



# HMS-årsrapport

2021



# Introduksjon

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

OUS skal behandle pasienter, utdanne helsepersonell, forske og lære opp pasienter og pårørende. Ansatte skal i dette arbeidet ha et fullt forsvarlig arbeidsmiljø når det gjelder fysiske, organisatoriske og psykososiale faktorer. OUS har som målsetning at arbeidssituasjonen til den enkelte skal være meningsfylt og helsefremmende.

Et arbeidsmiljø preget av tillit, 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.

Ved aggregering av overordnede resultater for hele OUS er den primære målsetningen å *avdekke de viktigste forbedringsområdene*. Med denne målsetningen er det lett å glemme at OUS allerede har et velfungerende og systematisk HMS arbeid helt ut til ytterste enhet i sykehuset. Det er denne systematikken som gir OUS muligheten til å ha en presis og troverdig situasjonsbeskrivelse for hele det enorme sykehuset. Det er dessuten meningsfylt å påpeke at ansatte i OUS trives, at de synes de har engasjerende arbeidsoppgaver, opplever støtte og hjelp fra kollegaer, og er godt fornøyde med arbeidsplassen sin (ForBedring 2021).

HMS-årsrapporten 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 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 for hele sykehuset.

**Del 1:** Den sentrale arbeidsgruppen bruker del 3 og del 2, i tillegg til annen relevant data, til å gjøre statusvurderinger og sette satsingsområder, mål og tiltak for HMS for hele OUS.

Arbeidsgruppen har i år bestått av Sølvi Andersen (direktør Stab pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling), Susanne Flølo (direktør for HR og personal), Line Blystad (foretakshovedverneombud) og Espen Vollan (stedfortredende foretakshovedverneombud). Jill Jahrmann (leder av Arbeidsmiljøavdelingen) har vært med som sekretær i arbeidsgruppen.

Årsrapporten består av 3 hovedkapitler:

Del 1: Overordnet HMS-årsrapport for OUS

Del 2: HMS-faginstansene i OUS sine vurderinger av HMS-temaene

Del 3: Klinikkenes HMS-årsrapporter

## Innhold

Del 1: Overordnet HMS-årsrapport for OUS .....	5
1.1 OUS' høyest prioriterte utfordringer og tiltak innen HMS 2022 .....	5
1.2 Vurdering av og tiltak for HMS-temaene i OUS .....	9
Del 2: HMS-faginstansene i OUS sine vurderinger av HMS-temaene .....	34
2.1 HMS-verktøy og -systemer .....	34
2.2 Organisatoriske forhold .....	44
2.3 Psykososialt arbeidsmiljø .....	46
2.4 Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt .....	46
2.5 Mobbing og trakassering .....	50
2.6 Konflikter og konflikthåndtering .....	53
2.7 Stress, medvirkning og støtte .....	56
2.8 Plassforhold .....	59
2.9 Elektro .....	62
2.10 Luftkvalitet .....	65
2.11 Støy .....	69
2.12 Lysforhold .....	72
2.13 Ergonomi og fysisk helse .....	74
2.14 Kjemisk arbeidsmiljø .....	77
2.15 Smittevern .....	82
2.16 Strålevern .....	85
2.17 Brannvern .....	87
2.18 Medisinsk teknologi .....	90
2.19 Vold og trusler .....	93
2.20 Sentralt AMU .....	98
2.21 HMS-utvalget .....	98
2.22 Nye OUS .....	98
2.23 Inkluderende arbeidsliv .....	102
2.24 Gravid og trygg i jobb .....	106
2.25 Rus- og avhengighetsproblematikk .....	108
2.26 Ytre miljø .....	110
Del 3: Klinikkenes HMS-årsrapporter .....	112
3.1 Akuttklinikken (AKU) .....	115
3.2 Barne- og ungdomsklinikken (BAR) .....	122
3.3 Direktørens stab (DST) .....	128
3.4 Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi (HHA) .....	134
3.5 Hjerne-, lunge- og karklinikken (HLK) .....	141
3.6 Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon (KIT) .....	147
3.7 Klinikk for laboratoriemedisin (KLM) .....	153
3.8 Kreftklinikken (KRE) .....	162
3.9 Klinikk for radiologi og nukleærmedisin (KRN) .....	168
3.10 Kvinneklinikken (KVI) .....	175
3.11 Medisinsk klinikk (MED) .....	181
3.12 Nevroklinikken (NVR) .....	187
3.13 Ortopedisk klinikk (OPK) .....	193
3.14 Oslo sykehusservice (OSS) .....	200
3.15 Klinikk for psykisk helse og avhengighet (PHA) .....	207
3.16 Prehospital klinikk (PRE) .....	216
Vedlegg .....	226
Vedlegg 1: Sentral arbeidsgruppe som har utarbeidet del 1 av rapporten .....	226

Vedlegg 2: HMS-faginstansene som har utarbeidet del 2 av rapporten.....	227
Vedlegg 3: Arbeidsgruppene i klinikkene som har utarbeidet del 3 av rapporten .....	232
Vedlegg 4: Medlemmer i AMU og AU 2021.....	236
Vedlegg 5: Oversikt over forkortelser.....	238

# Del 1: Overordnet HMS-årsrapport for OUS

## 1.1 OUS' høyest prioriterte utfordringer og tiltak innen HMS 2022

### Utfordring 1: Overordnet - HMS og arbeidsmiljø i Utviklingsplan 2040, og HMS i beredskapsplaner

Oslo Universitetssykehus er i ferd med å rydde opp i planhierarkiet sitt. I dette viktige arbeidet blir Utviklingsplan 2040 overordnet og styrende. Det er avgjørende for utvikling av sykehuset at helse, miljø og sikkerhet alltid er en faktor som inkluderes når pasientsikkerhet og kvalitet tematiseres, og at HMS og ansattes arbeidsmiljø er tydelig beskrevet med klare målbilder mot 2040. I de første utkastene av planen var ikke dette tilfelle.

Under HMS-vurderingene av pretriage høsten 2021 kom det frem at HMS-hensyn i liten grad er ivaretatt i OUS sine beredskapsplaner.

#### Tiltak for utfordring 1

- 1) HMS blir integrert faktor sammen med pasientsikkerhet og kvalitet i Utviklingsplan 2040. Tydelige målsetninger innenfor HMS og arbeidsmiljø formuleres
- 2) HMS-hensyn innarbeides i OUS sine beredskapsplaner

### Utfordring 2: Stress, medvirkning og støtte, med vekt på arbeidsbelastning

Arbeidsbelastning er en økende utfordring gjennom 2021. Det er behov for objektive data for å kartlegge hvor i sykehuset utfordringene er størst, og videre er det behov for å se sykehuset som en helhet og gjennomføre prioriteringer på grunnlag av objektive data.

12 av 16 klinikker angir tematikk relatert til 'Stress, medvirkning og støtte' blant de fem største arbeidsmiljøutfordringene i sin klinikk.

Hovedutfordringer som trekkes fram i 2021 er:

- Opplevelse av krav til økt produksjon og vekst uten tilførsel av ressurser
- Manglende investeringer i MTU
- Kombinasjonen av dårligere skår på stress og medvirkning
- Både fysisk og emosjonell slitasje hos ansatte pga ressursmangel og høy arbeidsbelastning
- Enkelte klinikker trekker også i år, som i fjor, spesifikt fram stor arbeidsbelastning og arbeidspres i forbindelse med koronapandemien, samt at covid 19 har gjort det mer krevende med involvering og medvirkning.

## Tiltak for utfordring 2

1. Kartleggingsverktøy for arbeidsbelastning utarbeides (ARB, HR, PSK). i samråd ved TV og VO
2. Kompetanseplan HMS (i tillegg til pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring) for ledere er klar innen sommer 22.
3. Helsefremmende turnus blir en del av Kompetanseplan HMS for ledere og verneombud
4. Nytt regionalt innføringskurs (nyansattkurs) i HMS, pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring implementeres i OUS

## Utfordring 3: Psykososialt arbeidsmiljø, bevare og utvikle etter pandemi

Pandemien kan ha påvirket opplevelsen av åpenhet, respekt og tillit i arbeidsmiljøet. Når muligheten til både formell og uformell kommunikasjon reduseres, kan dette også påvirke faglig samarbeid.

Det er videre rimelig å anta at covid-19 pandemien har hatt betydning for forekomsten av konflikter og måten konflikter har blitt håndtert. Mange miljøer har i 2021 blant annet opplevd høyt arbeidspress, redusert mulighet til å jobbe forebyggende med psykososialt arbeidsmiljø, og hatt færre sosiale møteplasser på jobb.

Det er også viktig å være oppmerksom på at mobbing og trakassering i større grad forekommer i konfliktfylte miljøer og at man ved å forebygge og håndtere konflikter også kan forebygge mobbing og trakassering.

Sykehuset kommer ut av pandemien uten store, synlige forverringer av det psykososiale miljøet når overordnede indikatorer vurderes. Dette er et godt utgangspunkt for å løfte dette viktige området og forebygge uheldig utvikling når sykehusdriften forhåpentligvis skal tilbake til normal drift, og samtidig fokusere på organisasjonsutvikling mot fremtiden.

## Tiltak for utfordring 3

1. «Hva kjennetegner gode arbeidsmiljø i OUS» ferdigstilles og implementeres. Dette er et kort og samlende policydokument som skal hjelpe ledere med å utvikle og prioritere eget psykososialt arbeidsmiljø. Dokumentet legges til grunn for all kompetanseheving og vurdering/måling av psykososialt arbeidsmiljø i sykehuset
2. Utvidet støtte fra Bedriftshelsetjenesten til enheter som har vært ekstra påvirket gjennom pandemien (ukentlig veiledning på PO/intensiv)
3. Kurs i psykologisk trygghet skal inn i kompetanseplan HMS for nivå 3-5 ledere
4. Implementering av prosedyren "Trakassering - håndtering av mobbing og seksuell trakassering" fortsetter
5. Nivå 1 retningslinje om konflikthåndtering skal utvikles (HR/ARB)
6. Lederutvikling på nivå 3-5 med egen del om konfliktforebygging og håndtering. Økt bruk av lederstøtte i konflikthåndtering.
7. «Hvordan få i gang kollegastøtte i arbeidsmiljøet» veileder utarbeides (ARB)
8. Bidra til samspillsregler/ kulturplakater i flest mulig enheter (Organisasjonskulturnettverket)
9. Enhetlig kompetanse for håndtering av varsler i lederlinjen og HR

## **Utfordring 4: Plassforhold, best mulig utnyttning og vedlikehold av eksisterende bygningsmasse**

De fleste klinikkene vurderer sine plassforhold og egnethet til oransje og rødt. Flere klinikker oppgir at det er knapphet på arealer, fortetting, for få rom, ikke hensiktsmessige lokaler i forhold til drift, og gammel og nedslitt bygningsmasse. Samlet tegnes det et bilde av til dels store utfordringer innen både plassforhold og inneklima

De bygningsmessige utfordringene løses på lang sikt ved at OUS skal over i nye og fremtidsrettede bygg om 8-10 år, og noen allerede om 4-5 år når KLM skal inn i Livsvitenskapsbygget. Det er imidlertid ikke så lenge å vente på andre betydelige forbedringer. Allerede i 2022 og 2023 kan ansatte i sykehuset se frem til at brakke 97 rives og mange skal inn i et nytt modulbygg på Ullevål, dette vil bedre situasjonen betraktelig for deler av OPK. Det foregår et prosjekt for å samlokalisere ambulansesenter øst som vil bedre situasjonen for PRE, samt å finne plass til ny AMK. Ny legevakt står ferdig allerede i 2023. Det jobbes med en samlet plan for bioteknologiloven som også vil hjelpe HMS avvik rundt reproduksjonsmedisin, og som vil bidra til å løse prosjektet rundt fostermedisin.

### **Tiltak for utfordring 4**

1. Kompetanseplan for arealkontakter og andre som skal delta i bygge – og flytteprosjekter vedtas for å sikre tilstrekkelig og lik kompetanse
2. Sikre medvirkning i alle byggeprosesser
3. Sikre god informasjon til alle som berøres av byggeprosjektene
4. Sørge for god og treffsikker prosess for arbeidsgruppe HMS på tvers i Nye OUS
5. Vurdere fristilt areal for hele OUS løpende (OSS)
6. Innføre areal/plass som del av sjekkliste før nyansettelser og anskaffelse og utstyr
7. Sørge for tilstrekkelig vedlikeholdsmidler av nedslitt bygningsmasse

## **Utfordring 5: Vold og trusler med vekt på gjennomføring av ny, forebyggende systematikk**

OUS har satt inn ekstra ressurser på området i ett år, og har etablert en solid forebyggende systematikk som innebefatter egen risikovurderingsmodul i Achilles, fire definerte risikokategorier, og kompetanseplaner til hver risikokategori. PHA har gjennomført risikovurdering som pilotklinikk, og i 2022 skal resten av sykehuset gjennomføre det samme.

Overordnet opprettholdes oransje fargeskår fordi to klinikker som opplever mye vold og trusler er oransje og i tillegg har klinikk PHA med over 70 % av innmeldte hendelser rød skår samt at sykehuset ikke har klart å innfri alle krav fra 2017 om spesifikk risikovurdering og tiltak innen området i alle klinikker.

### **Tiltak for utfordring 5**

1. Følge opp implementering av forebyggende systematikk i alle klinikker
2. Følge opp sikkerhetsarbeidet med vold og trusler som en integrert del av handlingsplanen til Delstrategi pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og arbeidsmiljø

## **Utfordring 6: Ergonomi og fysisk helse**

Klinikkenes egenvurdering av temaet har blitt dårligere hvert år fra 2018, og i 2021 vurderer 12 av 16 klinikker seg selv med oransje farge. Pandemirelaterte forklaringer handler om at mulighetene til fysisk opplæring i ergonomi har vært redusert på grunn av smittevern, og at annen handler om økt bruk av hjemmekontor, men disse forklarer ikke hele forverringen.

HMS arbeid innen ergonomi handler i stor grad om å ha en kultur der gode ergonomiske løsninger velges hver dag i alle situasjoner. Da trenger enhetene drevne og dedikerte veiledere innen helse og forflytning. I tillegg bør OUS, som en arbeidsgiver innen helsesektoren, ha kunnskap om fysisk/kroppslig eksponering (stillesitting, tunge løft, mye aktivitet) som kan føre til uhelse, og sette inn tiltak for disse.

To klinikker setter i gang interne kartlegginger av hvorfor temaet scorer dårlig i HMS runder og ForBedring spørreundersøkelse.

### **Tiltak for utfordring 6**

1. Følge opp klinikkene innen opplæring i ergonomi - antall kompetente ressurspersoner/veiledere
2. Kampanjemåned «OUS i bevegelse» videreføres som årlig hendelse.
3. Kartlegge bakgrunn for forverret status de siste årene



## 1.2 Vurdering av og tiltak for HMS-temaene i OUS

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.1	HMS verktøy og systemer		<p>Det systematiske HMS arbeidet i OUS ble fremdeles preget av Covid 19 i 2021, men i mindre grad enn i 2020. For å få en god gjennomføringsgrad på det systematiske arbeidet er det avgjørende at dette følges opp og etterspørres i hele lederlinjen</p> <p>Under HMS-vurderingene av pretriage høsten 2021 kom det frem at HMS-hensyn i liten grad er ivaretatt i OUS sine beredskapsplaner</p> <p>OUS delstrategi for pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og arbeidsmiljø 2022-2025 peker på behov for økt standardisering innen både organisering, kompetanse, arbeidsmetoder og styringsdata. Standardisering der det er nyttig og mulig vil øke sykehusets evne til raskere omstilling, i tillegg til å bedre sikkerheten</p> <p>Den samme delstrategiens handlingsplan har som mål at «Årsaksanalyse skal gjennomføres og dokumenteres i Achilles på alle forebyggbare uønskede hendelser med betydelig konsekvens. Når HMS-hendelser også har betydelig konsekvens for pasientene skal saken behandles i PSR» Målet tas også inn i HMS årsrapport</p>	<p>Økt standardisering av, og kompetanse innen, HMS på klinikknivå</p> <p>HMS inn i OUS beredskapsplaner</p> <p>Tydelige og like HMS verktøy og kompetansekrav i hele sykehuset</p> <p>Årsaksanalyse for alle forebyggbare HMS hendelser med betydelig konsekvens</p>	<p>Fortsette tett oppfølging av klinikkene på kontroll av eget HMS arbeid, spesielt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oppfølging av gjennomførte HMS runder og ForBedring gjennomgang</li> <li>- Hjelp til enheter med lav score på enkeltområder</li> <li>- Bistand ifb med behandling av HMS hendelser</li> </ul> <p>Sikre at HMS-hensyn er ivaretatt i OUS sine beredskapsplaner</p> <p>Dashboard med styringsdata HMS, pasientsikkerhet og kvalitet for enhetsledere</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.2	Organisatoriske forhold		<p>Sykehuset har fremdeles ikke en enhetlig organisering av HMS støttefunksjon i klinikkens ledergrupper, og har heller ikke samorganisert pasientsikkerhet, kvalitet og HMS i tråd med oppdragsdokumenter helt tilbake til 2016. Målsetning om Kvalitetsleder i alle klinikker er løftet som et av høyeste prioriterte tiltakene i HMS årsrapport de siste tre årene, men ikke vedtatt. OUS delstrategi for pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og arbeidsmiljø 2022-2025 har besluttet samme tiltak for å kunne få til et taktskifte.</p> <p>Handlingsplanen til den samme delstrategien trekker frem Helsefremmende turnus som en del av løsningen for økt sikkerhet og helse. OUS er godt i gang med kompetanseheving innen helsefremmende arbeidstidsordninger for VO, men kunnskapen bør økes blant ledere</p> <p>Klinikkene peker på fortsatt behov for bredding av daglig risikostyring og kvalitetsforbedring ved bruk av tavler og det grønne korset, samt økt kompetanse innen bemanningsplanlegging</p> <p>Arbeidsbelastning er en økende utfordring gjennom 2021. Det er behov for objektive data for å kartlegge hvor i sykehuset utfordringene er størst, og videre er det behov for å se sykehuset som en helhet og gjennomføre prioriteringer på grunnlag av objektive data.</p>	<p>Kvalitetsleder med lik stillingsbeskrivelse i alle klinikker. Ansvar for pasientsikkerhet, HMS og kvalitetsforbedring</p> <p>Prinsipper for helsefremmende turnus vurdert i alle nye arbeidsplaner</p> <p>Økt kompetanse om helsefremmende turnus blant ledere</p> <p>90% kliniske enheter benytter pasientsikkerhetstavler og det grønne korset</p> <p>Ikke-kliniske enheter har kjennskap til det tilpassete grønne korset</p> <p>Ha samlet oversikt over faktorer forbundet med arbeidsbelastning</p>	<p>Kvalitetsleder-/kvalitetsrolle utvikles i alle klinikkene med støtte fra Stab PKS og ARB</p> <p>Kompetanseplan HMS for ledere klar innen sommer 22</p> <p>Helsefremmende turnus inn som del av HMS kompetanseplan for ledere</p> <p>Implementering av nytt regionalt innføringskurs (nyansattkurs) i HMS, pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring</p> <p>Følge opp klinikkens arbeid med implementering og utvikling av det grønne korset og pasientsikkerhetstavler</p> <p>Utarbeide kartleggingsverktøy for arbeidsbelastning (ARB, HR, PSK). i samråd ved TV og VO</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.3	Psykososialt arbeidsmiljø		<p>De psykososiale temaene i HMS årsrapport er</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt</li> <li>2) Mobbing og trakassering</li> <li>3) Konflikter og håndtering av konflikter</li> <li>4) Stress, medvirkning og støtte</li> </ol> <p>Status for de tre første beskrives adskilt, men målsetninger og tiltak er såpass glidende og felles at de presenteres sammen her. Målsetninger og tiltak for nr 4, Stress, medvirkning og støtte beskrives i hovedsak under tema Organisatoriske forhold</p>	<p>Beholde høy eller score eller øke på spørsmål relatert til Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt i ForBedring (73-91 i 2021)</p> <p>Opprettholde tydelig holdning om 0 toleranse for mobbing og trakassering i lederlinjen, og beholde høy score på begge spørsmål i ForBedring (81 og 93 i 2021)</p> <p>Prosedyren "Trakassering - håndtering av mobbing og seksuell trakassering" er implementert i hele sykehuset</p> <p>Mangfold i sykehuset er ønsket, forklart og tydeliggjort i</p> <p>Nivå 1 retningslinje om konflikthåndtering er etablert</p> <p>Opprettholde eller øke score på spørsmål om opplevd konflikt (ForBedring) 73 i 2021</p>	<p>Opprettholde tematisering av Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt i lederprogrammet.</p> <p>«Hva kjennetegner gode arbeidsmiljø i OUS» - ferdigstille og implementere policydokument som skal legges til grunn for kompetanseheving og vurdering av psykososialt arbeid i sykehuset</p> <p>Kurs i psykologisk trygghet inn i kompetanseplan HMS for nivå 3-5 ledere</p> <p>Fortsette implementering av prosedyren "Trakassering - håndtering av mobbing og seksuell trakassering".</p> <p>Nivå 1 retningslinje om konflikthåndtering igangsettes (HR/ARB)</p> <p>Bistå ved oppfølging av enheter med lav score på Konflikt, og med kjente konflikter (ARB)</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
					<p>Utarbeide veileder for «Hvordan få i gang kollegastøtte i arbeidsmiljøet» (ARB)</p> <p>Bidra til samspillsregler/ kulturplakater i flest mulig enheter (Organisasjonskulturnettverket)</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.4	Arbeidsmiljø preget av åpenhet, respekt og tillit		<p>Status fra 2018-2021 samt tilbakemelding fra klinikkene, tyder på at de fleste klinikkene ikke vurderer at dette området har de største arbeidsmiljøutfordringene. Flere av klinikkene nevner imidlertid at de har jobbet aktivt med temaet, og vil fortsette å ha fokus på dette videre.</p> <p>Pandemien kan ha påvirket opplevelsen av åpenhet, respekt og tillit i arbeidsmiljøet. Når muligheten til både formell og uformell kommunikasjon reduseres, kan dette også påvirke faglig samarbeid. Det anbefales at man forsøker å opprettholde forutsigbare møtearenaer, og at man legger til rette for digital gjennomføring når dette er nødvendig.</p>	Målsetninger under Psykososialt arbeidsmiljø	Tiltak under Psykososialt arbeidsmiljø

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.5	<b>Mobbing og trakassering</b>		<p>Samlet sett er vurderingene (fargekodene) relativt like i 2021 og 2020 og også 2019. Fire klinikker har endret farge hvorav tre i positiv retning. Flere velger gul farge til tross for høy skåre på begge spørsmålene og presiserer at dette er et viktig tema med stort fokus fra klinikken.</p> <p>Det er viktig å rette tiltak spesifikt mot de enheter i klinikken som har lav skåre på spørsmålene. Videre er det viktig å være oppmerksom på at mobbing og trakassering i større grad forekommer i konfliktfylte miljøer og at man ved å forebygge og håndtere konflikter også kan forebygge mobbing og trakassering</p>	Målsetninger under Psykososialt arbeidsmiljø	Tiltak under Psykososialt arbeidsmiljø

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.6	<b>Konflikter og håndtering av konflikter</b>		<p>Det er rimelig å anta at covid-19 pandemien har hatt betydning for forekomsten av konflikter og måten konflikter har blitt håndtert. Mange miljøer har i 2020 blant annet opplevd høyt arbeidspress, redusert mulighet til å jobbe forebyggende med psykososialt arbeidsmiljø, og hatt færre sosiale møteplasser på jobb</p> <p>Det er åtte klinikker som har satt fargekoden oransje, og åtte som har satt fargekoden gul. Dermed er spredningen i fargekoder uendret fra i fjor</p> <p>Allikevel har sykehuset nådd målsetning fra 2020 om 5% høyere score på ForBedring fra 2019-2021 på spørsmål «Har du lagt merke til forstyrrende konflikter i din enhet?»</p> <p>Sentral arbeidsgruppe påpeker at det andre spørsmålet fra ForBedring «Når konflikter oppstår her blir de håndtert på en god måte» bør vurderes. Konflikter håndteres helst på en måte som primært retter seg mot de involverte i konflikten. Andre kollegaer har således ikke bakgrunn for å svare på spørsmålet fordi de ikke skal vite eksakt hvordan konflikten er håndtert.</p>	Målsetninger under Psykososialt arbeidsmiljø	Tiltak under Psykososialt arbeidsmiljø

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.7	Stress, medvirkning og støtte		<p>Temaet kommer til å endres for neste års rapport ved at Arbeidsbelastning blir en egen kategori med utvidet sett av indikatorer</p> <p>12 av 16 klinikker angir tematikk relatert til 'Stress, medvirkning og støtte' blant de fem største arbeidsmiljøutfordringene i sin klinikk.</p> <p>Hovedutfordringer som trekkes fram i 2021 er:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontinuerlig krav til økt produksjon og vekst med stadig færre ressurser.</li> <li>• Manglende investeringer i MTU</li> <li>• Kombinasjonen av dårligere skår på stress og medvirkning</li> <li>• Både fysisk og emosjonell slitasje hos ansatte pga ressursmangel og høy arbeidsbelastning</li> <li>• Enkelte klinikker trekker også i år, som i fjor, spesifikt fram stor arbeidsbelastning og arbeidspress i forbindelse med koronapandemien, samt at covid 19 har gjort det mer krevende med involvering og medvirkning.</li> </ul> <p>Enkelte klinikker påpeker imidlertid også som i fjor at kollegastøtten og lederstøtten oppleves som god, men at det i mange tilfeller ikke er nok for å minske arbeidspresset og stressnivået tilstrekkelig.</p>	Målsetninger under Organisatoriske forhold og Psykososialt arbeidsmiljø	Tiltak under Organisatoriske forhold og Psykososialt arbeidsmiljø



Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.8	Plassforhold		<p>De fleste klinikkene vurderer sine plassforhold og egnethet til oransje, og tre til rødt. Flere klinikker oppgir at det er knapphet på arealer, fortetting, for få rom, ikke hensiktsmessig lokaler i forhold til drift og gammel og nedslitt bygningsmasse.</p> <p>PHA som i år vurderer plassforhold til rødt har flere lokaler med stor slitasje både utvendig og innvendig. De har få skjermingsmuligheter for de sykeste pasientene, dårlig ventilasjon og lydisolasjon. Lokalene er også vurdert som en alvorlig sikkerhetsrisiko ved vold på flere enheter.</p> <p>BAR har endret fra gult til oransje og begrunner dette med at det fortsatt er preg av trangbodddhet i klinikken, selv med svak forbedring knyttet til bygg 95. Det jobbes med utvidelse på blant annet Nyfødtintensiv avdeling (NIN) og Barneavdeling for kreft og blodsykdommer (BKB).</p> <p>PRE har satt sin vurdering til oransje på bakgrunn av at veksten er større enn tilgangen på areal. Klinikken har ikke tilgang til nødvendige arealer innenfor alle avdelinger. Spesielt kritisk er det for AMK-sentralen som har over doblet mengden ansatte uten at arealet er tilpasset. Ny AMK sentral må realiseres så snart som mulig.</p>	<p>Tilstrekkelig kompetanse hos alle som medvirker i bygge – og flytteprosesser</p> <p>Tilstrekkelig medvirkning i byggeprosesser</p> <p>HMS har sentral plass i utvikling av fremtidens sykehus</p> <p>Best mulig bruk av eksisterende OUS areal, på tvers av klinikker (OSS)</p> <p>Kontroll på tilgjengelig plass ved nyansettelser</p>	<p>Kompetanseplan for arealkontakter og andre som skal delta i bygge – og flytteprosjekter</p> <p>Sikre medvirkning i alle byggeprosesser</p> <p>Sikre god informasjon til alle som berøres av byggeprosjektene</p> <p>Sørge for god og treffsikker prosess for arbeidsgruppe HMS på tvers i Nye OUS</p> <p>Vurdere fristilt areal for hele OUS løpende.</p> <p>Innføre areal/plass som del av sjekklister før nyansettelser og anskaffelse og utstyr</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
			<p>Det knyttes positive forventninger til ny organisering av Eiendomsavdelingen med tanke på systematisk vedlikehold. Økt systematisering og oppmerksomhet om stedlig drift og vedlikehold vil være et helt nødvendig grep for eksisterende bygningsmasse. Samtidig er det positivt med tanke på fremtidige bygg, at OUS ikke skal gjøre den samme feilen igjen med manglende vedlikehold.</p> <p>På lang sikt er det velkjent at OUS skal over i nye og fremtidsrettede bygg som kommer til å løfte HMS tilstanden i løpet av 8-10 år, noen allerede om 4-5 år da KLM skal inn i Livsvitenskapsbygget. Det er imidlertid ikke så lenge å vente på andre betydelige forbedringer. Allerede i 2022 og 2023 kan ansatte i sykehuset se frem til at brakke 97 rives og mange skal inn i et nytt modulbygg på Ullevål, dette vil bedre situasjonen betraktelig for mange fra OPK. Det foregår et prosjekt for å samlokalisere ambulansesenter øst som vil bedre situasjonen for PRE, samt å finne plass til ny AMK. Ny legevakt står ferdig allerede i 2023. Det jobbes med en samlet plan for bioteknologiloven som også vil hjelpe HMS avvik rundt reproduksjonsmedisin, og som vil bidra til å løse prosjektet rundt fostermedisin.</p>		

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.9	Elektro		<p>Elektroavdelingen i OUS ble nedlagt fra 01.01.2021 etter en omorganiseringsprosess i OSS / Eiendom. Endringen besto i overgang fra fagorganisering til drift og vedlikeholds organisering.</p> <p>I 2021 har elektroområdet blant annet gjennomført klassifiseringer sammen med medisinsk personell for å bedre pasientsikkerheten, oppnå hensiktsmessig infrastruktur, og spare tid og kostnader ved ombygging</p> <p>Elsikkerhetskurs for ansatte i medisinske områder har blitt obligatorisk, noe som øker sikkerheten, mens ansatte som jobber i elektriske tavler følges opp med årlig lovpålagt opplæring.</p> <p>Internkontrollen har blitt betydelig effektivisert siste år, med prioritering av de pasientkritiske områdene; Kontroll av gruppe 1 og gruppe 2 rom, samt lukking av TG3 avvik (høyeste alvorlighetsgrad). De prioriterte områdene følges tett opp.</p> <p>Heiser har vært et aktuelt område i OUS. Serviceleverandør er nå byttet, 4 nye heiser er installert, og det arbeides med sensortechnologi for å øke kontroll og gå over til behovsrelatert service i stadig større grad</p>	<p>Ivareta elsikkerhet i mange pågående byggeprosjekter</p> <p>God oversikt og klassifisering av rom/områder</p> <p>Nytt og bedret nivå for internkontroll</p> <p>Sensorkontroll i heiser</p>	<p>Fortsette arbeid med klassifisering av områder sammen med medisinsk personell</p> <p>Videreutvikle standardiserte metoder, systematisk internkontroll, og prioritering</p> <p>Innføre sensorkontroller i heiser der dette er mulig og hensiktsmessig</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.10	Luftkvalitet		<p>Økt spredning av arbeidsplassene og mer hjemmekontor pga. Covid-19 kan ha medført en bedring av luftkvaliteten på noen arbeidsplasser. På den annen side har det blitt etablert flere midlertidige arbeidsplasser i mindre egnede lokaler der man fikk en forverring av luftkvaliteten. Det store flertallet har hatt tilnærmet normalt drift og uendrete forhold. Totalt sett skiller ikke 2021 seg i særlig grad fra tidligere år.</p> <p>Innen tema luftkvalitet har OUS størst utfordring med lufttemperaturen. Dette skyldes i mange tilfeller manglende eller mangelfull luftutskiftning til å føre bort varme, både fra mennesker og utstyr. Fortetning og feil bruk av rom kan også være årsak til for høy lufttemperatur. Noen bygg har dessuten ventilasjonsanlegg som ikke kan regulere temperaturen på romnivå, samt at pasienter og arbeidstakere kan ha forskjellige behov men opphold på samme sted.</p> <p>Som følge av Covid-19 er høy temperatur en særlig utfordring der det er krav om personlig verneutstyr og bekledning. Kulde ved arbeid utendørs har også vært en utfordring (pretriage, vaktthold).</p>	<p>Mål og tiltak innen området handler i noen grad om tiltak på enhetsnivå, og omtales ikke her.</p> <p>Overordnede mål;</p> <p>Unngå uheldige konsekvenser for fysisk arbeidsmiljø ved bruksendring og fortetting</p> <p>Riktig dimensjonering av ventilasjon, og ventilasjonssystemer som fungerer etter formålet</p> <p>Fuktskader skal ikke påvirke ansatte eller pasienters helse</p>	<p>Risikovurdering av fysisk arbeidsmiljø ved bruksendring og fortetting av arealer</p> <p>Ved bruksendring, flytting, nybygging og ombygging skal ventilasjonen dimensjoneres med hensyn til areal, antall personer, varmegivende og/eller forurensende prosesser og aktivitetene i rommene. Få inn denne vurderingen i prosedyre for arealbruk og behov for bygningsmessig tilrettelegging</p> <p>Vedlikehold av ventilasjonsanlegg og erstatning ved breakdown</p> <p>Årsak til fuktskader skal utbedres og skadede materialer må saneres.</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.11	Støy		<p>De fleste klinikker vurderer sine støyforhold til gult, AKU, KRE, KVI og OPK vurderer forholdene til oransje, mens OSS vurderer støyforholdene som grønt.</p> <p>Det forekommer sjelden hørselskadelig støy i OUS. Utfordringer gjelder hovedsakelig støy som forstyrrer arbeidet og til dels hindrer kommunikasjon.</p> <p>Arealfortetting og bruksendring av arealene mange steder på sykehusene er en av grunnene til støyutfordringene man har i dag. Det er til dels stor variasjon i støynivået på samme type teknisk utstyr, noe som viser at det er potensiale til støyreduksjon ved anskaffelser. En del arbeidsplasser har unødvendig høye støynivåer som følge av at støy ikke vurderes eller prioriteres høyt nok ved anskaffelser av støyende utstyr.</p> <p>Støy i forbindelse med byggearbeid er midlertidig, men kan være vesentlig og kan forstyrre arbeid/pasientbehandling</p>	<p>Ved etablering av nye arbeidsplasser skal totalstøy kontrolleres</p> <p>Støy er en del av innkjøpskrav ved nyanskaffelser</p> <p>Støy ved byggearbeid informeres godt om</p>	<p>Ved etablering av nye arbeidsplasser bør totalstøy vurderes, der bidrag fra alt støyende utstyr er tatt med i betraktning. Få inn denne vurderingen i prosedyre for arealbruk og behov for bygningsmessig tilrettelegging</p> <p>Det bør stilles tydelige støykrav ved innkjøp. Vektingen av støynivå i anbud bør prioriteres, spesielt på operasjonsstuer</p> <p>Fortsatt god informasjon om støy ved bygging</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.12	Lysforhold		<p>Belysning oppleves stort sett ikke som noen stor utfordring i OUS. KRN og OPK har de siste 4 årene vurdert lysforhold til gult fordi de har flere heldagsarbeidsplasser uten dagslys. KRN beskriver en forbedring fra fjorårets vurdering som kan være et resultat av at de har fokus på tilgjengelig dagslys for ansatte og at det gjøres endringer der de har muligheter til det. OPK oppfordrer ansatte til å ta pauser når det er mulig. HLK vurderer i år lysforhold til gult med begrunnelse i at de har mange arbeidsplasser uten vinduer.</p>	<p>Opprettholde gode forhold i eksisterende bygninger</p> <p>Sørge for gode lysforhold i Nye OUS</p>	<p>Sikre medvirkning i fremtidige rokade- og byggeprosesser, slik at velegnede areal og arbeidsplasser med dagslys etableres.</p> <p>Sørge for at Nye OUS har arbeidsplasser med dagslys.</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.13	Ergonomi og fysisk helse		<p>Status på området har blitt forverret hvert år fra 2018, og nå scorer 12 av 16 klinikker egen status som oransje</p> <p>Det rapporteres om mindre mulighet for opplæring og fysisk aktivitet grunnet smittevern hensyn i det siste året. Det er også generelt behov for flere veiledere ute i klinikkene.</p> <p>I 2021 er det pga. pandemien fortsatt en del ansatte på hjemmekontor. Ergonomiske utfordringer på hjemmekontor gjelder spesielt arbeidsstillinger og mindre tilpasset utstyr samt at det ofte er dårligere belysning. I tillegg opplever mange at hverdagsaktiviteten reduseres.</p> <p>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. Fysisk krevende arbeid gir IKKE den samme effekten som fysisk aktivitet på fritiden, og øker heller risikoen for en del helseplager hvis det ikke kombineres med god fysisk form</p>	<p>Aktive nettverk for helsemotivatorer og forflytningsveiledere sørger for systematisk opplæring i ergonomi og fysisk helse for ansatte</p> <p>OUS er en arbeidsplass som fremmer og legger til rette for nasjonale råd for ernæring og fysisk aktivitet</p>	<p>Følge opp klinikkene innen opplæring i ergonomi - antall kompetente ressurspersoner/veiledere</p> <p>Kampanjemåned «OUS i bevegelse» som årlig hendelse</p> <p>Kartlegge årsaker til forverring av status gjennom flere år</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.14	Kjemisk arbeidsmiljø		<p>I OUS systemiseres kjemisk arbeidsmiljø i det elektroniske stoffkartoteket EcoOnline. Klinikken og seksjonene mottar jevnlig statusrapporter for egen prestasjon på området der mål for antall registreringer, antall risikovurderinger (av de registrerte stoffene) og antall substitusjonsvurderinger (av stoffer i kriteriegruppe 2- 4, som regnes å være svært helse – eller miljøskadelige), er måltall.</p> <p>Seks klinikker har endret status på området – to i negativ og fire i positiv retning. Dette er en ytterlig forbedring som har gått over to år.</p>	<p>Anskaffelse av et fullverdig system for elektronisk stoffkartotek. I dag må OUS forholde seg til to forskjellige grensesnitt. Hvert grensesnitt har manglende funksjoner.</p> <p>Etablere en egen kategori for kjemikalieavfall, i innkjøpssystemet.</p> <p>80% av registreringer skal være risikovurdert</p> <p>100% substitusjonsvurdering av stoffer i kriteriegruppe 2-4</p> <p>100% dispensasjon for bruk av stoffer i kriteriegruppe 1 (forbudte stoffer, eksplosiver etc)</p>	<p>Anskaffelse av nytt stoffkartotek er en pågående prosess.</p> <p>Standardisere et utvalg av utstyr til håndtering av kjemikalieavfall, som skal være tilgjengelig i innkjøpssystemet</p> <p>Etterspørre i oppfølging av klinikken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kjemikaliekontakter</li> <li>• substitusjonsvurdering</li> <li>• risikovurdering eller kartlegging</li> <li>• godkjent bruk av stoffer i kriteriegruppe 1 (kontakt Arbeidsmiljøavdelingen)</li> </ul>



Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.15	Smittevern		<p>Mange klinikker har gått fra gult til grønt i sin egen vurdering i løpet av de to siste årene. Overordnet farge for OUS på gult. Dels pga. koronapandemien, men også fordi det fortsatt er et forbedringspotensiale på flere områder, som smittevern rutiner, plassforhold m.m.</p> <p>Overgang til stikksikkert utstyr er i prosess, men ble forsinket i 2021 pga. pandemirelaterte forsyningsutfordringer.</p> <p>Influensavaksineringen har god dekning, og yrkesvaksinering tilbys på alle de store lokasjonene.</p> <p>Sykehuset har fortsatt et forbedringspotensial når det gjelder å kommunisere om smitte, slik at sykehusets medarbeidere kan iverksette nødvendige tiltak for å unngå smitte. Dette gjelder primært</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• at mobilt helsepersonell (f.eks. leger, bioingeniører, fysioterapeuter m.fl.) og servicepersonell som arbeider på tvers av og går mellom avdelinger (f.eks. renholdere, portører m.fl.) skal få nødvendig smitteinformasjon for å kunne utføre sikkert arbeid</li> <li>• at både transportpersonell/portørtjeneste og mottagende avdeling får</li> </ul>	<p>90% dekning for influensavaksinering</p> <p>Overgang til sikkerhetsutstyr for blodprøveutstyr, vanlige sprøytespisser til injeksjoner, og spisser til insulinpenner.</p> <p>Vedtatt tiltaksplan for å redusere uønskede hendelser innen smitekommunikasjon</p> <p>Alle ansatte som ønsker SARS-CoV-2 vaksine skal få</p> <p>Nytt BHT journalsystem installert og tatt i bruk, med SYSVAK integrasjon (overført fra 2020)</p>	<p>Videreføre tiltak for overgang til sikkerhetsutstyr (Innkjøp og Arbeidsmiljøavdelingen). Følge opp aktuelle enheter iht innkjøpsstatistikk</p> <p>Partssammensatt arbeidsgruppe som kommer fram til tiltak som sikrer nødvendig kommunikasjon og etterlevelse av smittevernprosedyrer</p> <p>Installasjon av nytt BHT journalsystem med SYSVAK integrasjon</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
			<p>smitteinformasjon om pasienter de mottar fra avdeling som sender pasienten</p> <p>Utfordringene er kjente, og tiltak har vært opprettet siste to år uten å komme videre, fordi andre tiltak har blitt prioritert høyere under pandemi.</p>		

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.16	Strålevern		<p>Stråling brukes ved de fleste klinikker i sykehuset, og på mange ulike måter; for eksempel ved røntgen, CT, operasjoner, mammografi, strålebehandling, nukleærmedisin, forskning, laser m.m.</p> <p>Koordinering av sykehusets strålevern er lagt til Avdeling for diagnostisk fysikk, Klinik for radiologi og nukleærmedisin. Strålevernkoordinator har også et tett samarbeid med Arbeidsmiljøavdelingen. Det strategiske ansvaret for strålevern ligger hos Direktør for pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling.</p> <p>Klinikkenes vurdering av egen status innen strålevern er stort sett uendret fra 2020 til 2021. Tall for 2020 viser at svært få ansatte har persondosimeteravlesninger opp mot grenseverdiene gitt i strålevernforskriften</p> <p>Flere klinikker nevner viktigheten av å holde fokus på jevnlig opplæring.</p>	<p>Økt kompetanse innen strålevern.</p> <p>Opprettholde god internkontroll innen strålevern.</p> <p>Implementere doseovervåkningssystem i OUS.</p> <p>Ta i bruk Kompetanseportalen for oppfølging/dokumentasjon av strålevernsopplæring.</p>	<p>Utarbeide supplerende e-læringskurs innen strålevern (regionalt samarbeid).</p> <p>Fortsatt godt samarbeid mellom strålevernkoordinator og Arbeidsmiljøavdelingen.</p> <p>Utarbeide modul for risikovurdering for strålevernsområdet i Achilles.</p> <p>Bruke Achilles aktivt som forbedringsverktøy.</p> <p>Økt kontakt mellom strålevernkontakter og strålevernkoordinator.</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.17	Brannvern		<p>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 tilpasses i forhold til risiko, kompleksitet og oversiktighet.</p> <p>Øvelse og opplæring har vært redusert i 2021 pga pandemi og manglende mulighet til å samle ansatte. Kravet til brannvernopplæring for 2021 ble satt til e-læringskurs med et tillegg; «Brannvern ved OUS – tilleggsgdel». Dette kurset ble laget for å dekke kravet for de enhetene som har krav om to opplæringer i året.</p> <p>OUS e-læringskurs innen brannvern er obligatorisk årlig for alle ansatte. I 2021 gjennomførte 45,7 % av ansatte kurset, mot 41% i 2020 og 37,5% i 2019. En svak, men tydelig økning</p>	<p>Dokumentasjonsverktøy i Kompetanseportalen (lagrer dokumentasjon av gjennomført øvelse og opplæring elektronisk) er implementert i hele sykehuset.</p> <p>Enheter med avventende evakuering gjennomfører minst en tabletopøvelse i 2022</p>	<p>Videreutvikle og implementere dokumentasjonsverktøyet i Kompetanseportalen.</p> <p>Utarbeide egenkontroll for brannvern i Achilles.</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.18	Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		<p>Medisinsk-teknologisk avdeling (MTA) er overordnet ansvarlig for alt medisinsk teknisk utstyr (MTU) i OUS, totalt ca. 39 000 registrerte enheter.</p> <p>HMS i relasjon til MTU handler primært om systematisk opplæring i bruk av MTU og systematisk vedlikehold av MTU, slik at utstyret fungerer som forutsatt og kan betjenes og brukes på en trygg måte. I tillegg må det være tilgang til nok egnet MTU til den pasientbehandlingen klinikkene skal utføre.</p> <p>Ved OUS er ansvaret for gjennomføringen av service og vedlikehold av MTU i stor grad lagt til MTA, mens ansvar for gjennomføring og dokumentasjonen av opplæring er lagt til de kliniske enhetene.</p> <p>I egenvurderingen fra klinikkene for 2021 har 9 klinikker vurdert seg til grønt nivå, 5 klinikker har vurdert seg til gult nivå og 1 klinikk har vurdert seg til oransje nivå. Dette er en reduksjon i egenvurderingen for 3 klinikker sammenlignet med 2020, to fra grønt til gult nivå, og 1 fra gult til oransje nivå.</p>	<p>Systematisk opplæring i bruk av MTU i samsvar med lov- og forskriftskrav. Fastsette lærings-planer for MTU i Kompetanseportalen.</p> <p>Systematisk vedlikehold av MTU i samsvar med lov- og forskriftskrav.</p> <p>Tilgang til nok og egnet MTU for alle klinikker i samsvar med den pasientbehandlingen som skal utføres.</p>	<p>Tilrettelegge for at alle klinikker får implementert krav til opplæring i bruk av MTU i Kompetanseportalen.</p> <p>Sikre nødvendige investeringsrammer til MTU slik at MTU-parken i OUS løpende fornyes og tilpasses klinikkenes behov.</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.19	Vold og trusler		<p>Helserelevante yrker er ifølge Arbeidstilsynet noen av de mest utsatte yrkene når det gjelder vold og trusler.</p> <p>OUS har satt inn ekstra ressurser på området i et år, og har etablert en solid forebyggende systematikk som innebærer egen risikovurderingsmodul i Achilles, fire definerte risikokategorier, og kompetanseplaner til hver risikokategori. PHA har gjennomført risikovurdering som pilotklinikk, og i 2022 skal resten av sykehuset gjennomføre</p> <p>Overordnet opprettholdes oransje fargeskår fordi to klinikker som opplever mye vold og trusler er oransje og i tillegg har klinikk PHA med over 70 % av innmeldte hendelser rød skår samt at sykehuset ikke har klart å innfri alle krav fra 2017 om spesifikk risikovurdering og tiltak innen området i alle klinikker.</p> <p>Engasjementet «HMS rådgiver vold og trusler», som ble etablert i samarbeid mellom stab PKS, Arbeidsmiljøavdelingen (OSS) og PHA, videreføres i hele 2022 for å sørge for god etablering av det forebyggende systemet.</p>	<p>Gjennomført kartlegging og risikovurdering med tilhørende tiltak i alle enheter i 2022</p> <p>Tildelte Kompetanseplaner i kompetanseportalen til alle ansatte i tråd med lokalt fastsatt risikonivå</p>	<p>Arbeidsmiljøavdelingen bistår og støtter enheter i risikovurderingsarbeidet.</p> <p>Følge opp sikkerhetsarbeidet med vold og trusler som en integrert del av handlingsplanen til Delstrategi pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og arbeidsmiljø 2022-2025</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.23 & 2.24	<b>Inkluderende arbeidsliv (IA) (inkl. Gravid og trygg i jobb)</b>		<p>Inkluderende arbeidsliv inngår som en integrert del av det systematiske HMS-arbeidet, og hvor det forebyggende aspektet er viktig.</p> <p>Fra 01.01.2019 ble det inngått en ny IA avtale mellom partene i Arbeidslivet og regjeringen. Hovedmålene i denne avtalen er:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykefraværet skal reduseres med 10 prosent sammenlignet med årsgjennomsnittet for 2018</li> <li>• Frafallet skal reduseres.</li> </ul> <p>For å bedre nasjonal måloppnåelse skal innsatsen målrettes mot bransjer og sektorer som har potensial for redusert sykefravær. Sykehus er en av syv bransjer som er valgt ut som innsatsområde for perioden 2019 til og med 2022.</p> <p>Status for klinikkene er endret fra grønt til gult i 8 klinikker. Ingen klinikker vurderer området som mer positivt. Pandemien nevnes av flere som en årsak til fravær – særlig der det er høy slitasje på personalet. Andre momenter som kommer frem er manglende innsats på IA området, og manglende kjennskap til ordningen med bedriftsjordmødre.</p>	<p>Utvidelse av gjeldende sykefraværprosedyre til å omfatte systematisk oppfølging av gjentakende sykefravær</p> <p>Nye indikatorer for IA</p> <p>Nye hjemmeside for IA i OUS</p> <p>Samarbeid med NAV: Tydelige felles satsningsområder og klarhet for OUS ledere mtp tilskuddsordninger</p>	<p>Videreutvikling og implementering av trinn 1 i OUS sitt arbeid med oppfølging av gjentakende sykefravær.</p> <p>Revisjon av indikatorene for IA-området i OUS sin HMS-årsrapport.</p> <p>Oppdatering av IA-utvalgets intranettside.</p> <p>En gjennomgang av hvordan OUS kan ha et enda mer strukturert samarbeid med NAV:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tilskuddsordninger fra NAV - hvordan ledere kan få oversikt over og hjelp til å navigere i- og bruke disse ordningene.</li> <li>Strukturere kontakt og samarbeid for ordningen «Vi inkluderer».</li> <li>Gjennomgang og evaluering av «Der skoen trykker» - med planer for hvordan denne bør brukes videre i OUS.</li> </ol>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.25	Rus- og avhengighetsproblematikk		<p>OUS sitt system for forebygging og oppfølging av ansatte med rus- og avhengighetsproblemer er Akan.</p> <p>Antall informasjonsmøter/kurs var i 2021 tilbake på 2019-nivå, etter reduksjon i 2020 pga. koronasituasjonen.</p> <p>Klinikkene som har endret vurdering i mer negativ retning har gjort dette på grunn av ingen eller få saker, for få informasjonsmøter avholdt, dårlig kapasitet pga. pandemien.</p> <p>Blant de klinikker som også i 2021 har holdt et høyt nivå på Akan-arbeidet kan særlig AKU fremheves.</p>	<p>Temaet løftes jevnlig på ledermøter og i personalmøter i hele sykehuset.</p> <p>Økning i antall Akan saker i sykehuset og i den enkelte klinikk.</p>	<p>Etterspørre temaet på ledermøter, og etterspørre antall Akan saker ved oppfølging av klinikkene</p>



Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.26	Ytre miljø		<p>Som Nordens største sykehus er virksomheten ved OUS omfattende og påvirkningen på ytre miljø er tilsvarende stor. Sykehuset er sertifisert etter ISO 14001:2015, og det ble resertifisert 2021. Tilbakemeldingen fra revisor er at Ledelsessystemet for ytre miljø fremstår som vedlikeholdt og i tråd med standardens krav.</p> <p>Klinikkenes egen vurdering av status er ikke vesentlig endret fra 2010, og de viktigste tiltakene som er meldt inn er</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kildesortere mer.</li> <li>• Registrere/oppdatere kjemikalier i stoffkartoteket (EcoOnline)</li> </ul> <p>Spare strøm</p>	<p>Egne miljømål for alle klinikker</p> <p>Bedre synlighet for OUS miljøarbeid blant ansatte</p>	<p>Etterspørre status på arbeid med klinikkens miljømål ved oppfølging</p> <p>Samarbeid mellom Kommunikasjon og Seksjon for miljø og bærekraft for å synliggjøre sykehusets miljøtiltak</p>

## Del 2: HMS-faginstansene i OUS sine vurderinger av HMS-temaene

### 2.1 HMS-verktøy og -systemer

Systematisk HMS-arbeid er det arbeidet som gjøres for å sikre at aktiviteter kontinuerlig planlegges og utføres for å redusere risiko, 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.

