	Vara	
Julie Dybvik	NITO	Medlem	Medlem
Kajsa Madelene Liljefors	Delta	Vara	
Per Oddvar Synnes	Foretakshovedverneombud	Medlem	Medlem
Bergljot Fuhr Lunde	Stedfortredende foretakshovedverneombud	Vara	Vara for Per Oddvar Synnes

REPRESENTANTER FOR ARBEIDSGIVER

Bjørn Erikstein	Administrerende direktør	Medlem	
Morten Reymert	Viseadm. direktør, Økonomi og finans	Vara	
Susanne Flølo	Konst. direktør for HR og personal	Medlem	Medlem
Øystein Solheim Lien	Spesialrådgiver organisasjonsutvikling, DST	Vara	
Sølvi Andersen	Assisterende direktør, Kvalitet og pasientsikkerhet	Medlem	Medlem
Matthias Baaske	Fagdirektør Helsefag	Vara	Vara
Jill C. Jahrmann	HMS-leder, OSS	Medlem	Medlem
Thomas J. Riiser	Seksjonsleder, DST Stab fag, pasientsikkerhet og samhandling	Vara	
Øyvind Skraastad	Klinikkleder, AKU	Medlem	
Morten T. Eriksen	Klinikkleder, KIT	Vara	
		Medlem	
Terje Kluften	Avdelingsleder, AKU	Vara	
Eva Bjørstad	Klinikkleder, NVR	Medlem	
Johny Steinar Kongerud	Avdelingsleder, HLK	Vara	
Geir Teigstad	Direktør, OSS	Medlem	
Anne Marthe Aassve Eriksen	HR-leder, OSS	Vara	

REPRESENTANT FRA ARBEIDSMILJØAVDELINGEN (Bedriftshelsetjenesten) - uten stemmerett

Trond Erik Bakkerud	Arbeidsmiljøavdelingen	Medlem	Medlem
Pål Brenno	Arbeidsmiljøavdelingen	Vara	Vara for Trond Bakkerud

**MØTESEKRETARIAT
(Arbeidsmiljøavdelingen)**

Brian Yu	Arbeidsmiljøavdelingen	Møte- sekretær	
Elisabeth Vatne-Lund	Arbeidsmiljøavdelingen	Vara	

Vedlegg 2: Oversikt over klinikkforkortelsene

Forkortelse	Fullt navn
AKU	Akutt klinikken
BAR	Barne- og ungdomsklinikken
HLK	Hjerte-, lunge- og karklinikken
HHA	Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi
KIT	Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon
KRN	Klinikk for radiologi og nukleærmedisin
PHA	Klinikk psykisk helse og avhengighet
KRE	Kreftklinikken
KVI	Kvinneklinikken
KLM	Klinikk for laboratoriemedisin
MED	Medisinsk klinikk
NVR	Nevroklinikken
OPK	Ortopedisk klinikk
OSS	Oslo sykehusservice
PRE	Prehospital klinikk
DST	Direktørens stab