Forebyggende HMS-arbeid handler ikke bare om å reagere og å iverksette tiltak i de tilfellene man fanger opp et risikoforhold ved en kartlegging, men også om å bruke kunnskapen fra det løpende arbeidsmiljøarbeidet i jakten på enda bedre måter å planlegge og organisere arbeidet på. Kunnskapen man tilegner seg om positive faktorer i eget arbeidsmiljø vil kunne brukes som grunnlag for å vurdere hva som skal til for å skape en helsefremmende arbeidsplass. Færre jobberelaterte helseplager og arbeidstakere som er friske og motiverte lønner seg.

To viktige verktøy i det systematiske arbeidet i OUS er medarbeiderundersøkelsen ForBedring og forbedringssystemet Achilles. Achilles har flere moduler, hvorav de mest essensielle for arbeidsmiljøet er:

- Modul for HMS-hendelser
- Modul for HMS-runde med oppfølging av ForBedring. HMS-handlingsplan består av tiltakene fra HMS-runde og oppfølging av ForBedring.
- Modul for risikovurdering

#### ForBedring

ForBedring er en nasjonal spørreundersøkelse som gjennomføres i alle offentlige og enkelte private helseforetak (HF). Hovedfokuset i undersøkelsen er på det psykososiale arbeidsmiljøet på lokalt nivå, men den dekker også pasientsikkerhetskultur og en grovkartlegging av HMS-forhold.

Gjennomføringen består av en anonym spørreundersøkelse som blir sendt til alle ansatte ved OUS (med noen få unntak) på e-post. Etter gjennomført undersøkelse får leder tilsendt en resultatrapport som skal legges frem i lokale tilbakemeldingsmøter med gjennomgang og diskusjon av resultatene.

Ansattgruppen blir i møtet enige om sine forbedrings- og bevaringsområder, og tiltak. Prinsippene om lokalt forbedringsarbeid 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 et verneområde, hvor arbeidsmiljøforhold skal vurderes av leder i samarbeid med verneombud og innspill fra alle ansatte. Utgangspunktet er en fysisk befaring av et verneområde, men runden er utvidet til å dekke det organisatoriske og systematiske i HMS-arbeidet også. Tiltak settes opp om nødvendig.

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 noen spørsmål som omhandler det fysiske arbeidsmiljøet, og tilbakemeldingene på dette temaet kan og bør tas med til gjennomføringen av HMS-rundene.

## HMS-handlingsplan

Tiltakene fra HMS-runden og ForBedring utgjør verneområdet/enhetens HMS-handlingsplan. Lokal leder er ansvarlig for handlingsplanen for sitt område.

## HMS-hendelser

Alle ansatte i OUS oppfordres til å melde forbedringsforslag og uønskede hendelser og forhold. Dette gjøres i Achilles, og nærmeste leder skal behandle saken.

## Risikovurderingsverktøy i Achilles

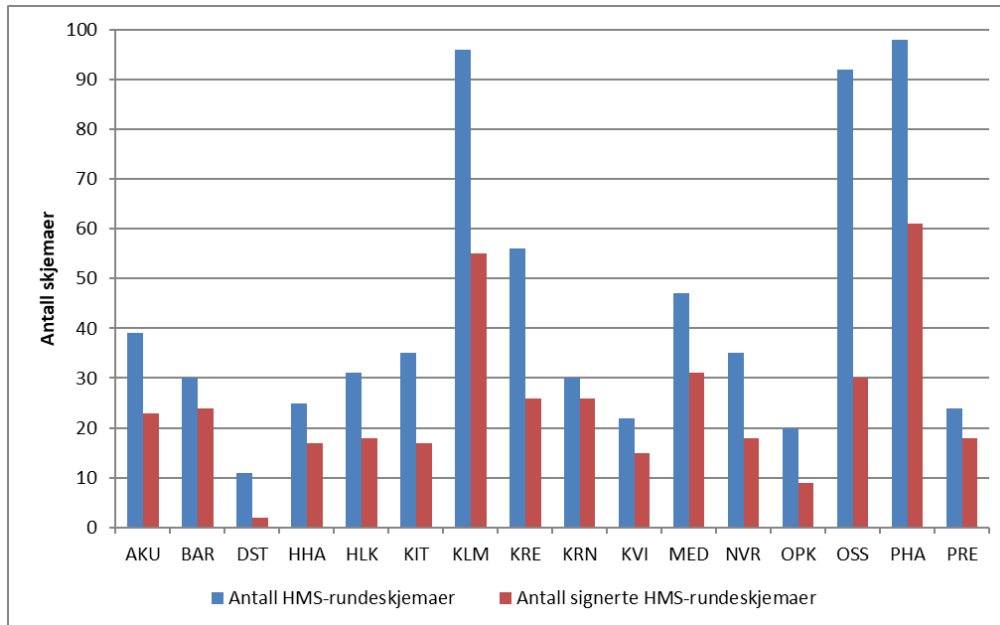
Achilles har en modul for at lokale enheter skal gjennomføre risikovurderinger. Foreløpig er skjema for vurdering av risiko for vold og trusler rullet ut, og andre temaer og en standard tom mal kommer også etter hvert.

## Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
HMS-verktøy	2021	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Yellow	Yellow	Yellow
	2020	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange
	2019	Green	Yellow	Green	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
	2018	Green	Yellow	Green	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green

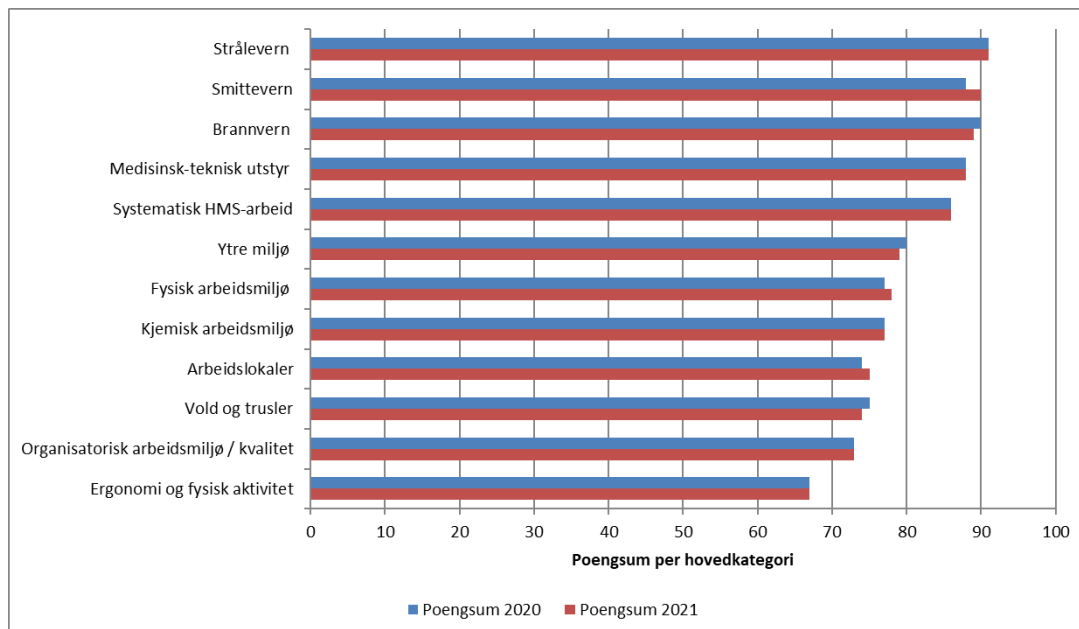
Flere klinikker vurderer at de har store forbedringsmuligheter når det gjelder gjennomføring av HMS-runder, ForBedring, avholdelse av tilbakemeldingsmøter i etterkant av ForBedring.

## Status for HMS-runder



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

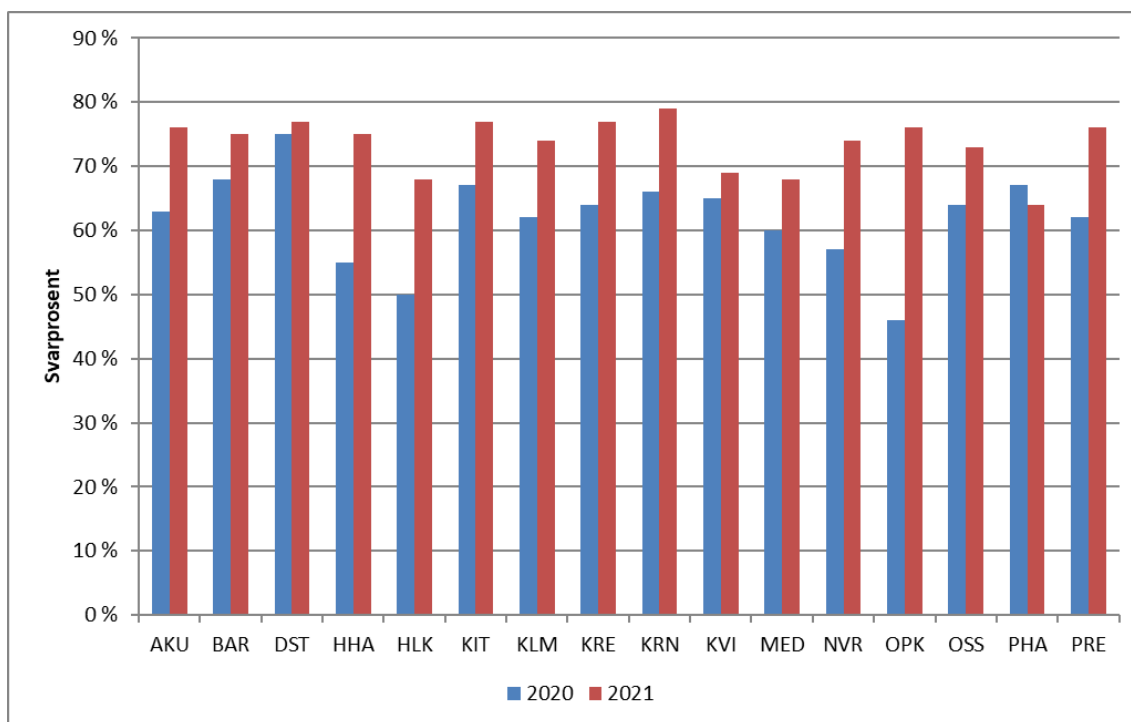
Gjennomføringsgraden av HMS-runder var i 2021 litt høyere enn fjoråret. En HMS-runde anses som gjennomført når både leder og verneombud har signert elektronisk i Achilles. Det kan være en mulig feilkilde at HMS runden er gjennomført, men ikke signert av både leder og verneombud. Mens det i 2020 var 50 % av verneområdene som hadde ferdig signerte skjemaer, steg det i 2021 ned til 56 %. I 2020 skulle det gjennomføres korona-runde i tillegg til HMS-runde, noe som kan ha ført til en lav gjennomføringsgrad. Spesielt PHA og PRE har økt gjennomføringsgraden sin i 2021.



**Figur 2: Resultater fra HMS-runden 2020 og 2021. 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.**

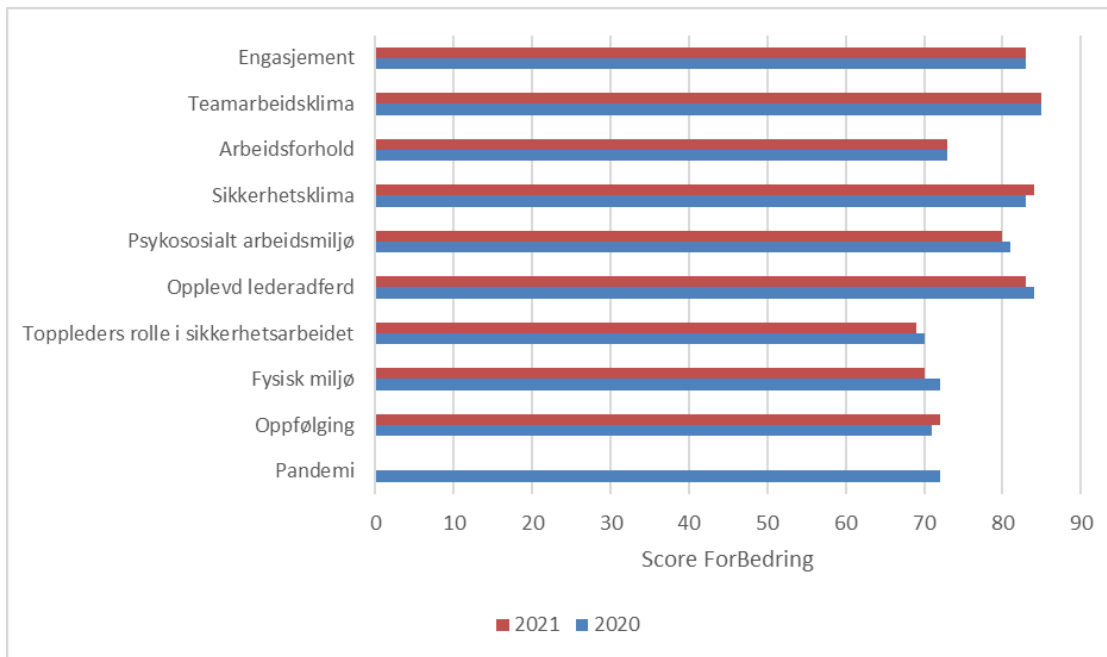
Verneområdene i OUS skårer seg lavest på temaet «Ergonomi og fysisk aktivitet», mens strålevern er et tema med god statusvurdering. Sett mot 2020 er det ingen store endringer i verneområdenes vurderinger. «Smittevern» har en liten bedring, men ubetydelig sett opp i lys av pandemien.

### Status for ForBedring



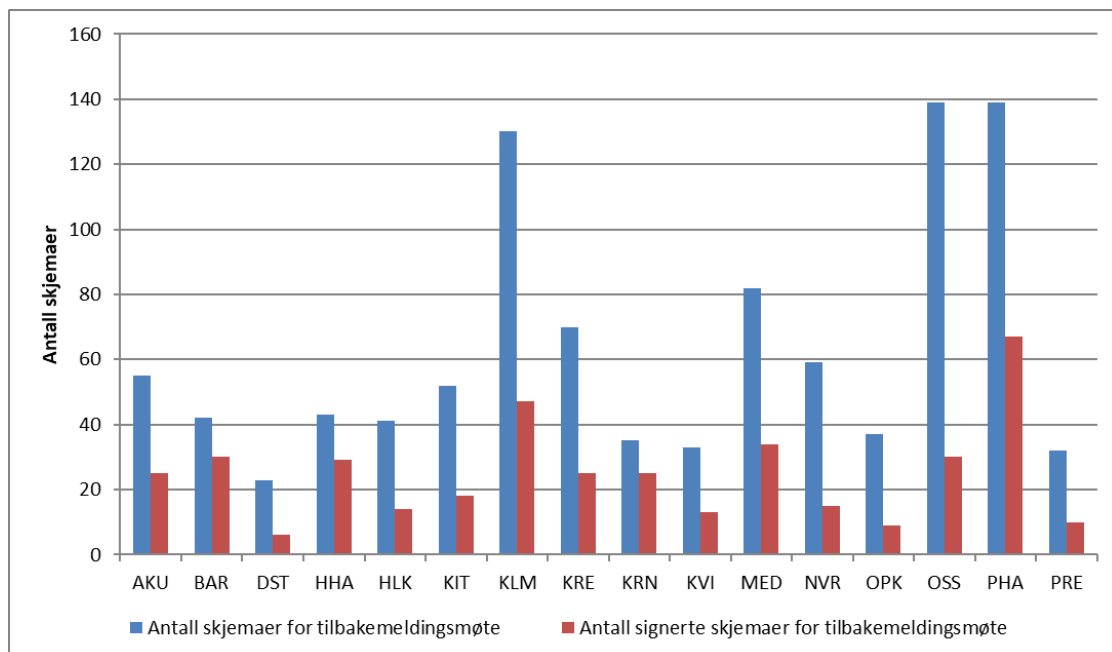
**Figur 3: Svarprosent på ForBedring 2020 og 2021, fordelt på klinikk**

Svarprosenten på ForBedring i OUS gikk opp fra 63 % i 2020 til 74 % i 2021. Dette er en klar bedring, som mest av alt skyldes at svarprosenten var veldig lav i 2020. Norge stengte ned i mars mens ForBedring var ute til gjennomføring.



**Figur 4: Score på nøkkelfaktorene i ForBedring**

Etter at undersøkelsen er gjennomført, skal leder avholde et tilbakemeldingsmøte for sin personalgruppe hvor resultatene skal gjennomgås og man sammen skal finne forbedrings- og bevaringsområder og tiltak. Figuren under viser grad av gjennomføring av tilbakemeldingsmøter, basert på hvor mange skjemaer som har blitt signerte.

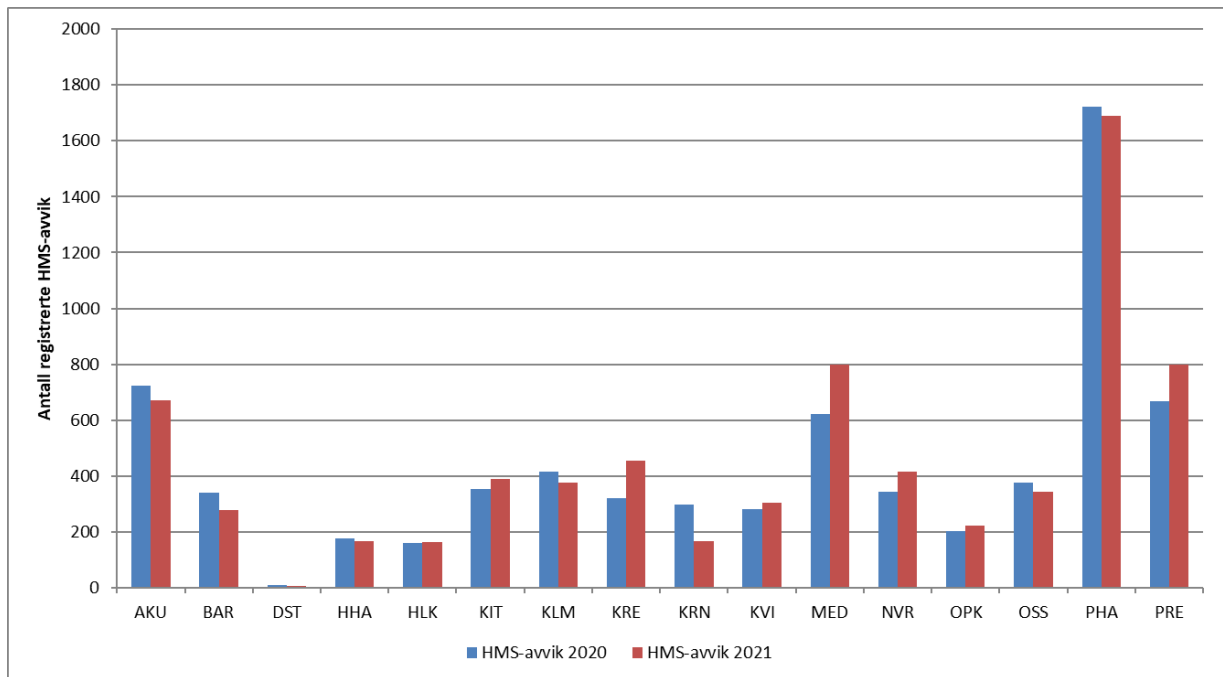


**Figur 5: Antall signerte skjemaer for fullført tilbakemeldingsmøte**

## HMS-hendelser registrert i 2021

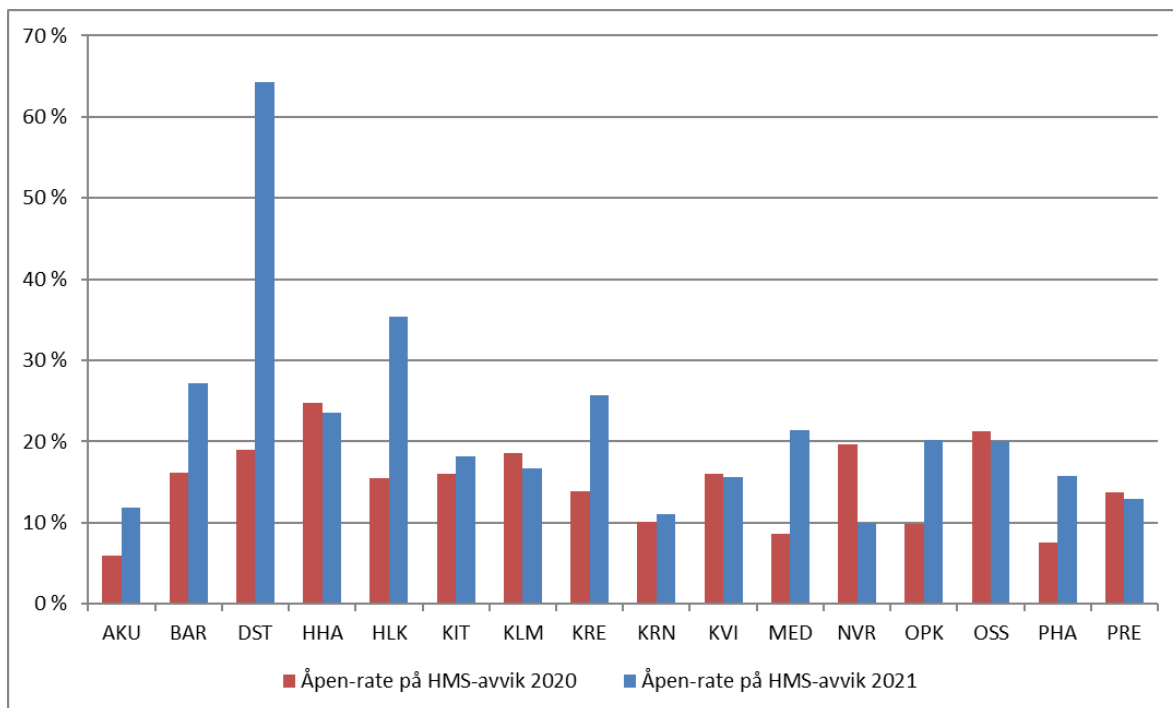
En viktig del av det systematiske HMS-arbeidet er å registrere uønskede hendelser / risikoforhold og skader, analysere bakenforliggende årsaker og sette inn forbedringstiltak der det er nødvendig. HMS-hendelser i OUS er definert som "Hendelser eller forhold som påvirker arbeidsmiljøet, ansattes helse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

Det ble i 2021 registrert 7280 HMS-hendelser av medarbeidere i OUS (hvorav 761 av dem er skader). Dette er høyere enn i 2020 (7011 HMS-hendelser).



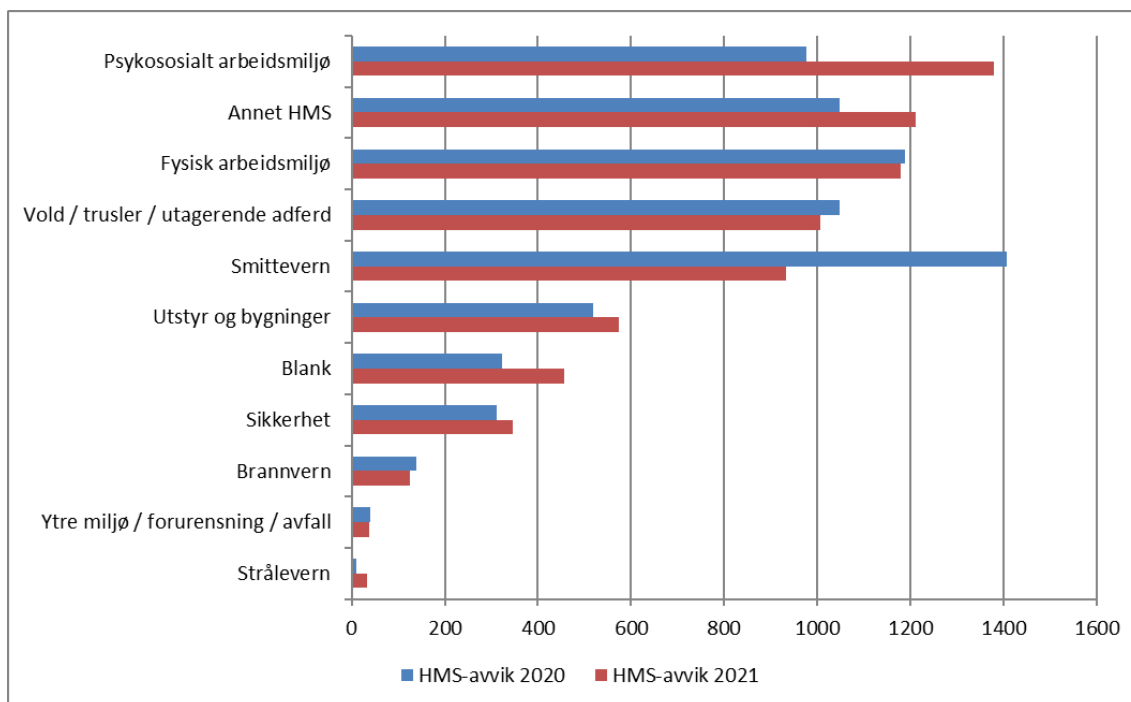
**Figur 6: Antall HMS-hendelser registrert i 2020 og 2021 per klinikk**

Spesielt KRE, MED, NVR og PRE har en markant økning i antall registreringer av HMS-hendelser.



**Figur 7: Åpenrate på HMS-hendelser 2020 og 2021: (Antall HMS-hendelser registrert i det året som klinikken er ansvarlig for som er åpne) / (Antall HMS-hendelser som ble registrert i det året som klinikken er ansvarlig for)**

Å behandle HMS-hendelser som blir meldt inn oppmuntrer de ansatte til å melde inn mer, når de ser at sakene blir fulgt opp. Derfor er det ønskelig med en lav åpen-rate. De fleste klinikker har en forverring innenfor dette området i 2021.



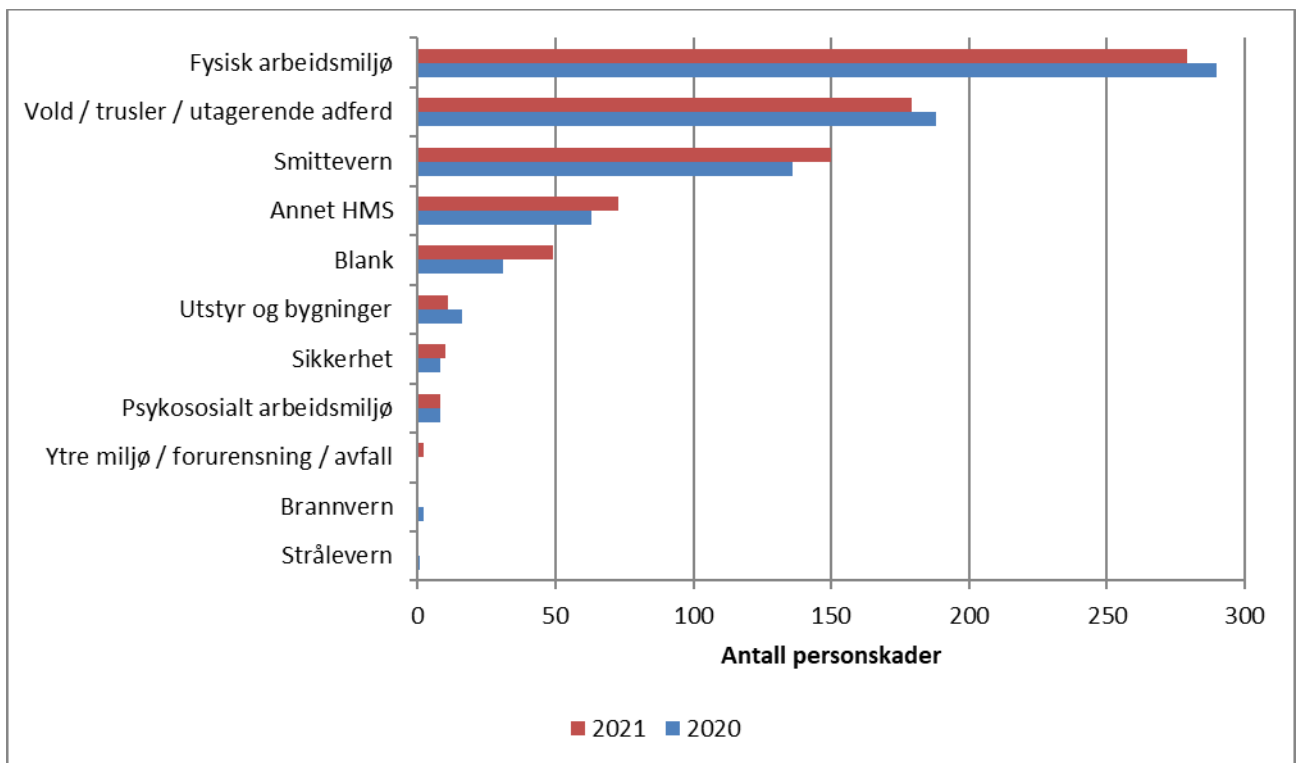
**Figur 8: Antall HMS-hendelser registrert på hovedkategoriene i 2020 og 2021**



Hovedkategorien «Smittevern» hadde i en kraftig økning av HMS-hendelser i 2020 grunnet korona-situasjonen, men i 2021 har det blitt registrert langt færre HMS-hendelser på dette temaet igjen, noe som tyder på en normalisering innenfor smittevernsituasjonen. Den største hendelseskategorien er «Psykososialt arbeidsmiljø», som økte betydelig i 2021 etter en nedgang i 2020. Det er underkategorien «Bemanning / arbeidspress» hvor det er registrert flest saker, og det har sannsynligvis å gjøre med at det er en del ansatte som over lengre tid har hatt tung arbeidsbelastning, spesielt på grunn av pandemien.

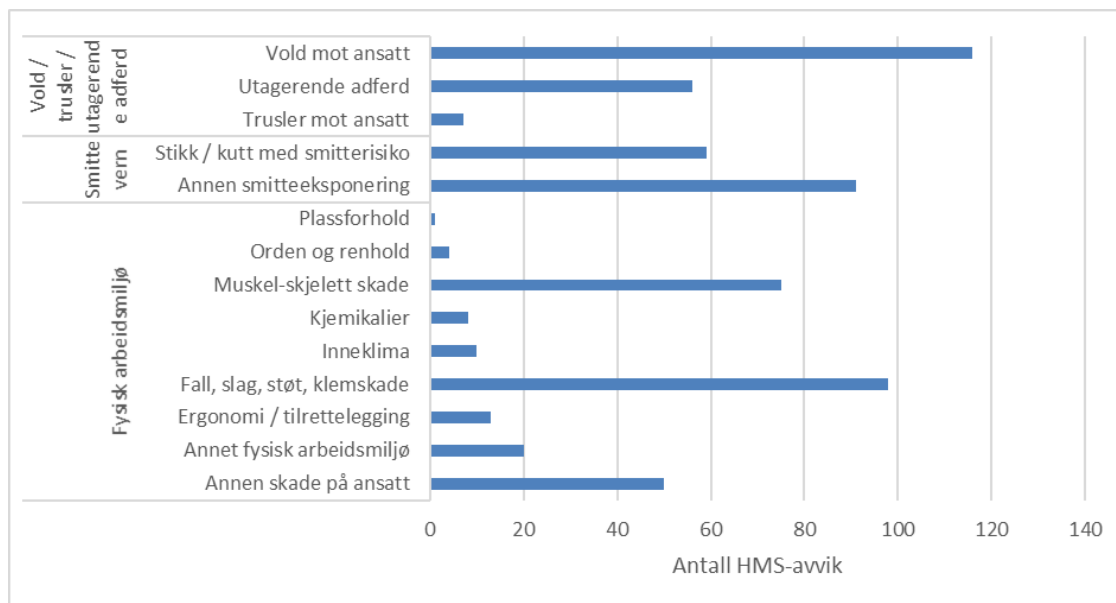
### Skader i OUS i 2021

Det ble i 2021 registrert 761 skader i OUS, 340 var fraværsskader (skader fører til fravær neste dag / skift). I 2020 ble det meldt 743 skader, hvorav 271 av dem var fraværsskader).



**Figur 9: Antall skader i OUS i 2020 og 2021 fordelt på hovedkategoriene i Achilles**

Som tidligere år er det registrert flest skader i de tre hovedkategoriene «Fysisk arbeidsmiljø», «Vold / trusler / utagerende adferd» og «Smittevern».



**Figur 10: Antall skader i OUS i 2021 delt på underkategoriene til de tre største hovedkategoriene**

«Vold / trusler / utagerende adferd» er omtrent på samme nivå som i 2020. Se kapittelet «Vold og trusler» for mer informasjon. Økningen innen «Smittevern» er i stor grad korona-relaterte skader, som at ansatte har blitt smittet på jobb. Se kapittelet «Smittevern» for mer informasjon. Innen «Fysisk arbeidsmiljø» er det flest HMS-avvik i underkategoriene «Fall, slag, støt, klemskade» og «Muskel-skjelett skade». Flere av skadene i den siste underkategorien er mindre skader som har oppstått i forbindelse med bruk av smittevernutstyr, som gnagsår grunnet langvarig bruk av munnbind.

## Satsing og tiltak for forbedring fremover

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

- Aktiv oppfølging av ledere og verneombud i de enhetene som ikke har fullført HMS-runde
- Få oversikt over verneområdene i klinikken.
- Følge opp at alle verneombud får gjennomført HMS-grunnopplæringen.
- Involvere de ansatte mer i HMS-arbeidet
- Implementere HMS-årshjul i klinikken
- Ledermøtene i OPK skal ha fokus på systematisk HMS-arbeid og bruk av Achilles jevnlig. Dette bør være et tema minst kvartalsvis.
- Klinikkleder i OPK skal gjennomgå HMS-handlingsplan i Klinik-AMU 3 ganger i året for å se på status, aktivitet og fremdrift.

HMS-gruppen i Arbeidsmiljøavdelingen anbefaler for OUS følgende satsingsområder for 2021 innen det systematiske HMS-arbeidet:

- Det ble i 2021 gitt opplæring til HR/kvalitet/klinikkhovedverneombud i hvordan de kan få oversikt over gjennomføringsgraden og hvilke enheter som ikke har fullført HMS-runde og

tilbakemeldingsmøte etter ForBedring. Det vil i 2022 bli fulgt opp enda tettere gjennomføringen i klinikkene.

- HMS-vurderingene av pretriage i 2021 avdekket at det mangler HMS-hensyn til de ansatte i OUS sine beredskapsplaner. Dette bør følges opp for å påse at det kommer inn i beredskapsplanene.

## 2.2 Organisasjonelle forhold

Organisasjonelle forhold handler om hvordan arbeidet er organisert og lagt til rette. Det inkluderer blant annet hvordan teknologi, styrings- og planleggingssystemer, tilrettelegging, ledelse, omstillinger, medvirkning, arbeidsavtaler og arbeidstidsordninger, utvikling, kontroll og overvåking, informasjon, opplæring og alenearbeid påvirker arbeidsmiljøet.

Indikatorerne innen dette temaet er systematisk prioritering mellom oppgaver, måling og justering av bemanningen i forhold til behov, bruk av tavlemøter/pulsmøter til daglig styring, daglig risikostyring (det grønne korset eller lokalt tilpasset metode), systematisk evaluering av endringer, planmessig journaldokumentasjon, arenaer og arbeid for forbedring av intern og ekstern samhandling. I tillegg er nøkkelfaktorene Teamarbeidsklima, Arbeidsforhold, Sikkerhetsklima og Involvering fra ForBedring tatt med.

Organisasjonelle forhold virker inn på alle de andre arbeidsbetingelsene ved at de kan forsterke, enten ved forverring eller forbedring, de totale konsekvensene for arbeidstakerne og her helt sentrale som forebyggende og risikoreducerende tiltak.

### Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HJK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Organisasjonelle forhold	2021			=Velg farge													
	2020																
	2019																

Tre klinikker har vurdert at de har hatt en positiv utvikling av de organisasjonelle forholdene det siste året. Ellers er status for det meste uendret sammenlignet med i fjor.

I klinikkens rapporter er det spesielt temaet arbeidsbelastning og tavlebruk som peker seg ut med størst forbedringspotensial. Det er få andre konkrete beskrivelser og tiltak fremhevet fra klinikkene.

### Tavlemøter

Et område som fortsatt fremheves av flere klinikker er arbeidet med implementeringen og videreutviklingen av tavlemøter for daglig styring (det grønne korset, risiko-, mål- og ressurstavler). På samme måte som i fjor har enkelte klinikker kommenterer at de har registrert en nedgang i bruk av tavlemøter, og det antas at koronapandemien fortsetter å bidra til å sette utviklingen tilbake eller på vent.

### Arbeidsbelastning

Både vernetjenesten og samfunnet generelt har både før og under pandemien løftet opp bekymringer rundt arbeidsbelastningen til de ansatte på sykehuset. OUS sentralt har begynt et arbeid med å se på hvordan den reelle problematikken skal kartlegges på et sykehus med så mange ansatte og enheter. OUS må få bedre kontroll på styringsdata som avdekker om ressursene er optimalt fordelt, og hvor det er behov for ytterligere tiltak. Den første kartleggingen ser på faktorer som anses som viktige for arbeidsbelastning, som HMS-avvik innen tematikken, AML-brudd per årsverk, langsiktig og kortsiktig sykefravær, intern og ekstern turnover og noen andre faktorer. Dette er en start på et grundigere

arbeid som skal gjøres for å skaffe oversikt over hvor arbeidsbelastningen er tyngst og hva som kan gjøres for å fordele belastning. I pilotutgaven av den nevnte kartleggingen er enhetene valgt ut på grunnlag av HMS hendelser – minst 5 meldte HMS hendelser innen tema Bemanning/arbeidspress i løpet av 12 mnd. Dette kan være ekskluderende for enheter med utviklet meldekultur eller meldetretthet. Blant de 48 enhetene som er undersøkt tegner det seg et bilde som viser behov for å se på flere faktorer. Det er ingen klar sammenheng mellom antall HMS hendelser og overtid/merarbeid. Turnover er jevnt lav i alle enhetene, mens sykefravær ser ut til å korrelere delvis med overtid/merarbeid, og dessuten er betydelig over gjennomsnitt for OUS i nesten hele utvalget. Med kjennskap til innhold i de meldte HMS hendelsene vil det gi mening å fremskaffe ytterligere data om tema som hull i turnus som ikke dekkes, innleie med manglende spesialkompetanse, og pleiekategorisering. Kunnskap om alle disse faktorene bør til sammen kunne gi sykehusledelsen et løpende bilde av de mest presserende utfordringene innen arbeidsbelastning, og dermed kunne prioritere.

For at sykehusets ansatte skal kunne være mer fleksible med tanke på intern forflytning, må det finnes systemer som sikrer god nok opplæring og standardisering av drift til at det kan være tilstrekkelig fleksibilitet. Standardiserte kompetanseplaner og prosedyrer er eksempler på tiltak som kan løfte OUS innen ansatte – og pasientsikkerhet, samtidig som sykehuset blir mer smidig og tilpasningsdyktig.

Arbeidsbelastning vil bli et eget hovedtema for neste års HMS-årsrapport.

### Satsing og tiltak for forbedring fremover

Når det kommer til forbedring av organisatoriske forhold er forbedringsnettverket en viktig, og kanskje uutnyttet, ressurs i flere klinikker, spesielt når det kommer til effektiv og nyttig bruk av tavler. På samme måte kan man med bistand fra organisasjonskulturnettverket iverksette tiltak som kan bidra til utvikling av en kultur som forbedrer samhandling, teamarbeidsklima og sikkerhetsklima. OUS skal som nevnt også se mer på hvordan styringsdata med oversikt over arbeidsbelastning kan utarbeides, slik at fordeling kan gjøres mer optimalt.

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

- Påse at alle ledere bruker tavlemøter og det grønne korset ved daglig risikostyring. Dette skal inn som et eget punkt i klinikkens handlingsplan. I tillegg skal relevante kurs i regi av Forbedringsnettverket gjennomføres (kurspakker).
- Tilpasse det grønne korset til lokalt behov, f.eks. til ikke-kliniske enheter.
- Gjennomføring av tavlemøter og bruk av det grønne korset vil øke involvering i de enkelte enhetene.
- TV og VO skal være med ved oppstarten av endringsprosesser.
- Påse at det settes av tilstrekkelig med tid til evaluering av endringstiltak.

En klinikk har beskrevet at de ikke planlegger nye tiltak i 2022 for å skape ro rundt pågående prosesser.

## 2.3 Psykososialt arbeidsmiljø

Psykososiale arbeidsbetingelser omhandler mellommenneskelige forhold på arbeidsplassen samt form og innhold i disse,<sup>1</sup> men overgangen mellom organisatoriske forhold, psykologiske og sosiale eksponeringer er ofte glidende<sup>2</sup>. De psykososiale arbeidsbetingelsene kan også være en konsekvens av hvordan arbeidet er organisert, ledet og tilrettelagt<sup>3</sup>. Alle de psykososiale temaene i HMS-årsrapport er basert på spørsmål fra ForBedring, som samlet sett kan gi en viss pekepinn på tilstanden i organisasjonen på disse områdene. Kapittelet angående psykososialt arbeidsmiljø er skrevet av psykososial faggruppe i Bedriftshelsetjenesten (BHT) i Arbeidsmiljøavdelingen (ARB) i OUS. Faggruppen jobber med psykososialt arbeidsmiljø i hele sykehuset og består av organisasjonspsykologer, samt rådgiver med Cand. Polit innen pedagogikk. Faggruppen har en fri og uavhengig rolle i arbeidsmiljøspørsmål.

## 2.4 Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

Ett av de fire hovedmålene for OUS siden 2013 har vært arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt. Som indikatorer for dette temaet er svar på spørsmål fra medarbeiderundersøkelsen ForBedring<sup>4</sup>. «Tillit» ble føyet til hovedmålet i OUS sin strategi for 2019-2022. Det er imidlertid ingen spørsmål angående tillit i Forbedringsundersøkelsen.

Et arbeidsmiljø preget av åpenhet, respekt og tillit gir et viktig grunnlag for arbeid med de andre HMS-temaene og med pasientsikkerhet. Det er forutsetningen for å skape tilstrekkelig trygghet i et arbeidsmiljø for å kunne reflektere over egen praksis, ta opp problemer, foreslå forbedringer og skape en kultur for endring.

De siste årene har forskningen på psykologisk trygghet, av Harvard-professor Amy Edmondson, fått økt fokus. Psykologisk trygghet handler om man opplever å kunne være oppriktig og at det å komme med spørsmål, innspill, ideer eller sine meninger ikke innebærer en frykt for formelle eller uformelle sanksjoner i arbeidsmiljøet<sup>5</sup>. Flere studier gjort i medisinske miljøer peker på at graden av psykologisk trygghet har påvirkning på pasientsikkerhet, både på et individuelt nivå ved utførelse av arbeidet, og på resultatet et team rundt en pasient leverer.<sup>6</sup>

### Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt	2021																
	2020																
	2019																

<sup>1</sup> [Psykososialt arbeidsmiljø \(arbeidstilsynet.no\)](https://www.arbeidstilsynet.no)

<sup>2</sup> [Psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø - STAMI](#)

<sup>3</sup> [Psykososialt arbeidsmiljø \(arbeidstilsynet.no\)](https://www.arbeidstilsynet.no)

<sup>4</sup> **Åpenhet:** Her er det lett å spørre når det er noe jeg ikke forstår, Det er lett å si fra om problemer i pasientbehandlingen her, Det er trygt å si fra om kritikkverdige forhold her, Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem, Mine kolleger oppmuntrer meg til å si fra om jeg er bekymret for sikkerheten, På min arbeidsplass oppmuntrer vi hverandre til å tenke ut måter å gjøre tingene bedre på. **Respekt:** Folk behandler hverandre med respekt på min arbeidsplass, Uakseptabel atferd er et problem på min arbeidsplass.

<sup>5</sup> Edmonson, 2019

<sup>6</sup> Se for eksempel forskning av A. Edmondson, M. West, J. Braithwaite og Riskin et al.

Resultatene på temaet «Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt» har de siste årene vært et av temaene som har best vurdering innen området psykososialt arbeidsmiljø i OUS. Fokus på åpenhet, tillit og respekt har også blitt sett på på tvers av klinikkene i 2021. Psykologisk trygghet var et sentralt tema på Pasientsikkerhetsuka, hvor pasientsikkerhetsrådene blant annet hadde undervisning og workshop om temaet. Bård Fyhn, som er en kjent ressurs på dette feltet holdt også foredrag som var åpent for alle ansatte. Arbeidsmiljøavdelingen har hatt et åpent kurs i Læringsportalen på psykologisk trygghet, og et policydokument angående «Hva kjennetegner gode arbeidsmiljø i OUS» er under arbeid.

Status fra 2018-2021 samt tilbakemelding fra klinikkene, tyder på at de fleste klinikkene ikke vurderer at dette området har de største arbeidsmiljøutfordringene. Flere av klinikkene nevner imidlertid at de har jobbet aktivt med temaet, og vil fortsette å ha fokus på dette videre.

Det er få endringer av fargekoding på klinikkens egenvurdering. Hjerte-, lunge- og karklinikken har skiftet fargekode fra gult i fjor til grønt i år. Det blir ikke begrunnet, men klinikken hadde i fjor tiltak som; «*Tema på personalmøter knyttet til hvordan man ønsker å ha det på arbeidsplassen og ev utarbeide kulturplakat. De som har kulturplakat kan vurdere endringer. Åpenhet; diskusjon rundt hva betyr dette/hvordan gjør vi åpenheten i praksis? Arbeidsseminar/teamdager: Forventninger og bidrag til hverandre.*». Årets tiltak i HLK handler om å følge opp avvik og forbedringsforslag og tydeliggjøre at det er positivt at disse kommer.

Medisinsk klinikk har endret fargen fra grønn til gul i år. Kommentar i 2020 omhandlet at de var gode på sikkerhetsklima og blant annet gjør god nytte av verktøy som «det grønne korset» og tavlemøter. Begrunnelsen for endring av farge er at pandemien har medført mangelfull mulighet til faglig og sosialt samvær. Det nevnes også at ledere må oppfordre til melding av avvik og fremme gode samarbeidsarenaer og møteplasser

### Kommentarer fra klinikkene:

- Flere klinikker kommenterer at de har god skåre og få endringer
- Flere klinikker understreker viktigheten av åpen kultur hvor det skal være trygt å ta opp ting, trygt å melde avvik og egne feil, og trygt å si fra om kritikkverdige forhold. Ledere må bidra til psykologisk trygghet for dette.
- Arbeidsmiljøet under pandemi blir preget av mangelfull mulighet for faglig og sosialt samvær
- Fokus på økt mangfold, en arbeidsgruppe er etablert.
- Med mange enheter/seksjoner er det stor variasjon, må følges opp i aktuelle enheter
- Klinikken er god på og diskutere og ha åpenhet rundt pasientbehandling, men har ikke samme åpenhet når det gjelder organisatoriske forhold.
- Ansatte melder ikke alltid i korrekte kanaler, og noen meldinger blir ikke fulgt opp. Ansatte kan derfor miste troen på at det hjelper å si ifra. Achilles brukes til å melde feil saker og ikke alltid som et forbedringsverktøy.
- Vi vil bli enda bedre på psykologisk trygghet fordi det er grunnleggende for utvikling og forbedring.

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

- Flere klinikker nevner oppfølging av enheter som får dårlig skåre på Forbedring 2022. Oppfølging gjøres også ved andre typer bekymringsmeldinger rundt åpenhet, respekt og tillit.

- Flere nevner åpenhetskultur, dialog med ledelse skal være trygt. Ledere må snakke åpent om feil og oppfordre til å melde avvik. Avvik og forbedringsforslag må følges opp konstruktivt og positivt. Ledere må lytte aktivt og gi/få tilbakemeldinger fra ansatte.
- Bruke naturlige arenaer for involvering. Arenaer og møteplasser for å si ifra om forhold rundt pasientbehandling og arbeidsmiljø. Åpne prosesser med medvirkning fra ansatte.
- Fortsatt fokus/innføring, og kontinuerlig bruk av "Det grønne korset".
- UKOM sin gjennomgang benyttes inn i ledermøtet for læring. I HMS-hjulet tas opp varsling og meldekultur. Sendes ut informasjonspakke i linjene for gjennomgang.
- Noen klinikker skriver at klinikken bør jobbe med kulturutvikling, og benytte organisasjonskulturveiledere for bistand til f.eks. 'Kulturplakat', 'Innafor/utafor', og forventninger og bidrag. Dette settes opp som emne til lederkafe/ledersamling.
- Samarbeide med Arbeidsmiljøavdelingen.
- Opplæring i bruk av Achilles som forbedringsverktøy.
- Retningslinjene for søkere med minoritetsbakgrunn skal følges ved rekruttering.
- Det oppfordres til at enheter støtter "ønsket om mangfold" ved å markere Oslo Pride.
- Flere klinikker vil øke psykologisk trygghet
- Opplæring, tydelige beslutninger og forutsigbarhet via oppfølging og informasjon. Endringer kommuniseres tydelig og ryddig. Struktur og klar retning og mål.

### Satsing og tiltak for forbedring fremover

HHA, KIT og OSS har ført opp åpenhetskultur og/eller respektfullt arbeidsmiljø/tillit som ett av fem høyest prioriterte tiltak for 2022. HHA og OSS har også dette temaet som ett av fem største arbeidsmiljøutfordringer. I tillegg har noen klinikker ført opp kommunikasjon, psykososialt arbeidsmiljø og økning av meldefrekvens på sine fem største utfordringer eller høyest prioriterte tiltak, som antyder at man også på disse stedene ønsker å jobbe med aspekter ved temaet.

De foreslår følgende tiltak:

- Jevnlige møter mellom leder, TV og VO. Kontinuerlig bruk av "Det grønne korset". Følge opp alle avvik.
- Informasjon og åpenhet rundt endringer i nåtid og fremtid for å skape forståelse for endringen og bredde i medvirkningen fra de ansatte. For å skape eierskap og forståelse for endringen som OUS og klinikken står ovenfor de neste årene. Jevnlige informasjonsmøter med ansatte i hver avdeling, seksjon og enhet. Nyhetsbrev fra klinikken - fra Nye OUS, Klinikkleder, HR, Økonomi, Helsefag. Fokus på åpenhetskultur.
- Bruke kulturkonsulentene (organisasjonskulturveiledere) til å jobbe med psykologisk trygghet i de enhetene som trenger det. Psykologisk trygghet er viktig for at ansatte skal oppleve det trygt å si fra om feil og mangler.
- Fortsatt fokus på en god og trygg kommunikasjon / dialog mellom arbeidsgiver, arbeidstaker og tillitsvalgte/VO på alle nivåer, samt øke medvirkning på alle enheter i klinikken
- Klinikken har lav meldefrekvens og må ta HMS-avvik og forbedringstiltak opp på alle enheter regelmessig. Få meldefrekvensen over 0,21. Videre må avvik lukkes innen rimelig tid med reelle tiltak. Videre brukes det "Grønne korset" for lite og klinikken må bidra til at bruken økes for å øke pasientsikkerheten. Tavlemøter og "Grønne korset" vil også øke involvering i den enkelte enhet

### Psykososial faggruppe i Bedriftshelsetjenesten (BHT) i ARB har følgende innspill til videre satsing og tiltak:

Konkrete tiltak er enklest å følge opp og blir gjennomført. Konkrete tiltak fra klinikkene er for eksempel å sette opp temaet på ledersamlinger og at man gjennomfører opplæring i Achilles, samt innføring og bruk av Det grønne korset. Verktøy som «Det grønne korset» kan være svært nyttig med hensyn til å



skape arenaer for diskusjon rundt pasientsikkerhet. Man kan også dra inn aspekter som samarbeid og kommunikasjon ved valg av fargesetting i «Det grønne korset». Det er også flere gode tiltak, men noen er mindre konkrete og dermed vanskeligere å måle om blir gjennomført. Det er positivt at flere er oppmerksomme på begrepet «psykologisk trygghet» og aktivt benytter dette i sammenheng med psykososialt arbeidsmiljø i klinikken.

Som en av klinikkene nevner, kan pandemien ha påvirket opplevelsen av åpenhet, respekt og tillit i arbeidsmiljøet. Når muligheten til både formell og uformell kommunikasjon reduseres, kan dette påvirke også faglig samarbeid. Det anbefales at man forsøker å opprettholde forutsigbare møtearenaer, og at man legger til rette for digital gjennomføring når dette er nødvendig.

Disse resultatene må sees i sammenheng med de andre psykososiale temaene, samt organisatoriske forhold. Tiltak som er oppført under disse temaene vil kunne bidra til åpenhet, respekt og tillit. Tiltak rettet mot åpenhet, respekt og tillit kan også bidra positivt når det gjelder å forebygge trakassering, konflikter og stress. Kapitlene som følger beskriver utfordringene på disse områdene og mange klinikker har satt dem opp som satsingsområder.

## 2.5 Mobbing og trakassering

I følge arbeidsmiljøloven (AML), § 4-3 (3), skal arbeidstakere ikke utsettes for mobbing og trakassering eller annen utilbørlig opptreden. I OUS er det 0-toleranse for mobbing og trakassering. Arbeid med kultur preget av trygghet, respekt og tillit skal være høyt prioritert.

I tillegg til helsemessige konsekvenser for den enkelte har mobbing og trakassering konsekvenser for pasientsikkerhet.<sup>[1][1]</sup> Forebyggende arbeid mot trakassering er derfor også en viktig innsats for å sikre pasientsikkerhet.

Studier viser at følgende arbeidsmiljøfaktorer ofte har sammenheng med mobbing i arbeidslivet: 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.<sup>[2]</sup>

### Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Mobbing og trakassering	2021	Grønt	Grønt	Grønt	Gult	Gult	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	Gult	Gult	Grønt	Gult	Gult	Gult
	2020	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Gult	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Gult	Gult	Gult	Oransje
	2019	Grønt	Grønt	Grå	Gult	Oransje	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Gult	Gult	Grønt	Gult
	2018	Grå	Gult	Grå	Grå	Gult	Gult	Grå	Grønt	Gult	Grønt	Grå	Gult	Gult	Gult	Grønt	Gult

To spørsmål omhandlet mobbing og trakassering i ForBedringsundersøkelsen 2021: «Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for mobbing eller trakassering her i løpet av de siste 12 månedene» og «Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for seksuell trakassering her i løpet av de siste 12 månedene». Spørsmålene er likelydende som i fjor, slik at svarene kan sammenliknes med resultatene fra 2020. Samlet sett er vurderingene (fargekodene) relativt like i 2021 og 2020 og også 2019. Men 4 klinikker har endret farge hvorav tre i positiv retning; to fra gult til grønt og en fra oransje til gult. En klinikk har beveget seg fra grønt til gult. Noen av klinikkene kommenterer at bedring i skåre for begge indikatorene gjør at de endrer snittet fra gult til grønt. Flere velger gul farge til tross for høy skåre på begge spørsmålene og presiserer at dette er et viktig tema med stort fokus fra klinikken.

Resultatene gir ikke konkret informasjon om hvor stort omfang mobbing/trakassering oppleves å være da det måles på en enig-uenighets skala og ikke frekvens-skala. Det er ofte stor variasjon i resultater mellom ulike enheter i klinikkene. Det er derfor viktig å rette tiltak spesifikt mot de enheter i klinikken som har lav skåre på spørsmålene. Ingen av klinikkene har satt mobbing og trakassering som en av sine fem største arbeidsmiljøutfordringer, og heller ikke som et av sine viktigste forbedringstiltak. Det er viktig å være oppmerksom på at mobbing og trakassering i større grad forekommer i konfliktfylte

<sup>[1]</sup> -Chassin og Loeb 2013, The Joint Commission «High-Reliability Health Care: Getting There from Here». Milbank Quarterly.

<sup>[1]</sup> Riskin et al. «The Impact of Rudeness on Medical Team Performance: A Randomized Trial». Pediatrics. Sep. 2015.

<sup>[2]</sup> Et brutalt arbeidsmiljø? En undersøkelse av mobbing, konflikter og destruktiv ledelse i norsk arbeidsliv, Ståle Einarsen m fler, 2007.

miljøer og at man ved å forebygge og håndtere konflikter også kan forebygge mobbing og trakassering.<sup>[2]</sup>

### **Kommentarer fra klinikkene:**

- Det har tidvis tatt lang tid å rydde opp i tilfeller av mobbing eller trakassering mellom ansatte.
- Når det oppstår er det viktig å håndtere det umiddelbart. Klinikken har kompetanse til å bistå i dette.
- Tydelig fokus fra klinikkleder over tid, ved relevante saker, tettere oppfølging.
- Videre satsing på forebyggende arbeid.

5 klinikker presiserer at de har nulltoleranse for uakseptabel oppførsel, mobbing og trakassering. Noen klinikker rapporterer at de ansatte har liten kjennskap til episoder med seksuell trakassering. Andre oppgir at enkelte ansattgrupper sier at de kjenner til at noen opplever mobbing og trakassering. Flere uttrykker at det har vært en god utvikling i svarene på ForBedring, mens noen ønsker en bedre skåre på mobbing. En klinikk kommenterer at det kan være at kommentarer og hendelser fra pasienter ikke er tatt med i betraktningen her.

### **Satsing og tiltak for forbedring fremover**

Psykososial faggruppe i Arbeidsmiljøavdelingen kjenner til at ledere og verneombud flere steder har gjort prosedyren «Trakassering – håndtering av mobbing og seksuell trakassering» kjent for ansatte ved å ha denne oppe som tema på personalmøter i 2021. Flere klinikker presiserer nulltoleranse og noen oppgir å ha hatt fokus på lederoppfølging forankret hos klinikkleder. Sentral HR-stab blir konsultert på juridisk saksgang i varslingsaker, og psykososial faggruppe i Arbeidsmiljøavdelingen har bidratt med støttesamtaler. Psykososial faggruppe i Arbeidsmiljøavdelingen hatt en del undervisning om psykologisk trygghet i 2021. Forebyggende arbeid med psykologisk trygghet og tilbakemeldingskultur i personalgruppen kan påvirke opplevelsen av dette, og gjøre det lettere å ta opp mobbing og trakassering hvis det skulle forekomme i arbeidsmiljøet.

### **Forbedringstiltak som trekkes fram av klinikkene er:**

- Seksjoner med lavt skår på spørsmål om mobbing og/eller trakassering i ForBedring får oppfølging.
- Lage trygge arenaer og møteplasser for at ansatte skal kunne si ifra om forhold som berører arbeidsmiljø og pasienthendelser
- Sørge for at aktuelle prosedyrer er kjent herunder varslingsrutinene, alle enheter må ta disse opp jevnlig
- Ledere på alle nivå i klinikken er oppfordret til å informerer om sykehusets policy og retningslinjer hva gjelder mobbing og trakassering. Årlig tema i Ledermøtet, AMU for informasjon i linjen
- Fortsette det gode arbeidet med åpenhetskultur slik at terskelen for å si ifra er lav for alle ansatte. Klinikkledelelsen og HR skal følge opp og sikre at konkrete mobbe-/trakasseringssaker i klinikken håndteres på en forsvarlig og god måte. Be om jevnlig rapportering fra lederne om slike saker hvis de oppstår.

---

<sup>[2]</sup> Håndtering av konflikter og trakassering i arbeidslivet, Einarsen og Pedersen, 2007

- Fortsette arbeidet med IA-workshop og HR-verksted
- Sikre god kjennskap til prosedyrer og verktøy. Ta kontakt med leder, TV og VO
- Klargjøre definisjonen av mobbing og trakassering og hvordan dette meldes.
- Tidlig reaksjon fra nærmeste ledernivå. Leder må be om bistand fra HR-leder så raskt som mulig.
- Når det kommer et varsel skal det tas på alvor ved å kontakte leder og andre aktuelle berørte. Undersøkelsesplikten skal i alle slike saker ivaretas. Få oversikt over hvem som har lavest score på tema. Prosessveiledere må ta direkte kontakt med ledere som har lav score på dette tema.
- For å forebygge mobbing, trakassering, seksuell trakassering og rasisme, skal det gjennomføres minst et årlig dialogmøte om temaet, på alle enheter.
- Bredde ut ROS-analyse mot seksuell trakassering i hele klinikken, slik at mobbing og trakassering kan forebygges og løses umiddelbart hvis det oppstår. Sykehuset prosedyrer og retningslinjer gjøres kjent for alle ansatte.

**Psykososial faggruppe i BHT i ARB har følgende innspill til videre satsing og tiltak:**

Vi anbefaler at det jobbes videre med at mobbing- og trakasseringsprosedyren og varslingsprosedyren gjøres kjent i alle enheter ved sykehuset. Det bør også tilstrebes å oppnå enhetlig kompetanse for håndtering av varsler i lederlinjen og HR. Lederstøtte bør sikres til enheter ved lav skår. Spesielt i enheter som har hatt lav skår over år er det viktig å kartlegge og undersøke nærmere om det dreier seg om trakassering fra kollegaer/ledere evt. fra pasienter, og få utarbeidet relevante tiltak ut fra det (ref. arbeidsgivers undersøkelses- og omsorgsplikt/AML). Tiltak på dette området bør følges opp i KAMU gjennom året.

## 2.6 Konflikter og konflikthåndtering

Det er ønskelig med meningsbrytning og uenighet i OUS da det stimulerer til læring og utvikling. Men når uenighet begynner å vekke sterke negative følelser og blir fastlåst snakker vi ikke lenger om nyttige og nødvendige utviklingsprosesser, men om en konflikt. Og hvis konflikter ikke tas tak i, eller blir uklokt håndtert kan svekket samarbeid, misnøye, ineffektivitet, høyere fravær og større turnover være mulige destruktive konsekvenser.<sup>7</sup> Undersøkelser viser også at vedvarende konflikter på en arbeidsplass kan bidra til utbrenthet<sup>8</sup>, at høyt konfliktnivå er en risikofaktor for mobbing,<sup>9</sup> og at ansatte som opplever forstyrrende konflikter har større risiko for å utvikle psykiske plager over tid<sup>10</sup>.

Mange konflikter mellom enkeltpersoner og mellom grupper kunne vært unngått ved forebygging. Og langvarige konflikter kunne vært løst tidligere dersom ansatte, ledere, HR, tillitsvalgte og vernetjenesten hadde tilstrekkelig konflikthåndteringskompetanse. Skåringen på temaet 'Konflikt og konflikthåndtering' er basert på to spørsmål hentet fra Forbedringsundersøkelsen<sup>11</sup>.

### Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Konflikter og håndtering av konflikter	2021	Oransje	Oransje	Gul	Oransje	Oransje	Oransje	Gul	Gul	Oransje	Oransje	Gul	Gul	Gul	Gul	Gul	Oransje
	2020	Oransje	Gul	Gul	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Gul	Gul	Gul	Gul	Gul	Oransje
	2019	Gul	Oransje	Grønn	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Gul	Gul	Gul	Gul	Gul	Oransje
	2018	Oransje	Gul	Grønn	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Gul	Gul	Oransje	Gul	Gul	Gul	Gul	Gul	Grønn

Det er åtte klinikker som har satt fargekoden oransje, og åtte som har satt fargekoden gul. Dermed er spredningen i fargekoder uendret fra i fjor. Én klinikk har skiftet fargekode i negativ retning, og én har skiftet fargekode i positiv retning. Klinikkenes egen vurdering av temaet konflikt og konflikthåndtering holder seg derfor stabil fra 2020-2021. Av dette kan vi lese at flere klinikker fortsatt har utfordringer med konflikter og konflikthåndtering.

Det er rimelig å anta at covid-19 pandemien har hatt betydning for forekomsten av konflikter og måten konflikter har blitt håndtert. Mange miljøer har i 2020 blant annet opplevd høyt arbeidspress, redusert mulighet til å jobbe forebyggende med psykososialt arbeidsmiljø, og hatt færre sosiale møteplasser på jobb. Dette er faktorer som kan øke risikoen for at konflikter oppstår. Samtidig har konflikthåndtering vært krevende for mange på grunn av hjemmekontor og høy arbeidsbelastning for ansatte og ledere. Seks klinikker har valgt å sette konflikt og konflikthåndtering på listen over klinikkens fem største arbeidsmiljøutfordringer. Årsaksforklaringer som går igjen er at konflikter tas tak i for sent, og mangelfull konflikthåndteringskompetanse.

<sup>7</sup> Forebygging og håndtering av konflikter på arbeidsplassen, Stami 2013. Hanne Heen og Robert Salomon, 2018, Varme konflikter i arbeidslivet. Organisatoriske perspektiver og håndteringsmetoder.

<sup>8</sup> Ståle Einarsen og Stig Berge Matthiesen i artikkel i boken 'Utbrent. Krevende jobber – gode liv?' (Fagbokforlaget 2002).

<sup>9</sup> Håndtering av konflikter og trakassering i arbeidslivet, Einarsen et al., 2007.

<sup>10</sup> Effects of adverse social behaviour at the workplace on subsequent mental distress: a 3-year prospective study of the general working population in Norway, 2021. Tom Sterud og Therese N. Hanvold.

<sup>11</sup> 1) Har du lagt merke til forstyrrende konflikter i din enhet?, 2) Når konflikter oppstår her blir de håndtert på en god måte'.

## Satsning og tiltak

Fem klinikker har ført opp tiltak rettet mot temaet konflikt og konflikthåndtering på sin liste over høyest prioriterte tiltak. Konkrete tiltak som kan trekkes fram:

- Sørge for å gi god opplæring til ledere, følge opp ledere og enheter i klinikken som har lave score på konflikter og konflikthåndtering i Forbedring.
- Ledere meldes på lederopplæringen i OUS ved tiltredelse i lederroller. Temasamling med ledere på alle nivå - for å sette fokus på behandling og informasjon rundt konflikter inntil ca. 2 ganger i året
- Videreføre pågående prosesser med IA-workshop og HR-verksted i klinikken.

Tiltak i andre klinikker som er verdt å trekke fram:

- Ha fokus på samarbeidskultur og oppfølging av konflikthåndtering.
- HR og Arbeidsmiljøavdelingen må tydeligere flagge sin støtte til ledere. KAMU må følge opp der hvor det er utfordringer\*
- Gi opplæring i psykologisk trygghet og konflikthåndtering.
- Ønsker å gjøre dokumentet for varsling bedre kjent, da det ved arbeid med fjorårets tiltak har gitt grunn til å tro at denne ikke er bredt kjent. Viderefører tiltaket fra i fjor med arbeid rundt oppstartssamtale med nyansatte hvor teamet er kultur, roller, konflikter og forventningsavklaringer. AMU har nedsatt en gruppe som skal fortsette arbeidet med en sjekklister/hjelpeskjema for dette.
- Fortsette med opplæring av ledere, TV og VO og involvere HR ved behov.
- Systematisere oppfølging.
- HR gjennomfører kurs/kompetanseheving av ledere, tillitsvalgte og verneombud i klinikken i forhold til konflikthåndtering, i henhold til sykehusets overordnede prosedyre\*\*

### Psykososial faggruppe i BHT i ARB har følgende innspill til videre satsning og tiltak:

Forekomsten av forstyrrende konflikter og kvaliteten på konflikthåndtering vil variere mellom enheter/seksjoner/avdelinger innad i klinikkene. I klinikkens arbeid med å forbedre skårer på temaet er det derfor viktig å identifisere hvilke enheter/seksjoner/avdelinger som har et forbedringspotensiale, og iverksette tiltak der. ForBedrings-undersøkelsen er et egnet verktøy for dette. Men det forutsetter at klinikkene har rutiner for å fange opp og følge opp enheter/seksjoner/avdelinger med lave skårer. Klinikker som ikke har slike rutiner bør etablere det i forkant av neste ForBedrings-undersøkelse. Generelle tiltak rettet mot bedring av det psykososiale arbeidsmiljøet vil også være relevante tiltak for å forhindre forstyrrende konflikter. De klinikkene som har satt 'åpenhet, kommunikasjon, respekt og tillit' og 'stress, medvirkning og støtte' som utviklingsområder jobber også med tematikk som kan påvirke og forebygge konflikter. Mer konkret viser forskning at det er en sammenheng mellom opplevd rollekonflikt og forstyrrende konflikter<sup>12</sup>. En rollekonflikt kjennetegnes av motstridende krav eller forespørsler i jobben, og det å måtte prioritere mellom ulike krav i arbeidet, samt manglende ressurser til å utføre arbeidsoppgavene på en tilfredsstillende måte. Dermed vil det være gevinster å hente i form av færre forstyrrende konflikter

---

\* Arbeidsmiljøavdelingen består av henholdsvis HMS-seksjonen og Bedriftshelsetjenesten. Hvor sistnevnte har en fri og uavhengig rolle, og skal bistå både ansatte og ledere ut i fra faglig baserte vurderinger.

\*\* NB. OUS har ikke en nivå 1 prosedyre på konflikthåndtering.

<sup>12</sup> Fakta fra STAMI – konflikter på arbeidsplassen, 2017.

ved blant annet å jobbe med opplæring og kompetanseheving, tiltak rettet mot arbeidsbelastning, og organisering av arbeidet.

Et annet viktig tiltak rettet mot både forebygging av konflikter og kompetanseheving på konflikthåndtering ved OUS vil også være å utarbeide en nivå 1-prosedyre på temaet konflikt og konflikthåndtering. Utvikling av en slik prosedyre vil også sikre en enhetlig praksis, og være et viktig utgangspunkt for konflikthåndteringsprosedyrer på andre nivåer. Arbeid med en nivå 1 prosedyre bør derfor igangsettes.

## 2.7 Stress, medvirkning og støtte

Hvorvidt en arbeidssituasjon oppleves som negativt stressende avhenger av flere faktorer. Stressforskning<sup>13</sup> viser at uheldige utslag på faktorer som arbeidsbelastning, egenkontroll, høye krav, anerkjennelse og rollekonflikt henger sammen med økt risiko for negativt stress. Men de ansattes arbeidssituasjon må sees i et helhetsperspektiv; Dersom man skårer høyt på egenkontroll og medvirkning, kan den negative effekten av arbeidsbelastning og rollekonflikt bli mindre. I tillegg kan sosial støtte og anerkjennelse moderere faktorer som oppleves belastende som lav egenkontroll og høye krav.

Store undersøkelser<sup>14</sup> viser at ansatte ved sykehus i særlig stor grad har en arbeidshverdag preget av høye krav og redusert egenkontroll, sammenlignet med andre yrkesgrupper.

Fordi egenkontroll, medvirkning, og sosial støtte kan virke modererende på stress, ser vi disse faktorene i sammenheng i HMS-årsrapport. Vi har derfor samlet spørsmål fra Forbedringsundersøkelsen som dekker disse faktorene<sup>15</sup>.

Medvirkning i arbeidslivet er en verdi i seg selv, og rett og plikt til å medvirke er nedfelt i Arbeidsmiljøloven. Det er viktig å være klar over at medvirkning er mer enn «representativ medvirkning» gjennom tillitsvalgte og verneombud, selv om dette også er vesentlig. Reell mulighet for alle ansatte til å medvirke i beslutningsprosesser bidrar til økt kvalitet i beslutninger og engasjement og eierskap til utvikling av arbeidsforhold og et godt arbeidsmiljø.

### Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Stress, medvirkning og støtte	2021	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
	2020	Orange	Orange	Grønn	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
	2019	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange

Som i 2019 og 2020 vurderer de fleste klinikker 'Stress, medvirkning og støtte' som en av de største arbeidsmiljøutfordringene. 12 av 16 klinikker oppgir i 2021 denne tematikken å være blant de største arbeidsmiljøutfordringene for klinikken, og for 10 av disse 12 har dette vært en av de største arbeidsmiljøutfordringene også i 2019 og/eller 2020.

Fra 2020 til 2021 har 3 av klinikkene endret fargekode. Begrunnelse for endring av farge er for én av klinikkene (endret fra gult til oransje) at aktiviteten øker for hvert år uten at ressurser øker tilsvarende,

<sup>13</sup> To av de mest anvendte forskningsbaserte stressmodellene er Karaseks «krav-kontroll-støtte» og Siegrists innsats-utbytte, inkludert anerkjennelse.

<sup>14</sup> Levekårsundersøkelsen, SSB, 2017 og <https://noa.stami.no/tema/psykososialorganisasjonisk/krav-kontroll/hoyekrav-lavkontroll/>

<sup>15</sup> **Stress:** Arbeidsbelastningen min er for stor (antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre flere ting samtidig); Jeg rekker sjelden å ta pause eller spise i løpet av en arbeidsdag/vakt; Jeg har tilstrekkelig med ressurser eller hjelpemidler til å gjøre jobben min; Mottar du motstridende forespørslers fra to eller flere personer?; Må du gjøre arbeidsoppgaver som du mener burde vært gjort på en annen måte?; Mitt arbeid sliter på meg følelsesmessig; Jeg føler meg utmattet på grunn av arbeidet mitt; Jeg føler meg motløs på arbeid og tenker derfor stadig på å slutte. **Medvirkning:** Jeg opplever at jeg blir tilstrekkelig involvert i endringsprosesser; Oppmuntres du til å delta i viktige avgjørelser; Jeg opplever å ha rimelig innflytelse over arbeidssituasjonen min; Min nærmeste leder oppmuntrer meg til å si ifra når jeg har en annen mening. **Støtte:** Jeg får støtte og hjelp fra mine arbeidskolleger når jeg trenger det. Min nærmeste leder er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det



og at dette i kombinasjon med manglende investeringer i MTU gir økende arbeidsbelastning for de ansatte. Klinikk som endrer fra oransje til gult fremhever at de har gode resultat på støtte, både i team og ledelse, mens klinikk som endrer fra grønt til gult bl.a. peker på ekstra arbeidsbelastning som følge av pandemien.

Hovedutfordringer som trekkes fram i 2021 er:

- Kontinuerlig krav til økt produksjon og vekst med stadig færre ressurser.
- Manglende investeringer i MTU
- Kombinasjonen av dårligere skår på stress og medvirkning
- Både fysisk og emosjonell slitasje hos ansatte pga ressursmangel og høy arbeidsbelastning
- Enkelte klinikker trekker også i år, som i fjor, spesifikt fram stor arbeidsbelastning og arbeidspress i forbindelse med koronapandemien, samt at covid 19 har gjort det mer krevende med involvering og medvirkning.

Enkelte klinikker påpeker imidlertid også som i fjor at kollegastøtten og lederstøtten oppleves som god, men at det i mange tilfeller ikke er nok for å minske arbeidspresset og stressnivået tilstrekkelig.

### Satsing og tiltak for forbedring fremover

12 av 16 klinikker angir tematikk relatert til 'Stress, medvirkning og støtte' blant de fem største arbeidsmiljøutfordringene i sin klinikk. I 2020 hadde 8 av de 16 klinikkene dette blant sine høyest prioriterte tiltak. Som i 2019 og 2020 mener vi derfor at 'Stress, medvirkning og støtte' fremdeles er en gjennomgripende problemstilling for OUS. De aller fleste klinikker løfter dette fram som et fokusområde for forbedring i 2021.

Blant de høyest prioriterte tiltak trekker klinikkene i 2021 bl.a. frem:

- Bedre ressurs- og bemanningsplanlegging og fordeling av arbeidsbelastning.
- Fokus på 1) organisering av arbeidet, 2) turnuser og optimalisering av turnus i forhold til arbeidsbelastning og hviletid, 3) områder som egner seg for oppgavedeling fordeling av kompetanse og kompetansesammensetning.
- Melde inn sentralt om behov for økt bemanning grunnet økte oppgaver.
- Vurdere midlertidig endring i organisering og midlertidig omdisponering av ansatte for å gi mindre arbeidspress.
- Bedre samkjøring mellom enheter og strengere prioritering.
- Informerer nedover i lederlinjen hva klinikken kan bidra med. Bistå avdelingene i bemanningssituasjoner (flexitid, overtid, GAT statistikk).
- HR i klinikken sammen med lederlinjen og verneombudet skal følge opp enheter som spesielt utmerker seg i nøkkelrapporten. Kartlegge manglende ressurser i disse enhetene og bruke informasjon i budsjettprosesser ol.
- Rekruttere og beholde kompetanse. Nødvendig rekruttering til utdanningsstillinger, videreutvikle klinikkens traineeprogram.
- Etablere helsefremmende arbeidstidsordninger.
- Oppfordre til å melde avvik.
- Jobbe med psykologisk trygghet og skape en kultur der det er naturlig at ansatte sier sin mening og kommer med forslag til nye måter å jobbe på.
- Partssamarbeid som tema på ledersamlinger.
- Sikre informasjon og tidlig involvering av ansatte på lokalt nivå for å sikre medvirkning.
- Etablere arenaer på alle nivåer som øker ansattes mulighet for medvirkning.

- Sikre nok tid for prioritering av medvirkning i prosesser.
- Stress, medvirkning og støtte som tema på seminar om arbeidsmiljø og pasientsikkerhet, og som egen sak i KAMU.
- Sjekke mulighet for stressmestringskurs hos Arbeidsmiljøavdelingen og gi tilbakemelding.
- Fokus på kollegastøtte og økt lederstøtte for å kunne stå i stressfylt arbeid.

### **Psykososial faggruppe i BHT i ARB har følgende innspill til videre satsning og tiltak:**

Basert på det klinikkene har meldt inn, samt foregående årsrapporter konkluderer vi med at 'Stress, medvirkning og støtte' bør fortsette å være et av HMS-satsingsområdene for OUS fremover. I HMS-årsrapport for 2020 la vi vekt på at dette burde være et av de aller viktigste satsingsområdene i 2021, gitt den tilleggsbelastningen sykehuset og de ansatte opplevde i forbindelse med koronapandemien i 2020. Pandemien har vedvart i hele 2021, er ennå ikke over, og fortsetter å bidra til ekstra arbeidsbelastning og slitasje i mange klinikker. Derfor er vår klare anbefaling at 'Stress, medvirkning og støtte' også i 2022 blir et av de aller viktigste satsingsområdene.

Vår erfaring er at det ofte kreves både organisatoriske og psykososiale tiltak for å gjøre arbeidsbelastning og stressnivå mer håndterbart. Kollegaer og ledere kan både være buffere for stress, men også i visse tilfeller en kilde til stress. God lagånd og støtte fra leder er viktige stressbuffere. Kollegaer, ledere og samarbeidspartnere kan imidlertid også i visse tilfeller være en stressfaktor ved f.eks. å bidra til konflikter, trakassering og utrygghet. Det er derfor viktig også i et stressperspektiv å håndtere konflikter, sørge for 0-toleranse for mobbing og trakassering, og arbeide med psykologisk trygghet og åpenhetskultur.

En kombinasjon av tiltak på ulike områder vil gi en bedre effekt enn tiltak på enkeltområder. Derfor er det viktig å se på tiltak som fremmer: 1) god bemanningsnorm, gode arbeidsprosesser og en håndterbar arbeidssituasjon for ledere og ansatte, 2) Medvirkning og egenkontroll så langt det er mulig, og 3) støtte fra ledere og medarbeidere som gjør det lettere å håndtere krevende arbeidssituasjoner.

Noen aktuelle tiltak kan være:

- Sentralt AMU, KAMU og ledergrupper i klinikkene tar opp følgende tema: Hvordan kartlegge og oppnå riktig bemanningsnorm som gir håndterbar arbeidssituasjon for ledere og ansatte.
- Sikre at klinikkledelsen har oversikt over hvilke enheter som har utfordringer på 'stress, medvirkning og støtte', og sørge for tiltak og oppfølging i disse enhetene.
- Årlig diskusjon i sentralt AMU, KAMU og ledergrupper i klinikkene om hvordan få til medvirkning og mer involvering i praksis. Eks. på mer konkret tiltak: sikre samarbeidsmøter med ansattes representanter på alle nivåer i klinikken, forenkle muligheter for ansatte til å komme med innspill/gi tilbakemeldinger i prosesser og prosjekter, gi gode nok tidsfrister, samt tydeliggjøre nærmeste leders ansvar for informasjon og medvirkning.
- 'Kollegastøtte og lederstøtte som buffer mot stress' som tema på seminarer og samlinger.
- 'Arbeidsglede og stressmestring' som tema på kurs, seminarer og samlinger.
- Initiere prosesser og prosjekter der kontinuerlig forbedring av det organisatoriske- så vel som det psykososiale arbeidsmiljøet er tema.
- Sentralt AMU, KAMU og ledergrupper i klinikkene diskuterer: 1) hvordan kan ledere best støtte de ansatte under koronapandemien og ellers, 2) behovet og muligheter for innføring av kollegastøtteordninger i ulike klinikker, eventuelt andre former for sosial støtte.

## 2.8 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 til utstyr, maskiner, hjelpemidler osv. Det må tas hensyn til individuelle behov og prinsippene om universell utforming<sup>16</sup>. Det skal være mulig å variere arbeidsstilling og utføre arbeidet med hensiktsmessige bevegelser. Fortetting kan påvirke andre arbeidsmiljøforhold som f.eks. luftkvalitet, mulighet til å arbeide ergonomisk, orden og renhold, støy og stress.

### Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Plassforhold	2021	Oransje	Oransje	Grønn	Oransje	Oransje	Rødt	Oransje	Gult	Gult	Oransje	Oransje	Oransje	Rødt	Gult	Rødt	Oransje
	2020	Oransje	Gult	Oransje	Oransje	Oransje	Rødt	Oransje	Gult	Gult	Oransje	Oransje	Oransje	Rødt	Gult	Oransje	Rødt
	2019	Oransje	Oransje	Gult	Oransje	Oransje	Rødt	Oransje	Gult	Gult	Oransje	Oransje	Oransje	Rødt	Grønn	Oransje	Rødt
	2018	Oransje	Oransje	Gult	Oransje	Oransje	Rødt	Oransje	Gult	Gult	Oransje	Oransje	Oransje	Gult	Grønn	Gult	Rødt

De fleste klinikkene vurderer sine plassforhold og egnethet til oransje. Flere klinikker oppgir at det er knapphet på arealer, ikke hensiktsmessig lokaler i forhold til drift og gammel og nedslitt bygningsmasse.

KIT, OPK og PHA vurderer plassforhold til rødt. PHA har endret farge fra oransje til rødt i 2021 og beskriver utfordringer med enheter som har lite egnede lokaler til dagens drift og vanskeligheter med å få disse endret og utbedret. KIT har fortetting av kontorplasser, små og ikke hensiktsmessige plasser, samt små og for få behandlingsrom. Dette medfører ulemper for daglig drift i klinikken. OPK har lokaler i nedslitte bygninger. De har mangel på lagerplass på samtlige lokasjoner. Dette gjelder både for kontor, sengepost, operasjon og poliklinikker.

Det er noen få klinikker som har endret sine vurderinger av dette temaet fra i fjor. PHA som i år vurderer plassforhold til rødt har flere lokaler med stor slitasje både utvendig og innvendig. De har få skjermingsmuligheter for de sykeste pasientene, dårlig ventilasjon og lydisolasjon. Lokalene er også vurdert som en alvorlig sikkerhetsrisiko ved vold på flere enheter.

BAR har endret fra gult til oransje og begrunner dette med at det fortsatt er preg av trangboddhet i klinikken, selv med svak forbedring knyttet til bygg 95. Det jobbes med utvidelse på blant annet Nyfødtintensiv avdeling (NIN) og Barneavdeling for kreft og blodsykdommer (BKB).

PRE har satt sin vurdering til oransje på bakgrunn av at veksten er større enn tilgangen på areal. Klinikken har ikke tilgang til nødvendige arealer innenfor alle avdelinger. Spesielt kritisk er det for AMK-sentralen som har over doblet mengden ansatte uten at arealet er tilpasset. Ny AMK sentral må realiseres så snart som mulig. I Ambulanseavdelingen er administrative funksjoner spredt rundt på flere lokalisasjoner og avdelingens drift påvirkes av dette. Pasientreiser har utfordringer i forhold til

<sup>16</sup> Universell utforming er utforming av produkter og omgivelser på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker, i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpassing og en spesiell utforming.

plassmangel og ansatte må bruke hjemmekontor. Klinikken har også en del eldre bygningsmasse som krever mye vedlikehold.

Flere klinikker er i forbindelse sykehusets store byggeprosjekter i påvente av nye og endrede lokaler. KLM viser til en liten forbedring av vurdering av dette temaet på vernerunder knyttet til at enkelte koronatiltak har blitt avvirket. Økt krav om avstand medførte behov for å spre arbeidsplassene til et større areal. Pat rokade i A1 er ferdigstilt, dette kan også tenkes å ha hatt noe effekt.

Til tross for at tema Plassforhold i OUS markeres med rød og oransje farge, er det verdt å kommentere at sykehuset ser lys i tunnelen både på kort og lang sikt. På lang sikt er det velkjent at OUS skal over i nye og fremtidsrettede bygg som kommer til å løfte HMS tilstanden i løpet av 8-10 år, noen allerede om 4-5 år da KLM skal inn i Livsvitenskapsbygget. Det er imidlertid ikke så lenge å vente på andre betydelige forbedringer. Allerede i 2022 og 2023 kan ansatte i sykehuset se frem til at brakke 97 rives og mange skal inn i et nytt modulbygg på Ullevål, dette vil bedre situasjonen betraktelig for mange fra OPK. Det foregår et prosjekt for å samlokalisere ambulansesenter øst som vil bedre situasjonen for PRE, samt å finne plass til ny AMK. Ny legevakt står ferdig allerede i 2023. Det jobbes med en samlet plan for bioteknologiloven som også vil hjelpe HMS avvik rundt reproduksjonsmedisin, og som vil bidra til å løse prosjektet rundt fostermedisin.

### Største arbeidsmiljøutfordringer

- Det er mange steder knapphet på arealer.
- Veksten av ansatte er større en tilgang på areal.
- Fortetting av kontorplasser, små og ikke hensiktsmessige plasser, små og for få behandlingsrom.
- Arealer er ikke tilpasset drift, eks manglende enerom til smittepasienter. Det jobbes kontinuerlig for å bruke arealene på best mulig måte. Lite handlingsrom. Bør se på arealutnyttelse på tvers av klinikker.
- Mangel på lagerplass.
- Flere klinikker har lokaler i nedslitte og gamle bygninger.
- Klinikkene påvirker i liten grad hvordan OUS prioriterer bygningsmasse og vedlikehold.

### Tiltak for forbedring som bør prioriteres fremover

4 klinikker har satt plassforhold på listen over høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet.

De viktigste forbedringstiltakene er:

- God arealutnyttelse. Kartlegging og best mulig lokale forbedringer, bl.a. på flyt/logistikk opp mot infrastruktur.
- Sørge for tilstrekkelig medvirkning ved etablering av nye arbeidsplasser, bl.a. at lokale koordinatorene oppnevnes og at verneombud involveres i prosesser som påvirker plassforholdene.
- Ivareta plassbehov og egnethet ved planlagte utbygginger og ombygginger, bl.a. med hensyn til smittevern, støy, ventilasjon, lys, konfidensialitet, varme, forurensning, logistikk, orden og renhold.
- Se på arealfordelingen i OUS. Fortsette å melde plassbehov inn til Nye OUS via klinikkontakt.
- Verneområdene som har svart «ikke tilfredsstillende» kan bli fulgt opp.
- Samarbeid mellom klinikker om felles bruk av arealer.

- Ansatte som deltar inn i byggeprosjekter tar HMS kurset: "HMS ved Flytting og ombygging"
- Følges kontinuerlig opp i avvikssystemet.
- Følges opp i AMU i klinikk.

## 2.9 Elektro

Elektro fagområdet er regulert gjennom lover, forskrifter, interne prosedyrer og instruksjoner. 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 ID 182 (Nivå 1 dokument).

Elektroavdelingen i OUS ble nedlagt fra 01.01.2021 etter en omorganiseringsprosess i OSS / Eiendom. Endringen besto i overgang fra fagorganisering til drift og vedlikeholds organisering. Eiendom har ansvaret for å drifte og vedlikeholde hele bygningsmassen til OUS på 1 million kvadratmeter hovedsakelig fordelt på de fire hovedlokasjonene Aker, Ullevål, Radiumhospitalet og Rikshospitalet.

### US Klassifisering av medisinske områder

Elektroområdet v / Drift og Vedlikehold i Eiendom har i 2021 utført mange nye klassifiseringer på medisinske områder:

- Medisinske områder klassifiseres for å oppnå hensiktsmessige teknisk infrastruktur for den planlagte bruk av rommet.
- For å ivareta pasientsikkerheten ved å sikre mot strømgjennomgang og avbrudd i strømforsyningen som kan ha negative konsekvenser for liv og helse.
- Hensiktsmessige og riktig klassifisering kan være både tids- og kostnadsbesparende i prosjekter med ombygging og utbygging.

**Medisinsk område klassifiseres i samarbeid med det medisinske personalet, den aktuelle helseinstitusjon eller de personer som er ansvarlig for den medisinske sikkerheten.** For å klassifisere et medisinsk område er det nødvendig at det medisinske personale indikerer hvilke medisinske behandlinger som vil finne sted i området. En hensiktsmessig klassifisering skal baseres på den **planlagte bruken** (sannsynligheten for at det medisinske området kan bli benyttet for formål som krever en høyere gruppe skal ivaretas av risikoanalyse).

### E-læring

I 2020 hadde OSS Eiendom Elektroavdelingen i samarbeid med OSS Kompetanseavdeling forbedret e-læringskurs [Elsikkerhet for medisinske områder](#) for OUS-ansatte, kurset er nå *obligatorisk*. 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 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.

Alle teknisk ansatte som skal jobbe i elektriske tavler der det er krav til større kompetanse for å ferdes, får kurs i FSE (Forskrift om sikkerhet ved arbeid i og drift av elektriske anlegg) og førstehjelp. Slike kurs er lovpålagt for elektrofagfolk og må utføres årlig.

### **Kontroll av gruppe 1 og 2 rom**

Elektroområdet v / Drift og Vedlikehold i Eiendom har også i 2021 gjort en stor innsats for å effektivisere internkontrollen av elektroanleggene på sykehuset og prioriterer de mest pasientkritiske områder, som er GR-2 rom.

OUS hadde totalt 434 GR- 2 rom og 1715 GR 1 rom fordelt på 4 lokasjoner i 2021.

### **Rom gruppe 0**

Medisinsk område der det ikke er forutsatt å bruke noen pasientdel og hvor brudd i strømforsyning ikke kan medføre fare for liv og helse. F.eks. korridor.

### **Rom gruppe 1**

Medisinsk område hvor avbrudd i strømforsyningen **ikke** medfører fare for pasientens **liv og helse** og det er forutsatt å bruke pasientdeler (elektromedisinsk utstyr), enten utvendig; eller ved anvendelse i kontakt med kroppsvæsker, i områder utenfor gruppe 2 område. F.eks. sengerom.

### **Rom gruppe 2**

Medisinsk område der det er hensikten å bruke pasientdeler (elektromedisinsk utstyr) i forbindelse med:

- intrakardielle prosedyrer, eller
- livsviktig behandling og kirurgiske inngrep hvor avbrudd (feil) i strømforsyningen **kan** medføre **fare for liv og helse**. F.eks. operasjonsrom.

### **Fokusområder forelektro i 2021**

Ledelsen i OSS har i samarbeid med faglig ansvarlig elektro blitt enige om å fokusere spesielt på tre internkontroll områder i 2021, GR 1 rom, GR-2 rom og lukking av avvik TG-3(tilstandsgrad 3). Avvik inndeles etter hvor alvorlige de er i en skala fra TG1 – TG3 der TG1 er mindre alvorlige avvik til TG3 som er et alvorlig avvik som krever umiddelbare tiltak.

I 2021 har Elektro utført kontroller av GR1 og GR-2 rom i OUS. Pandemien har gjort det utfordrende med å klare alle GR 2 rom i 2021, etterslepet vil bli tatt igjen i første tertial i 2022. Elektro har derfor intensivert GR1 rom som er enklere å få tilgang til, det rapporteres ukentlig til OSS ledelse som følger progresjonen på kontrollene. Elektroområdet v / Drift og Vedlikehold i Eiendom har arbeidet med å lukke avvik som er klassifisert TG-3 avvik, dette arbeidet jobbes det videre med i 2022.

### **Lukkede avvik 2021**

Lukking av avvik er en dynamisk oppgave da det oppdages nye under kontroller daglig, måltallene står fast og det arbeides effektivt med å lukke avvik så fort de oppstår, dette gjelder spesielt TG3, men Elektro arbeider også med å få ned det totale avvikstallet anmerket av DSB i et avvik fra 2019.

Den 01.01.2021 hadde OUS 16661 avvik fordelt på TG1 – TG 3. Den 31.12.2021 hadde OUS 13357 avvik fordelt på TG1 – TG3. Dette er en reduksjon på 3304 avvik.

## **DSB tilsyn**

DSB (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap) har i 2021 ikke avholdt tilsyn på OUS men har dialog med tanke på oppfølging av 2 avvik gitt i 2020 som ikke er lukket, det sendes oppdatert status tertialvis til DSB på disse avvik.

- Avvik 1: Nødstrømsaggregat til bygg 9, Barnesenteret ved Ullevål sykehus, blir ikke testet med virkelig last, kun mot lastbank. Utbedringer pågår og prosjektet er ferdig våren 2022.
- Avvik 2: Lukking av avvik går ikke fort nok i OUS og følges opp av DSB med tertialvis rapportering frem til de mener vi har avvikene på et forsvarlig nivå.

## **Heis**

Det ble i 2021 byttet serviceavtale for leverandør på heiser i OUS fra Thyssen heis AS til OTIS heis AS.

Det er p.t. 185 heiser i OUS. Disse har mellom 2 – 8 service besøk i året, alt ut ifra hvor kritiske de er for driften og pasientsikkerheten. Alle heiser skal ha lovpålagt tilsyn hvert 2 år av offentlig godkjent tilsynsorgan.

Det er skiftet ut og ferdigstilt 3 nye heiser på Aker og 1 ny heis på Ullevål. Samtidig er det etablert godkjent alarmmottak på Aker for heisalarmer. Det arbeides med å få på plass sensorteknologi for å kunne overvåke alle de viktigste heisene i OUS kontinuerlig. Dette vil hjelpe Drift i å kunne ha kortere nedetid på heisene, samtidig som eventuelle unaturlige endringer i heisens status vil kunne forutses. Heisen vil alarmere drift om servicebehov. Dette vil i stor grad føre til overgang fra regelmessig til behovsrelatert service

## **Satsninger og tiltak for forbedring fremover**

Mange pågående byggeprosjekter i OUS vil kreve økt fokus fra Drift og vedlikehold seksjonene. Disse skal, i samarbeid med faglig ansvarlig for elektroområdet, ivareta elsikkerheten i et sykehus i drift.

Det vil i 2022 arbeides videre med å effektivisere og standardisere arbeidsmetoder og skjematikk.

Drift og vedlikehold seksjonene i OUS vil i 2022 lukke avvik etter internkontroll så fort som mulig, samt avvik som meldes inn i Achilles eksempelvis strømgjennomgang, heiser som står m.m. iht. alvorlighetsgrad og frister for lukking.



## 2.10 Luftkvalitet

Luftkvaliteten påvirkes av flere faktorer. De viktigste er:

**Karbondioksidnivå:** CO<sub>2</sub> 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 kan være negativt for produktiviteten på arbeidsplassen og øke forekomst av feilhandlinger. Høy lufttemperatur påvirker også hvor frisk luften oppleves. Høy temperatur innendørs bør unngås, men kan aksepteres i korte perioder når det er varmt ute ifølge arbeidsmiljølovverket.

**Luftforurensninger:** Luftkvaliteten kan påvirkes negativt av forskjellige typer forurensninger. Dette kan være både partikler og kjemiske forbindelser fra aktiviteter og prosesser. De viktigste årsakene til dette i OUS er støv, fuktskadede bygninger og kirurgisk røyk. Noen steder kan også luftforurensninger utendørs påvirke luftkvaliteten innendørs, hvis dette kommer inn i bygget igjennom ventilasjonsanlegg eller vinduer. Luftforurensninger kan ha følgende helseeffekter:

- *Ubehagelig lukt*
- *Irritasjon i øyne og luftveier*
- *Forverret astma og allergireaksjoner*
- *Hypigere og verre luftveisinfeksjoner*
- *Forverring av tørr hud og eksem*

Nivået av nevnte typer forurensninger i inneluften er som regel under grenseverdier for enkeltstoffer i arbeidsatmosfæren. Selv om det ikke finnes tydelige grenser i lovverket, er både fuktskader og håndtering av kirurgisk røyk tydelig regulert når det gjelder krav til utbedring og vernetiltak.

Eksponering for kirurgisk røyk og fuktrelaterte forurensninger kan gi betydelige helseeffekter, spesielt hos personer med kjente luftveissykdommer som allergi og astma. Tørr luft og høy lufttemperatur forsterker plager av luftforurensning.

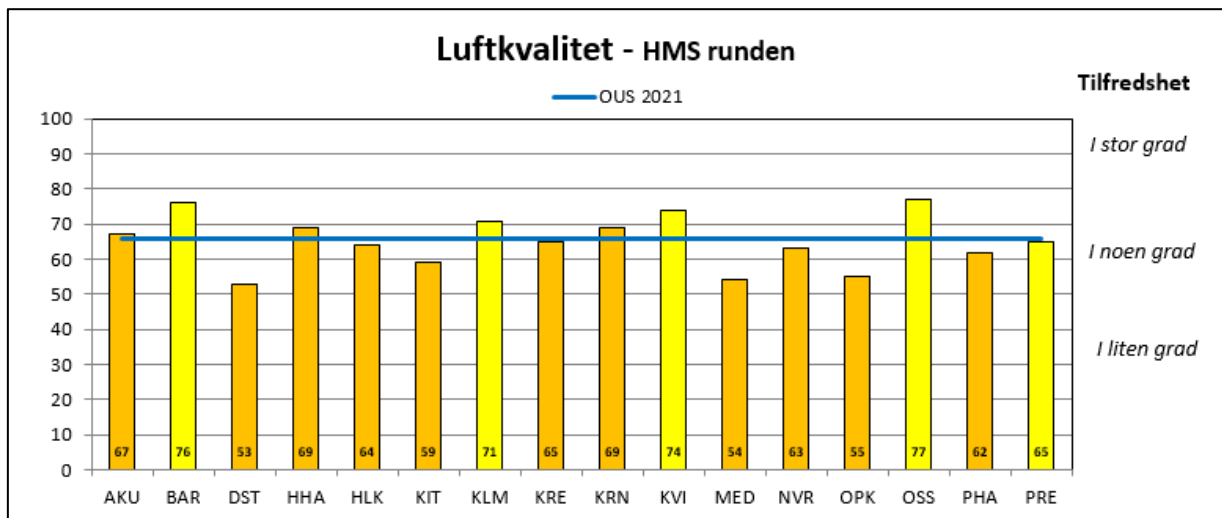
### Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Luftkvalitet	2021																
	2020																
	2019																
	2018																

Luftkvaliteten rapporteres å være på gult nivå i AKU, BAR, KLM, KVI og OSS – øvrige klinikker rapporterer om oransje status. KLM har justert sin vurdering fra oransje til gult, PRE og HLK vurderer forholdene som oransje i 2021 mot gul vurdering tidligere år. De resterende klinikkene rapporterer om tilsvarende status som i 2020.

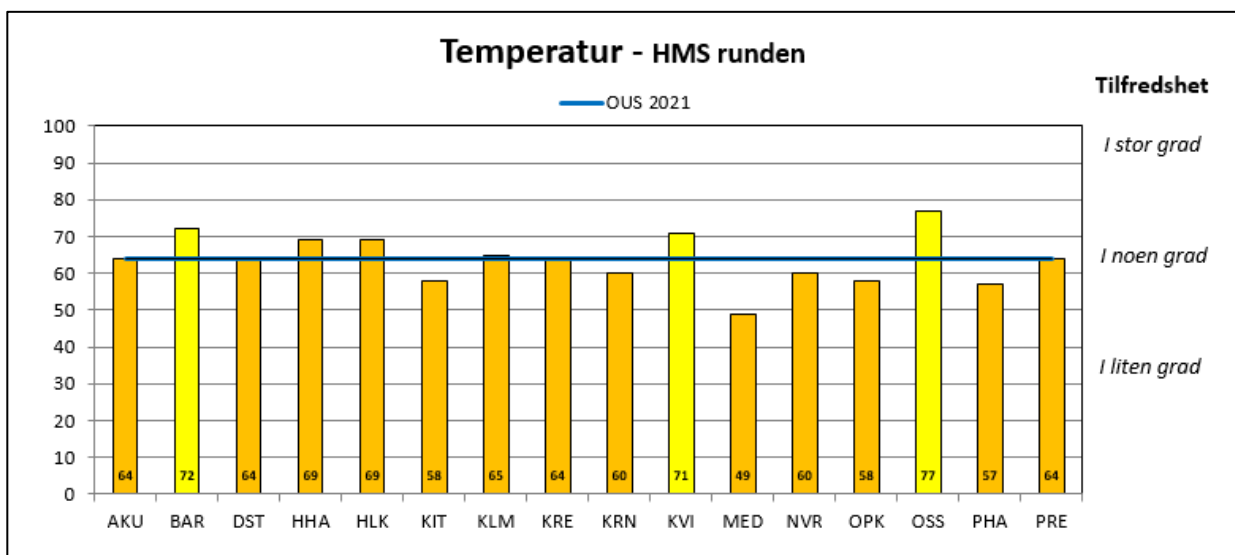
Økt spredning av arbeidsplassene og mer hjemmekontor pga. Covid-19 kan ha medført en bedring av luftkvaliteten på noen arbeidsplasser. På den annen side har det blitt etablert flere midlertidige arbeidsplasser i mindre egnede lokaler der man fikk en forverring av luftkvaliteten. Det store flertallet har hatt tilnærmet normalt drift og uendrete forhold. Totalt sett skiller ikke 2021 seg i særlig grad fra tidligere år.

Egenvurderingene på klinikknivå samsvarer med HMS-rundens data. HMS-runden rapporterer om at luftkvaliteten på OUS nivå er tilfredsstillende i *noen grad*. Gammel bygningsmasse, utdaterte ventilasjonsanlegg, samt bruksendring av arealer og fortetning slik det er beskrevet under «Plassforhold» er noen av årsakene til lav score på HMS-runden. Flere områder påvirkes av riving, graving og oppføring av nybygg, spesielt på Radiumhospitalet.



Figur 11: Oversikt over skår i HMS-runden 2021

Verneområdene i KIT, MED, OPK og PHA scoret *temperatur* dårligst, et sted mellom *noen grad* og *liten grad* tilfredsstillende. BAR, HHA, HLK, KVI og OSS rapporter mellom *I stor grad* og *I noen grad* tilfredsstillende. De resterende klinikkene rapporterer omtrent på OUS gjennomsnittet, *I noen grad* tilfredsstillende.



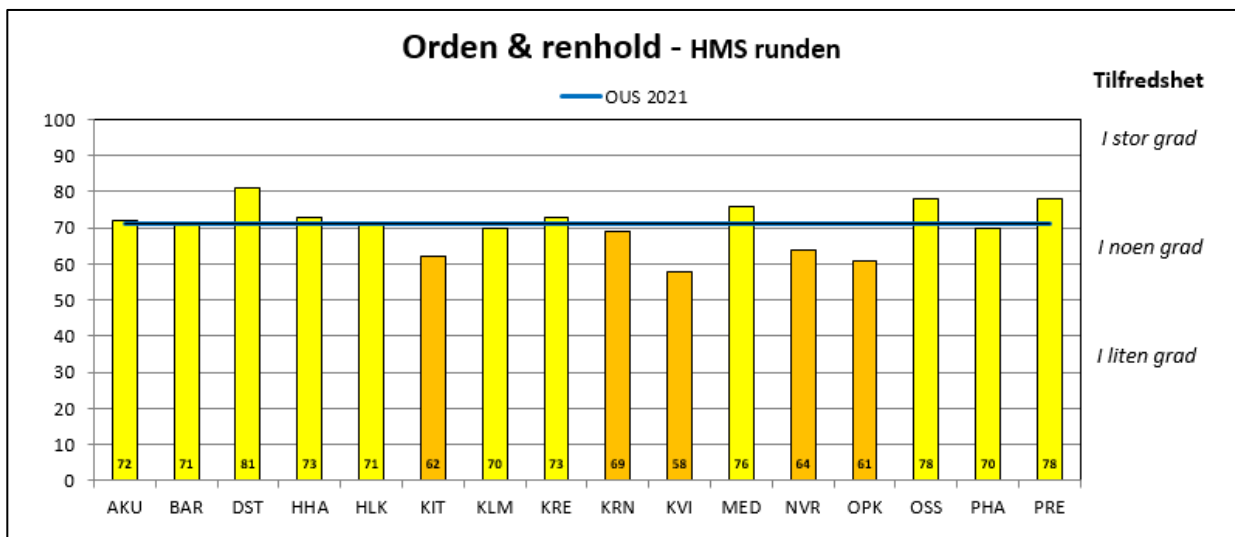
Figur 12: Oversikt over skår i HMS-runden 2021

Innen tema luftkvalitet har OUS størst utfordring med lufttemperaturen. Dette skyldes i mange tilfeller manglende eller mangelfull luftutskiftning til å føre bort varme, både fra mennesker og utstyr. Fortetning og feil bruk av rom kan også være årsak til for høy lufttemperatur. Noen bygg har dessuten ventilasjonsanlegg som ikke kan regulere temperaturen på romnivå, samt at pasienter og arbeidstakere kan ha forskjellige behov men opphold på samme sted.

I gamle bygg kan utettheter i fasade føre til kald trekk og stort energitap på vinteren. Gamle bygg kan også bli for varme om sommeren, spesielt hvis de mangler utvendig solskjerming og/eller kjøling.

Som følge av Covid-19 er høy temperatur en særlig utfordring der det er krav om personlig verneutstyr og bekledning. Kulde ved arbeid utendørs har også vært en utfordring.

Når det gjelder *orden & renhold* rapporterer verneområdene i gjennomsnitt litt bedre enn i *noen grad* av tilfredshet. KIT, KVI, NVR og OPK har lavest tilfredshet på *orden & renhold*, de rapporterer i gjennomsnitt litt lavere enn *noen grad* av tilfredshet.



Figur 13: Oversikt over skår i HMS-runden 2021

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer og prioriterte tiltak

Direktørens stab (DST) beskriver dårlig ventilerte bygg og klager fra ansatte om dårlig luftkvalitet i kontormiljøene, som en av de største arbeidsmiljøutfordringene i klinikken. Som et prioritert tiltak vil DST starte arbeidet med å vurdere installasjon av ventilasjonsanlegg i den berørte bygningsmassen.

## Satsing og tiltak for forbedring fremover

- Ved bruksendring og fortetting av arealer skal konsekvenser for det fysiske arbeidsmiljøet risikovurderes.
- Ventilasjonen skal dimensjoneres med hensyn til areal, antall personer, varmegivende og/eller forurensende prosesser og aktivitetene i rommene. Særlig gjelder dette bruksendring, flytting, nybygging og ombygging.

- Vedlikehold av ventilasjonsanlegg og erstatning ved breakdown er en forutsetning for tilfredsstillende luftkvalitet på arbeidsplassen.
- Det bør prioriteres å etablere forskriftsmessige prosessavsug der det er behov for dette, f. eks på operasjonsstuer med kilder til kirurgisk røyk.
- Årsak til fuktskader skal utbedres og skadede materialer må saneres.
- Arbeidssteder som blir for varme om sommeren bør planlegge midlertidige tiltak for å bedre forholdene, f.eks. innkjøp av bordvifter og etablere solavskjerming hvis dette mangler.
- Der det er kilder til luftforurensing som fuktskader, trafikkforurensing, eller på steder med betydelige støvkilder f.eks. papp, papir og tekstiler er det spesielt viktig med gode rutiner og tilrettelegging for orden og renhold.
- Reduksjon av støvkilder som papir og tekstiler, lagring av disse i lukkede skap og tilrettelegging for et enkelt og effektivt støvrenhold.

## 2.11 Støy

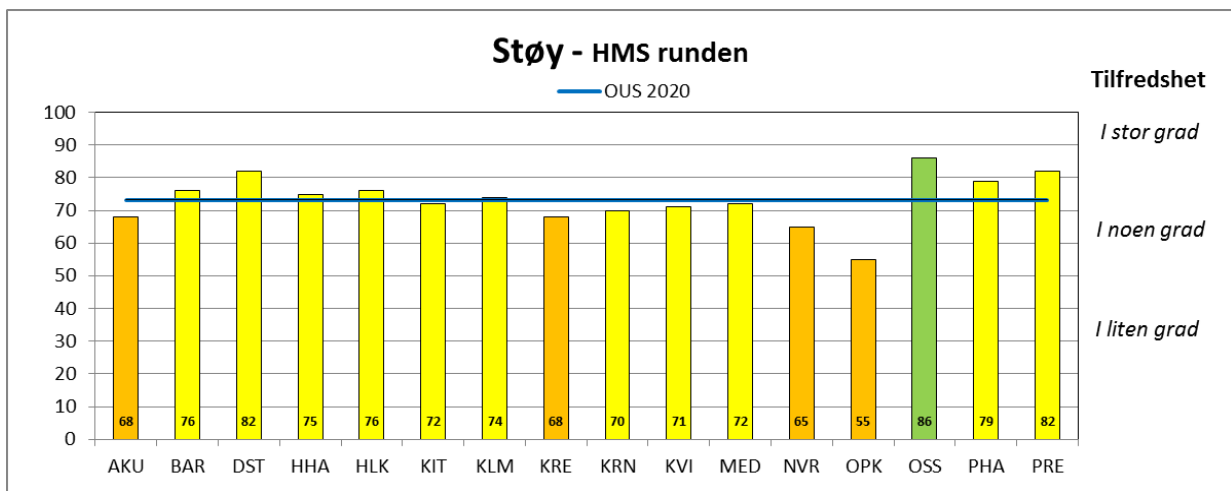
Støy på arbeidsplassen er regulert i arbeidsmiljølovens forskrifter som setter krav til utforming av arbeidsplasser og utførelsen av arbeidet. Alle skal beskyttes mot helseskadelig støy. Det settes skjerpede krav til støynivået når arbeidstakere utfører vedvarende *kommunikasjons-* og *konsentrasjonskrevende*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

Selv om støyen ikke er hørselskadelig, så kan den gi andre helseeffekter som stress og irritasjon. Forstyrrende støy kan være negativt for produktiviteten og øke risiko for feilhandlinger.

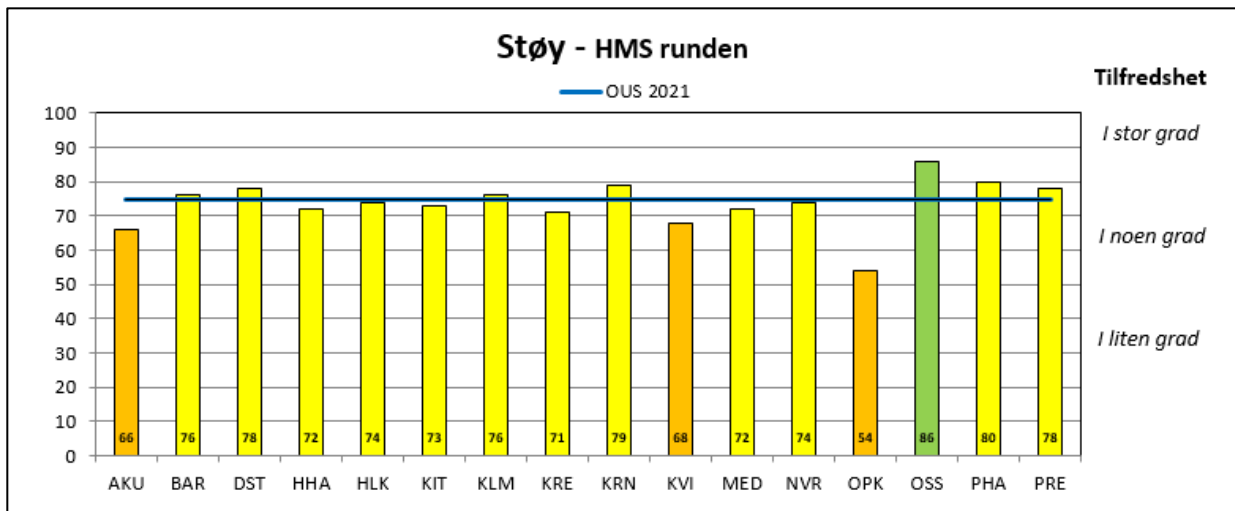
### Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Støy	2021	Oransje	Gult	Gult	Gult	Gult	Gult	Gult	Oransje	Gult	Oransje	Gult	Gult	Oransje	Grønt	Gult	Gult
	2020	Oransje	Gult	Gult	Gult	Gult	Oransje	Gult	Oransje	Gult	Gult	Gult	Gult	Oransje	Grønt	Gult	Gult
	2019	Gult	Gult	Gult	Gult	Gult	Oransje	Gult	Oransje	Gult	Gult	Gult	Gult	Oransje	Grønt	Gult	Oransje
	2018	Gult	Gult	Gult	Grønt	Gult	Oransje	Gult	Gult	Gult	Gult	Gult	Gult	Gult	Grønt	Gult	Gult

De fleste klinikker vurderer sine støyforhold til gult, AKU, KRE, KVI og OPK vurderer forholdene til oransje, mens OSS vurderer støyforholdene som grønt. KVI har endret sine vurderinger fra gult til oransje, KIT og NVR har endret fra oransje til gult. De øvrige klinikkene er uendret fra 2020 til 2021.



Figur 14: Oversikt over skår i HMS-runden 2020



**Figur 15: Oversikt over skår i HMS-runden 2021**

Med utgangspunkt i HMS-runden rapporteres det at støy på OUS nivå litt bedre enn *i noen grad* tilfredsstillende. Verneområdene i AKU og KVI rapporterer omtrent *i noen grad* av tilfredshet. OPK rapporterer om de største utfordringene med støy på arbeidsplassen, forholdene er dårligere enn *i noen grad* tilfredsstillende. OSS utmerker seg i positiv forstand og rapporterer om tilfredshet nær *i stor grad*.

Det forekommer sjelden hørselskadelig støy i OUS. Utfordringer gjelder hovedsakelig støy som forstyrrer arbeidet og til dels hindrer kommunikasjon. Klinikken trekker frem følgende utfordringer:

- Støy i kontorlandskaper
- Flerbruksrom
- Mange ansatte med høy aktivitet som jobber tett
- Støy på operasjonsstuer
- Støyende utstyr og aktiviteter
- Byggestøy

Arealfortetting og bruksendring av arealene mange steder på sykehusene er en av grunnene til støyutfordringene man har i dag.

En del arbeidsplasser har unødvendig høye støynivåer som følge av at støy ikke vurderes eller prioriteres høyt nok ved anskaffelser av støyende utstyr.

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

## Klinikkenes største arbeidsmiljøutfordringer og prioriterte tiltak

Akuttklinikken (AKU) beskriver støy fra Medisinteknisk utstyr (MTU), som en av de største arbeidsmiljøutfordringene i klinikken. Som et prioritert tiltak vil AKU bevisstgjøre de ansatte på hva som lager lyd/støy gjennom undervisning og ta opp temaet på personalmøter.

## 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.

Eksponering fra støy og vibrasjoner fra tekniske innretninger skal vurderes 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 samme type teknisk utstyr, noe som viser at det er potensiale til støyreduksjon ved anskaffelser. Det bør stilles tydelige støykrav ved innkjøp. Vektingen 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.

Ved etablering av nye arbeidsplasser bør totalstøy vurderes, der bidrag fra alt støyende utstyr er tatt med i betraktning.

God dialog mellom prosjekterende og ansatte som er berørt av støy fra byggearbeider er viktig. Støy fra byggearbeid er mindre sjenerende hvis de som er berørt vet når og hvor lenge det støyende arbeid vil vare. Dette vil også gjøre det mulig å planlegge for når og hvor støysensitivt arbeid foregår og eventuelle andre tiltak.

Det er også viktig å sikre gode prosesser og medvirkning for å skape velegnede arealer og arbeidsplasser i byggeprosjekter samt ved flytting innenfor eksisterende arealer.

Arbeidsmiljøavdelingen tilbyr kurs i «*HMS ved flytting og ombygging*», og rådgi om støyreducerende tiltak.

## 2.12 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. 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. Behov for lys øker med økende alder og vi blir også mer lyssensitive når vi blir eldre. Det er derfor viktig å lett kunne tilpasse lysforholdene til den enkelte<sup>17</sup>.

Tilfredsstillende belysning er i seg selv en viktig del av tilretteleggingen av en arbeidsplass<sup>18</sup>.

Dagslys påvirker *lykke-, stress- og våkenhetshormoner* i kroppen, dette er av betydning for helse, trivsel og produktivitet. Kunstig lys kan ikke erstatte behovet for dagslys. Dette er bakgrunnen for lovkrav om dagslys og utsyn på arbeidsplassen<sup>19</sup>.

### Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Lysforhold	2021																
	2020																
	2019																
	2018																

Belysning oppleves stort sett ikke som noen stor utfordring i OUS. KRN og OPK har de siste 4 årene vurdert lysforhold til gult fordi de har flere heldagsarbeidsplasser uten dagslys. KRN beskriver en forbedring fra fjorårets vurdering som kan være et resultat av at de har fokus på tilgjengelig dagslys for ansatte og at det gjøres endringer der de har muligheter til det. OPK oppfordrer ansatte til å ta pauser når det er mulig. HLK vurderer i år lysforhold til gult med begrunnelse i at de har mange arbeidsplasser uten vinduer. Som forbedringstiltak foreslås å sikre at ansatte har godt arbeidslys.

Flere klinikker melder om bedring av tilgjengelig dagslys for ansatte siden i fjor med ønske om at ansatte melder fra om lokale utfordringer slik at disse kan tas tak i.

### Største utfordringer som klinikkene trekker frem i sine egne vurderinger

Ingen av sykehusets klinikker har satt lysforhold som klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer eller klinikkens høyeste prioriterte tiltak.

Følgende kommentarer er knyttet til utfordringer med lysforhold:

- Mange arbeidsplasser uten vinduer. (HLK)
- De fleste er tilfreds med belysning og dagslysforholdene. (KLM)
- Klinikken ser forbedring fra i fjor på dagslys. Velger likevel å sette det på gult nivå for å videreføre fokus på temaet. (KRN)

<sup>1</sup> Belysning (arbeidstilsynet.no)

<sup>2</sup> Lyskulturs publikasjon fra 2012, Luxtabell og veiledning av belysnings innendørs på arbeidsplasser.

<sup>3</sup> Arbeidsplassforskriften § 2-10.



- Dagslys og generell belysning oppleves på dagtid som god. Men oppleves som problem på natt og under prosedyrer. (MED)
- Klinikken har ansatte som har pauserom/oppholdsrom i kjellerlokaler uten dagslys, men ansatte får i hovedsak tilgang på dagslys når de utfører arbeidsoppgavene. (OSS)
- Det er positivt at ansatte melder om en vesentlig bedring av dagslys fra i for. (PHA)

## Satsing og tiltak for forbedring fremover

Klinikkene har planlagt følgende tiltak for forbedringer:

- Sikre at alle har godt arbeidslys. (HLK)
- Tilrettelegging ved behov, samt følge forskrifter og prosedyrer (KLM).
- Påse at alle har dagslys i løpet av dagen (KIT)
- Oppfordre ansatte til å ta pauser når det er mulig (OPK).
- Videreføre fokus på gode arealer ved flyttinger innenfor eksisterende lokaler (KRN).
- Fokus på belysning generelt og vurdere eventuelle tiltak. Se på mulige alternativer eller om det finnes noen løsninger eller hjelpemidler på natt. (MED)
- Unngå å plassere arbeidsplasser direkte foran vindu. Det er anbefalt å ha dagslys fra siden. (PRE)
- Sørg for at lyskilder blir rengjort. (PRE)
- Gamle lyskilder til nye med rett lys/farge (led). (PRE)
- Lysprosjekter i forbindelse med nybygg? (KRE)

## Andre anbefalte tiltak:

- Det er viktig at det sikres medvirkning i fremtidige rokade- og byggeprosesser, slik at velegnede areal og arbeidsplasser med dagslys etableres. Sørge for at NYE OUS har arbeidsplasser med dagslys.
- 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 mer krevende å se skjermbilde og kan føre til at man blir fortere sliten, arbeidet går tregere og 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. Arbeidets art krever mørkere lokaler, eksempelvis ultralyd, granskning osv. Det bør være tilgjengelige lokaler og pause- og spiserom med tilgang på dagslys alle steder.
- Fokus på / mulighet for rotasjon og mikropausur for ansatte på arbeidsteder 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.

## 2.13 Ergonomi og fysisk helse

Ergonomi handler om tilpasningen mellom arbeidsmiljø, teknikk og menneske. For å unngå sykdom og muskel- og skjelettplager må både arbeidsgiver og arbeidstaker ta hensyn til hva som er god ergonomi. I følge NAV er muskel - skjelettplager den største årsaken til sykefravær på OUS og det er derfor svært viktig å jobbe forebyggende.

Arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager oppstår når arbeidet over tid eller i intensitet fører til påkjenninger som er større enn det kroppen tåler. Forhold i arbeidsmiljøet kan enten være en direkte årsak til plagene eller kan bidra til å forverre eksisterende plager<sup>20</sup>. I tillegg til ergonomiske faktorer kan både organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljøfaktorer bidra til å utvikle eller forverre muskel- og skjelettplager.

Det er ikke bare profesjonene som jobber med henholdsvis pasientforflytning, lagerarbeid og renhold, som er mest utsatt, men også kontor- og laboratoriearbeider som jobber ensformig og statisk over tid.

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. Fysisk krevende arbeid gir IKKE den samme effekten som fysisk aktivitet på fritiden, og øker heller risikoen for en del helseplager hvis det ikke kombineres med god fysisk form<sup>21</sup>. En del klinikker har ansatte som eksponeres for fysisk belastning som de opplever ikke lar seg begrense, selv med opplæring og bruk av hjelpemidler. Det vil derfor være behov for fokus på målrettede helsefremmende tiltak som kan øke de ansattes fysiske kapasitet. Som et bidrag inn, fra et folkehelseperspektiv, er det også viktig å ha tilgjengelige fasiliteter slik at ansatte kan bruke reiseveien som en kilde til fysisk aktivitet.

### Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Ergonomi og fysisk helse	2021	Oransje	Oransje	Grønt	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje
	2020	Oransje	Oransje	Grønt	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Grønt	Oransje
	2019	Oransje	Oransje	Grønt	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Grønt	Oransje
	2018	Oransje	Grønt	Grønt	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje

5 klinikker har en endring i status fra 2020, og nå skårer 12 av 16 klinikker seg selv på oransje. Det er ingen klinikker på rødt, og heller ingen på grønt.

Generelt rapporterer klinikkene om mindre mulighet for opplæring og fysisk aktivitet grunnet smittevern hensyn i det siste året. Det er også generelt behov for flere veiledere ute i klinikkene. PHA

<sup>1</sup> Arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager (arbeidstilsynet.no)

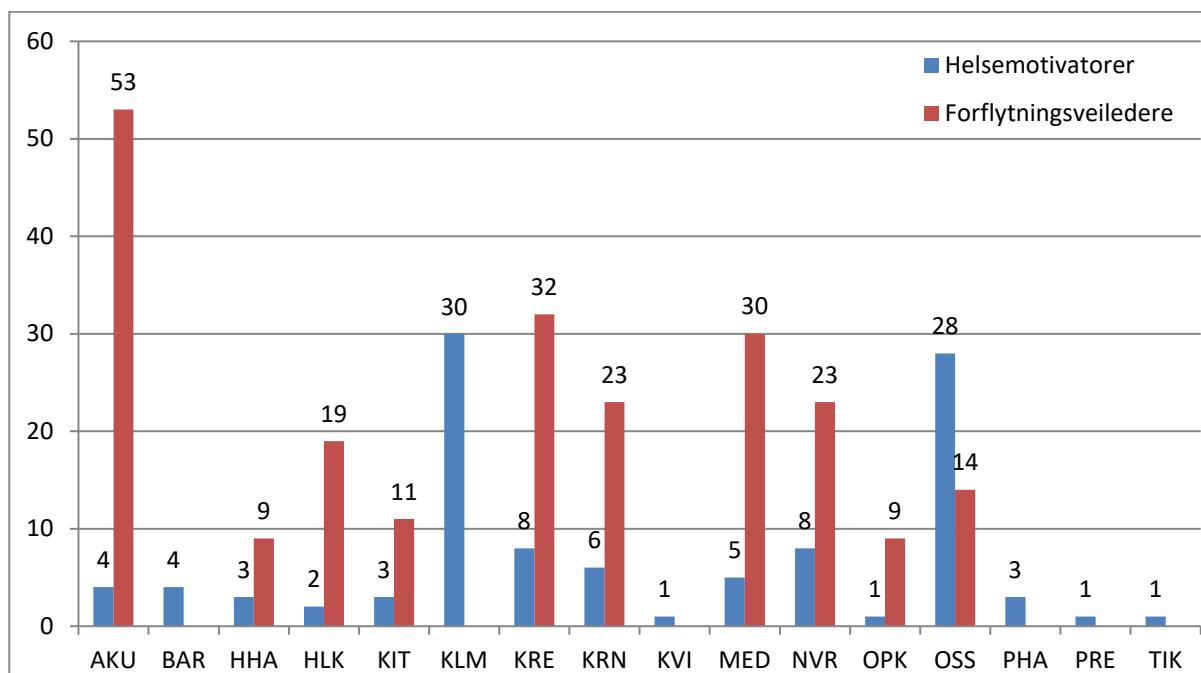
<sup>21</sup> Holtermann et al. 2012: *The health paradox of occupational and leisure-time physical activity*

har den største endringen fra grønt til oransje og forklarer dette med økt fokus på håndtering av utagerende pasienter samt mye stillesittende kontorarbeid. AKU har gått fra gult til oransje på bakgrunn av tung fysisk belastning og har hatt begrenset opplæring grunnet pandemi. OSS har gått fra gult til oransje grunnet fysisk krevende arbeidsoppgaver og stor belastning ila. arbeidsdagen.

I 2021 er det pga. pandemien fortsatt en del ansatte på hjemmekontor. Ergonomiske utfordringer på hjemmekontor gjelder spesielt arbeidsstillinger og mindre tilpasset utstyr samt at det ofte er dårligere belysning. I tillegg opplever mange at hverdagsaktiviteten reduseres.

I følge lovverket er det ikke nok med bare tilstrekkelig utstyr og hjelpemidler, men det skal også gis tilstrekkelig opplæring i ergonomi. Ut i fra HMS runden scorer samtlige klinikker dårlig på dette. Som et viktig ledd i undervisning om ergonomi og helse ute i sykehuset, står opplæring av ressurspersoner sentralt. Det ble utdannet 18 nye helsemotivatorer i 2021. Grunnet pandemien var det ikke mulig å gjennomføre praktisk del av forflytningskurs, og derfor ble det ingen ferdigutdannede forflytningsveiledere i 2021 da dette krever praktisk kurs. Dette ble i hovedsak gjennomført digitalt og derfor kun teoretisk.

Diagrammet nedenfor viser **totalt** antall veildere og må sees i sammenheng med klinikkenes størrelse og behov. For å dekke behovet anbefales det å utdanne minimum 2 veiledere per funksjonelle enhet, basert på enhetens risikofaktorer.



**Figur 16: Oversikt over veiledere. Antall veiledere kan være avvikende grunnet utskiftning av ansatte, men dette er blitt delvis revidert etter forrige rapport fra 2020.**

## Største utfordringer som klinikkene trekker frem i sine egenverdinger:

- AKU, KLM: Lite tilfredsstillende ergonomiske forhold.
- BAR, OSS, KIT, PHA: Mangel på opplæring og veiledning i ergonomi og arbeidsteknikk.
- HLK, MED, OSS: Mange tunge løft og fysisk belastende arbeid.
- HLK, KIT: Mangler veiledere.
- MED: Manglende fasiliteter ift. garderobes og dusjmuligheter.
- PHA: De alvorligste problemstillingene er knyttet til at ansatte må gå i fysiske utageringssituasjoner med pasient.

## Satsing og tiltak for forbedring fremover

Fremover bør klinikkene prioritere opplæring innenfor ergonomi, da samtlige klinikker scorer dårlig på dette. Herunder vil det være viktig å ha rutine på dette og ha nok interne ressurspersoner/veiledere innenfor relevante områder.

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

- OSS: Opprette en arbeidsgruppe som skal gjøre en analyse på hvorfor det skåres lavt på ergonomitema.
- AKU: Gjennomføre en kartlegging av vanskelige ergonomiske forhold knyttet til plassforhold i klinikken.
- Samtlige klinikker skal ha økt fokus på opplæring i enhetene samt utdanning av veiledere (forflytningsveiledere og helsemotivatorer). KLM har et mål om at alle enheter av en viss størrelse har en helsemotivator.
- KLM: Verneområdene som har svart «ikke tilfredsstillende» blir fulgt opp. MED: Gjennomføre en kartlegging av forflytningsutstyr i klinikken, spesielt ift. bariatriske pasienter. Synliggjøring og opplæring i bruk av utstyret.

## 2.14 Kjemisk arbeidsmiljø

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

I Oslo universitetssykehus skal det være et hensiktsmessig antall kjemikaliekontakter i hver klinikk. Kjemikaliekontaktens oppgaver er:

- å være primærkontakt for kjemikalierelaterte problemstillinger
- vedlikehold av elektronisk stoffkartotek.

### Status i OUS

De fleste av klinikkenes vurderinger av egen status innen kjemisk arbeidsmiljø er gjennomsnittlig forbedret fra 2020 til 2021 (se illustrasjon under).

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Kjemisk arbeidsmiljø	2021	Orange	Orange	Grå	Grønn	Gul	Gul	Gul	Orange	Gul	Gul	Gul	Gul	Orange	Grønn	Grå	Gul
	2020	Gul	Orange	Grå	Grønn	Gul	Orange	Orange	Gul	Gul	Gul	Orange	Orange	Orange	Gul	Grønn	Orange
	2019	Gul	Orange	Grå	Gul	Gul	Orange	Orange	Orange	Gul	Gul	Orange	Orange	Orange	Gul	Grønn	Orange
	2018	Gul	Orange	Grå	Grønn	Gul	Orange	Orange	Orange	Gul	Gul	Orange	Orange	Orange	Gul	Grønn	Grønn

Figur 17: Fargematrise fra klinikkenes selvrapporterte status

### Utfordringer klinikkene trekker frem i sine egenvurderinger:

- Prioritering pga. pandemi
- Tid og ressurser

### Utsending av rapport

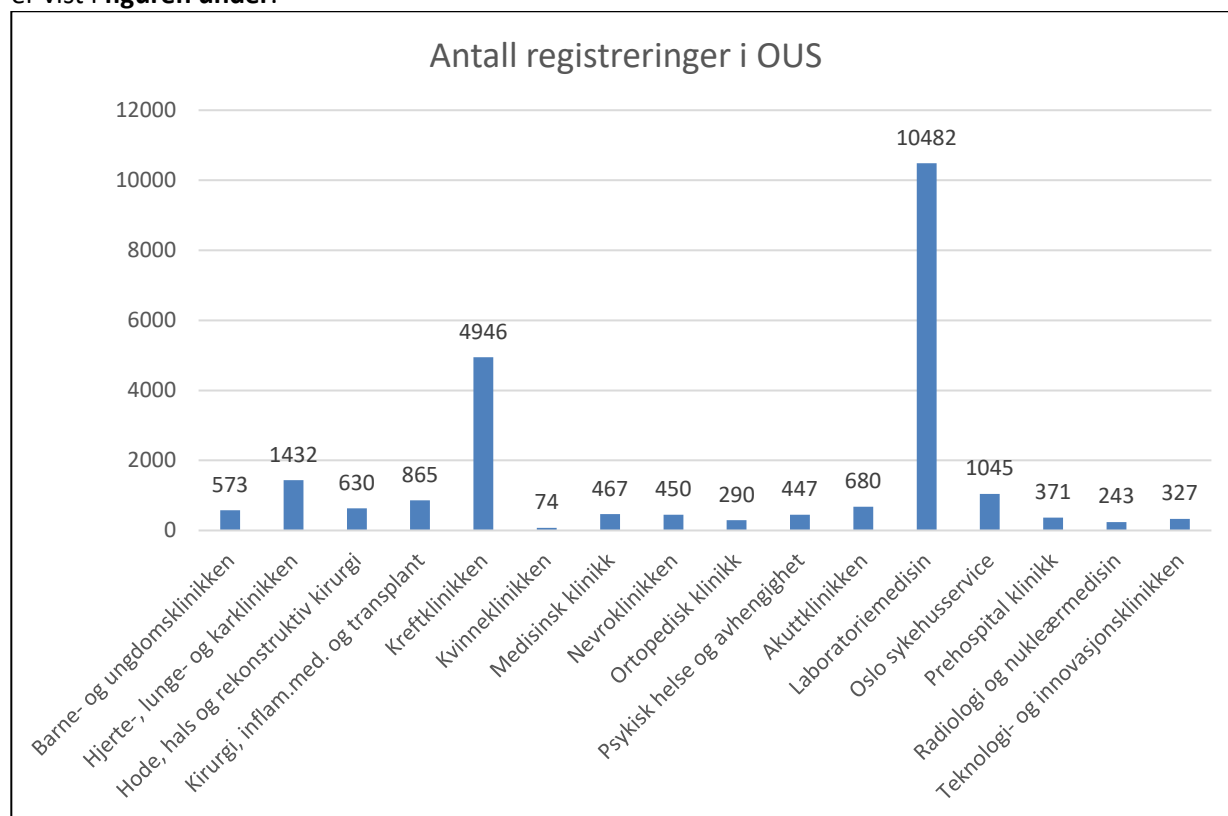
Januar 2021 ble det sendt ut til en statusrapport fra stoffkartoteket. Rapporten ble sendt til seksjonsledere, foretakshovedverneombud, kjemikaliekontakter og bedriftshelsetjenestens representanter i AMU. Rapporten viser informasjon på **seksjonsnivå** og inneholder følgende:

- En generell del med informasjon og henvisning til vedlegg 1 og 2
- Vedlegg 1
  - Oversikt over brukere
  - Antall registreringer
  - Andel risikovurderinger
  - Vurderingspliktige stoffer(substitusjon)
  - Arbeidstakerregister
  - Farlig avfall
- Vedlegg 2
  - Utslipp til avløp

## Status fra stoffkartoteket

### Antall registreringer\*

Det er registrert **23 322** registreringer i stoffkartoteket under seksjonsnivå. Fordelingen på klinikkene er vist i **figuren under**.

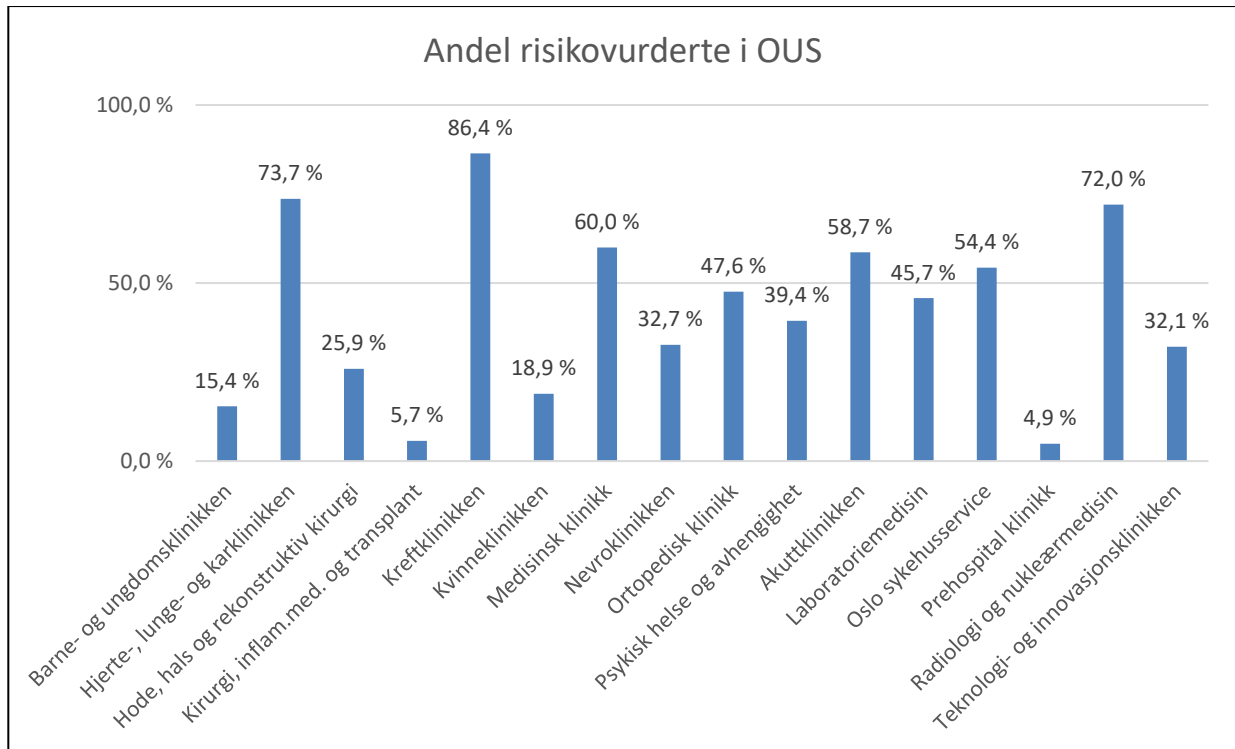


**Figur 18: Antall registreringer fordelt på klinikker i OUS**

\*En registrering er en oppføring av et sikkerhetsdatablad i stoffkartoteket. Ett sikkerhetsdatablad kan være registrert flere steder og vil følgelig føre til flere registreringer.

## Andel risikovurderinger

Av **23 322** registreringer har **12 442 (53,3 %)** registreringer en dokumentert risikovurdering. Dette er omtrent på samme nivå som 2021 (51,1 %). Det er allikevel en del som gjenstår. Det er behov for økt vedlikehold og opprydning av stoffkartoteket (risikovurdering eller arkivere sikkerhetsdatablader for kjemikalier som ikke brukes lenger o.l.).



Figur 19: Andel risikovurderte fordelt på klinikker i OUS

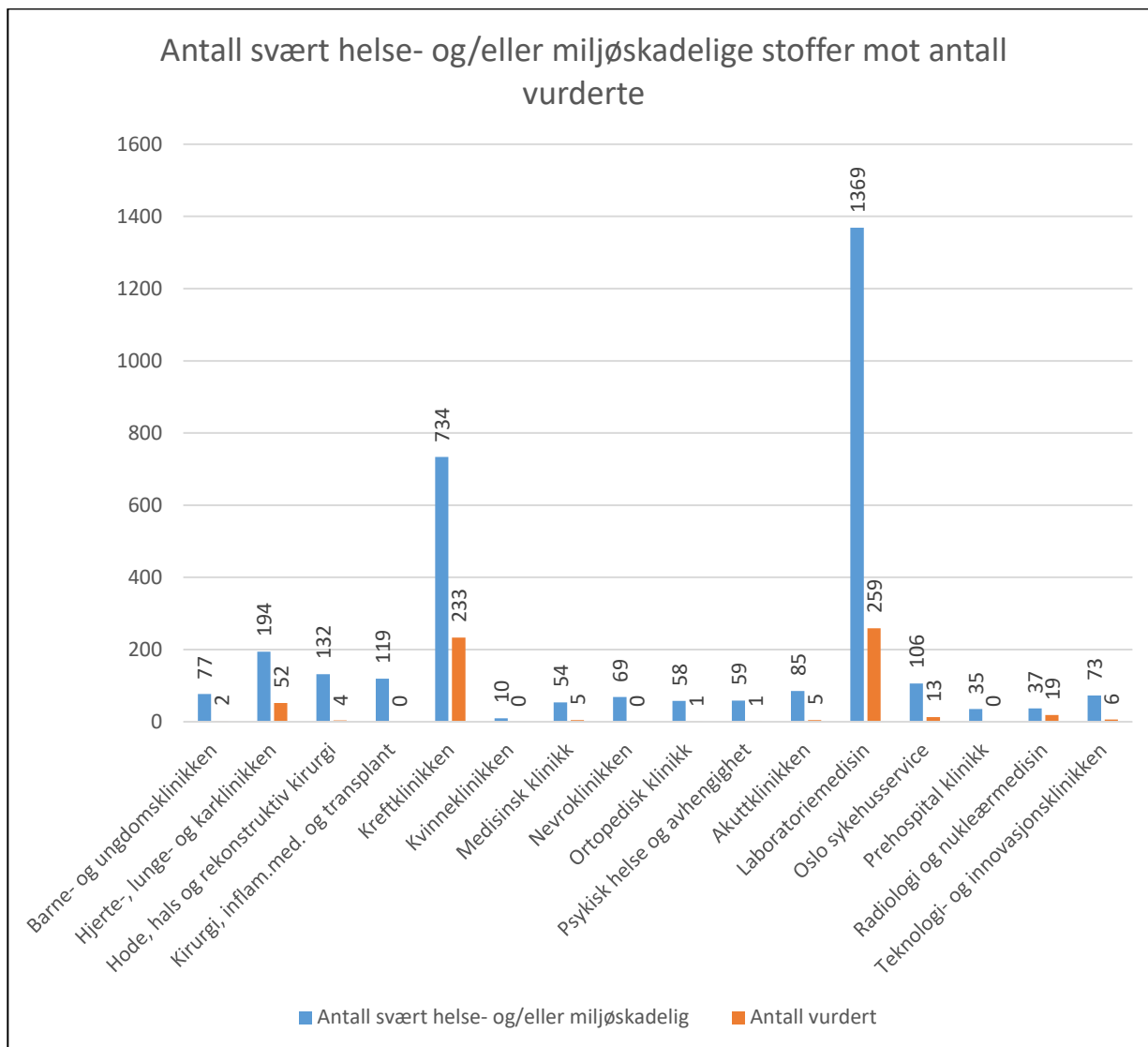
**Mål for risikovurdering i OUS: 80 %**

## Antall substitusjonsvurderinger

Stoffer som er registrert i kriteriegruppe 1-4 regnes som svært helse- og/eller miljøskadelige og skal vurderes for alternativer eller alternativt bruk (substitusjonsvurdering). Av **3211** registreringer som regnes som svært helse- og/eller miljøskadelige har **18,7 %** dokumentert substitusjonsvurdering. Dette er en økning fra **16,4 %** i januar 2021.

Fordelingen av substitusjonsvurderingene på klinikkene er vist i figur 4. Mange registreringer i kriteriegruppe 1 (Forbudte stoffer, eksplosiver etc.) mangler en godkjent dispensasjonssøknad for videre bruk. Klinikken med stoffer i kriteriegruppe 1 er: HLK (1), BAR (1), KRE (6), KIT (2), KLM (43).

Det bør være overkommelig å øke antallet substitusjonsvurderinger og godkjente dispensasjonssøknader i aktuelle klinikker det nærmeste året.



**Figur 20: Stoffer som er svært helse- og/eller miljøskadelige og/eller ønskes at fases ut, skal substitusjonsvurderes . Figuren viser antall stoffer som er substitusjonsvurderte pr. klinikk.**

**Mål for substitusjonsvurdering i OUS: 100 %**

## Kurs

**Det ble avholdt 4 digitale kurs året 2021:**

### Elektronisk stoffkartotek for kjemikaliekontakter

- **18. februar 2021:** 8 deltakere. 9 påmeldte.
- **9. april:** 11 deltakere. 13 påmeldte. 3 deltakere var ikke påmeldte.
- **21. mai:** 5 deltakere. 13 påmeldte.

### Kjemikaliehåndtering – fra innkjøp til farlig avfall

- **24. august:** 14 deltakere. 15 påmeldte.



## HMS-hendelser

Det ble registrert **64** HMS-hendelser med sakstype «kjemikalier» i 2021 (62 i 2020). 9 av hendelsene er registrert til høyt risikonivå. Av hendelsene med høyt risikonivå er:

- 1 hendelse er registrert med **betydelig konsekvens** og omhandlet feil håndtering av antiviralt legemiddel.
- 2 hendelser er registrert med **moderat konsekvens** og omhandlet håndtering av formalin og formalinpreparater.
- 2 hendelser er registrert med **mindre alvorlig konsekvens** og omhandlet en defekt avtrekksvifte og kjemikalielukt.
- 4 er registrert **med ingen/ubetydelig konsekvens**.

Av hendelsene merket med høyt risikonivå, har 5 status «i arbeid».

Totalt har 11 av hendelsene status «i arbeid».

## Anbefalte forbedringstiltak

- Etablere kjemikaliekontakter
- Øke deltakelse på kurs. Innføre kjemikaliekurs i kompetanseplan.
- Utføre risiko- og substitusjonsvurderinger
- Rydde opp i gamle kjemikalier
- Søke om godkjent bruk for stoffer i kriteriegruppe 1 (kontakt Arbeidsmiljøavdelingen)

## 2.15 Smittevern

### Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Smittevern	2021	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Gult
	2020	Grønt	Gult	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Gult	Grønt	Gult	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Gult
	2019	Grønt	Gult	Grå	Grønt	Gult	Gult	Gult	Gult	Gult	Gult	Grønt	Gult	Gult	Gult	Grønt	Gult
	2018	Gult	Grønt	Grå	Gult	Gult	Gult	Gult	Gult	Oransje	Gult	Grønt	Oransje	Oransje	Gult	Gult	Gult

Mange klinikker har gått fra gult til grønt i løpet av de siste to årene. 2 klinikker er fortsatt på gult. I klinikkens egne vurderinger kommer det frem at de har arbeidet bevisst og systematisk med smittevernrutinene. Som i tidligere år understrekes forebygging av stikk- / kuttskader ved bruk av sikkerhetskanyler. Viktigheten av informasjon og opplæring trekkes fram.

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

### Korona

Avdeling for smittevern har utarbeidet og revidert mange prosedyrer som vedrører isolerte pasienter og bruk av smittevernutstyr. Det er laget egne prosedyrer som berører Covid-19.

Vaksinering av ansatte ble påbegynt i begynnelsen av 2021. Alle ansatte har i løpet av 2021 fått tilbud om 3 vaksinedoser. Langt de fleste har takket ja til tilbudet. 72 % har fått 3 doser og 92 % har fått 2 doser. En del skulle ikke ha en tredje dose grunnet gjennomgått Covid-19 sykdom.

### Basale smittevernrutiner

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

Håndhygienen trenger fortsatt å forbedres. Til tross for at vi fra 1. mars 2020 har vært preget av en pandemi og bruk av armbåndsurr og håndsmykker er forbudt ved all pasientkontakt, er det fortsatt en god del ansatte som bruker både klokker og ringer. Reglene for håndhygiene og bruk av armbåndsurr og håndsmykker må formidles tydelig i linjen slik at både lederansvaret og det individuelle ansvaret blir klart.

### Resistente bakterier

Vi mangler god statistikk. Det er allikevel, på bakgrunn av de strenge smitteverntiltakene i forbindelse med Covid-19 pandemien, grunn til å tro at smitte med resistente bakterier til ansatte har gått ned de siste årene. Det har lenge vært ønske om å etablere et bedre poliklinisk tilbud til ansatte med MRSA, men det har vært vanskelig å få på plass en hensiktsmessig organisering og egnede lokaler for dette. Arbeid med etablering av system for elektronisk journalføring og tilgang på egnede lokaler ble gjenoppstartet. Begge temaer har fortsatt vært under arbeid i 2021.

### Mangel på enerom og isolater/plassforhold generelt

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

## Smittemerking og kommunikasjon om smitte mellom faggrupper og avdelinger

Avdelinger som mottar eller har inneliggende pasienter har, ifølge sykehusets overordnede retningslinje om basale smittevernrutiner, ansvar for at mobilt helsepersonell (f.eks. leger, bioingeniører, fysioterapeuter m.fl.) og servicepersonell som arbeider på tvers av og går mellom avdelinger (f.eks. renholdere, portører m.fl.) får nødvendig informasjon for å kunne utføre sikkert arbeid. HMS-avvik i Achilles viser at smitte ikke alltid kommuniseres eller merkes når det er påkrevet. I mange tilfeller framkommer smitteinformasjon i etterkant av utført arbeid. Dette er brudd på sykehusets basale smittevernrutiner, og noe som bidrar til å utsette kollegaer for smitterisiko.

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. Denne informasjonen blir ikke alltid formidlet. Det er når pasienter hentes til og fra undersøkelser og behandling, at informasjon ikke blir formidlet til transportpersonell og ansatte på undersøkelsesenheter.

Prøvetakere fra f.eks. Klinisk kjemisk avdeling får heller ikke alltid tilstrekkelig informasjon før pasientkontakt.

Sykehuset har fortsatt et forbedringspotensial når det gjelder å kommunisere om smitte, slik at sykehusets medarbeidere kan iverksette nødvendige tiltak for å unngå smitte.

## Stikk- og kuttskader

Til tross for mange stikkskader i 2021, er heldigvis ingen ansatte smittet av hepatitt eller HIV.

Ved OUS ble det i 2019 registrert 403 meldinger i Achilles av sakstype «Stikk/kutt med smitterisiko». Dette tallet økte til 450 i 2020, og for 2021 var tallet 394. Det reelle tallet er imidlertid høyere, ettersom vår erfaring er at ikke alle slike skader meldes i Achilles.

Innføring av stikksikre kanyler innen utgangen av 2019 var et mål for hele OUS. Det ble vedtatt på ledelsesnivå høsten 2019. Etter dette har flere klinikker fått opplæring i stikksikre kanyler, både i regi av Arbeidsmiljøavdelingen og produktleverandører i tillegg til klinikkens egen opplæring. Anbefalte rutiner er helt eller delvis implementert i mange avdelinger.

I følge tall fra OSS Innkjøpsavdeling var andelen stikksikre venekanyler 39 % i 1. halvår 2019, tallet økte til 59 % i 2. halvår 2019. Økningen fortsatte: 1. halvår 2020 var andelen kommet opp i 78 %. Leveringssituasjonen for 2021 på sin side var dessverre slik at det er vanskelig å få frem sikre tall og prosentandeler.

## Yrkesvaksinasjon

Med yrkesvaksinasjon menes vaksiner gitt pga. økt smitterisiko i jobbsituasjonen. Det er tilbud om dette ved bedriftshelsetjenestens vaksinasjonspoliklinikker på de ulike sykehusene i OUS. På grunn av covid-19 situasjonen, har det vært timebestilling på vaksinasjonspoliklinikkene. Dette har fungert greit. I 2021 ble det satt 612 yrkesvaksiner. 435 av disse var hepatittvaksiner. Øvrige vaksiner var bl.a. MMR-vaksine (meslinger, kusma, rubella) og kombinasjonsvaksine mot difteri, tetanus, kikhoste og poliomyelitt. Se for øvrig eget avsnitt nedenfor om influensavaksinerings.

## Influensavaksinerings av OUS-ansatte

Influenza er en sykdom som i stor kan i stor grad forebygges ved vaksinasjon. Dermed hindres smitte fra OUS-ansatte til sårbare pasienter. I 2016/2017 var vaksinasjonsdekningen i OUS på 30 % og i 2017/2018 på 54 %. Etter systematisk motivasjonsarbeid fra Avdeling for smittevern, var

vaksinedekningen for 2018/2019 på 74 %, 2019/2020 >80 % og 2020/21 88 %. Det gode resultatet er oppnådd ved hjelp av god forankring i ledelsen, uttalt undervisning og ved hyppig gjentakende, tydelig og synlig informasjon. Vi har ikke eksakte tall for vaksineringsen 2021/22 for OUS. Tallene for HSØ er 58 %.

Forrige sesong og hittil i vinter er det få som har hatt influensa, sammenlignet med tidligere år.

### **TBC-eksponering**

Det var 2 smitteoppsporinger hos ansatte etter TBC-eksponering i OUS i 2021. Antall eksponerte ved smitteoppsporingene var hhv. 5 og 8 ansatte.

### **Satsing og tiltak for forbedring fremover**

#### **Anbefalte hovedsatsingsområder**

- Fortsatt gode rutiner og smitteverntiltak mot SARS-Cov-2.
- Vaksinerings mot SARS-CoV-2.
- Tiltak mot resistente bakterier i samarbeid med klinikkene.
- Overgang til sikkerhetskanyler.
- 0 % bruk av armbåndsur og håndsmykker ved all pasientkontakt.
- 90 % vaksinasjonsdekning mot influensa.
- Kommunikasjon om smittefare og -merking til alle fag- og servicegrupper som arbeider med pasienter i sykehuset.

#### **Viktige forbedringstiltak som klinikkene har meldt inn at de vil gjøre**

- Bevisst forhold til å skrive og følge opp HMS-avvik i forhold til smitte,
- Fortsette arbeidet med overgang til sikkerhetskanyler.
- Oppfordre ansatte å ta e-læringskurset «Basale smittevernsrutiner».
- Annen informasjon og opplæring.

## 2.16 Strålevern

Stråling brukes ved de fleste klinikker i sykehuset, og på mange ulike måter; 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. Leder for stab pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling har, på vegne av administrerende direktør, strategisk ansvar for strålevern i OUS. 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

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Strålevern	2021	Green	Green	Grey	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Grey	Green
	2020	Green	Green	Grey	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Green	Grey	Green
	2019	Green	Green	Grey	Grey	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green
	2018	Green	Green	Grey	Grey	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Yellow	Green	Grey	Green

Klinikkenes vurdering av egen status innen strålevern er stort sett uendret fra 2020 til 2021. Tall fra 2021 viser at svært få ansatte har persondosimeteravlesninger opp mot grenseverdiene gitt i strålevernforskriften. Den effektive helkropps-dosen hos disse ligger godt innenfor anbefalt verdi. En viss strålebelastning må forventes blant ansatte som bruker strålegivende utstyr i sitt arbeid. Like fullt er det viktig å ha fokus på strålereduserende tiltak, slik at eksponeringen ikke blir større enn nødvendig. Dette gjelder både for ioniserende stråling (som røntgen og nukleærmedisin) og ikke-ioniserende stråling (som ultralyd, laser og MR).

Jevnt over vurderer klinikkene opplæring og kunnskap om strålebruk og strålevern som tilstrekkelig, og at hensiktsmessig verneutstyr er tilgjengelig. Samtidig er det enkelte klinikker som ønsker økt fokus på strålevernopplæring, både i form av undervisning og bruk av e-læring.

### Klinikkenes satsning og tiltak for forbedring fremover

- Videreføring av gode rutiner for trygg strålebruk i praksis
- Oppfølging av strålevernsundervisning til aktuelle ansatte, i samarbeid med strålevernkontakter og strålevernkoordinator

### **Overordnet strålevernarbeid**

- OUS i samarbeid med HSØ fortsetter arbeidet med supplerende e-læringskurs innen strålevern, som vil bli publisert i Læringsportalen fortløpende
- Strålevernkoordinator koordinerer arbeidet rundt systematisering av internkontroll innen strålevern
- Arbeid rundt implementering av doseovervåkningssystem
- Oppfølging av avvikssaker/uønskede hendelser innen strålevern
- Årsrapportering til Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA)
- Risikovurdering av områder med strålebruk
- Oppfølging av strålevernaspekter ved oppføring av nybygg

## 2.17 Brannvern

Alle ansatte ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) skal ifølge 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 sykehuset.

Regler for OUS: 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.

### Koronasituasjonen

I 2021 har man måttet redusere øvelse og opplæring grunnet koronasituasjonen. Ansatte i brannvernseksjonen har delvis vært omdisponert til andre oppgaver. Retningslinjer for korona gjorde til at man ikke kunne «samle» ansatte til øvelser. Kravet til brannvernopplæring for 2021 ble satt til at e-læringskurs var tilstrekkelig. I tillegg ble det utarbeidet et ekstra e-læringskurs «Brannvern ved OUS – tilleggsgdel». Dette kurset ble laget for å dekke kravet for de enhetene som har krav om to opplæringer i året.

### Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Brannvern	2021	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Gult	Grønn	Grønn	Grønn	Gult	Grønn	Grønn	Gult	Grønn	Gult	Gult
	2020	Grønn	Gult	Rødt	Gult	Gult	Gult	Grønn	Grønn	Gult	Orange	Gult	Orange	Rødt	Grønn	Grønn	Orange
	2019	Grønn	Grønn	Gult	Gult	Grønn	Gult	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Gult	Gult	Grønn	Grønn	Gult
	2018	Grønn	Gult	Grønn	Grønn	Grønn	Orange	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Gult	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn

Dokumentasjon fra læringsportalen viser at brannopplæring i en klinikk ikke samsvarer med den vurderingen klinikkene selv har foretatt etter tilsendt statistikk på gjennomføring av e-kurs per 31/12/21.

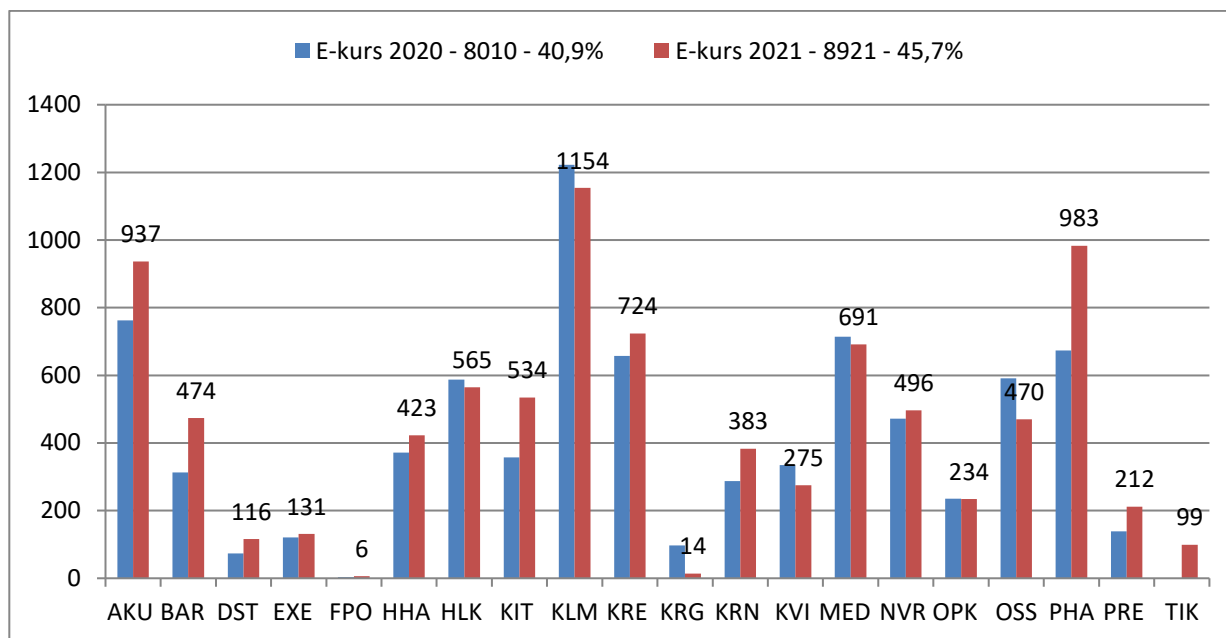
Brannvernseksjonen har tre indikatorer. Dersom hver indikator teller like mye, vil ikke statusmatrisen vist over stemme.

Den første måleindikatoren går på gjennomføring av e-læringskurset «Brannvern ved OUS». Læringsportalen gir tall på hvor mange som har gjennomført og bestått kurset per klinikk. Brannvernseksjonen har sett på hvor mange ansatte det er per klinikk per måned, og regnet gjennomsnitt av dette. Tallene fra Læringsportalen sett opp mot tallet fra LIS på ansatte, gir oss en prosentmessig gjennomføring per klinikk. Denne viser at kun en klinikk er på grønt totalt i OUS, en klinikk er på orange og de resterende er på gult. Brannvernseksjonen har her regnet gjennomsnitt basert på tall fra indikatorene.

Videre er indikator to, og tre ikke målbare, men kun basert på klinikkens vurdering. Da de ikke er målbare har brannvernseksjonen ikke grunnlag for å si noe om disse.

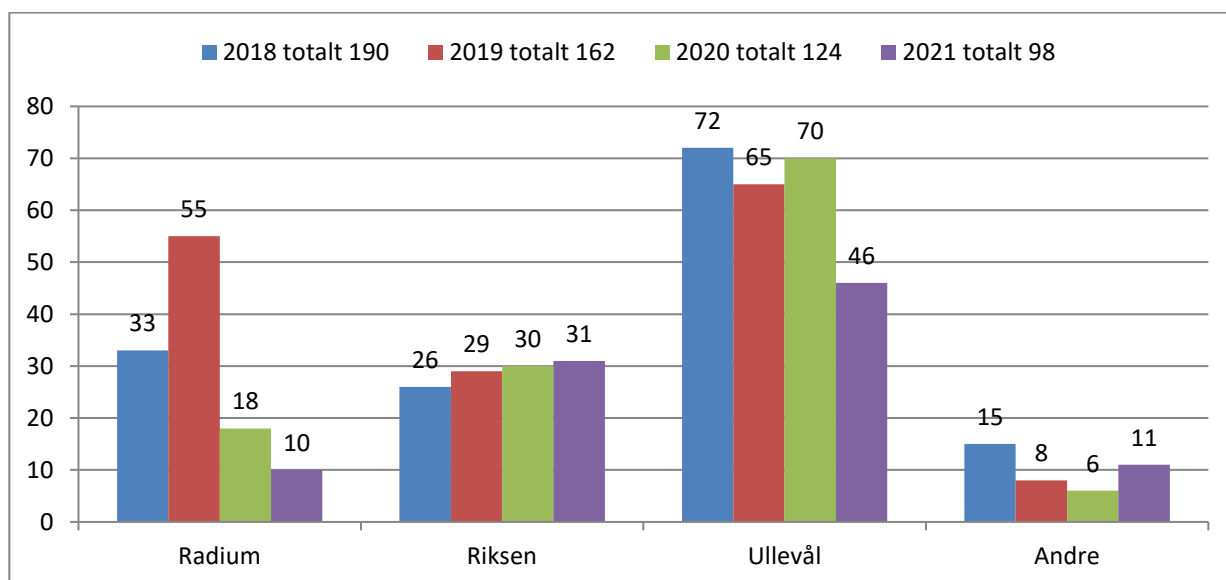
## E-læring

I 2021 har 8941 ansatte gjennomført og bestått e-læringskurs i brannvern. I 2020 var tallet 8479. Dette er en marginal økning fra 2020 på 4,8 %. Dette er fortsatt bare 45,7 % av alle ansatte som gjennomfører det obligatoriske e-læringskurset «Brannvern ved OUS». Her er det beregnet at OUS har 19500 ansatte. Tall oppgitt fra 2020.



**Figur 21: Tabellen viser antall ansatte pr. klinikk som har gjennomført e-læringskurset i 2020-2021. De røde søylene viser 2021, mens de blå viser 2020.**

Antall brannalarmer i 2021 var 98 registrerte alarmer. Dette er en nedgang fra 2020 på ca. 4 %.



**Figur 22: Antall brannalarmer (kilde: Brannvernseksjonen i OUS)**

## Branntilsyn 2021



Det ble i 2021 gjennomført branntilsyn ved OUS 3.12.21. OUS fikk ingen avvik.

### **Satsing og tiltak for forbedring fremover**

I 2022 vil brannvernseksjonen ha fokus på å videreutvikle dokumentasjonsverktøyet i kompetanseportalen og gjøre denne kjent for brukerne. Dette verktøyet kan lagre dokumentasjon av gjennomført øvelse og opplæring elektronisk.

Klinikkenes forbedring i 2022 er å ta i bruk kompetanseportalen sine brannvernplaner for dokumentasjon av brannvernundervisning.

Enheter med avventende evakuering bør gjennomføre minst en tabletopøvelse i 2022.

Brannvernseksjonen vil også prioritere å utarbeide egenkontroll for brannvern i Achilles.

## 2.18 Medisinsk teknologi

Medisinsk-teknologisk avdeling (MTA), del av Teknologi- og innovasjonsklinikken, er et kompetansesenter for medisinsk teknologi i OUS, og har det overordnede ansvaret for alt medisinsk-teknisk utstyr (MTU) ved sykehuset. MTA har høy 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 som beskrevet i nivå-1 instruksjonen [MTU- håndtering av medisinsk-teknisk utstyr](#) (DOKID 3743, oppdatert 17.12.2021) og nivå-1 prosedyren [MTU- opplæring og sertifisering av personell](#) (DOKID 14852, oppdatert 27.9.2020). Slik opplæring kan være praktisk og teoretisk undervisning, e-læringskurs, prosedyrer, leverandørenes brukerveiledere, klasseromsundervisning, simuleringstrening og lignende. MTA kan på noen områder gi eller koordinere opplæring på forespørsel.

### Status i OUS

Ved OUS er det per utgangen av 2021 registrert totalt ca. 39.000 enheter medisinsk-teknisk utstyr som det gjøres jevnlig service og vedlikehold på i henhold til pålagt lovkrav. I 2021 ble det gjennomført drøyt 24.000 serviceoppdrag, gjennomført i underkant av 500 anskaffelsesprosjekter og anskaffet medisinsk-teknisk utstyr for i overkant av 400 millioner kroner. Ved utgangen av 2021 var gjennomsnittsalderen for sykehusets MTU 9,2 år, en økning med 0,3 år fra 2020.

I «Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr», sist oppdatert 24.9.2021, står det i §8 Opplæring av brukere 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.»*

Opplæring i bruk av elektromedisinsk utstyr har vært et av flere tema for Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) sine årlige tilsyn ved OUS de senere årene, og i de siste årene har tilbakemeldingene fra tilsynet vist at det har vært en jevn forbedring på dette opplæringsområdet. Men det ble også etter tilsynet fra DSB i slutten av 2020 gitt avvik til OUS knyttet til manglende dokumentasjon av opplæring i sikker bruk av MTU. Statens legemiddelverk har overtatt som fag- og tilsynsmyndighet for medisinsk utstyr i Norge. Det ble ikke gjennomført tilsyn knyttet til medisinsk utstyr ved OUS i 2021.

Klinikkenes egenvurdering for HMS-temaet medisinsk-teknisk utstyr er i stor grad lik foregående år, men tre klinikker rapporterer om en forverring av status fra 2020 til 2021. Det er KRE (fra grønt til gult), NVR (fra gult til oransje) og OPK (fra grønt til gult). (Se tabell 1.)

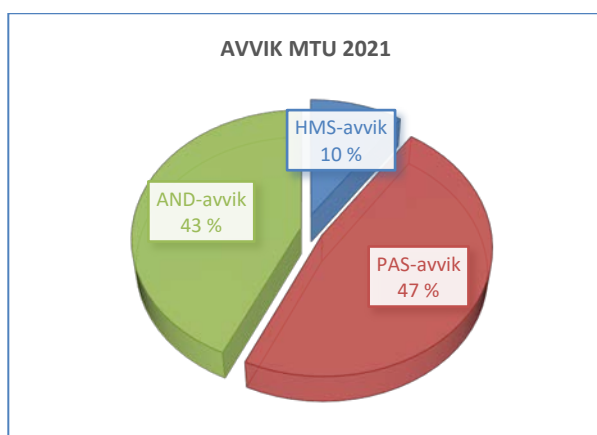
Tabell 1: Oversikt over klinikkens egenvurdering

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)	2021	Grøn	Grøn	Gul	Grøn	Grøn	Grøn	Gul	Gul	Gul	Gul	Grøn	Oransje	Gul	Grøn	Grøn	Grøn
	2020	Grøn	Grøn	Gul	Grøn	Grøn	Grøn	Gul	Grøn	Gul	Gul	Grøn	Gul	Grøn	Grøn	Grøn	Grøn
	2019	Grøn	Grøn	Gul	Grøn	Grøn	Gul	Gul	Grøn	Gul	Gul	Grøn	Gul	Grøn	Grøn	Grøn	Grøn
	2018	Grøn	Gul	Gul	Grøn	Gul	Rød	Gul	Grøn	Grøn	Gul	Grøn	Gul	Grøn	Grøn	Gul	Grøn

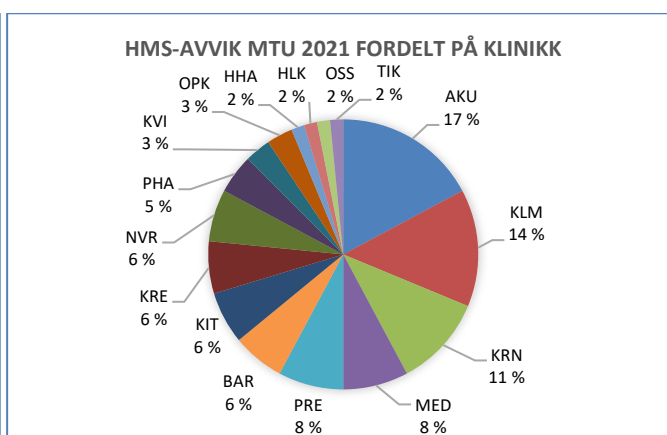
Bakgrunnen til den samlede vurderingen, der de fleste klinikker er på grønt nivå, er økt fokus på opplæring og sertifisering, og klinikkene er i hovedsak fornøyd med opplæring i bruk av MTU og egne dokumentasjonsrutiner. KRE begrunner endring i egenvurdering fra grønt til gult nivå med at «mangelfull utskifting av apparater fører til driftsstans og ekstraarbeid». NVR begrunner endring i egenvurdering fra gult til oransje nivå med at «noe kritisk MTU er i svært dårlig stand». OPK begrunner endring i egenvurdering fra grønt til gult nivå med at «grunnet mange nyansatte er det etterslep på opplæring og sertifisering».

## Avvikshåndtering

I §16 Meldeplikt i «Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr» står det «Virksomheten plikter uten unødig opphold å gi melding til Statens legemiddelverk 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, brukers eller annen persons helsetilstand.» Som nærmere beskrevet i OUS' nivå-1 prosedyre [Uønskede hendelser, risikoforhold og forbedringsforslag i Achilles](#) (DOKID 11), skal HMS-avvik knyttet til medisinsk-teknisk utstyr, også de som er mindre alvorlige enn det som meldes til Statens legemiddelverk, registreres i forbedringssystemet Achilles.



Figur 237: Fordeling av alle MTU-avvik i 2021



Figur 248: HMS-avvik for MTU i 2021 fordelt på klinikk

I 2021 ble det totalt registrert 660 avvik i avvikssystemet Achilles under sakstypen medisinsk-teknisk utstyr (MTU) og av disse var kun 64 avvik registrert som HMS-avvik. 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

MTU. Noe av årsaken til det lave antallet HMS-saker knyttet til MTU kan være at en del av avvikene har grenseflate mot pasienthendelser og derfor meldes som pasientavvik. Det er registrert flest HMS-avvik knyttet til MTU i Akuttklinikken (AKU, 11 saker), Klinikk for laboratoriemedisin (KLM, 9 saker) og Klinikk for radiologi og nukleærmedisin (KRN, 7 saker). Ser man nærmere på disse HMS-avvikene, er det stor spredning i årsaken til avviksmeldingene. Ca. 45 % (29 saker) av HMS-avvikene knyttet til MTU faller ikke inn under OUS sin definisjon av MTU, slik som f.eks. autoklaver, vaskedekontaminatorer, gassflasker og søyler. Ser man bort i fra disse, er ca. 49 % (17 saker) av de øvrige HMS-avvikene knyttet til MTU relatert til utstyrsfeil, ofte på eldre utstyr. Ca. 20 % (7 saker) er knyttet til mangel på utstyr og/eller eldre utstyr med mangelfull funksjonalitet sammenlignet med nyere utstyr. Eksempel på dette er mangelfull tilgang på nok utstyr, noe som bl.a. medfører overtidsarbeid, og utilfredsstillende bildekvalitet på eldre ultralydapparat og C-bue. De siste ca. 31 % (11 saker) er knyttet til manglende opplæring og/eller prosedyrer som ikke er fulgt. Eksempel på dette er manglende klargjøring av utstyr til ny pasient.

## Satsning og tiltak for forbedring fremover

På bakgrunn av informasjon hentet fra HMS-runden mener vi å kunne si at OUS i stor grad har gode rutiner for gjennomføring av systemisert, dokumentert og repeterende opplæring. Likevel er det fortsatt et forbedringspotensial før Oslo universitetssykehus fullt ut innfrir lovverkets krav om opplæring i bruk av MTU. For de klinikkene som har egenvurdering på gult eller oransje nivå, anbefales det sterkt at klinikkene kartlegger omfang, behov og gjør nødvendige tiltak for å imøtekomme forskriftenes krav til opplæring for alle ansatte som bruker MTU.

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

- Legge inn læringsplaner for MTU i Kompetanseportalen
- Fokus på opplæring av alle nyansatte
- Ved nytt utstyr skal det gjennomføres opplæring av alle
- Sørge for at de MTU-rutiner man har blir fulgt
- Bruke fagdager til MTU-opplæring der det er behov
- Synliggjøre MTU-utskiftingsbehov i innmelding til årlig investeringsbudsjett

## 2.19 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». Helse relaterte 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, forskrift om organisering, ledelse og medvirkning og arbeidsplassforskriften i kraft. Disse bestemmelsene omhandler:

- planlegging av arbeidet
- opplæring og informasjon
- utforming av arbeidslokaler
- risikovurdering
- tiltak og oppfølging

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.

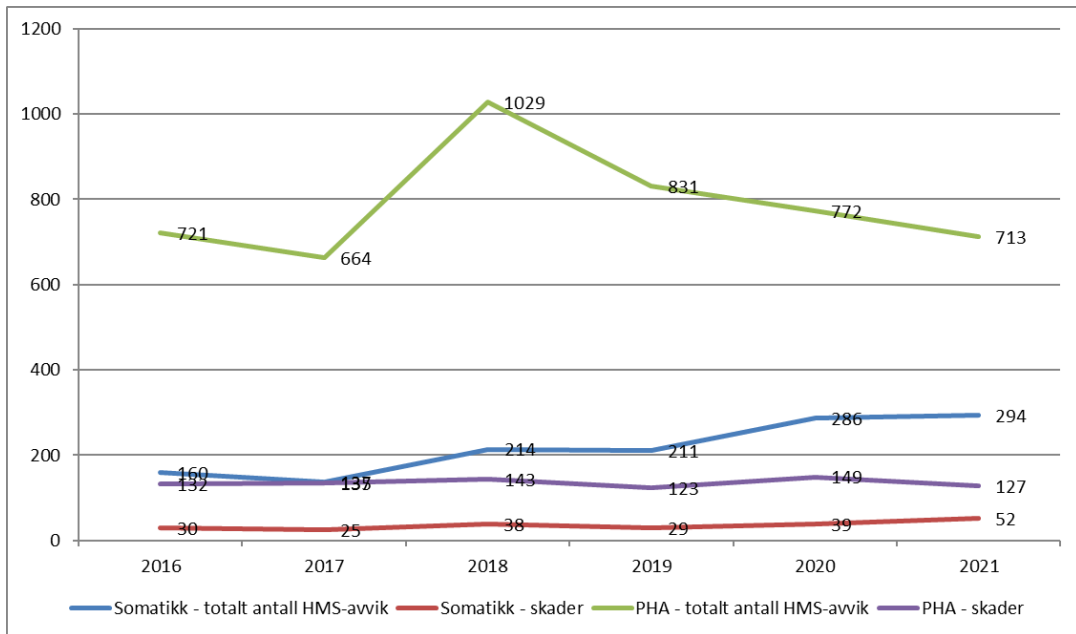
### Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Vold og trusler	2021	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Orange
	2020	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Orange
	2019	Yellow	Yellow	Green	Orange	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Orange
	2018	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Orange	Green	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Orange

Statusvurdering innen temaet «vold og trusler» har endret seg noe for enkelte klinikker fra 2020 til 2021, men det store bilde er relativt uendret. Klinikker med endringer har oppgitt følgende som årsak:

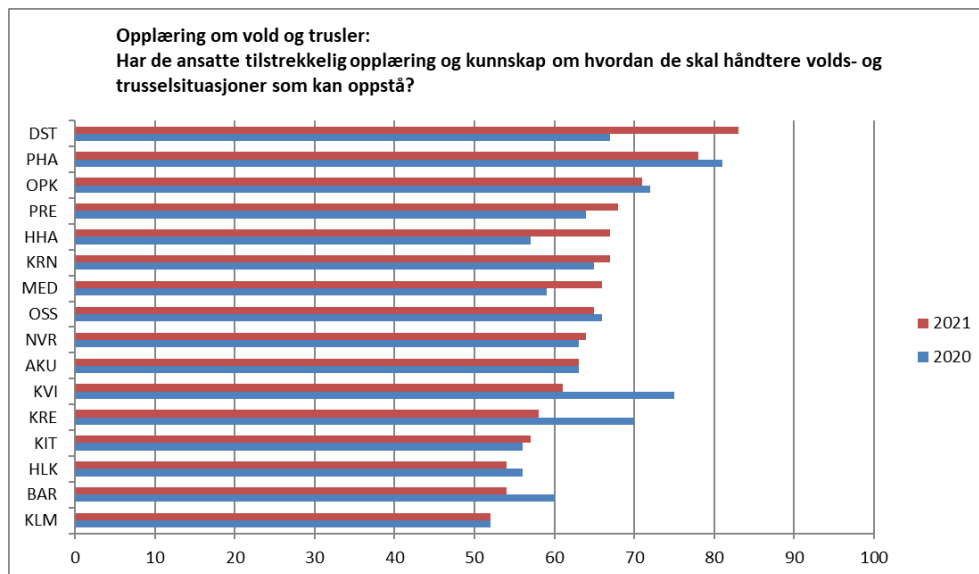
- DST: Skal kartlegge og risikovurdere klinikken for å få oversikt over status på området.
- MED: Igangsetter arbeid med å gjennomføre risikoanalyse på alle seksjoner i klinikken, samt informasjon til alle ledere om gjeldende prosedyrer på temaet.
- PHA: Det er nødvendig å iverksette omfattende tiltak for å sikre tilstrekkelig forebyggende effekt på ansattes sikkerhet. Det er i gang et arbeid med å systematisk risikovurdere, gi

nødvendig opplæring og øvelser til alle relevante ansatte, men i deler av klinikken vil ikke dette være nok og klinikken vurderer derfor nå ytterligere tiltak i disse avdelingene.



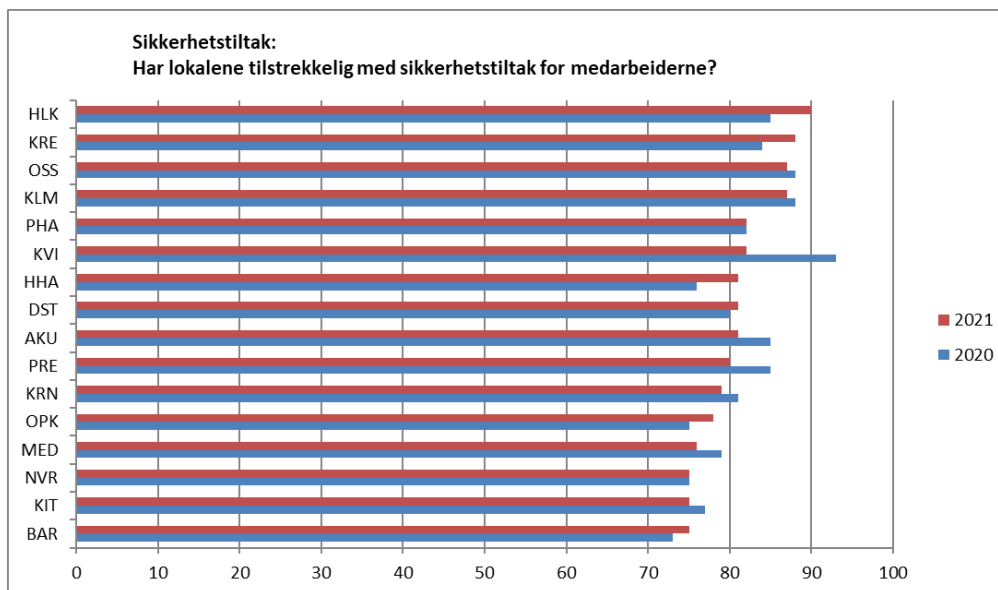
**Figur 25: For enkelhets skyld er alle klinikker som ikke er PHA samlet som "somatikk" i oversikten.**

Det ble i 2021 meldt inn 1007 HMS-avvik om vold og trusler. PHA står for i overkant av 70 % av HMS-avvikene innen temaet. PHA har i 2021 en liten nedgang i innmeldte HMS-avvik og skader.



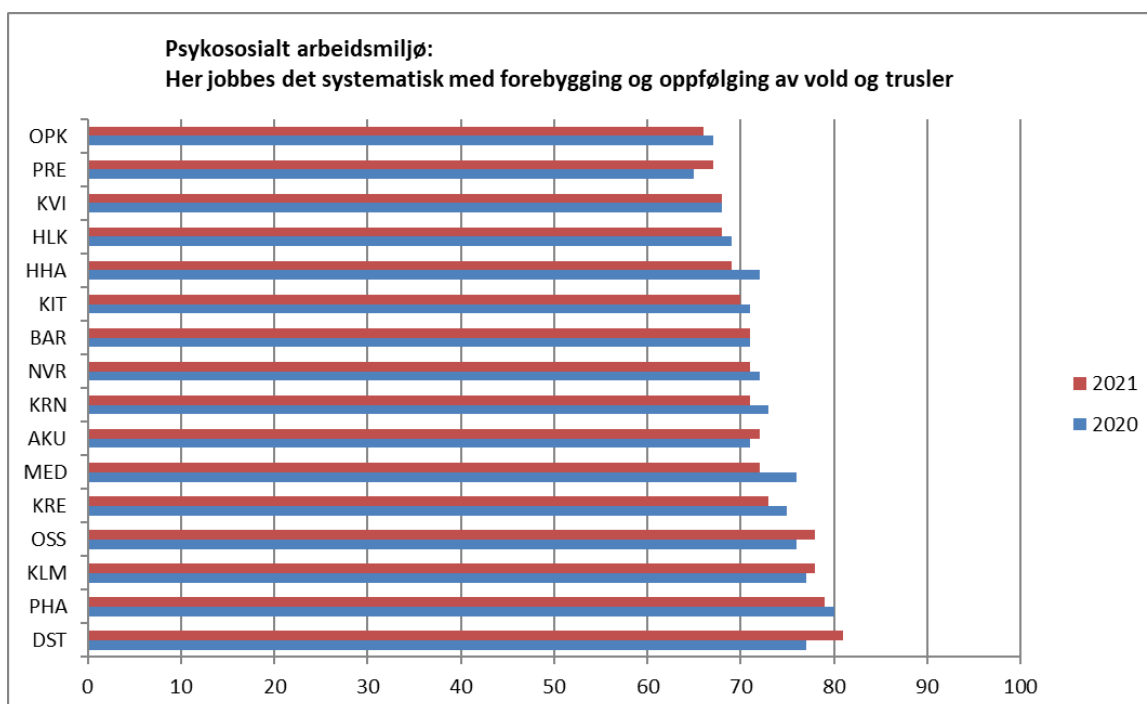
**Figur 26: Resultater fra HMS-runder fordelt på klinikk**

I HMS-runden blir leder og verneombud spurt om deres ansatte har tilstrekkelig opplæring og kunnskap om hvordan de skal håndtere volds- og trusselsituasjoner som kan oppstå.



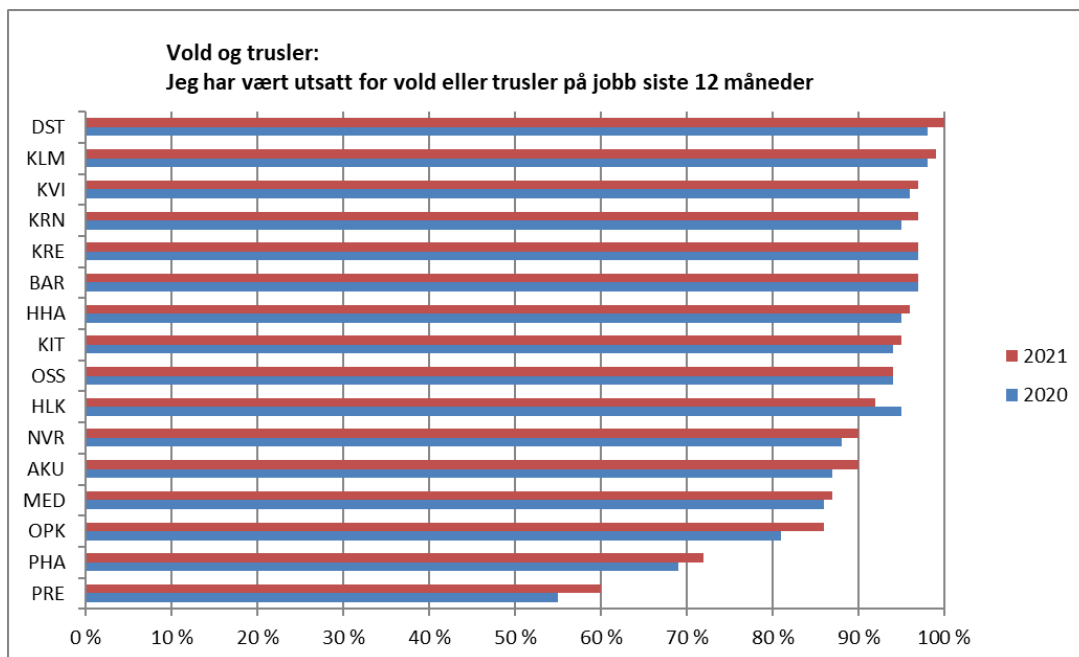
**Figur 27: Resultater fra HMS-runder fordelt på klinikk**

HMS-runden spør også om lokalene har tilstrekkelig med sikkerhetstiltak for de ansatte. De fleste mener dette er på plass, men det er enkelte områder som opplever store utfordringer med at lokalene deres ikke er godt nok sikrede og egnede for formålet. Dette gjelder også enkelte enheter med høy forekomst av trusler og vold mot ansatte.



**Figur 28: Resultater fra ForBedring fordelt på klinikk**

Medarbeiderundersøkelsen ForBedring spør de ansatte om de mener det jobbes systematisk med forebygging og oppfølging av vold og trusler.



**Figur 29: Resultater fra ForBedring fordelt på klinikk**

I ForBedring er det et ja/nei spørsmål om man har blitt utsatt for vold eller trusler på jobb de siste 12 månedene. Spesielt i PRE og PHA har mange ansatte opplevd dette, men også i flere av de andre klinikkene har det vært uønskede hendelser med vold og trusler mot medarbeidere.

## Satsing og tiltak for forbedring fremover

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

- Tilnærmet alle klinikker beskriver at de nå skal ta i bruk ny risikovurderingsmodul i Achilles med eget skjema for temaet vold og trusler.
- HHA: Klinikken minner om retningslinjene. Følger opp ledere vedr. risikovurdering i egne enheter. Tas jevnlig i ulike ledernetverk. Vurdering skal gjøres årlig - samtidig som HMS-runden.
- HLK: Viktig at alle ansatte kjenner prosedyrene knyttet til forebygging av vold og trusler, og at ansatte som blir utsatt for dette får god oppfølging i etterkant. Melde hendelser i Achilles
- KIT: Ledere skal gjennomfører risikovurdering i egen enhet, i sammenheng med HMS rundene. Benytte personalmøter for informasjon og opplæring/dialog på tema.
- KLM: Klinikken kartlegger om det er behov for ekstra oppfølging i seksjoner der ansatte har svart at de i liten grad har fått tilfredsstillende opplæring om vold og trusler.
- KRE: Foreslår tverrfaglige fagdager og temaet som egen sak i KAMU og på ledermøter.
- KRN: HMS handlingsplan må samkjøres med klinikkens risikovurdering med tiltak om at alle avdelinger skal gjennomføre innledende grovkartlegging av vold og trusler
- KVI: Det er laget intern N2 retningslinje for hvordan melde om vold og trusler. Tema på Ledersamling. Kontinuerlig fokus på tema i K-AMU og Ledersamlinger. Melde ansatte på kurs.



- OSS: Sørge for at alle ledere er kjent med prosedyrer og e-læringskurs som omhandler vold og trusler der dette er aktuelt. Sørge for at lederne gjør det kjent for alle ansatte. OSS skal delta aktivt i OUS sitt prosjekt med forebyggende arbeid.
- PHA: Tilby ekstra støtte og veiledning for ledere på enheter med høy voldsrisiko. Sikre at ansatte får god og tilstrekkelig oppfølging etter hendelser med trusler og vold. Støtte og følge opp at alle enheter implementerer systemet for risikovurdering, opplæring og dokumentasjon. Ta i bruk personlig verneutstyr på enheter der dette er et behov. Kartlegge hvilket behov og handlingsrom klinikken har innenfor dagens rammer, til å iverksette nødvendige sikringstiltak for ansatte som jobber med pasienter med høy voldsrisiko.
- PRE: Følge opp forebyggende arbeid. Innføre og følge opp bruken av risikovurderingsskjema for vold og trusler i Achilles. Fortsette og gjennomføre kurs blant ansatte for håndtering av vold og trusler. Bør benytte kompetanseportalen (trusler som kommer fra telefon, SIPA, e-læringskurset). Brøset Violence Checklist. Felles adgangskontroll på alle stasjoner.

På sykehusnivå i 2021 må allerede igangsatt arbeid med et overordnet system for risikovurdering, risikoklassifisering og opplæring av medarbeidere videreføres. Ny risikovurderingsmodul i Achilles med unikt skjema for vold og trusler må integreres som en del av det systematiske HMS-arbeidet i sykehuset og følges opp som en del av handlingsplanen for pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og arbeidsmiljø 2022-2023. Det bør også arbeides mer spesifikk inn mot de avdelingene i sykehuset som har omfattende utfordringer knyttet til trusler og vold mot sine medarbeidere, med da et særlig fokus på nødvendige ressurser til å sikre at fastsatte forebyggende aktiviteter kan gjennomføres, deres bygg/lokaler og muligheter for ytterlige sikkerhetstiltak. MAP (møte med aggresjonsproblematikk) er et kurs for medarbeidere som nå implementeres i alle avdelinger i klinikk PHA med klinisk drift, og som i 2022 bør vurderes i flere klinikker i sykehuset. Tildel kompetanseplaner i kompetanseportalen til alle ansatte i tråd lokalt risikonivå og fastsatte krav om nødvendig opplæring og øvelser.

## 2.20 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 2021 hadde arbeidstakersiden ledervervet. Oversikt over medlemmene i AMU er i vedlegget til denne rapporten.

Sentralt AMU holdt 9 møter og hadde 55 saker på agendaen i løpet av 2021.

## 2.21 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 er HMS-leder. I 2021 ble 4 møter avholdt og 34 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.

## 2.22 Nye OUS

Oslo Universitetssykehus HF (heretter OUS HF) bygger og planlegger flere nye sykehusbygg. HMS i byggeprosjektene handler primært om tre sentrale forhold:

- Ansattes medvirkning i prosessene
- HMS faktorer i planlegging av fremtidens sykehusbygg
- Byggeprosjektene påvirkning av ansattes hverdag (rokader, støy, støv, adkomst m.m.) – dette beskrives ikke nærmere her

## Status i de seks bygge- og utviklingsprogrammene

- Storbylegevakten: byggefase med planlagt innflytting og oppstart i 2023
- Nye Radiumhospitalet 2024: byggefase med utforming av arbeidsprosesser kommende år
- Ny Sikkerhetspsykiatri 2025: planlagt oppstart av forprosjekt våren 2022
- OUS i Livsvitenskapsbygget (2026): endelig funksjonsplassering og detaljprosjektering i 2022
- Nye Aker (2030) og Nye Rikshospitalet (2030): ny, forsinket runde med medvirkning mars 2022. Det skal avklares hvilke konsepter som kan og må utvikles inn mot innflytting, og det er planlagt ledelses- og styrebehandling av forprosjektrapport i oktober 2022.

## Medvirkning

Det er etablert et strukturert opplegg for samhandling og samarbeid mellom OUS HF og Prosjektorganisasjonen til Helse Sør-Øst RHF (HSØ PO), med formål å oppnå:

- At pasientens helsetjeneste og de ansattes arbeidsplass blir ivaretatt med funksjonsdyktige, pasientvennlige og driftsøkonomiske løsninger
- Engasjement, forankring og eierskap hos OUS som grunnlag for god og vellykket organisasjonsutvikling og drift
- Et godt arbeidsmiljø for sykehusets ansatte

Medvirkningen skal danne grunnlaget for tilrettelegging og organisering av et strukturert samarbeid mellom prosjektet og OUS i forbindelse med uttesting og driftsstart, og videre at fremtidig driftsorganisasjon får nødvendig bistand i forbindelse med opplæring og teknisk driftsstart av byggene.

Medvirkning i programmene skjer gjennom to akser. Den ene akse er mot Helse Sør-Øst gjennom prosjektstyrer. I prosjektstyrene utøves medvirkning ved at tillitsvalgte (TV) og verneombud (VO) er ansattes representanter. Den andre akse er i OUS sin egen prosjektorganisasjon, med porteføljestyre som øverste beslutningsnivå. Hvert program/bygg har et eget programstyre.

Medvirkningsprosessene i Nye OUS hjemles i gjeldende bestemmelser i Arbeidsmiljøloven, Hovedavtaler, de «13 prinsipper for brukermedvirkning på systemnivå»<sup>[1]</sup>, i Helse Sør-Øst sine 12 prinsipper for mobilisering av medarbeidere og ledere [12 prinsipper for medvirkning i omstilling](#) og samhandlingsprosedyren mellom OUS HF og HSØ PO<sup>[2]</sup>. Styrene i OUS og Helse Sør-Øst har videre også vektlagt betydningen av reell medvirkning i sine vedtak tilknyttet prosjektet.

Medvirkningen skal bidra til å samordne og sørge for helhetstenkning slik at forhold både innenfor de enkelte funksjonsområder og på tvers av sykehusets avdelingsgrenser og lokasjoner blir belyst og løsningsforslag blir håndtert. Den bredeste og mest omfattende medvirkningen skjer i medvirkningsgruppene. Disse representerer de interne gruppene tilknyttet et program/lokalisasjon og har fokus på tema eller pasientgrupper som er aktuelle for de konkrete lokale løsninger. Ettersom mange pasientsløyfer i OUS involverer flere lokalisasjoner i sykehuset, vil flere medvirkningsgrupper involvere ansatte fra mer enn bare én lokalisasjon.

<sup>[1]</sup> [https://ffm.no/wp-content/uploads/2017/09/Helse-sørøst\\_Brukermedvirkning\\_folder-1.pdf](https://ffm.no/wp-content/uploads/2017/09/Helse-sørøst_Brukermedvirkning_folder-1.pdf)

<sup>[2]</sup> PIMS referanse: HSØ-0000-Z-PR-0004

All medvirkning er rådgivende. Innspill og løsninger i forbindelse med medvirkningsprosessene vurderes av HSØ-PO og Nye OUS i fellesskap for valg av best mulige løsninger gitt de gjeldende rammene, bl.a. økonomi, arealer og tid.

I medvirkningsgruppene deltar mange ansatte og ledere fra flere nivåer i sykehusets lederlinjer, og gruppene består i utgangspunktet av:

- 8 deltakere fra OUS, inkl. TV og VO, representant fra smittevern og gruppeleder
- 1 brukerrepresentant
- 1-2 fra Nye OUS
- 1-2 fra PG (ARK)
- 1 utstyrsrådgiver fra HSØ-PO
- 1 fra HSØ-PO (referent)
- Rådgiver fra PG eller HSØ-PO ved særlig behov

Det er kun medvirkningsgruppen som har myndighet til å gi råd og anbefalinger til HSØ-PO og arkitekter. Alle innspill som kommer inn i dette arbeidet, skal formidles til medvirkningsgruppen, som tar stilling til om innspillet skal formidles videre til HSØ-PO. Fagkoordinator fra Nye OUS har fra OUS sin side ansvar for praktisk gjennomføring av møtene og for samhandling med HSØ-PO. I enkelte medvirkningsgrupper er det plass til færre deltakere enn det er klinikker som har interesser til gruppen. Videre vil det i enkelte grupper være behov for spesialkompetanse fra fagområder som ikke har ressurser nok til å delta i alle gruppene. Og det vil være kunnskap om prosesser og flyt på tvers av medvirkningsgrupper som må sikres. Sykehuset har derfor valgt å opprette referansegrupper. Referansegruppene er etablert langs to akser:

1. Utvidet medvirkning og forankring
2. Kompetansetilførsel og/eller tverrgående prosesser

Referansegruppene skal understøtte og/eller kvalitetssikre medvirkningsgruppene arbeid. For å sikre at referansegruppene anbefalinger blir kommunisert til medvirkningsgruppene, deltar gruppeledere fra medvirkningsgruppene i aktuelle referansegrupper.

### **HMS faktorer som sentral del av planlegging av fremtidens sykehusbygg**

Omfanget av de planlagte sykehusbyggene i Oslo er stort. For å avhjelpe og skaffe oversikt har HMS årsrapport fra 2019 og 2020 konkludert med at det er nødvendig med en dedikert ressurs for å sikre og koordinere HMS i Nye OUS. Denne ressursen, en dedikert HMS rådgiver, er ansatt i Arbeidsmiljøavdelingen, seksjon for helse, miljø og sikkerhet, fra 01.03.2022.

I prosedyre for samhandling mellom OUS HF og HSØ-PO er HMS nevnt som eget samordnings-område. «Det skal etableres en egen arbeidsgruppe på tvers av prosjektene som skal strukturere arbeidet med, og oppfølging av, arbeidsmiljøfaktorer for de nye sykehusene. Arbeidet skal standardiseres ved at det tas utgangspunkt i Arbeidstilsynets sjekkliste for krav til fysisk arbeidsmiljø og videreutvikles i arbeidet med de nye sykehusene». Arbeidsgruppen har deltagere fra HSØ-PO, Nye OUS og OUS. Gruppen er partssammensatt og ledes i samarbeid av prosjektleder fra HSØ-PO og HMS leder i OUS.

Arbeidsgruppens første hovedoppgave er å utforme samtykkesøknad til Arbeidstilsynet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Sjekklisten for denne søknaden er omfattende. Arbeidet består blant annet av

løpende dialog med Arbeidstilsynet om oppstyking og gjennomgang av prosjektene ut fra hensiktsmessig omfang, dialog med OUS og spesielt sentralt AMU, om presentasjon av søknadens ulike deler, og prinsippdiskusjoner om løsninger der dette er påkrevd.

Foruten å ha ansvar for samtykkesøknaden til Arbeidstilsynet skal arbeidsgruppen løfte HMS relaterte spørsmål fra medvirkningsgruppene eller andre deler av sykehuset.

## 2.23 Inkluderende arbeidsliv

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

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

Hovedmålene i denne avtalen er:

- Sykefraværet skal reduseres med 10 prosent sammenlignet med årsgjennomsnittet for 2018
- Frafallet skal reduseres.

For å bedre nasjonal måloppnåelse skal innsatsen målrettes mot bransjer og sektorer som har potensial for redusert sykefravær. Sykehus er en av syv bransjer som er valgt ut som innsatsområde for perioden 2019 til og med 2022.

### Status i OUS

Sykefravær er en av flere indikatorer som er benyttet til å risikovurdere status for IA området. Samtidig er det å få en reduksjon i fraværet et av to hovedmål for IA arbeidet. I sykehusets systemer er det en del etterregistrering av fravær slik at rapporteringen sentralt på sykefraværstallene normalt ligger 2 - 3 måneder etter i tid. Tallene for sykefravær var ikke tilgjengelig da arbeidsgruppene jobbet med HMS – årsrapporten høsten 2021. Per dags dato er tallene frem til og med November 2021 tilgjengelige.

Øvrige indikatorer som er brukt er endring i fravær sammenliknet med fjoråret, spørsmål fra medarbeiderundersøkelsen om oppfølging av fravær fra nærmeste leder, spørsmål fra HMS runden om kjennskap til sykefravær rutiner og bruk av ordningen Gravid og trygg i jobb.

### Klinikkenes risikovurderinger 2021

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HJK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Inkluderende arbeidsliv	2021	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
	2020	Green	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow
	2019	Green	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow
	2018	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow

Som det fremgår er risikovurderingene endret i fra grønt til gult i 8 klinikker. Ingen klinikker vurderer området som mer positivt. Pandemien nevnes av flere som en årsak til fravær – særlig der det er høy slitasje på personalet. Andre momenter som kommer frem er manglende innsats på IA området, og manglende kjennskap til ordningen med bedriftsjordmødre.

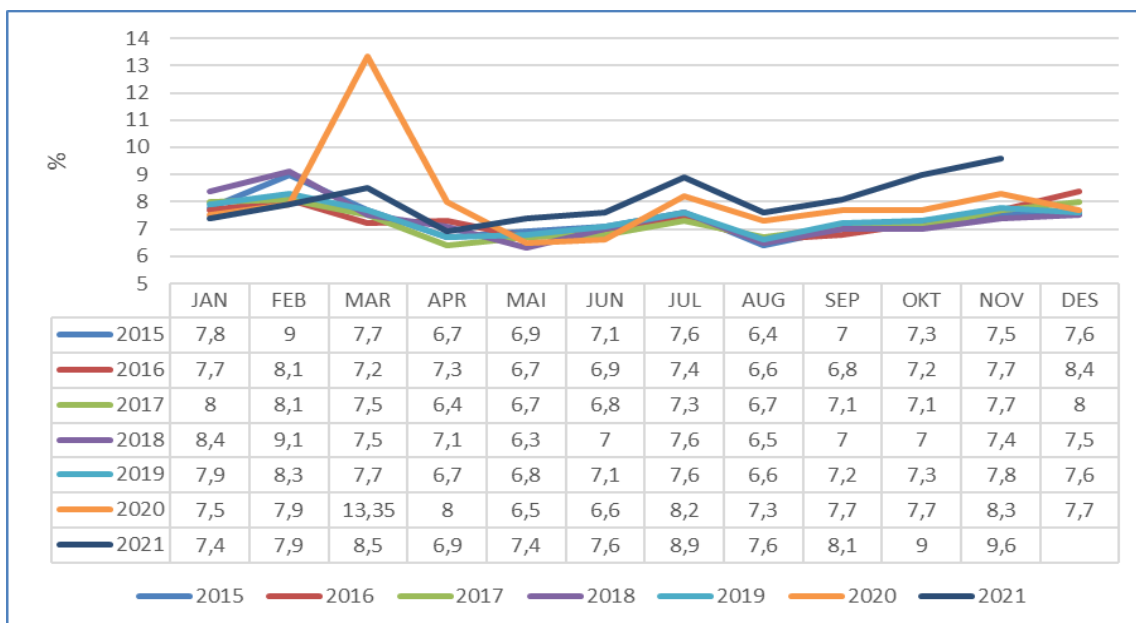
Det har vært økt etterregistrering av fravær i forbindelse med pandemien, og hvordan karantener er blitt registrert kan ha hatt innvirkning på fordeling av koronarelatert fravær i klinikkene.

Tabell 1.

Begrepet «koronarelatert fravær» brukes om fravær som direkte skyldes Korona og gjelder bruk av karantene. I 2021 ser vi at fraværet er marginalt lavere enn i 2020. Samtidig er andelen koronarelatert fravær sunket.

Sykefravær OUS	Hittil pr november			Herav koronarelatert		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
<b>Alle ansvarssteder</b>	<b>7,34</b>	<b>8,11</b>	<b>8,05</b>	<b>0,00</b>	<b>0,97</b>	<b>0,39</b>
(AKU) AKU AKUTTKLINIKKEN	7,78	8,56	9,15	0,00	0,76	0,26
(BAR) BAR BARNE- OG UNGDOMSKLINIKKEN	7,35	8,66	9,05	0,00	1,15	0,25
(DST) DST DIREKTØRENS STAB	2,29	3,55	4,38	0,00	0,41	0,00
(HHA) HHA KLINIKK FOR HODE, HALS OG REKONSTRUKTIV KIRURGI	8,96	10,16	9,68	0,00	1,40	0,29
(HLK) HLK HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	7,40	7,49	7,42	0,00	0,95	0,49
(KIT) KIT KLINIKK FOR KIRURGI, INFLAMMASJONSMEDISIN OG TRANSPLANTA	7,00	7,50	7,86	0,00	1,04	0,58
(KLM) KLM KLINIKK FOR LABORATORIEMEDISIN	6,89	7,34	7,13	0,00	0,80	0,34
(KRE) KRE KREFTKLINIKKEN	6,47	7,01	7,26	0,00	0,93	0,39
(KRG) KRG KREFTREGISTERET	3,70	2,60	3,22	0,00	0,00	0,00
(KRN) KRN KLINIKK FOR RADIOLOGI OG NUKLEÆRMEDISIN	6,68	8,46	7,68	0,00	1,45	0,53
(KVI) KVI KVINNEKLINIKKEN	7,21	7,21	8,37	0,00	0,69	0,37
(MED) MED MEDISINSK KLINIKK	7,03	8,18	7,58	0,00	1,30	0,44
(NVR) NVR NEVROKLINIKKEN	6,93	7,96	7,49	0,00	1,24	0,34
(OPK) OPK ORTOPEDISK KLINIKK	6,20	7,96	8,28	0,00	1,05	0,45
(OSS) OSS OSLO SYKEHUSSERVICE	8,40	9,10	8,61	0,00	0,84	0,40
(PHA) PHA KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	8,08	8,39	8,29	0,00	0,90	0,40
(PRE) PRE PREHOSPITAL KLINIKK	8,15	9,94	9,51	0,00	1,11	0,65
(TIK) TIK TEKNOLOGI- OG INNOVASJONSKLINIKKEN	5,67	4,90	4,58	0,00	0,47	0,09

Høyest akkumulert fravær finner vi i HHA (9,68%) PRE (9,51%) og dette kan godt skyldes pandemien. PRE har fremdeles høyest andel koronarelatert fravær/karantenebruk. Det er generelt mye nærkontakter og kontakt med smitte i PRE. HHA og PRE hadde også høyest fravær i 2020. Generelt varierer fraværet opp eller ned om lag en halv prosent for flere av klinikkene. Det største utslaget finner vi hos KVI som har en økning i fraværet på over et prosentpoeng. I KRN har fraværet gått tilbake nærmere en prosent. Andelen koronarelatert fravær synker for alle klinikker.



Figur 30: Variasjoner i totalt sykefravær i OUS knyttet til sesong 2015 – nov 2021

Av figur 1 ser vi tydelig hvordan koronapandemien har påvirket fraværet fra 2020. Før 2020 ser vi en betydelig samvariasjon knyttet til sesong. I 2020 økte fraværet på vårparten – særlig mars/april. I 2021

ser vi at det gamle fraværsmønsteret er tilbake men med en betydelig stigning frem mot slutten av året. Dette samsvarer med økt smitte i forbindelse med pandemien.

## Generelt

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. Eksempler på tilrettelegging kan være midlertidig fritak fra enkelte arbeidsoppgaver, andre typer arbeidsoppgaver eller midlertidige endringer i arbeidstid. Tilrettelegging skal alltid være tidsavgrenset og målet er å få til en gradvis tilbakeføring til mest mulig normal arbeidssituasjon, ofte ved bruk av gradert sykmelding.

Arbeidsmiljøavdelingen bistår blant annet med samhandling, generell rådgiving, råd om den fysiske tilpasningen av arbeidsplassen og psykososial rådgivning for ansatte og/eller ledere i krevende sykefraværs- og tilretteleggings saker.

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.

## IA utvalget

OUS har et IA utvalg som jobber strategisk med overordnede føringer og policy for sykehuset når det kommer til inkludering og ivaretagelse av ansatte med redusert arbeidsevne, samt forebyggende arbeid for å forhindre frafall fra arbeidslivet.

IA-utvalget er et underutvalg av sentralt AMU og har en rådgivende funksjon til AMU. Utvalget skal en gang i året rapportere om dets arbeid til AMU. IA-utvalget er partssammensatt og består av representanter fra arbeidsgiversiden, arbeidstakersiden, bedriftshelsetjenesten og NAV.

IA-utvalget ved Oslo Universitetssykehus HF har følgende mandat:

*Arbeidet med IA i OUS skal bidra til videreutvikling av et helsefremmende og inkluderende arbeidsmiljø kjennetegnet av høyt jobbgasjement og lavt sykefravær. Det sentrale IA-utvalget skal bidra inn i dette arbeidet. Utvalget skal bistå i å tilse at arbeidsgiver oppfyller sin tilretteleggingsplikt etter Arbeidsmiljøloven, og oppfyller de intensjoner som er definert i IA-avtalen.*

Eksempler på IA-utvalgets arbeidsoppgaver:

- Jobbe med overordnede strategier for å forebygge og redusere sykefraværet
- Utvikle og følge opp overordnede planer for IA-arbeidet
- Sørge for oppdatering av aktuelle prosedyrer og rutiner
- Bidra til kompetanseheving og informasjonsarbeid innen IA-området
- Følge opp og evaluere satsninger og prosjekter
- Bidra til at klinikkene kan jobbe best mulig med IA og sikre lik praksis

## Møter i IA utvalget



Det er i 2021 avholdt 6 møter i IA -utvalget.

#### **Særskilte saker som har vært i IA-utvalgsmøtene i 2021:**

- Mandatet for IA-utvalget er oppdatert.
- «Der skoen trykker» er en arbeidsmiljøprosess som har vært kjørt i flere klinikker gjennom året og det er fortløpende orientert om disse prosessene i IA-utvalget.
- Det er nedsatt en gruppe som har begynt å jobbe med oppdatering av IA-utvalgets intranettside.
- Det er nedsatt en gruppe for å jobbe med en metode for oppfølging av gjentakende sykefravær, med eksempel fra Ahus. Utvalget har kommet til at OUS bør følge en trinnvis modell i dette arbeidet og denne skal utarbeides videre.
- En arbeidsgruppe har sett på indikatorene under temaet IA for HMS årsrapport i sykehuset. Indikatorene ble stående som før for HMS årsrapporten 2021, men gruppen skal vurdere en revisjon av indikatorene før HMS årsrapport 2022.
- HR lederne fra KRE og KRN har presentert klinikkens IA-arbeid for IA-utvalget.

#### **Satsing og tiltak for forbedring fremover**

Flere klinikker enn tidligere har IA-arbeid som satsingsområde. Dette gjelder AKU, HHA, OPK, og OSS. Av tiltak som nevnes er nærmere oppfølging fra HR av enkeltenheter, prosjekter med NAV arbeidslivssenter og kursvirksomhet for ledere, tillitsvalgte og vernetjenesten. Bransjeprogrammet «der skoen trykker» brukes også i enkelte klinikker. Dette er en metode for å jobbe med arbeidsmiljø som er utviklet av partene i arbeidslivet som et ledd i satsingen på IA arbeid i sykehus. Mange klinikker nevner også «Gravid og trygg i jobb» som en viktig del av deres IA-arbeid, eller at man ønsker å gjøre ordningen mer kjent i klinikken.

#### **Anbefalte tiltak på IA-området for OUS i 2022**

På bakgrunn av dette og i samråd med IA-utvalget anbefales følgende tiltak til videre arbeid i 2022:

1. Videreutvikling og implementering av trinn 1 i OUS sitt arbeid med oppfølging av gjentakende sykefravær.
2. Revisjon av indikatorene for IA-området i OUS sin HMS-årsrapport.
3. Oppdatering av IA-utvalgets intranettside.
4. En gjennomgang av hvordan OUS kan ha et enda mer strukturert samarbeid med NAV:
  - a. Det bør gjøres en gjennomgang av tilskuddsordninger til NAV og hvordan ledere kan få oversikt over og hjelp til å navigere i- og bruke disse ordningene. Eks. et seminar for ledere i regi av HR og NAV.
  - b. Strukturere kontakt og samarbeid med OUS sin kontaktperson i NAV sin ordning «Vi inkluderer».
  - c. Gjennomgang og evaluering av prosessen «Der skoen trykker» - med planer for hvordan denne bør brukes videre i OUS.
5. Fortsette arbeidet med implementering av Helsefremmende turnus sjekkliste og klargjøring av hvem gjør hva i dette arbeidet

## 2.24 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 enhver 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 2019 i OUS skyldtes svangerskapsrelaterte plager. Arbeidsmiljøavdelingen tilbyr tjenesten «Gravid og trygg i jobb» med bedriftsjordmødre i til sammen 1,5 stilling, som kontinuerlig jobber med rådgivning og oppfølging av gravide. 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 har hatt betydelig positiv påvirkning på gravides sykefravær i OUS.

Tjenesten «Gravid og trygg i jobb» omfatter i hovedsak:

1. Treparsamtaler: Jordmor har samtaler med den gravide og hennes leder tre ganger i løpet av graviditeten, hvor det utarbeides en individuell oppfølgingsplan. Tema for samtalene er den gravides helse, behov og muligheter 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.

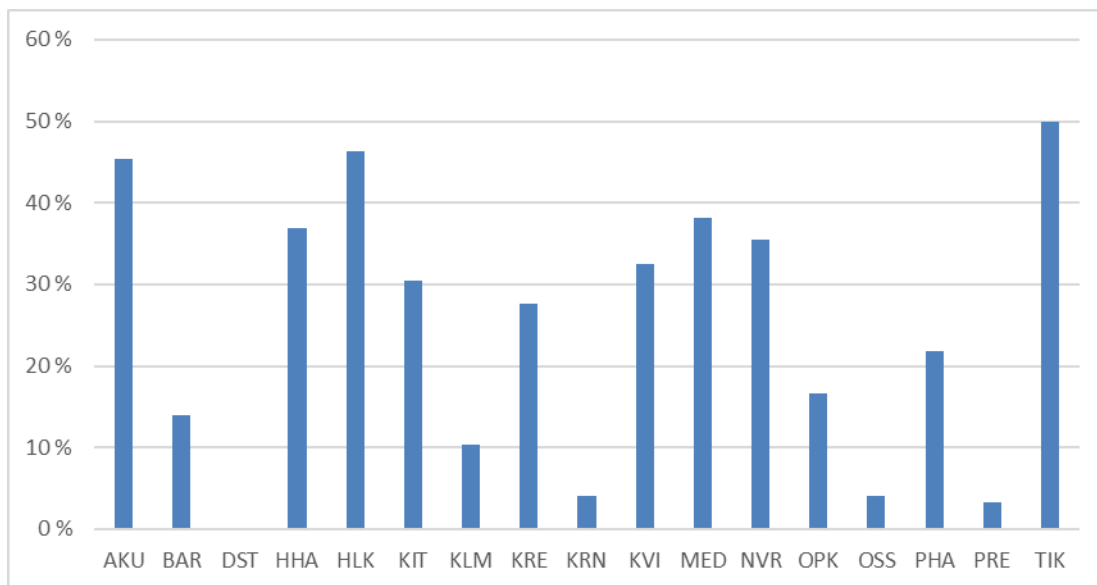
### Status i OUS

I løpet av snart seks år i drift har over 1100 gravide benyttet seg av bedriftsjordmortjenesten gjennom svangerskapet. Som et resultat av korona-pandemien hadde bedriftsjordmor noen færre oppfølgingsamtaler i 2021 sammenlignet med foregående år. Antall førstegangssamtaler var imidlertid det høyeste siden oppstarten av tjenesten.

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.

Gjennomsnittlig avholdes det 12 temalunsjer i året, med 4 forskjellige tema for gravide i OUS. Oppslutningen rundt disse har vært god, og tilbudet blir verdsatt og etterspurt av de gravide selv. Pga Corona-restriksjoner har det også i 2021 blitt avholdt digital temalunsj for gravide. Periodevis har også tilretteleggingsamtalene blitt avholdt digitalt.

Noen klinikker bruker bedriftsjordmor i stor grad, andre i liten grad. Tilbudet begynner å bli godt innarbeidet i flere klinikker, men noen klinikker bruker fortsatt tilbudet relativt lite. 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. Bedriftsjordmødrene har blitt invitert til ledermøter, verneombudsmøter og personalmøter for å presentere programmet. Flere klinikker melder om at de i 2022 vil gjøre tiltak for å gjøre «Gravid og trygg i jobb» bedre kjent for sine ansatte.



**Figur 31: Bruk av tjenesten «Gravid og trygg i jobb» per klinikk**

Tallene i figuren er regnet ut i fra hvor mange kvinner per klinikk som har gått ut i svangerskapspermisjon i perioden 1. oktober 2020 til 30. september 2021 sett opp mot hvor mange førstegangssamtaler BHT-jordmødrene har hatt i samme periode. Da det er veldig varierende når i graviditeten de ansatte kontakter BHT-jordmødrene og har førstegangssamtalen med dem, er det altså ikke nødvendigvis de samme kvinnene som har gått ut i svangerskapspermisjon som BHT-jordmødrene har snakket med i perioden. Noen gravide er 100% sykemeldt i store deler av svangerskapet og vil derfor ikke ha muligheten til å benytte seg av tjenesten "Gravid og trygg i jobb". Tallene gir likevel et grunnlag for å se hvor mye de ansatte i en klinikk benytter seg av tjenesten.

### 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 oppfordre den gravide til å ha kontakt med bedriftsjordmor for oppfølging. Den forebyggende effekten har ofte stor betydning for graden av sykefravær. Bedriftsjordmortjenesten har etter relativt kort tid blitt et etterspurt tilbud, med stor pågang i perioder. Mange tar kontakt litt sent i svangerskapet. Det er av stor betydning for et godt resultat at kontakt med bedriftsjordmor etableres tidlig, også for å oppnå kontinuitet i oppfølgingen.

Gravid og trygg i jobb har fått godt fotfeste i OUS, og det meldes tilbake om mange nyttige samtaler og enkle tilretteleggingstiltak. Tall på sykefraværstatistikk tyder på at tjenesten har gitt positive endringer i sykefraværet hos de gravide. Utrekninger i 2018 viste at antall fraværsdager kan være redusert med 2760 dager pr. år, noe som gir en estimert besparelse på 8,2 MNOK/år.

I 2020 startet tjenesten å innhente evalueringer fra de gravide og deres ledere om deres erfaringer med tjenesten. Dette arbeidet pågår fortløpende, og resultatet fra disse evalueringene er gjennomgående positive.

Noen klinikker har invitert bedriftsjordmor til VO- og ledermøter for å gjøre ordningen bedre kjent. Dette kan med fordel alle klinikker gjøre. Større enheter med mange kvinnelige ansatte i fertil alder anbefales også å gjøre det samme.

## 2.25 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- / kontrolltiltak spesielt. Når slike tiltak nedfelles i en skriftlig avtale, brukes betegnelsen Akan-avtale.

Hensikten med Akan er å forebygge og følge opp misbruk av alkohol, spill, 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

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Rus- og avhengighetsproblematikk	2021	Grønn	Grønn	Grønn	Gul	Grønn	Gul	Grønn	Oransje	Gul	Rød	Gul	Oransje	Gul	Gul	Grønn	Oransje
	2020	Grønn	Grønn	Rød	Gul	Grønn	Gul	Grønn	Gul	Gul	Gul	Gul	Gul	Gul	Grønn	Grønn	Grønn
	2019	Gul	Grønn	Grønn	Grønn	Oransje	Gul	Grønn	Oransje	Gul	Gul	Grønn	Gul	Oransje	Grønn	Grønn	Grønn
	2018	Gul	Grønn	Grønn	Oransje	Gul	Gul	Gul	Gul	Rød	Grønn	Grønn	Oransje	Gul	Grønn	Grønn	Gul

6 klinikker har endret risikovurdering sammenlignet med 2020: 1 i positiv retning og 5 i negativ retning.

Det er til enhver tid et tilbud til klinikkene om informasjonsmøter/tilrettelagt undervisning ved Akan-hovedkontakt og Arbeidsmiljøavdelingen. Det har i 2021 blitt avholdt 27 møter/undervisninger. Dette er nesten like mange som i 2019, da det ble avholdt 33 slike møter. Og en betydelig økning fra 2020, da det bare ble avholdt 12 møter, pga. korona-situasjonen det året.

Blant de klinikker som har holdt et høyt nivå på Akan-arbeidet også i 2021 kan særlig AKU fremheves.

#### Største utfordringer som klinikkene trekker fram i sine egenvurderinger:

- Ingen eller få saker.
- For få informasjonsmøter avholdt.
- Dårlig kapasitet pga. pandemien.

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

- Oppfordre avdelingene til å ta opp tematikken på personalmøter. Undersøke muligheten for digitale informasjonsmøter om nødvendig.
- Invitere Akan-hovedkontakt til personalmøter eller ha det som tema
- Fokus og tema på ledersamlinger. Dialog med verneombud og tillitsvalgte er viktig. Den enkelte avdeling/seksjon kan invitere Akan til undervisning.

## **Akan-utvalget**

Akan-utvalget er et underutvalg av sentralt AMU. Akan-utvalget har i 2021 hatt til sammen 9 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 2021 var som i tidligere år 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 tema i sykehusets lederprogram for nye ledere. I 2021 ble det pga. pandemien kun undervist 2 ganger (digitalt)

Akan-hovedkontakt og bedriftslege/bedriftssykepleier har forelest ved HMS grunnkurset 2 ganger i løpet av våren 2021. Fra høsten 2021 er Akan en del av HMS grunnopplæringens tema IA og helsefremmende arbeidsmiljø.

## **Antall Akan-avtaler**

Ved årsskiftet 2021/22 var det 18 avtaler. Tilsvarende tall for 2020/21 var 19. Det er tilkommet 6 nye avtaler i løpet av 2021. 7 avtaler er gjennomført vellykket.

## **Intranett-oppgradering**

Akan-utvalgets hjemmeside på OUS' intranett er ytterligere forbedret også i 2021.

## **Deltagelse på eksterne seminarer**

Medlemmer av Akan-utvalget har deltatt på Alor (arbeidsliv og rusnettverk) nettverkssamling i løpet av 2021. Et medlem av utvalget har deltatt på Akan-dagene i november 2021.

## 2.26 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 og er 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

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Ytre miljø	2021	Orange	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Orange	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn
	2020	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Orange	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Orange	Orange	Grønn	Grønn	Grønn
	2019	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Orange	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Orange	Grønn	Grønn	Grønn
	2018	Orange	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Orange	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn

Klinikkens vurdering av egen status innen ytre miljø baserer seg på resultater fra HMS-runden og ForBedringsundersøkelsen og er stort sett uendret fra 2020 til 2021. To klinikker har vurdert ytre miljø som en av de 5 største arbeidsmiljøutfordringene, en økning fra foregående år. Antall klinikker som skårer seg grønne er økt og antall som skårer seg gult er uendret. Største utfordringer som klinikkene trekker frem i sine egenvurderinger:

- Kildesortering.
- Registrere/oppdatere kjemikalier i stoffkartoteket (EcoOnline).
- Strømsparing

### 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. 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.

I henhold til krav i ISO standarden ble det gjennomført miljørevisjon (resertifisering) med ekstern revisor (KIWA). Tilbakemeldingen fra revisor er at Ledelsessystemet for ytre miljø fremstår som vedlikeholdt og i tråd med standardens krav. Det ble funnet et avvik, tre merknader og fire forbedringspunkt. Det arbeides videre med å følge opp funnene fra revisjonen fram til oppfølgingsrevisjon i 2022.

En del ansatte ønsker at det legges bedre til rette for kildesortering ved OUS og dette vil være et fokus også i 2022. De fleste postkjøkken på Ullevål har kommet i gang med kildesortering av matavfall. Det er planlagt å få på plass kildesortering av matavfall ved alle postkjøkken i løpet av 2022 og samtidig øke kildesorteringen av glass og metall på sykehuset. OUS har som målsetting å øke mengde avfall sendt til materialgjenvinning med 50 % innen 2025.

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

- Kildesortere mer.
- Oppdatere stoffkartoteket (EcoOnline)
- Spare strøm

## Del 3: Klinikkenes HMS-årsrapporter

Dette kapitlet omhandler klinikkenes individuelle HMS-arbeid.

Produksjonen av klinikkenes del for 2021 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) De godkjente rapportene er klinikkenes HMS-årsrapporter for 2021. Klinikkenes rapporter ble også brukt som underlag i utarbeidelsen av del 1 og 2.



## Oversikt over klinikkens egenvurdering av status på HMS for 2021

Hver klinikk har gjort en vurdering av status på deres klinikk innenfor 20 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».

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
HMS-verktøy	2021	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Yellow	Yellow	Yellow
	2020	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Yellow	Yellow	Orange
	2019	Green	Yellow	Green	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Organisatoriske forhold	2021	Yellow	Yellow	Grey	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange
	2020	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Orange
	2019	Yellow	Yellow	Grey	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Orange
Stress, medvirkning og støtte	2021	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Orange
	2020	Yellow	Orange	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
	2019	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt	2021	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
	2020	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
	2019	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Mobbing og trakassering	2021	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow
	2020	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange
	2019	Green	Green	Grey	Yellow	Orange	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow
Konflikter og håndtering av konflikter	2021	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange
	2020	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange
	2019	Yellow	Orange	Green	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange
Plassforhold	2021	Orange	Orange	Green	Orange	Orange	Red	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Red	Yellow	Red	Orange
	2020	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Red	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Red	Yellow	Orange	Red
	2019	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Red	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Red	Green	Orange	Red
Luftkvalitet	2021	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange
	2020	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange
	2019	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange
Støy	2021	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Green	Yellow	Yellow
	2020	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Green	Yellow	Yellow
	2019	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Green	Yellow	Orange

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Lysforhold	2021	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green
	2020	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green
	2019	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green
Ergonomi og fysisk helse	2021	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange
	2020	Yellow	Yellow	Green	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Yellow	Orange	Yellow	Green	Orange
	2019	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Orange	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Yellow	Orange	Yellow	Green	Orange
	2018	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Yellow
Kjemisk arbeidsmiljø	2021	Orange	Orange	Grey	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Green	Grey	Yellow
	2020	Yellow	Orange	Grey	Green	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Yellow	Green	Orange
	2019	Yellow	Orange	Grey	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Yellow	Green	Orange
Smittevern	2021	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow
	2020	Green	Yellow	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Yellow
	2019	Green	Yellow	Grey	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow
Strålevern	2021	Green	Green	Grey	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Grey	Green
	2020	Green	Green	Grey	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Grey	Green
	2019	Green	Green	Grey	Grey	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green
Brannvern	2021	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow
	2020	Green	Yellow	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Red	Green	Green	Orange	Orange
	2019	Green	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)	2021	Green	Green	Grey	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Orange	Yellow	Green	Green	Green	Green
	2020	Green	Green	Grey	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Green
	2019	Green	Green	Grey	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Green
Vold og trusler	2021	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Orange
	2020	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Orange
	2019	Yellow	Yellow	Green	Orange	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Orange
Inkluderende arbeidsliv	2021	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
	2020	Green	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Yellow
	2019	Green	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Yellow
Rus- og avhengighetsproblematikk	2021	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Orange	Yellow	Red	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Green	Orange
	2020	Green	Green	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green
	2019	Yellow	Green	Green	Green	Orange	Yellow	Green	Orange	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Orange	Green	Green	Green
Ytre miljø	2021	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow
	2020	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Green	Yellow
	2019	Yellow	Green	Green	Yellow	Orange	Orange	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Green	Yellow

### 3.1 Akuttklinikken (AKU)

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Det er en systemsvakhet i Achilles at signering av leder og VO er hva som avgjør om besvarelse teller eller ikke for gjennomført HMS-runde/tilbakemeldingsmøte ForBedring, oppgitt skår blir derfor feil. I AKU har 100 fullført, dog noen etter fristen men disse hadde avtale om dette.	Systemet må forbedres. Minne ledere på mulighet for gjennomføring av HMS-runde/tilbakemeldingsmøte straks dette ligger ute.
Organisatoriske forhold		AKU har nedgang i skår for bruk av Tavlemøter og Det grønne korset - dette skal etableres på alle seksjoner som har pasientrettet arbeid. Involvering - de ansatte kan ha ulik tolkning av dette begrepet, det er derfor usikkert hva skåret fra ForBedringsundersøkelsen egentlig betyr. Årets skår er forøvrig uforandret fra i fjor. Evaluering - skal det være noe vits i å sette opp tiltak må disse evalueres underveis for å se etter effekt.	Påse at alle ledere bruker tavlemøter og det grønne korset ved daglig risikostyring. Dette skal inn som et eget punkt i klinikkens handlingsplan. I tillegg skal relevante kurs i regi av Forbedringsnettverket gjennomføres (kurspakker). Evaluering - påse at det settes av tiltrekkelig med tid til evaluering av endringstiltak.
Stress, medvirkning og støtte		AKU har gjennomgående høyere skår sammenlignet med i fjor på alle indikatorene trass i at 2021 har vært et spesielt år. I dette yrket må man kunne takle uforutsigbarhet. Ift arbeidsmengde styrer ikke AKU inntak av antall pasienter. Mennersker takler stress ulikt og det er viktig å tilby et støtteapparat som står parat i motgang og medgang. Godt arbeidsmiljø kan fungere som buffer for en stressende hverdag. Både	Informere om hverdagen i AKU på nyansattdag i klinikken. Ha som tema på fagdager hvordan takle uforutsigbarhet og stress.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
		TV og VO er med i alle prosesser på alle nivå i klinikken.	
<b>Arbeidsmiljø preget av åpenhet, respekt og tillit</b>		Høyere skår på alle indikatorer sammenlignet med i fjor bortsett fra punkt 7 Respektfullt arbeidsmiljø - vi har kjennskap til at noen seksjoner har utfordringer i sitt arbeidsmiljø.	Arbeidsmiljø følges opp lokalt gjennom arbeidet med ForBedring på hver seksjon og enkeltsaker som vi vet om fra avviksmeldinger.
<b>Mobbing og trakassering</b>		Økning i skår for begge indikatorer fra i fjor til i år, snittet endres derfor fra gult til grønt.	Seksjoner med lavt skår på spørsmål om mobbing og/eller trakassering i ForBedring får oppfølging.
<b>Konflikter og håndtering av konflikter</b>		Oppgang i skår for begge indikatorer, dette er vi fornøyd med. Det jobbes kontinuerlig med konflikthåndtering og respektfullt arbeidsmiljø rundt om i klinikken men pga pandemi har dette arbeidet blitt noe ampultert.	Konflikthåndtering og forebyggende tiltak følges opp både i lokale handlingsplaner og på personalmøter.
<b>Plassforhold</b>		Situasjonen er uforandret.	0

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Luftkvalitet		RAD er under ombygging. Det jobbes med bedre luftkvalitet på to robotstuer på RAD. Hovedviften har blitt skiftet ut på SOP og i bygg 5 pågår også utskifting. Rehabilitering på operasjonsstuer på Aker er planlagt.	Målinger foretas av ARB på forespørsel. Tiltak på RAD vil gjennomføres i 2022.
Støy		Situasjonen er uforandret.	Arbeide kontinuerlig med generell bevisstgjøring av ansatte på hva som lager lyd/støy. Om mulig ta flere pauser fra miljø som er støybelastet. Undersøkelser har avdekket at "skravling" blant personalet også kan være kilde til støy. En ny type ørepropper er bestilt for utprøving på aktuelle seksjoner.
Lysforhold		Generelt gode lysforhold i klinikken.	0
Ergonomi og fysisk helse		Opplæring har vært begrenset pga pandemi. Vi er usikre på hva de ansatte legger i å fremme fysisk aktivitet på seksjonen/verneområdet. Arbeidsdagen til mange i klinikken er preget av tung fysisk belastning.	Avklare med VO hvordan tolke det å fremme fysisk aktivitet på seksjonen før vernerunden gjennomføres. Minne de ansatte på at OUS bedriftsidrettslag tilbyr treningsrom/gruppetrening på alle lokalisasjoner, samt rabatterert medlemskap på helsestudio.
Kjemisk arbeidsmiljø		Klinikken har i år nedgang i skår på samtlige indikasjoner. Derfor endres farge fra gul til orange.	Gjevnlig kontroll av Elektronisk stoffkartotek (EcoOnline) for klinikken. Dette arbeidet har blitt nedprioritert pga pandemi.
Smittevern		AKU har hatt spesielt høyt fokus på smittevernsrutiner i hele 2021 pga pandemi.	Oppfordre ansatte til å ta e-læringskurset Basale smittevernsrutiner. Generelt ha fokus på smittevernsrutiner.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Strålevern		Det har ikke vært behov for å bruke dosimeter.	Oppfordre ansatte til å ta e-læringskurs om strålevern.
Brannvern			Følge opp at alle ansatte tar obligatorisk e-læringskurs i brannvern, samt at det arrangeres øvelser lokalt.
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 og klinikkens koordineringsbehov for MTU.	Sikre at MTU-ansvarlige kontinuerlig oppdaterer seg på nye rutiner.
Vold og trusler		Enkelte seksjoner i AKU er mer utsatt. Dette følges opp lokalt.	Ta i bruk ny risikovurderingsmodul i Achilles.
Inkluderende arbeidsliv (IA)		Diverse prosjekter har ikke fått oppstart som planlagt pga pandemi. Ellers jobber AKU kontinuerlig med å redusere sykefraværet. Vi ser at Avdeling PO/Intensiv har hatt betydelig økning i sykefraværet det siste året, dette følges opp lokalt. Klinikken har godt skår for oppfølging av gravide.	Følge opp lokale tiltak. Samarbeid med NAV Arbeidslivssenter.
Rus- og avhengighetsproblematikk		Mange oppfølgingssaker ble startet flere år tilbake som fortsatt er under oppfølging.	Fortsette å ha temaet rus- og avhengighetsproblematikk oppe i klinikkens ledermøter og i personalmøtene.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Ytre miljø		Usikkert hva det er svart på når det gjelder avfallssortering. De ansatte har lite eller ingen mulighet til å påvirke strømsparing mm. Vi gjør alle det vi kan.	Avtale med VO ute på seksjonene hvordan spørsmålene skal tolkes på forhånd.

### Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Sykefravær	Pandemien har delvis skyld i det høye sykefraværet og i enkelte seksjoner er dette alarmerende høyt, spesielt på PO/Intensivavdelingen. Høyt fravær har konsekvens for de som er igjen på arbeidsplassen og man fryker for deres helse og motivasjon.
2	Vold og trussel	Pasienter kan være ruset og/eller er psykiatiske pasienter i akutt fase.
3	Ergonomi	Lokaler har generelt liten plass som skal romme mange maskiner, dette gjør mulighet for bevegelse utfordrende. Mange pasienter er sengeliggende som betyr tungt fysisk arbeid.
4	Støy	Mye MTU lager mye støy.

5	Organisatorisk arbeidsmiljø	Vi har fortsatt en jobb igjen med å få alle plasser til å ta i bruk tavlemøter og det grønne korset.
---	-----------------------------	--

### Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Sykefravær	Viderefører tiltak fra i fjor med å følge opp enkelte seksjoner på om deres fravær skyldes belastning, miljø eller annet. På grunn av covid-19 har samarbeidsprosjekt med NAV Arbeidslivssenter for N3 og N4 blitt avbrutt. AKU ser på muligheten for å ta opp igjen der vi slapp. I mellomtiden har NAV kommet med nye verktøy som vi ønsker å undersøke og evt. ta i bruk. AKU vil se nærmere på den oppfølgingen våre gravide på jobb får og vil derfor ta kontakt med Bedriftsjordmødrene i ARB for veiledning og videre samarbeid.
2	Organisatorisk arbeidsmiljø	Gjennomføre status for tavlemøter og det grønne korset på alle seksjoner. Holde kurs der det er behov og følge opp at verktøyene benyttes.
3	Vold og trussel	Informere ledere og ansatte om hva de skal gjøre når situasjoner oppstår. Fokus på Akuttmottak og Nevrointensiv postop i første omgang. Ta i bruk risikovurderingsmodulen i Achilles og sørge for at alle bruker denne.
4	Støy	Viderefører tiltak fra i fjor med å bevisstgjøre de ansatte på hva som lager lyd/støy gjennom undervisning. Ta opp temaet på personalmøter.



5	Ergonomi	Følge opp first assistants på Operasjon Aker og RAD som sliter med spesielt ugunstige arbeidsstillinger og liten plass. Gjennomføre en kartlegging i klinikken på hvor bevegelighet er spesielt utfordrende pga maskiner. Påse at vi har tilstrekkelig med forflytningsveiledere og helsemotivatorer og kurse disse. Påse at vi benytter verktøy vi allerede har.
---	----------	---

## 3.2 Barne- og ungdomsklinikken (BAR)

### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Vært en stor bedring fra 2020, tilbakemeldingsmøter etter Forbedring og HMS-runde.	Fortsatt noen få seksjoner som har et forbedringspotensiale.
Organisatoriske forhold		Oppsummeres til gult, men Det Grønne Korset må det jobbes videre med. DGKhar blitt noe påvirket at C-19-regime.	
Stress, medvirkning og støtte		Arbeidsforhold, stress og medvirkning har fortsatt tydelig forbedringspotensiale, men når det gjelder teamarbeidsklima og støtte fra kollegaer er scoren god.	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Arbeidsmiljø preget av åpenhet, respekt og tillit		Overveiende godt i klinikken, men enkelte steder har fortsatt utfordringer som det må jobbes videre med. Indikator for respektfullt arbeidsmiljø er falt med ti enheter.	
Mobbing og trakassering		Noen ansattegrupper gir uttrykk for at de kjenner til at noen opplever mobbing og trakassering.	
Konflikter og håndtering av konflikter		Dette må det jobbes videre med.	
Plassforhold		Det har blitt en svak forbedring(Bygg 95), forholdene er fortsatt preget av trangboddhet men det med jobbes med utvidelse på blant annet NIN og BKB.	
Luftkvalitet			
Støy			

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Lysforhold	Green		
Ergonomi og fysisk helse	Yellow		
Kjemisk arbeidsmiljø	Yellow		
Smittevern	Green		
Strålevern	Green		
Brannvern	Green		

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)			
Vold og trusler			
Inkluderende arbeidsliv (IA)		Det oppleves som krevende å vurdere dette punktet i lys av C-19-regimet som har vært i lang tid.	
Rus- og avhengighetsproblematikk		Avdelingene oppfordres til å invitere OUS AKAN-hovedkontakt for undervisning.	
Ytre miljø		Ansatte, pasienter og pårørende reagerer på manglende kildesortering av avfall. Det oppfordres til å finne lokale forbedringer der det lar seg gjøre.	

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Stress	Tidvis manglende kompetanse og ikke tilstrekkelig andel spesialsykepleiere i klinikken. Har ikke kommet langt nok med å etablere helsefremmende arbeidstidsordninger.
2	Medvirkning	Ikke etablert arenaer på alle nivåer som øker ansattes mulighet for medvirkning. Manglende opplevelse av å bli tilstrekkelig involvert.
3	Ergonomi og fysiske forhold	Ikke gode nok mht. hensiktsmessige arbeidsstillinger, opplæring og veiledning i ergonomi som går på arbeidsteknikk og utstyr.
4	Kjemisk arbeidsmiljø	Det gjennomføres i liten grad risikovurdering av kjemikalier og deres bruk.
5	Konflikter og konflikthåndtering	Forstyrrende konflikter i arbeidsmiljøet.

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Stress	Rekruttere og beholde kompetanse. Tiltak vil være nødvendig rekruttering til klinikkens utdanningsstillinger, opprettholde eventuelt videreutvikle klinikkens traineeprogram. Fortsatt fokus på områder som egner seg for oppgavedeling. (Rett kompetanse til rett oppgave). Bedre ressurs- og bemanningsplanlegging og fordeling av arbeidsbelastning. Etablere helsefremmende arbeidstidsordninger.
2	Medvirkning	Etablere arenaer på alle nivåer som øker ansattes mulighet for medvirkning. Sørge for god kommunikasjon og informasjon.
3	Ergonomi og fysiske forhold	Opplæring og veiledning i ergonomi som går på arbeidsteknikk og utstyr samt vurdere bruk av veiledere ute i enhetene. Invitere fysioterapeut fra Arbeidsmiljøavdelingen.
4	Kjemisk arbeidsmiljø	Økt andel av risikovurderinger av kjemikalier og sikre tilstrekkelig tid for kjemikaliekontaktene til dette arbeidet.
5	Konflikter og konflikthåndtering	Sørge for å gi god opplæring til ledere, følge opp ledere og enheter i klinikken som har lave score på konflikter og konflikthåndtering i Forbedring.

### 3.3 Direktørens stab (DST)

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy			Signert samarbeidsplan skal sendes til leder for bedriftshelsetjenesten Melde uønskede hendelser - fast punkt på stabenes avdelingsmøter
Organisatoriske forhold			
Stress, medvirkning og støtte			Bedre samkjøring i DST mellom stabsområdene og Nye OUS Strengere prioritering Ekstraoppgaver knyttet til pandemi minimeres



Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Arbeidsmiljø preget av åpenhet, respekt og tillit			
Mobbing og trakassering			
Konflikter og håndtering av konflikter		Uendret/bedret fra 2020	
Plassforhold			
Luftkvalitet			Vurderer installasjon av ventilasjonsanlegg
Støy		Uendret fra 2020	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Lysforhold	Green		
Ergonomi og fysisk helse	Yellow		<p>Det skal i HMS-runde i DST avdelinger settes fokus på tilrettelagt arbeidsplass for ansatte</p> <p>Felles stabssamling skal ha tema knyttet til ergonomi og fysisk helse</p> <p>Lunsjtrim og deretter felles lunsj</p>
Kjemisk arbeidsmiljø	Grey		
Smittevern	Green		
Strålevern	Grey		
Brannvern	Green		

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)			
Vold og trusler			Risikovurdering vold og trusler v/ arbeidsmiljøavdelingen
Inkluderende arbeidsliv (IA)			
Rus- og avhengighetsproblematikk			
Ytre miljø			Plan for implementering av kildesortering Redusere papirutskrifter med 20% av papir - innkjøp

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Luftkvalitet	Dårlig ventilerte bygg og klage fra ansatte om dårlig luft i kontormiljøene
2	Vold og trusler	Usikker på om dette er et problem. Kartlegging anbefales
3	Systematisk HMS-arbeid	Oppfølging av ForBedring og ferdige utfylte handlingsplaner er ikke registrert i systemet fordi de ikke er signert
4	Ytre miljø	Mangler kildesortering. Stor papirproduksjon
5	Stress, medvirkning og støtte	Økt arbeidsoppgaver særlig knyttet til pandemien og Nye OUS. Ny ledelse med nye ideer.

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Luftkvalitet	Vurderer installasjon av ventilasjonsanlegg
2	Vold og trusler	Risikovurdering vold og trusler v/ arbeidsmiljøavdelingen
3	Systematisk HMS-arbeid	Signert samarbeidsplan skal sendes til leder for bedriftshelsetjenesten Melde uønskede hendelser - fast punkt på stabenes avdelingsmøter
4	Ytre miljø	Plan for implementering av kildesortering Redusere papirutskrifter med 20% av papir -innkjøp
5	Stress, medvirkning og støtte	Bedre samkjøring i DST mellom stabsområdene og Nye OUS Strengere prioritering Ekstraoppgaver knyttet til pandemi minimeres

### 3.4 Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi (HHA)

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Foreslår at fristen i juni opprettholdes for 2022. Dette da mange ikke klarer fristen om høsten pga mange andre hendelser og kort tid fra sommerferieperioden er slutt	Informere ledere at dator for tilbakemelding må settes inn og at de må signere både for HMS og Handlingsplan. Fortsette det gode arbeidet med hjelp til gjennomføring av HMS-runder og Handlingsplaner. Avvik må også lukkes og tiltak med begrunnelse skrives i korrekt felt.
Organisatoriske forhold		Det antas at det er enkelte grupper som ikke har tatt Forbedringstavler og "Det grønne korset" i bruk. Ledere involverer TV og VO for sent i endringsprosesser	En gjennomgang i klinikken med alle teamene om bruk av Forbedringstavler og "Det grønne korset" skal gjennomføres i løpet av 2022. Det tilbys også undervisning ved behov. TV og VO skal være med ved oppstarten av endringsprosesser.
Stress, medvirkning og støtte		Det er viktig å involvere ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten tidlig i endringsprosesser. Scoren for slitasje antas å være noe påvirket av Covid-pandemien, men ikke for alle avdelinger.	Oppfordre alle ledere til å tydeliggjøre oppgavene/rollene til arbeidsgruppene som samhandler. Bruk av korrekt kompetanse for den enkelte arbeidsoppgave

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>Arbeidsmiljø preget av åpenhet, respekt og tillit</b>			Fortsatt fokus/innføring, og kontinuerlig bruk av "Det grønne korset". Lage et trygt og åpent miljø med arenaer og møteplasser for å si ifra om forhold rundt pasientbehandling og arbeidsmiljø. Leder oppfordres til å ha "Åpen dør". Gå fra informasjon til dialog.
<b>Mobbing og trakassering</b>		Kan være at kommentarer og hendelser fra pasienter ikke er tatt med i betraktningen her. Gult til tross for høy score da dette er et viktig tema med stort fokus fra klinikken.	Lage trygge arenaer og møteplasser for at ansatte skal kunne si ifra om forhold som berører arbeidsmiljø og pasienthendelser
<b>Konflikter og håndtering av konflikter</b>		Klinikken har hatt utfordringer i forhold til konflikter i noen avdelinger.	Ledere må raskt løse konflikter lokalt, selv om de synes å være små. HR og Arbeidsmiljøavdelingen må tydeligere flagge sin støtte for ledere. KAMU må følge opp der hvor det er utfordringer.
<b>Plassforhold</b>		Klinikken kan ha et forbedringspotensiale i polikliniske lokaler. Dette er meldt oppover for å opprette et prosjekt. Enkelte enheter ønsker ombygging av lager til pasientbehandling. Hva er det mest behov for? Lager eller pasientbehandling?	Følges kontinuerlig opp i avvikssystemet når dette meldes. Aktiv jobbing med avdelingenes plassering i Nye OUS og bedre flyt i eksisterende arealer.
<b>Luftkvalitet</b>		For mange arbeidsplasser pr. rom.	Følges kontinuerlig opp i avvikssystemet. Viktig å holde arbeidsplassene ryddige. Skal klinikken gjennomføre en "Ryddekampanje" i 2022?

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Støy		Antar at dette kommer av at flere deler arbeidsplass - se "Plassforhold"	Er det mulighet til å utforme arealene med (flere) stillesoner?
Lysforhold			Opprettholdes
Ergonomi og fysisk helse		Aktivitetstilbudene ved OUS har vært nedstengt under pandemien. To skranke er bygget om med hev/senk.	Opprettholde tilbudene som allerede eksisterer og informere bedre ut i klinikken. Lederne må selv bestille/benytte tilbudene som finnes hos Arbeidsmiljøavdelingen - på gruppenivå. Synliggjøre Helsemotivatorer og motivere til at de blir flere.
Kjemisk arbeidsmiljø		Det er ikke like aktuelt med substitutt hos alle i klinikken. Stort fokus på enhetene hvor kjemiske stoffer brukes.	Fortsatt fokus på at alt skal registreres og oppdateres i ECO-online, samt regelmessig informasjon om håndtering av stoffene gis til ansatte.
Smittevern		Meldte stikkskader kommer stort sett fra suturnål og operasjon. Noe uklar og forskjellig informasjon vedr. Covid kan ha hatt innvirkning på scoren vedr. smittevern. Obligatoriske smittevernkurs ligger i Kompetanseportalen som er under full utrulling i klinikken	Fortsette det gode arbeidet i klinikken. Klinikken opprettholder felles jevnlig informasjonsmøter om pandemien, med TV og VO



Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Strålevern		Dette gjelder Øyeavdelingen, Odontologisk enhet og Kjeve- og Ansiktskirurgi i klinikken	Sørge for at alle ansatte som skal ha persondosimeter har dette
Brannvern		Gjennomført en fjerning av skjøteledninger. Og det har vært en klassifisering av rom med MTU utstyr	Fortsetter det gode arbeidet vedr. brannvern. Elektronisk kurs ligger som læringsmål i Kompetanseportalen
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Opplæring av utstyr er lagt inn i Kompetanseportalen for sykepleiere.	Sertifisering/opplæring av MTU legges i læringsplanene i Kompetanseportalen
Vold og trusler			Klinikken minner om retningslinjene. Følger opp ledere vedr. risikovurdering i egne enheter. Tas jevnlig i ulike ledernetverk. Vurdering skal gjøres årlig - samtidig som HMS-runden.
Inkluderende arbeidsliv (IA)			Fortsetter arbeidet med "Der skoen trykker". Forsøker også å få gjenopptatt IA-verkstedet. Setter inn IA-tiltak der vi ser det er behov, med bistand fra klinikken.
Rus- og avhengighetsproblematikk			Oppfordrer avdelingsledere til å invitere AKAN-kontakt til ett ledermøtet innen juni 2022. Ber seksjonsledere informere om Rus- og avhengighetshåndtering på et personalmøte i løpet av året.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Ytre miljø			Informere om det som er mulig å sortere avfall og gjøre dette lett for alle. Følge opp kjemikaliekontakter i klinikken og registrere/oppdatere ECO-online. Gjøre handlingsplanen i klinikken og e-læringskurset "Grønt sykehus" kjent.

### Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Konflikter og håndtering av konflikter	Konflikter har lett for å eskalere. Enkelte steder har det utviklet seg til å bli en del av kulturen og dermed vist seg å bli langvarig. Ledere ber noen ganger om bistand for sent.
2	Inkluderende arbeidsliv (IA)	I koronaåret har det vært utfordrende for ledere å følge opp sykefraværet i tilstrekkelig grad. Leder ber sent om bistand. Ansatte og ledere begynner å bli "langtids-slitne" av arbeidssituasjonen. Tilrettelegging er ikke mulig i tilstrekkelig grad.
3	Vold og trusler	Liten systematisk jobbing med dette tidligere, derfor har ikke dette vært stort nok fokus på alle enheter. Mange ansatte mangler (mengde-)trening i hvordan de skal agere i vold og trussel-situasjoner.
4	Rus og avhengighetsproblematikk	Yrkesgruppe og tilgjengelighet til medikamenter skal tilsi at det er flere med rus- og avhengighetsproblematikk enn nasjonalt i klinikken. Ansatte er usikre på hvem de skal varsle til og at de er utrygge på konsekvensen av varslingen. Det samme kan gjelde ledere.

<b>5</b>	Arbeidsmiljø preget av åpenhet, respekt og tillit	Ansatte melder ikke alltid i korrekte kanaler, og noen meldinger blir ikke fulgt opp. Ansatte kan derfor miste troen på at det hjelper å si ifra. Achilles brukes til å melde feil saker og ikke alltid som et forbedringsverktøy.
----------	---	--

### Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Konflikter og håndtering av konflikter	Leder må be om bistand tidligere. Opplæring/informasjon må være et gjentakende tema i personalgruppen.
2	Inkluderende arbeidsliv (IA)	IA-verksted starter opp igjen. "Der skoen trykker" tilbys til enheter som har utfordringer.
3	Vold og trusler	Følge opp enheter i risikovurderingen. Kurs/opplæring i hvordan man takler situasjoner.
4	Rus og avhengighetsproblematikk	Informere alle ansatte om Rus- og avhengighetshåndtering i løpet av året.

5	Arbeidsmiljø preget av åpenhet, respekt og tillit	Jevnlige møter mellomleder, TV og VO. Kontinuerlig bruk av "Det grønne korset". Følge opp alle avvik.
---	---	---

### 3.5 Hjerte-, lunge- og karklinikken (HLK)

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Lav meldefrekvens avvik. Lav score HMS-runder og lav oppfølging av ForBedring. Sikre forsvarlighetsvurderinger av turnus en gang i året	Bruke Achilles systematisk på alle enheter - øke meldefrekvens. Rydde verneområder. Motivere oppfølging av forbedring. Øke svarprosent til 75% Forsvarlighetsvurderinger i alle sengeenheter
Organisatoriske forhold		Daglig styring og involvering ( tavlemøter og "det grønne korset")	Det "grønne korset" brukes for lite.HLK må bidra til at bruken økes for å øke pasientsikkerheten. Tavlemøter og grønne korset vil også øke involvering i den enkelte enhet.
Stress, medvirkning og støtte		Mange har hatt mye å gjøre og føler seg slitne	Etablere samarbeidsmøter på tvers av avdeling og yrkesgruppe

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Arbeidsmiljø preget av åpenhet, respekt og tillit		Bruke naturlige areaner for involvering	Følge opp avvik og forbedringsforsalg på en konstruktiv og positiv måte for å synliggjøre at dette er positivt
Mobbing og trakassering		Klinikken har 0-toleranse for mobbing og trakassering	Sørge for at aktuelle prosedyrer er kjent herunder varslingsrutinene, alle enheter på ta disse opp jevnlig
Konflikter og håndtering av konflikter		Ha konflikthåndtering som tema	Ha konflikthåndtering på Sundvolden? Psykologisk trygghet og konflikthåndtering kan også være temaer her.
Plassforhold		HLK har mange steder hvor plassforholdene ikke tilfredsstillt kravene	Dette jobbes det med der det er mulig. Ny lab på Ullevål er ferdig i desember, da vil bl.a.lagringsforhold der bedres. Anbefales at "tanken" på LUR tas ut, det gir nytt areale til disp
Luftkvalitet		Mange ansatte har vindu inn mot glassgaten, dårlig ventilasjon	Sikre godt renhold
Støy		Med mange ansatte i et område kan det lett bli mye støy	Det er satt opp "ører" enkelte steder, videre er det støyvegger der det er mulig

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Lysforhold		Mange har arbeidsplasser uten vinduer	Sikre at alle har godt arbeidslys
Ergonomi og fysisk helse		Lav score for ergonomi-opplæring, få tiltak for fysisk aktivitet i arbeidstiden	Gjennomgang av arbeidsplasser der ergonomi scorer lavt, gjennomgang av antall forflytningsveiledere der det er aktuelt, flere som tar kurset "Helsemotivator"
Kjemisk arbeidsmiljø		EcoOnline må "oppfriskes"	Gjennomgang med Nikolai Bach
Smittevern		HLK har hatt stort fokus på smittevern og opplæring i denne sammenheng	Fortsette arbeidet med sikring av godt smittevern
Strålevern		Godt strålevern har høyt fokus der dette er aktuelt, og str�lesdoser til ansatte har gått betydelig ned	Utskifting av labber reduserer stråledoser ytterligere, nå er snart 2 nye labber på plass
Brannvern		Brannvern godt innarbeidet de aller fleste steder	Sikre at alle tar e-læringskurset i brannvern, gå brannvernrunder

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)</b>		Klinikken har stort fokus på opplæring og bruk av medisinsk teknisk utstyr	Fortsette den systematiske opplæring og vedlikehold av komptanse
<b>Vold og trusler</b>		Klinikken har noen tilfeller hvor pasienter har oppført seg truende. Videre har antall delir-pasienter økt	Viktig at alle ansatte kjenner prosedyrene knyttet til forebygging av vold og trusler, og at ansatte som blir utsatt for dette får god oppfølging i etterkant. Melde hendelser i Achilles
<b>Inkluderende arbeidsliv (IA)</b>		Sikre IA-plan i HLK basert på OUS sin. HLK bidrar sammen med ledere i tilrettelegging for medarbeidere. Ny prosedyre er sendt ledere	Revidere IA-handlingsplanen basert på OUS-sin plan
<b>Rus- og avhengighetsproblematikk</b>		Informasjon knyttet til dette i ulike fora og møter	Sikre god kjennskap til prosedyrer og det arbeidet AKAN driver med.
<b>Ytre miljø</b>		Det er lite sortering av matavfall og plast i OUS	Gå gjennom miljømålene i K-AMU



## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	HMS-Verktøy: Forbedring	Øke svarprosenten fra 68% til 75%, herunder øke antall tilbakemeldingsmøter
2	Øke meldefrekvens bruke forbedringssystemet, daglig styring og involvering gjennom tavlemøter og "det grønne korset"	HLK har lav meldefrekvens og bør ha HMS-avvik og forbedringstiltak på alle enheter regelmessig. Videre må avvik lukkes innen rimelig tid med reelle tiltak. Det "grønne korset" brukes for lite, og klinikken må bidra til at bruken økes for å øke pasientsikkerheten. Tavlemøter og "grønne korset" øker også involveringen i den enkelte enhet
3	Konflikthåndtering	Ha konflikthåndtering som tema - Sundvolden?
4	Plassforhold	Det er mangesteder knapt med arealer. Det er derfor viktig at arealet utnyttes optimalt. Det å ta ut "lungetank" er et tiltak. Det vises også til Achilles og risikovurdering for klinikken.
5	Ergonomi og fysisk helse	Klinikken har utfordringer i forhold til at mange har tunge løft - arbeidet må tilrettelegges slik at muskel- og skjelettplager forebygges. Vi mangler forflyningsveiledere, vi kan også bli bedre på "pause-øvelser"

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	ForBedring	Arbeide for økt svarprosenten fra 68% til 80%, herunder øke antall tilbakemeldingsmøter. Ta opp dette i mnd-oppfølgingsmøter. Stimulere flere med å ha premier som kaker ell:-)
2	Øke meldefrekvens og bruke forbedringssystemet. Daglig styring og involvering som tavlemøter og "Grønne korset"	HLK har lav meldefrekvens og må ta HMS-avvik og forbedringstiltak opp på alle enheter regelmessig. Få meldefrekvensen over 0,21. Videre må avvik lukkes innen rimelig tid med reelle tiltak. Videre brukes det "Grønne korset" for lite og klinikken må bidra til at bruken økes for å øke pasientsikkerheten. Tavlemøter og "Grønne korset" vil også øke involvering i den enkelte enhet
3	Konflikthåndtering	Det må kunne snakkes om konflikthåndtering i ulike sammenhenger, enten det er kurs eller seminarer
4	Plassforhold	ta ut "lungetank", det gir 2 rom som f.eks kan brukes til poliklinikk
5	Ergonomi og fysisk helse	Få flere til å bli forflytningsveiledere - opplæring av nye. Få flere til å ta helsemotivator-kurs. Kontoransatte kan ta eget ergonomikurs.

### 3.6 Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon (KIT)

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Ikke endret status, men ser en liten forbering fra resultat 2020 (forbedring og HMS runder)	videreførearbeidet med oppfølging av forbedring og gjennomføring av HMS-runder i klinikken
Organisatoriske forhold		Ikke vesentlig endring.	Pga pandemien har klinikken hatt mindre mulighet for fokus på tavlemøter og "det grønne korset". Klinikken vil det kommende året sette fokus på dette i ledermøter i klinikken, for å søke å få et bedre resultat i 2022. Fortsette påbegynt arbeid i forbindelse med møtestruktur for VO/TV på alle ledd i klinikken, inkl. enkle referater.
Stress, medvirkning og støtte		Ingen endring	Rett kompetanse på rett sted og tid, samarbeid på tvers av klinikken og profesjoner/overføring av kompetanse. Tilstedeværelse av ledelse i den seksjon/enkelte enhet . Informasjonsflyt og dialog med tillitsvalgte på alle nivå. Rolleavklaring. Optimalisering av turnuser/oppfordre til å delta kurs helsefremmende turnus. Se på mulighet for å benytte kulturkonsulenter.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Arbeidsmiljø preget av åpenhet, respekt og tillit		Ingen endring	Sette fokus på avviksbehandling i KIT - UKOM sin gjennomgang i AGK benyttes inn i ledermøtet for læring. I HMS-hjulet tas opp varsling og meldekultur sendes ut informasjonspakke i linjene for gjennomgang.
Mobbing og trakassering		Ingen endring	Ledere på alle nivå i i klinikken er oppfordret til å informerer om sykehusets policy og retningslinjer hva gjelder mobbing og trakassering. Årlig tema i Leder møtet, AMU for informasjon i linjen
Konflikter og håndtering av konflikter		ingen endring	Ledere meldes på lederopplæringen i OUS ved tiltredelse i lederroller. Informasjon og rolleforståelse. Temasamling med ledere på alle nivå - for å sette fokus på behandling og informasjon rundt konflikter inntil 2 g. i året
Plassforhold		ingen endring	Forbedre koordineringen av flytteplanleggig og prosess. Påse at VO deltar i prosessen
Luftkvalitet		ingen endring	Tette skap, ryddige hyller og plasser for å redusere støv. Søke å gjennomføre hovedrenhold.
Støy		noe bedring fra i 2020	Gi tydelige kravspesifikasjoner vedl til innkjøp av nytt utstyr. Oppfordre til å gjennomgå HMS kurs om flytting og ombygging. Søke bistand fra Arbeidsmiljøavdelingen ved behov.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Lysforhold	Green	ingen endring	Opprettholde fokus som i dag, påse at alle har tilgang til dagslys i løpet av dagen.
Ergonomi og fysisk helse	Orange	Ingen endring	Informasjon om tilbud for tilrettelegging fra jordmor, fysioterapeut. Oppfordrer til at forflytningsveiledere benyttes ved behov. Klinikken påser at det er opprettet forflytningsveiledere på aktuelle arbeidsplasser. Oppfordre til å gjennomgå kurs som arbeidsmiljøavdelingen tilbyr innen ergonomi og helse.
Kjemisk arbeidsmiljø	Yellow	Svak positiv endring fra 2020, opprettet kjemikaliekontakter i hver avdeling	Oppdatere oversikt over kjemikaliekontakter i klinikken, sende ut informasjon om hvem som har rollen for den enkelte avdeling/seksjon. Oppfordre til gode vurderinger iht. prosesser i forhold til tinnak av nye kjemikalier
Smittevern	Green	Ingen endring	Oppretthold fokus på smittevern og holdningsskapende informasjon
Strålevern	Yellow	Ingen endring	Opprettholde årlig dokumentert opplæring innen strålevern ved E-læringskus. Evt. Gjennomføre tilpasset opplæring (Tanja Holter). Mal for personlig sjekklister for strålevernopplæring skal benyttes.
Brannvern	Yellow	Ingen endring	Opprettholde Brannvernkontakt møter årlig, Årlig fokus i HMS hjulet. Fokus på gjennomføre E-læringskurs årlig i alle avdelinger.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)</b>		ingen endring	Fokus på opplæring av nyansatt. Påse at alle ansatte får korrekt og trygg opplæring av eksisterende og nye MTU.
<b>Vold og trusler</b>		ingen endring	Ledere skal gjennomfører risikovurdering i egen enhet, i sammenheng med HMS rundene. Benytte personalmøter for informasjon og opplæring/dialog på tema.
<b>Inkluderende arbeidsliv (IA)</b>		Ingen endring	Rette større fokus i IA arbeidet, opplæring av ledere ifm tilretteleggingsplikt, Sykefraværsoppfølging da med spesiell fokus på kontortjenesten - klinikken med TV og VO oppretter arbeidsgruppe for gjennomgang. AMU og Klinikkledermøte har mnd. fokus på sykefraværsutvikling.
<b>Rus- og avhengighetsproblematikk</b>		ingen endring	Tema i AMU i 2022. Fokus i HMS hjul 2022. Bevisstgjøring ute blant ledere og personell.
<b>Ytre miljø</b>		endring i forhold til fokus på strømsparing	Fortsette fokus på registrering av utslipp (kjemikalier i vask/dekonterminator) ved den enkelte enhet.

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Stress	Manglende operasjonskapasitet og operasjonskompetanse, høy arbeidsbelastning, liten autonomi. Corona og det psykososiale arbeidsmiljøet.
2	HMS verktøy	Manglende HMS runder, manglende gjennomgang og handlingsplaner etter ForBedring, manglende behandling av avvik.
3	Konflikter	Konflikter tas tak i for sent, må ha fokus og vurdering på et tidligere tidspunkt for å unngå eksalering. Manglende konflikthåndteringskompetanse i klinikken.
4	Ergonomi/Helse	Manglende kompetanse blant ansatte og ledere innen ergonomi og forebygging av muskel og skjelettplager. Om hjemmekontor-situasjonen opprettholdes, må dette følges opp.
5	Plassforhold	Fortetting av kontorplasser, små og ikke hensiktsmessige plasser, små for få behandlingsrom

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Arbeidsmiljø preget av åpenhet, respekt og tillit	Informasjon og åpenhet rundt endringer i nåtid og fremtid for å skape forståelse for endringen og bredde i medvirkningen fra de ansatte. For å skape eierskap og forståelse for endringen som OUS og klinikken står overfor de neste årene. Jevnlige informasjonsmøter med ansatte i hver avdeling, seksjon og enhet. Nyhetsbrev fra klinikken - fra Nye OUS, Klinikkleder, HR, Økonomi, Helsefag. Fokus på åpenhetskultur.
2	Stress	Oppfordre til å melde avvik. Fokus på turnuser og optimalisering av turnus i forhold til arbeidsbelastning og hviletid. Fokus på organisering av arbeidet, fordeling av kompetanse og kompetansesammensetning, ansattmedvirkning.
3	HMS verktøy	Fortsette arbeidet med informasjon og oppfordring til avviksbehandling, ledere med lave score på ForBedring bør ha bistand fra HR på tilbakemeldingene.
4	Konflikter	Ledere meldes på lederopplæringen i OUS ved tiltredelse i lederroller. Informasjon og rolleforståelse. Temasamling med ledere på alle nivå - for å sette fokus på behandling og informasjon rundt konflikter inntil ca. 2 g. i året
5	Ergonomi/Helse	Oppfordre til å melde på kurs om tema i Arbeidsmiljøavdelingen og forflytningsveildere. Informasjon til avdelinger om at det arbeidsmiljøavdelingen kan benyttes for opplæring og tilrettelegging. Helsemotivatorer kan benyttes for å bistå med ressurspersoner om fysisk aktivitet på arbeidsplassen.



### 3.7 Klinikk for laboratoriemedisin (KLM)

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>HMS-verktøy</b>		<p>Lavere gjennomføringsgrad av HMS-runden (57%) enn i fjor. Høyere gjennomføringsgrad av Forbedringsundersøkelsen (74%) sammenlignet med 2020(62%), få rapporterer om avholdte tilbakemeldingsmøter (36%). Tallene må sees i forhold til at 2020 var sterkt påvirket av korona. Økningen i svarprosent på forbedring tenkes å være i sammenheng med dette. Gjennomføring og oppfølging av dette vektet tungt. Det rapporteres at risikoinformasjon og -håndteringen i klinikken er god.</p>	<p>Få ferdigstilt prosedyren for HMS-arbeid i KLM. Denne inneholder roller, ansvar og myndighet, årshjul for HMS-aktivitetene i KLM, hjelpelisten linkes inn her mm. Denne er viktig for at alle i KLM skal ha en enkel oversikt over hvem de skal kontakte for hva, når ulike aktiviteter foregår osv. OUS sin prosedyre dekker ikke alle aktiviteter i KLM og viser til det overordnede ansvaret i OUS. Det er noen gjengangere i KLM som sjelden gjennomfører disse aktivitetene. Disse bør lederlinja følge opp spesielt.</p> <p>Må få ryddet i antallet verneområder og rapporteringer i Achilles. På tidspunktet er det 102 HMS runder i Achilles, men antallet verneområder er 74. Antallet enheter i KLM er 85. Dette er en utfordring i forhold til tolkningen av statestikken og må kartlegges.</p>
<b>Organisatoriske forhold</b>		<p>Teamsamarbeidsklima og sikkerhetsklima skårer KLM godt på. Har forbedringspotensial på organisatorisk arbeidsmiljø, arbeidforhold og involvering. Oppfatter at vi har systemene vi trenger, men at vi må jobbe med at de tas i bruk på hensiktsmessig måte.</p>	<p>Gjøre et arbeid i AMU for å se på hvordan det grønne korset kan brukes i laboratedrift og annen ikke-kliniske enheter. Innhente erfaringer fra våre enheter som har det i bruk per i dag og fra forbedringsnettverket.</p> <p>Store pågående prosjekter kan føre til manglende opplevelse av involvering. Ønsker å utarbeide lettfattlig introduksjon til rollene i Nye OUS / LVB.</p>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>Stress, medvirkning og støtte</b>		Fortsatt utfordringer innen arbeidsbelastning og innvolvering. Aktiviteten i klinikken øker for vært år uten at resurser øker tilsvarende. Denne utviklingen over tid i kombinasjon med manglende investeringer i MTU gir økende arbeidsbelastning for våre ansatte. Dette utartert seg veldig forskjellig mellom seksjoner/enheter i klinikken. Effekten er vanskelig å se på klinikknivå, men alvorlighetsgraden der dette gjelder gjør at vi vurderer emnet til oransje.	Bistå avdelingene i bemanningssituasjoner(flexitid, overtid, GAT statistikk). Viktig å informerer nedover i lederlinje på hva KLM kan bidra med. HR i klinikken sammen med lederlinjen og verneombudet skal følge opp enheter som spesielt utmerker seg i nøkkelrapporten. Det skal gjøres et arbeid for å kartlegge manglende resurser i disse enhetene med mål om å brukes i budsjettprosesser eller lignende.
<b>Arbeidsmiljø preget av åpenhet, respekt og tillit</b>		Ansatte opplever at folk behandler hverandre med respekt, men at uakseptabel adferd forekommer i større grad enn ønsket. Klinikken scorer jevnt over bra på dette. Samme som 2020 men noe endring på uakseptabel oppførsel som det synes å være litt mer av (88->84).	Oppmuntre til at alle enheter i klinikken jobber jevnlig med kulturutvikling, f.eks. ved bruk av 'Kulturplakat', 'Innafor/utafor', og 'forventninger og bidrag. Synliggjøre hva kulturkonsulentene kan bidra med i arbeidsmiljøet for førstelinje ledere. Settes opp som emne til lederkafe/ledersamling.
<b>Mobbing og trakassering</b>		Ansatte har liten kjennskap til episoder med seksuell trakassering i klinikken. Mobbing og trakassering forekommer i meget liten grad.	Fortsette det gode arbeidet med åpenhetskultur slik at terskelen for å si ifra er lav for alle ansatte. Klinikkledelelsen og HR skal følge opp og sikre at konkrete mobbe-/trakasseringssaker i klinikken håndteres på en forsvarlig og god måte. Be om jevnlig rapportering fra lederne om slike saker vis de oppstår.
<b>Konflikter og håndtering av konflikter</b>		Ser en liten forbedring på dette emnet fra i fjor. Det er vanskelig å identifisere nøyaktig årsak.	Ønsker å gjøre dokumentet for varsling bedre kjent, da det ved arbeid med fjorårets tiltak har gitt grunn til å tro at denne ikke er bredt kjent. Viderefører tiltaket fra i fjor med arbeid rundt oppstartssamtale med nyansatte hvor temaet er kultur, roller, konflikter og forventningsavklarings. AMU har nedsettat en gruppe som skal fortsetter arbeidet med en sjekklister/hjelpeskjema for dette.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Plassforhold		Det er ca 16% av verneområdene som rapporterer om at plassforholdene er i liten grad eller ikke i det heletatt tilfredsstillende. Dette er en liten forbedring med tanke på resultatet i fjor (21%). Det kan tenkes å være på grunn av enkelte korona tiltak har blitt avvirket. Pat rokade i A1 er ferdigstilt, dette kan også tenkes å ha hatt noe effekt.	KLM anmoder at de verneområdene som har svart "ikke tilfredsstillende" på HMS runden risikovurderer forholdene og ber BHT om støtte ved behov.
Luftkvalitet		Det er ca 12% av verneområdene som rapporterer om at luftkvaliteten er i liten grad eller ikke i det heletatt tilfredsstillende. Det er temeperatur og renhold som skiller seg ut som den største utfordringen i klinikken. Det er igangsatt et prosjekt som skal gjennomgå ventilasjon og strømsforsyningen i bygg 25 i regi av eiendomsavdelingen ved OSS. Som står for en stor del av rapporteringene i forhold til temperatur.	Anbefale at de som skal delta i brukergrupper i prosjektet ved bygg 25 tar kurset HMS ved flytting og ombygging.  KLM oppfordrer til at det skal settes av midler og lage en plan for gjenvlig hovedrengjøring av våre arbeidsarealer.
Støy		7 % av verneområdene er beskrevet i HMS rundene som ikke eller i liten grad tilfredsstillende. Dette er en liten forbedring fra i fjor der dette tallet var 9%. Arbeidsplassutforming som skiller støyende virksomhet og utstyr fra konsentrasjon og kommunikasjonskrevende arbeid. Støyforholdene i kontorlandskaper kan bedres med økt kapasitet på støtterom og tilstrekkelig støyavskjerming mellom ansatte. Holde fokus på dette ved flytting, ombygging og anskaffelse av utstyr.	Verneombudslinja med støtte fra arbeidsmiljøavdelingen, tar kontakt med noen av enhetene som rapporterer om høyt støy inn i et møte for å kartlegge om er et potensial for ytterligere bruk av støydempende materialer / støyskjerming.
Lysforhold		De fleste er tilfreds med belysning og dagslysforholdene.	Tilrettelegging ved behov samt følge forskrifter og prosedyrer.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>Ergonomi og fysisk helse</b>		Liten endring i forholdene fra året før. Det er spesielt patologi, Immunologi og medisinsk biokjemi som rapporterer om lite tilfredsstillende ergonomiskeforhold.	Oppfordre til at noen i alle enheter tar helsemotivator kurs. KLM ønsker at alle enheter (85 totalt i KLM) av en vis størrelse skal ha en helsemotivator. KLM andmoder at de verneområdene som har svart "ikke tilfredsstillende" på HMS runden risikovurderer forholdene og ber BHT om støtte ved behov.
<b>Kjemisk arbeidsmiljø</b>		Enkelte kjemikalie tunge enheter har større utfordringer i forhold til arbeidet med kjemikalier. Effekten av dette blir noe utvisket på klinikknivå hvor mange enheter med lite kjemikalier vil trekke opp. Selvrapportere svar i HMS runde stemmer ikke helt overens med utfordringsbilde sett fra registreringer i EcoOnline. Dette er en vedvarende problemstilling i klinikken som er utfordrende å løse under dagens driftsrammer.	Risiko- og substitieringsvurdering av alle klinikkens kjemikalier er et veldig stort arbeid som vil kreve mer ressurser, belyse behovene som gjenstår for å oppfylle lovkrav. Utvide kurstilbudet i samarbeid med kjemikalierådgivernde i arbeidsmiljøavdelingen for kjemikaliekontakter i forhold til forståelse av kjemiske egenskaper og arbeidet med disse. KLM andmoder at de verneområdene som har svart "ikke tilfredsstillende" på HMS runden risikovurderer forholdene og ber arbeidsmiljøavdelingen om støtte ved behov.
<b>Smittevern</b>		Ser en god forbedring i influensa vaksinasjonsgrad. HMS runder viser at klinikken har god kontroll på egne smittevernrutiner. Indikatorene reflekterer ikke alle typer smitte. Data fra Achilles viser at HMS-avvik innenfor smittevern er den størstse kategorien med avvik og den delt største med rød risiko. KLM er mottaker av prøver fra mange andre klinikker og flere av tiltakene bør settes i gang hos avsender. Vurderer basert på HMS-avikene at fargen bør være gul for å synliggjøre smittevernsproblematikken i klinikken.	Fortsette å ha et bevist forhold til å skrive og følge opp HMS avvik i forhold til smitte.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Strålevern		Få verneområder som håndterer strålekilder. Der de håndteres er vernetiltak og opplæringen vurdert som god. Alle persondosimeter hadde årsdose <10 mSv.	
Brannvern		Klinikken skårer godt på indikatorene, men vi merker oss spesielt at bruken av skjøteledninger bør rettes spesielt oppmerksomhet.	Klinikk oppfordrer til at verneområdene har spesielt fokus på skjøteledninger og rømningsveier i neste års HMS runder.
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Klinikken scorer høyt på opplæring i bruk av MTU (98%). Litt lavere på vedlikehold(78%). Noe av årsaken er gammelt MTU og opprettholde gode og tilstrekkelige service avtaler i samarbeid med MTV. Planlegge godt i forbindelse med utskifting av MTU. Utdatert instrumentpark (fra medusa er 54% av totalt 6500 MTU er over 10 år), skaper utfordringer innen ergonomi og kjemikaliesikkerhet, spesielt i kombinasjon med økende arbeidsmengde. Manglende investeringer i MTU er vurdert å ha høy risiko i klinikkens Risikovurdering til OUS. Grappa bemerker at dette temaet ikke omhandler Autoklaver som det er store utfordringer med flere steder. Grappa synes også at det mangler underlag som reflekterer MTU situasjonen vår med tanke på alder og tilstand.	KLM i samarbeid med MTV ferdigstiller nivå 1 dokument for håndtering av medisinsk teknisk utstyr. Når denne er på plass forventer vi at nødvendige serviceavtaler og rolleklarhet blir bedre ivaretatt.
Vold og trusler		Lite pasientkontakt i KLM, men noen utfordringer knyttet til genetisk veiledning, blodprøvetakings- og blodtappignssituasjoner. Forekomst av tilfeller utgjør en svært liten del av klinikken.	Av de som har svart i liten grad tilfredstillende på opplæring om vold og trusler er det kun tappestasjon i hausmansgate (IMM) som har pasientkontakt. KLM Kartlegger om det er behov for ekstra oppfølging her.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Inkluderende arbeidsliv (IA)		God tilbakemelding fra ansatte på lederkrav og oppfølging fra leder i forbindelse med IA. Klinikken har god kjennskap til IA arbeid.	Verneombudslinja inviterer bedriftsjordmor til informasjonsmøte. Dette tenker vi skal bidra til at ordninger blir bedre kjent i klinikken.
Rus- og avhengighetsproblematikk		Generelt god kjennskap til håndteringen av rus og avhengighet. Men vi merker oss at det er holdt færre info møter om AKAN i 2021 enn i 2020 og 2019, Negativt trend. Tenker at det skyldes Covid.	Oppfordre lederne til å invitere AKAN inn lokalt på informasjonsmøter. Hver avdelingsleder har ansvar for at det gjennomføres et informasjonsmøte i en enhet/seksjon i avdelingen i løpet av året. Undersøke muligheten for digitale informasjonsmøter om nødvendig.
Ytre miljø		God kontroll på sortering og håndtering av miljøfarlig avfall. Kraftig forbedring i indikatoren "energiforbruket". Vi har ikke et tydelig svar på hvorfor vi ser denne utviklingen i år. Vi har muligens et forbedringspotensial i forhold til å unngå negativ påvirkning på det ytre miljøet, men vanskelig å foreslå konkret forebedringstiltak med en veldig overordnet indikator.	

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Systematisk-HMS arbeid	Lavere gjennomføringsgrad av HMS-runden (57%) enn i fjor. Høyere gjennomføringsgrad av Forbedringsundersøkelsen (74%) sammenlignet med 2020(62%), få rapporter om avholdte tilbakemeldingsmøter (36%). Tallene må sees i forhold til at 2020 var sterkt påvirket av korona. Økningen i svarprosent på forbedring tenkes å være i sammenheng med dette. Gjennomføring og oppfølging av dette vektet tungt. Det rapporteres at risikoinformasjon og -håndteringen i klinikken er god.
2	Plassforhold	Det er ca 16% av verneområdene som rapporterer om at plassforholdene er i liten grad eller ikke i det heletatt tilfredsstillende. Dette er en liten forbedring med tanke på resultatet i fjor (21%). Det kan tenkes å være på grunn av enkelte korona tiltak har blitt avvirket. Pat rokade i A1 er ferdigstilt, dette kan også tenkes å ha hatt noe effekt.
3	Ergonomi og fysisk helse	Liten endring i forholdene fra året før. Det er spesielt patologi, Immunologi og medisinsk biokjemi som rapporterer om lite tilfredsstillende ergonomiskeforhold.
4	Stress, medvirkning og støtte	Fortsatt utfordringer innen arbeidsbelastning og innvolvering. Aktiviteten i klinikken øker for vært år uten at resurser øker tilsvarende. Denne utviklingen over tid i kombinasjon med manglende investeringer i MTU gir økende arbeidsbelastning for våre ansatte. Dette uttartert seg veldig forskjellig mellom seksjoner/enheter i klinikken. Effekten er vanskelig å se på klinikknivå, men alvorlighetsgraden der dette gjelder gjør at vi vurderer emnet til oransje.

5	Medisinsk teknisk utstyr (MTU)	KLM har en utdatert instrumentpark (fra medusa er 54% av totalt 6500 MTU er over 10 år). Manglende investeringer i MTU gir store utfordringer for arbeidsmiljøet i form av økt arbeidsbelastning, ergonomi og kjemikalie eksponering mm. Siden MTU investeringer ikke styres i KLM er det utfordrende å utforme effektive tiltak på dette punktet.
---	--------------------------------	--

### Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Systematisk-HMS arbeid	Få ferdigstilt prosedyren for HMS-arbeid i KLM. Denne inneholder roller, ansvar og myndighet, årshjul for HMS-aktivitetene i KLM, hjelpelisten linkes inn her mm. Denne er viktig for at alle i KLM skal ha en enkel oversikt over hvem de skal kontakte for hva, når ulike aktiviteter foregår osv. OUS sin prosedyre dekker ikke alle aktiviteter i KLM og viser til det overordnede ansvaret i OUS. Det er noen gjengangere i KLM som sjelden gjennomfører disse aktivitetene. Disse bør lederlinja følge opp spesielt. Må få ryddet i antallet verneområder og rapporteringer i Achilles. På tidspunktet er det 102 HMS runder i Achilles, men antallet verneområder er 74. Antallet enheter i KLM er 85. Dette er en utfordring i forhold til tolkningen av statestikken og må kartlegges.
2	Plassforhold	KLM andmoder at de verneområdene som har svart "ikke tilfredsstillende" på HMS runden risikovurderer forholdene og ber BHT om støtte ved behov.
3	Ergonomi og fysisk helse	Oppfordre til at noen i alle enheter tar helsemotivator kurs. KLM ønsker at alle enheter (85 totalt i KLM) av en vis størrelse skal ha en helsemotivator. KLM andmoder at de verneområdene som har svart "ikke tilfredsstillende" på HMS runden risikovurderer forholdene og ber BHT om støtte ved behov.



4	Stress, medvirkning og støtte	Bistå avdelingene i bemanningssituasjoner(flexitid, overtid, GAT statistikk). Viktig å informerer nedover i lederlinje på hva KLM kan bidra med. HR i klinikken sammen med lederlinjen og verneombudet skal følge opp enheter som spesielt utmerker seg i nøkkelrapporten. Det skal gjøres et arbeid for å kartlegge manglende resurser i disse enhetene med mål om å brukes i budsjettprosesser eller lignende.
5	Kjemisk arbeidsmiljø	<p>Risiko- og substitieringsvurdering av alle klinikkens kjemikalier er et veldig stort arbeid som vil kreve mer ressurser, belyse behovene som gjenstår for å oppfylle lovkrav.</p> <p>Utvide kurstilbudet i samarbeid med kjemikalierådgivernde i arbeidsmiljøavdelingen for kjemikaliekontakter i forhold til forståelse av kjemiske egenskaper og arbeidet med disse.</p> <p>KLM andmoder at de verneområdene som har svart "ikke tilfredsstillende" på HMS runden risikovurderer forholdene og ber arbeidsmiljøavdelingen om støtte ved behov.</p>

### 3.8 Kreftklinikken (KRE)

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Klinikken har ikke full oversikt over verneområdene - det er lav score på levering av HMS runde. Tiltak fra i fjor ikke fulgt opp (var nummer 1 på ltiltakslisten. Høy åpen rate på avvik.	Klinikken må følge opp tiltak fra i fjor. Kan være teknisk betinget
Organisatoriske forhold		Fallende score på grønne korset og risikostyring	Undersøke bruk av grønne korset - (tall fra staben)Ta opp på ledersamling. Tall for tavlemøter - rapportere til KAMU?
Stress, medvirkning og støtte		Slitasje og utmattelse burde være et prioritert område. Tall for involvering i MU går litt ned. Klinikken skal inn i endringsprosesser.	Videreføre arbeidet med oppfølging av åpenhetskultur og klinikkens verdier. Gjøres i linjen og av HR

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Arbeidsmiljø preget av åpenhet, respekt og tillit		ligger høyt på mange indikatorer	
Mobbing og trakassering		Lav rapportering av mobbing - også sammenliknet med andre klinikker	
Konflikter og håndtering av konflikter		Som i fjor	
Plassforhold		Problemer en liten stund med Korhort - ordnet seg etter hvert	
Luftkvalitet		Som i fjor. På grunn av byggevirkosomhet.	Egen VO for nybygg vedtatt tidligere
Støy		Som i fjor. På grunn av byggarbeider på RAD	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Lysforhold		Lysprosjekter i forbindelse med nybygg?	
Ergonomi og fysisk helse		Tilbud om helsemotivator? Invitere Bedriftsfysioterapeut til KAMU?	Invitere BHT til KAMU for å snakke om helsemotivator ordningen
Kjemisk arbeidsmiljø		Dette ble satt på handlingsplanen for et par år tilbake. Det har ikke blitt noen bedring i registrering og risikovurdering i stoffkartoteket, og dette tiltaket har heller ikke blitt fulgt opp. Data fra stoffkartoteket er også bakgrunn for å beregne utslipp til ytre miljø.	Øke bruk av ecconline. Få klarhet i HMS-runde rapportering
Smittevern		Høy grad av influensavaksinering.	"Stikkskadedagen" KAMU nedsetter gruppe?
Strålevern		Gult på dosimetri. KRE har strålevernkontakter. Hvorfor vises ikke det?	Invitere strålevernansvarlig til KAMU om stråledoser?
Brannvern		Som tidligere. Gode tall	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)</b>		Mangelfull utskifting av apparater fører til driftsstans - Medfører ekstraarbeid? Ekstra kjøring på stråle - På store dyre maskiner	Risikovurdering lokalt - KAMU sende brev til sentral AMU? Om forsvarlighet og ekstraarbeid? For lite midler til investering
<b>Vold og trusler</b>		Dette var et prioritert område på fjorårets rapport. Score på opplæring går ned - Har vært tema på seminar. Når ikke de ansatte?	Tverrfaglige fagdager? Ta opp som egen sak i KAMU og på ledermøte? KAMU foreslå folk til opplæring/kurs?
<b>Inkluderende arbeidsliv (IA)</b>		Jordmorordningen godt kjent i vernetjenesten. Tall for sykefravær mangler i år.	Involvere BHT i oppfølging av muskel skjelett plager? Revidering av IA handlingsplan
<b>Rus- og avhengighetsproblematikk</b>		Ønske om å sette fokus på dette. Se tidligere	Temadag? Arbeidsmiljø og sikkerhet?
<b>Ytre miljø</b>		Prosedyrer følges ikke alltid	Oppdatering av stoffkartoteket

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Stress og medvikning	Slitasje og utmattelse burde være et prioritert område. Tall for involvering i MU går litt ned. KRE skal inn i endringsprosesser.
2	Vold og trusler	Det var et prioritert område på fjorårets rapport. Lavere score i år på opplæring. opplæring - Har vært tema på lederseminar. Når ikke de ansatte?
3	Rus og avhengighetsproblematikk	Satsingsområde i fjor? Følges opp igjen i år? Eksempel håndtering av medisiner og svinn. Klinikken har 0 avtaler.
4	HMS - verneområder	Lav tilbakemeldingsprosent. Mulig årsak - problemer med å få ledere til å signere ut skjema.
5	Ergonomi og fysisk helse	Ofte årsak til sykefravær. Det bør være potensiale til forebyggende arbeid.

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Stress og medvirkning	Tema på seminar arbeidsmiljø og pasientsikkerhet - og teamarbeid. Egen sak i KAMU
2	Vold og trusler	Tverrfaglige fagdager? Ta opp som egen sak i KAMU og på ledermøte? KAMU foreslå folk til opplæring/kurs fra PHA
3	Rus og avhengighetsproblematikk	Satsingsområde i fjor? Følges opp igjen i år? Eksempel håndtering av medisiner og svinn. HR setter opp "hvordan avdekke rusproblemer hos ansatte" som tema på KREs seksjonsledermøte, AKAN-kontakten kan forespørres. Settes opp på Seksjonsledermøte i 2022. HR setter opp kurs i "hvordan avdekke årsaken til medikamentsvinn" -ekstern kurstilbyder ?
4	HMS	Rydde i VO og oppdatere i forhold til Achilles og rapportering. HR.
5	Ergonomi og fysisk helse	Informasjon om helsemotivatorordningen og forflytningskurs i linjen

### 3.9 Klinikk for radiologi og nukleærmedisin (KRN)

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Det er ca 8 skjema som ikke har signert for tilbakemeldingsmøter. Halvparten ser ut til å være manglende signatur fra enten leder eller VO, men resultater er ført inn i skjema. Den andre halvparten ser vi et potensiale i opplæring og tettere oppfølging.	Klinikken vil gi en tettere og personlig oppfølging til de som ikke har signert innen fristen. Der man har tekniske problemer vil det gis hjelp med oppfølging mot Achilles support. De som er for små eller har for få svar til å få ut rapporter, vil kontaktes samtidig som rapportene sendes ut, med råd og veiledning for å gjennomføre tilbakemeldingsmøter. De som har fått rapport, men ikke gjennomført tilbakemeldingsmøter innen fristen i 2021, vil få tettere opplæring og oppfølging i 2022.
Organisatoriske forhold		KRN har to store prosjekter i for tiden (RAM og Nye OUS), med mange ansatte involvert i grupper og prosesser. Det pågår flere organisatoriske prosesser i KRN som vi velger å videreføre til neste år. Setter derfor ikke opp nye tiltak til handlingsplan 2022.	Ingen nye tiltak i 2022 for å skape ro rundt pågående prosesser.



Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>Stress, medvirkning og støtte</b>		Lite endringer i resultatene fra i fjor. Vår største buffer er leder- og kollegastøtte. Ellers hadde vi vært oransje. Fortsette arbeidet med IA- og HR-workshop.	Fortsette arbeidet med IA-workshop og HR-verksted
<b>Arbeidsmiljø preget av åpenhet, respekt og tillit</b>		Lite endring fra tidligere år. En nedgang på respektfullt arbeidsmiljø.	Oppfølging av de med lav skår i ForBedring 2022 og der hvor det gjennom andre kanaler har kommet bekymringsmeldinger med hensyn til manglende åpenhet, respekt og tillit.
<b>Mobbing og trakassering</b>		Selv om vi nærmer oss grønn på begge spørsmål, velger vi gult nivå så lenge vi skårer gult på mobbing. Videre satsing på forebyggende arbeid.	Fortsette arbeidet med IA-workshop og HR-verksted
<b>Konflikter og håndtering av konflikter</b>		Ut fra nøkkelfaktorene virker det å være kjente saker som gir utslag i respektfullt arbeidsmiljø. Her velger vi å la de pågående prosessene gå sin gang. Vi er likevel glade for å se noe forbedring i dette temaet fra i fjor.	Vi lar pågående prosesser gå sin gang. Fortsette arbeidet med IA- og HR-workshop
<b>Plassforhold</b>		KRN har mange saker rundt plassforhold, det er utfordringer med trange forhold og gamle lokaler flere steder. Vi er involvert i alle rokade- og byggeprosjekter. Stadig flere må dele arbeidsplasser. Med stadig flere felles arbeidsplasser er det viktig å jobbe med holdningen om "clean desk". Skal man dele på arbeidsplassene må hver enkelt rydde pulten før de	Starte en holdningskampanje forankret via klinikkledermøtene om "clean desk". Påminning ca tre ganger i løpet av året.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
		går. Dette gjelder selv om man tror at man kommer tilbake neste dag.	
Luftkvalitet		Luftkvalitet på Ullevål er et gjennomgående problem. Det er viktig å sette fokus på eget handlingsrom og det vi kan gjøre selv. Byggene får vi ikke gjort så mye med. Vi skal likevel rapportere alle avvik. Være obs på inntaks- og uttaksventiler i samme rom, fjerne gamle vegger	Fokus på ryddig og rent, samt regulering av innetemperatur.
Støy		Vi tror vi ser effekt av at byggeprosjektet på Radiumhospitalet har passert den mest støyende fasen. Av de som oppgir sjenerende støy i Achilles virker det som det er menneskelig aktivitet som dominerer. Andres kommunikasjon gir irriterende støy som kan føre til konsentrasjonsproblematikk.	Utrede problematikken hos de som har rapportert utfordringer med støy. Tilstrebe å plassere like aktiviteter i samme rom, eks. telefonaktivitet.
Lysforhold		Vi ser forbedring fra i fjor på dagslys. Det viser at vi har fokus på dagslys for våre ansatte og gjør endringer der vi kan og får mulighet til det. Vi velger likevel gult nivå for å videreføre fokus på tema.	Videreføre fokus på gode arealer ved flyttinger innenfor eksisterende lokaler
Ergonomi og fysisk helse		I fjor hadde vi tiltak om å øke antall helsemotivatorer i klinikken. Det har ikke vært kurs pga COVID19. Vi ønsker å videreføre dette tiltaket i 2022.	KRN har som mål å ha utdannet 11 helsemotivatorer (ca en per avdeling)

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Kjemisk arbeidsmiljø		Vi har fått etablert et fungerende nettverk for kjemikaliekontakter i klinikken som vi forventer vil få god orden på Stoffkartoteket framover.	Nettverk for kjemikaliekontakter i KRN bes se på utfordringer med arbeidslokaler for kjemikalier i de enheter som rapporterer uegnede lokaler i HMS-runden.
Smittevern		Vi er fornøyde med å ha nådd sykehusets mål på 90 % vaksinerte for influensa. Dette ønsker vi å opprettholde sammen med vår gode kunnskap og rutiner.	Opprettholde fokus på forebyggende arbeid rundt smittevern.
Strålevern		Vi har strålevernskntakter alle steder det er aktuelt.	Fortsatt fokus på ansatte med høyere doseavlesing enn vanlig. Disse bør følges opp med tanke på arbeidsrutiner, arbeidsoppgaver, opplæring, bruk av verneutstyr etc.
Brannvern		Siden i fjor har vi hatt fokus på gjennomføring av elæringskurset for Brannvern. Dette er nå rullet ut i Kompetanseplan for alle ansatte ved OUS.	Ta ut statistikker på gjennomføring av elæringskurs for Brannvern og presentere i klinikkledermøte et par ganger i året.
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Klinikken har fortsatt en god del MTU med truende havari. Investeringsbudsjettet matcher ikke innmeldt behov som medfører til flere hendelser med driftsstans i året. Utskifting finansieres delvis gjennom havaribudsjettet med påfølgende driftsproblematikk.	Jobbe videre i investeringsprosessen for å belyse vårt behov for forutsigbart budsjett i forhold til endringer og forbedringer. Ved å sette det på klinikkens HMS-handlingsplan tydeliggjør vi enda mer klinikkens behov, og den påvirkning lite velfungerende MTU har på de ansattes arbeidsforhold.
Vold og trusler		Nytt risikovurderingsskjema for vold og trusler i forbedringssystemet Achilles. Alle enheter skal gjennomføre innledende grovkartlegging i tråd med prioritert tiltak i HMS årsrapport 2020. Prosess beskrevet i e-håndbokdokument id:375	HMS handlingsplan må samkjøres med kllinikkens risikovurdering med tiltak om at alle avdelinger skal gjennomføre innledende grovkartlegging av vold og trusler

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>Inkluderende arbeidsliv (IA)</b>		Vi ser markant lavere deltagelse i bedriftsjordmorordningen. Usikker på om noe kan tillegges situasjonen rundt Corona. Vi sjekker hvor mange kvinner som var ute i foreldrepermisjon i perioden for å se om vi kan avdekke noen årsaker. Vi ønsker likevel å fortsette med at de gravide informeres skriftlig om ordningen og selv bestemmer ønsket for å delta. De arbeides aktivt med IA og sykefravær, så vi fortsetter disse prosessene.	Fortsette med at de gravide informeres skriftlig og selv kan bestemme om de ønsker å delta i bedriftsjordmorordningen. Fortsette arbeidet med IA- og HR-workshop.
<b>Rus- og avhengighetsproblematikk</b>		Vi har fått bekreftet at antall informasjonsmøter er feil. Det riktige skal være 2. Vi ønsker uansett å få en jevnere informasjon ut i klinikken.	Tilstrebe å ha jevnlig 5 eller flere informasjonsmøter spredt rundt i klinikken hvert år.
<b>Ytre miljø</b>		Vi ser forbedring i sparing av daglig strømforbruk, samtidig som vår sortering av avfall kan synes å ha gått noe ned.	Rulle ut i Kompetanseplan for alle ansatte i KRN ehåndboksdocument 32140 Avfallshåndtering og E-læringskurset Grønt sykehus Ta ut statistikker på gjennomføring av elæringskurs og lesekvittering i Ehåndbok for å presentere i klinikkledermøte et par ganger i året.

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Konflikter og håndtering av konflikter	Vi har mange kjente saker som gir utslag i tema om respektfullt arbeidsmiljø i ForBedringsundersøkelsen. Vi er likevel glade for å se noe forbedring i dette temaet fra i fjor.
2	HMS-verktøy	Det er ca 8 skjema som ikke har signert for tilbakemeldingsmøter. Halvparten ser ut til å være manglende signatur fra enten leder eller VO, men resultater er ført inn i skjema. Den andre halvparten ser vi et potensiale i opplæring og tettere oppfølging.
3	Plassforhold	KRN har mange saker rundt plassforhold, det er utfordringer med trange forhold og gamle lokaler flere steder. Vi er involvert i alle rokade- og byggeprosjekter.
4	Vold og trusler	6 verneområder i KRN har svart «Ikke i det hele tatt» og «I liten grad» på spørsmålet «Har de ansatte fått nødvendig opplæring om hvordan de skal håndtere volds- og trusselsituasjoner som kan oppstå i deres arbeidssituasjon?» i HMS-runden. Det er lansert nytt risikovurderingsskjema for vold og trusler i forbedringssystemet Achilles. Alle enheter skal gjennomføre innledende grovkartlegging i tråd med prioritert tiltak i HMS årsrapport 2020. Prosess beskrevet i e-håndbokdokument id:375
5	Ytre miljø	Vi ser forbedring i sparing av daglig strømforbruk, samtidig som vår sortering av avfall kan synes å ha gått noe ned.

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Konflikter og håndtering av konflikter	Vi velger å la de pågående prosessene med IA-workshop og HR-verksted i klinikken samt pågående lokale tiltak fortsette uforstyrret.
2	HMS-verktøy	Klinikken vil gi en tettere og personlig oppfølging til de som ikke har signert innen fristen. Der man har tekniske problemer vil det gis hjelp med oppfølging mot Achilles support. De som er for små eller har for få svar til å få ut rapporter, vil kontaktes samtidig som rapportene sendes ut, med råd og veiledning for å gjennomføre tilbakemeldingsmøter. De som har fått rapport, men ikke gjennomført tilbakemeldingsmøter innen fristen i 2021, vil få tettere opplæring og oppfølging i 2022.
3	Byggeprosjekter	KRN medvirker i alle aktuelle rokade- og byggeprosjekter. Klinikken skal fortsette å påvirke prosjektledelsen (Nye OUS/Rokade osv) gjennom utarbeidelse av notater basert på fakta og grundige tilbakemeldinger.
4	Vold og trusler	Alle enheter skal gjennomføre innledende grovkartlegging i tråd med prioritert tiltak i HMS årsrapport 2021. Prosess beskrevet i e-håndbokdokument id:375, del 1.
5	Ytre miljø	Rulle ut i Kompetanseplan for alle ansatte i KRN ehåndboksdokument 32140 Avfallshåndtering og E-læringskurset Grønt sykehus

### 3.10 Kvinneklinikken (KVI)

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		God rekruttering av verneombud. Har verneombud i alle områder. Avdelingsverneombud på Gyn og Føde er innført. Alle enheter ved KVI har gjennomført Corona runder. Ikke alle rakk HMS-runde	KVO og HR vil følge opp ledere og VO i KVI med korrekt føring i Achilles
Organisatoriske forhold		Det grønne korset er godt implimentert i KVIs alle avdelinger/seksjoner og enheter. Internrevisjon; KVI har gjennomført internrevisjoner i 2021	Kontinuerlig, følg nivå 1-prosedyre for ressursplanlegging og bemanning. Nedsatt en arbeidsgruppe som ser på bemanning og ressursplanlegging.
Stress, medvirkning og støtte		Arbeidsbelastningen i KVI oppleves som meget høy generelt i hele KVI .Spesielt på lege og pleiesiden	Gjennomført Aktivt medarbeiderskap, psykosoialt arbeidsmiljø. Gjennomført økning av årsverk.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Arbeidsmiljø preget av åpenhet, respekt og tillit			Opprettholde tiltak fra tidligere.
Mobbing og trakassering			
Konflikter og håndtering av konflikter			
Plassforhold		Utfordringer iht areal som oppgitt tidligere. Ingen endring	
Luftkvalitet			
Støy			



Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Lysforhold			
Ergonomi og fysisk helse		Opprettholder orange. Fortsatt behov for utskifting av utstyr og flere strømuttak	Noen fødesenger er byttet ut. Plan for de resterende. UL jordmødre; Satt inn tiltak for bemanning, rotasjon mellom stasjonene, tilrettelegging. Forebyggende arbeid.
Kjemisk arbeidsmiljø		Fortsatt noe med-tekn. Utstyr som står for utskiftning	
Smittevern		Innført stikk sikre kanyler	Jobber aktivt med å redusere stikkskader
Strålevern		Ingen endring	
Brannvern		Lav score på gjennomført e-læringskurs Brannvern	Alle ansatte skal gjennomføre Brannvernkurs - e-læringskurs i 2022

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)</b>		Fortsatt noe med-tekn. Utstyr som står for utskiftning	
<b>Vold og trusler</b>		De fleste i KVI er nå kjent med nye retningslinjer	Det er laget intern N2 retningslinje for hvordan melde om vold og trusler. Tema på Ledersamling. Kontinuerlig fokus på tema i K-AMU og Ledersamlinger. Melde ansatte på kurs
<b>Inkluderende arbeidsliv (IA)</b>		Det er økende sykefravær i KVI. Stort fokus på IA arbeidet i KVI	Fortsatt stort fokus på sykefraværet. HR i tett samarbeid og dialog med ledere
<b>Rus- og avhengighetsproblematikk</b>		KVI har 1 AKAN avtale. Akan arbeidet har ikke vært et tema på KAMU eller KLM i 2021	Fokus og tema på ledersamlinger. Dialog med VO og TV er viktig. Den enkelte avdeling/sekjson kan invitere Akan til undervisning sammen med dennes VO og TV. Akan hovedkontakt inviteres sammen med ARB til KLM og KAMU i 2022
<b>Ytre miljø</b>		Klinikken har egen kontakt for Ytre miljø. Klinikken har hatt revisjon på det Ytre miljøet.	Må ha en gjennomgang av Ytre miljø med KVIs kontakt Joachim Dahl

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Arbeidspress	KVI har utfordringer ihht drift ved Fødeavdelingene, RMA,FMA og Gyn avdeling. Det er stort arbeidspress på avdelingens leger, sykepl/jordmødre og helsefagarbeidere. Økt antall indiksjoner. IVF. Ny Bioteknologilov vil gi økte oppgaver og behov for flere årsverk både ved RMA og FMA. Spesielt stor belastning på RMA nå sett opp mot areal og lokalisasjon inn mot nye OUS
2	Samhandling	Fokus på samhandling mellom avdelinger/seksjoner og lokalisasjoner. Potensial for forbedring
3	Kommunikasjon/ medvirkning	Fortsatt fokus på en god og trygg kommunikasjon / dialog mellom arbeidsgiver, arbeidstaker og tillitsvalgte/VO på alle nivåer, samt øke medvirkning på alle enheter i klinikken
4	Psykososiale arbeidsmiljø	Klinikken må fortsatt ha fokus og følge opp Aktivt medarbeiderskap samt benytte klinikkens kulturkonsulent aktivt i de avdelinger/seksjoner som har spesielle utfordringer i sitt arbeidsmiljø.
5	Vold og Trusler	Ansatte opplever trusler fra pårørende / pasienter og dette skaper en utrygghet når man er på jobb. HR/KVO tar kontakt med Mathias Van der Harst vedr kurs og oppløring av ansatte

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Arbeidspress	KVI har utfordringer ihht drift ved Fødeavdelingene, RMA,FMA og Gyn. Ny Bioteknologilov vil gi økte oppgaver og behov for flere årsverk ved RMA og FMA. Dette er meldt inn sentralt om økt bemanning. Jobbes med mulig tiltak for midlertidig sammenslåing av barsel posterUllevål i tilknytning til lave fødselstall. Ved midl omdisponering av ansatte kan dette gi også et mindre arbeidspress da man ved flere vakter blir ekstra personel på, eks på natt og helg
2	Samhandling	Fokus på samhandling mellom lokalisasjonene. Tidl involvering av TV/VO i prosesser. Faste møter med TV/VO hver mnd. på alle nivåer i KVI ( avd. og seksjon) med referat, for å forbedre samarbeidet mellom arbeidsgiver og TV/VO
3	Kommunikasjon/ medvirkning	Fortsatt fokus på en god og trygg kommunikasjon / dialog mellom arbeidsgiver, arbeidstaker og tillitsvalgte/VO på alle nivåer, samt øke medvirkning på alle enheter i klinikken
4	Psykososiale arbeidsmiljø	KVI skal fortsatt ha som mål å jobbe for et trygt og god psykososialt arbeidsmiljø for alle ansatte og ledere i Klinikken. Klinikken opprettholder nært samarbeid med NAV kontakt, ARB og BHT der det er nødvendig.
5	Vold og Trusler	Ansatte opplever trusler fra pårørende / pasienter og dette skaper en utrygghet når man er på jobb. HR/KVO tar kontakt med Mathias Van der Harst vedr kurs og oppløring av ansatte

### 3.11 Medisinsk klinikk (MED)

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Vi er gode på opplæring av VO. Meldefrekvens er bra. Vi kan bli bedre på systematisering ifht forbedringsprosessen. Manglende svarprosent ser vi i sammenheng med Covid-19 situasjonen.	Oppfølging av systematisering av ForBedring i KAMU. Oppfølging av status gjennomføring og resultater av HMS runder i KAMU. Oppfølging i klinikkens VO møter. Informasjon til ledergruppe og nye ledere. God mulighet for å flere områder på gult.
Organisatoriske forhold		Opplevs stor arbeidsbelastning på ansatte både før og spesielt under pandemi	Bør bli bedre til å bruke det grønne korset aktivt, fokus på helsefremmende turnus. Bør vurdere nøye fordeling av overtid og merarbeid på flere ansatte
Stress, medvirkning og støtte		Klinikken scorer bra på støtte fra medarbeidere og ledere. Men scorer dårligere på stress og medvirkning.	Sikre nok tid for prioritering til medvirkning. Tema legges inn i spørsmålsguiden vi bruker som forberedelse av avdelingene til KAMU

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Arbeidsmiljø preget av åpenhet, respekt og tillit		Arbeidsmiljøet under pandemi blir preget av mangelfull mulighet for faglig og sosialt samvær. Ledere oppfordre til å melde avvik. Fremme gode samarbeidsarenaer og møteplasser	
Mobbing og trakassering		Tydelig fokus fra klinikkleder over tid. Klinikken har null toleranse for uakseptabel oppførsel. Ved relevante saker, tettere oppfølging.	Sikre god kjennskap til prosedyrer og verktøy .Ta kontakt med leder, TV og VO
Konflikter og håndtering av konflikter		HR er sterkt involvert i konfliktsaker.	Fortsette med opplæring av ledere, TV og VO og involvere HR ved behov.
Plassforhold		Arealer ikke tilpasset drift. Manglende enerom til smittepasienter. Vi jobber kontinuerlig for å bruke arealene på best mulig måte. Lite handlingsrom. Bør se på arealutnyttelse på tvers av klinikker.	Melde og følge opp avvik i Achilles.
Luftkvalitet		Det er dårlig luftkvalitet i hele bygg 3 samt andre lokaler. Løse aircondition tar mye plass. Ikke alle kan bruke det pga smitte / sterile prosedyrer(bygg 25 og obsposten).	Melde avvik og kontakte faginstanser ved behov.
Støy		Støy fra medisinsk teknisk utstyr. Areal gjør at det er trangt, man jobber tett og sitter i kontorlandskap, - mange støykilder.	Fortsatt fokus på støymåling, innkjøp av "ører" / støytafle. Evt tilby opplæring i støyreducerende tiltak.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Lysforhold		Dagslys og skjenerell belsysning oppleves på dagtid som god. Men oppleves som problem på natt og under prosedyrer.	Fokus på belsysning generelt og vurdere evt tiltak. Evt se på mulig alternativer eller om det finnes noen løsninger eller hjelpemidler på natt.
Ergonomi og fysisk helse		Behov for flere veiledere. Behov for å finne tiltak for fysisk aktivitet ifht drift. Manglende fasiliteter ifht garderober og dusjmuligheter.	Trenger flere veiledere helsemotivatorer. Synliggjøre det vi har av utstyr og opplæring av dette.
Kjemisk arbeidsmiljø		Ser en forbedring av bruk av stoffkartoteket. Følge opp med opplæring, kunnskap og informasjon.	KHVO sjekker med Nicolai Bach med oversikt over de mest farlige stoffene.
Smittevern		Smittevern er en viktig del av klinikkens portefølje.	Sikre at vi har nok tilgjengelig utstyr til enhver tid.
Strålevern		Scorer godt ifht opplæring og kunnskap, lite eksponering på dosimeter	Fortsette det gode arbeidet
Brannvern		Mai er vår brann-måned.	Påminnelse om å gjennomføre e-læringskurs i april. Etterspørre tall fra e-kurs i juni.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)</b>		MTU følges opp i klinikken, MTU-ansvarlige på flere steder. Utfordring med tilstrekkelig opplæring av MTU i forbindelse med pandemi. Medusa	Oppfordre til bruk av fagdager for opplæring av MTU der det er behov
<b>Vold og trusler</b>		Det skal gjøres en risikoanalyse på alle seksjoner. HK og KT sjekker dette i forhold til Achilles.	Gjøre ledere kjent med gjeldene prosedyrer i E-håndbok og risikoanalyse i Achilles
<b>Inkluderende arbeidsliv (IA)</b>			Følges opp i AMU. Følge opp avdelinger med over 10% sykefravær.
<b>Rus- og avhengighetsproblematikk</b>		Følges opp i ledermøter, vernombudsmøter.	Invitere Erik Anker Lindal AKAN-kontakt til ulike møtefora. Mulig tema for dagssamling for TV og VO.
<b>Ytre miljø</b>			Kartlegge hvilke avdelinger og enheter som ikke har svart grønt på håndtering av ordinært, farlig avfall og lage handlingsplan.



## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Vold og trusler	Medisinsk klinikk har en del krevende og utagerende pasienter og oppleves at problemet er økende. Det brukes mye ressurser på at ansatte skal beskyttes mot vold/trusler; vektere og fastvakter. E-læringskurs har blitt mye brukt på de enheter som er mest utsatt.
2	Stress, medvirkning og støtte	Svarene fra ForBedring gjenspeiler at det er begrensede ressurser. Det jobbes med evaluering av krevende situasjoner. Avvikene som meldes om bemanning og arbeidsbelastning tas på alvor. Stor arbeidsbelastning på ansatte gjennom pandemien. Vi ligger høyt på andel HMS- avvik om bemanning og arbeidspress, og scorer ofte rødt på risiko
3	Plassforhold	Arealer ikke tilpasset drift. Manglende enerom til smittepasienter. Vi jobber kontinuerlig for å bruke arealene på best mulig måte. Lite handlingsrom. Bør se på arealutnyttelse på tvers av klinikker.
4	Luftkvalitet	Det er dårlig luftkvalitet i hele bygg 3. Løse aircondition tar mye plass. Ikke alle kan bruke det pga smitte / sterile prosedyrer.
5	Ergonomi	Klinikken har stor fysisk belastning ofte kombinert med et høyt arbeidstempo. Behov for å finne tiltak for fysisk aktivitet ifht drift. Manglende fasiliteter ifht garderober og dusjmuligheter

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Vold og trusler	Gjøre ledere kjent med gjeldene prosedyrer i E-håndbok og risikoanalyse i Achilles. Fortsette å melde avvik i Achilles, gjennomføre e-læringskurs
2	Stress, medvirkning og støtte	Sikre nok tid for prioritering til medvirkning. Tema legges inn i spørsmålsguiden som brukes som forberedelse av avdelingene til KAMU
3	Organisatorisk arbeidsmiljø	Bør bli bedre til å bruke det grønne korset aktivt, fokus på helsefremmende turnus. Bør vurdere nøye fordeling av overtid og merarbeid på evt flere ansatte
4	Brannvern	Klinikken har satt mai som fokusmåned for brann. Sende ut en påminnelse om å gjennomføre e-læringskurs i april og etterspørre tall fra e-kurs i juni. Fortsette å minne om brannopplæring i ulike møtefora
5	Ergonomi og fysisk helse	Trenger flere helsemotivatorer. Gjøre en kartlegging over hva som finnes av forflytningsutstyr og hjelpemidler i klinikken. Synliggjøre det vi har av utstyr og opplæring av dette, slik at man kan dele på dette og bruke på tvers ved behov. Også fokus på hjelpemidler for barriatriske pasienter

### 3.12 Nevroklinikken (NVR)

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Nedgang i oppfølging i etterkant av ForBedring, samt manglende signering og/eller gjennomføring av HMS-runder.	Tiltak for økt gjennomføring av HMS-runder og tilbakemeldingsmøter etter ForBedring.
Organisatoriske forhold		Forbedringsarbeid.	Forbedringsarbeid.
Stress, medvirkning og støtte		Det er stort arbeidspress flere steder i klinikken, men det er også godt på kollegialt samarbeid og opplevd lederstøtte. Ønske om en større "vi-følelse" i klinikken.	Bevisstgjøring rundt klinikkens identitet. Primært for å oppnå forståelse for mulighetsrom og hvor og hvordan man har muligheten til å medvirke.
Arbeidsmiljø preget av åpenhet, respekt og tillit		Klinikken scorer godt, på åpenhet, respekt. Dog faller vi på uakseptabel atferd hvor noe kan knyttes mot enkelthendelser.	Enkelt saker følges opp og kan jobbes med i ForBedring.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Mobbing og trakassering		Ønske om bedre score på mobbing.	Klargjøre definisjonen av mobbing og trakassering og hvordan dette meldes.
Konflikter og håndtering av konflikter		Ledere følges opp dersom de trenger bistand til dette punktet.	Systematisere oppfølging.
Plassforhold		Enkelte seksjoner har fått bedre forhold.	Utnytte lokale forbedringsmuligheter.
Luftkvalitet		Gamle bygg og arealer. Tilsvarende tilbakemeldinger som 2020, lite som kan gjøres før nye sykehusbygg står klare.	Oppfordre alle til å melde HMS-avvik slik at man kan utbedre lokalt ved behov.
Støy		Gjøre lokale risikovurderinger der det er behov. Bedring fra 2020	Melde HMS-avvik om det er utfordringer rundt støy.
Lysforhold		Gode lysforhold i klinikken	Fortsette å melde ifra om lokale utfordringer.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Ergonomi og fysisk helse			Klinikken ønsker mer gruppebasert undervisning i ergonomi og forflytningsteknikker (veiledere).
Kjemisk arbeidsmiljø		Opplever god gjennomføring av risikovurderinger og det jobbes med kjemisk arbeidsmiljø ute i klinikken.	Oppfølging av EcoOnline - ledere må kjenne til stoffkartoteket.
Smittevern		Det er god forbedring fra 2020, og man kontinuerer det påbegynte arbeidet rundt smittevern.	Vurdere om alle ansatte i klinikken skal gjennomføre årlige digitale smittevernkurs.
Strålevern		Det er generelt lite stråling i klinikken og man er usikker på hvorfor man scorer gult.	Påse at rutineene følges der ansatte utsettes for stråling.
Brannvern		Dersom man går et normalår i møte tar man opp brannvernsarbeid slik som tidligere (praktiske gjennomføringer (brannøvelser osv)).	
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Noe kritisk MTU er i svært dårlig stand som ikke kommer frem i HMS-runden eller Forbedringsundersøkelsen.	Fast kommunikasjon med leverandører. Det meldes inn i Achilles og meldes inn i inviseringsbudsjettet årlig.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>Vold og trusler</b>		Det jobbes lokalt med vold og trusler om vold i klinikken.	Hele klinikken gjennomfører den nye risikovurderingsmodulen i Achilles, og gjør lokale tiltak ved behov.
<b>Inkluderende arbeidsliv (IA)</b>		Man ser sykefraværet er for høyt ut i fra OUS og klinikkens egne måltall. Det oppleves at ledere kjenner til rutiner for oppfølging av sykefravær.	Klinikkens IA-gruppe ser på mulige forbedringstiltak.
<b>Rus- og avhengighetsproblematikk</b>		I pandemiperioden har det vært mindre fokus på AKAN-arbeid	Informere i avdelingene. Lage en plan for informasjon i klinikken.
<b>Ytre miljø</b>		Forbedring fra 2020.	Følger pågående miljøarbeid som er startet i OUS.

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Stress, medvirkning og støtte	Det er stort arbeidspress flere steder i klinikken, men det er også godt på kollegialt samarbeid og opplevd lederstøtte. Ønske om en større "vi-følelse" i klinikken.
2	Organisatorisk arbeidsmiljø	Man opplever at man lokalt i klinikken kan se på organisatoriske forhold for å forbedre drift.
3	Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)	Noe kritisk MTU er i svært dårlig stand som ikke kommer frem i HMS-runden eller Forbedringsundersøkelsen.
4	Vold og trusler	OUS implementerer et nytt risikovurderingsverktøy som klinikken også må gjennomføre. Noen enheter i klinikken har høy risiko.
5	Inkluderende arbeidsliv (IA)	Man ser sykefraværet er for høyt ut i fra OUS og klinikkens egne måltall. Det oppleves at ledere kjenner til rutiner for oppfølging av sykefravær.

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Stress, medvirkning og støtte	Bevisstgjøring rundt klinikkens identitet. Primært for å oppnå forståelse for mulighetsrom og hvor og hvordan man har muligheten til å medvirke.
2	Organisatorisk arbeidsmiljø	Se på arbeidsflyt mellom profesjoner og lokale flyttiltak.
3	Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)	Fast kommunikasjon med leverandører. Det meldes inn i Achilles og meldes inn i inviseringsbudsjettet årlig.
4	Vold og trusler	Hele klinikken gjennomfører den nye risikovurderingsmodulen i Achilles, og gjør lokale tiltak ved behov.
5	Inkluderende arbeidsliv (IA)	Klinikkens IA-gruppe ser på mulige forbedringstiltak.



### 3.13 Ortopedisk klinikk (OPK)

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Generelt dårlig bruk av Achilles. 7. Ikke prioritert oppgave blant legeledere	Etterspørre hos ledere og ha fokus på det i ledermøter. Etterspørre hvor mange ganger tema ble tatt opp på ledermøter. Fortsette å etterspørre tiltak i Achilles.
Organisatoriske forhold		Endret fra orange til gult fordi det er positiv endring på flere punkter. Fortsatt utfordringer på arbeidsforhold. Det er mangel på hjelpemidler, trange arbeidsforhold og høyt arbeidspress.	Avdelingen selv må følge opp innkjøp av riktig hjelpemidler iht. pasientener og ansattes behov. Bemanning: analysere type turnover og underøke årsak til turnover. Spørre ledere om de har sluttsamtaler.
Stress, medvirkning og støtte		Fortsette å ta vare på hverandre. Ressursmangel sliter ut ansatte.	Utrede mulighet for stressmestringskurs hos Arbeidsmiljøavdelingen. Kollegastøtte.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Arbeidsmiljø preget av åpenhet, respekt og tillit		Klinikken ønsker fortsatt en åpen kultur hvor alle føler seg trygg på å kunne ta opp vanskelige temaer. Arbeidsmiljøavdelingen blir benyttet ved behov.	Samarbeide med Arbeidsmiljøavdelingen. Oppfordre lokale ledere å snakke åpent om feil.
Mobbing og trakassering		Forandret fra gult til grønt fordi det er en generell forbedring på begge punkt. Nulltoleranse for trakassering.	Tidlig reaksjon fra nærmeste ledernivå. Leder må be om bistand fra HR-leder så raskt som mulig.
Konflikter og håndtering av konflikter		Konflikter blir fulgt opp av Arbeidsmiljøavdelingen, HR-leder og KVO.	Tydeliggjøre at alle ansatte har en plikt å melde fra om konflikter. Tema på ledersamlingen februar 2022 v/Arbeidsmiljøavdelingen ?
Plassforhold		Ortopedi er det mest utstyrskrevene faget. Vi har mangel på lagerplass på samtlige lokasjoner. Det er på både kontor, sengepost, operasjon og poliklinikker. Klinikken har lokaler i nedslitte bygninger.	Fortsette å melde behov inn til prosjekt NYE OUS. Det jobbes med å finne nye lokaler til sengepostene på Ullevål. Ny Legevakt på Aker er innflyttingsklar i 2023.
Luftkvalitet		Luftkvalitet er dårlig på alle lokasjoner. Temperatur er ikke tilfredsstillende(ikke regulerbar) På grunn av manglende lagerplass står mye utstyr i korridorer/sengerom som medfører dårlig renhold.	Nye lokaler må vurderes. Bygg 97 skal rives og ansatte må flytte.
Støy		Mye støy pga. helikopter på Ullevål. Støy under operasjoner.	Sikre at ansatte bruker verneutstyr på operasjon.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Lysforhold		Klinikken har fortsatt heldagsarbeidsplasser uten dagslys.	Oppfordre ansatte til å ta pauser når det er mulig.
Ergonomi og fysisk helse		Klinikken mangler tilstrekkelig med forflytningveiledere.	Fortsatt jobbe med å øke antall forflytningveiledere. Oppfordre til "pausegym" og forflytningfilmer (se YouTube)
Kjemisk arbeidsmiljø		OPK har ikke tid eller ressurser til å jobbe med EcoOnline. Klinikken har mangelfull oversikt over kjemikalier i bruk, og hvor farlige de er.	Mail sendes til enhetsledere/seksjonsledere der det oppbevares kjemikalier om at kjemikaliekontakten må få tilstrekkelig tid til å registrere de ulike stoffene i Eco Online og substitusjonsvurdere/risikovurdere.
Smittevern		Skifte fra gult til grønt: økt fokus og bevissthet for å beskytte seg selv og pasienten Kunnskap og praksis blant ansatte og ledere er økt. Flere ansatte har tatt influensavaksine enn tidligere. Stikkskader pga. økt arbeidspress og stress.	Fokus på hvordan stress kan føre til økt stikkskader.
Strålevern		Innhente navnoversikt over stålevernkontakter.	Avklare hvem som er strålevernkontakter i klinikken. Kvalitetsrådgiver undersøker.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>Brannvern</b>		Flere har tatt brannvernkurs. Kun en enhet har gjennomført brannrunde i år. Settes på gult da det var rødt i fjor.	Oppfordre brannvernkontakt til å gjennomføre brannrunde. Ledere og ansatte om å ta brannvernkurs.
<b>Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)</b>		Grunnet mange nyansatte er det etterslep på opplæring og sertifisering.	Fortsette som tidligere.
<b>Vold og trusler</b>		Voldsrisikovurdering ble sendt ut før sommeren. Er ikke gjort hos flere enheter/seksjoner m.m.	Det er sendt ut beskrivelse på hvordan dette skal gjennomføres. Skal følges opp i lederlinjen.
<b>Inkluderende arbeidsliv (IA)</b>		Fokus på sykefravær hele tiden. Alle gravide må få tilbud om samtale med bedriftsjordmor. Klinikken har etablert en IA-gruppe i klinikken.	HR i klinikk følger opp sykefravær i Klinikk AMU, og er i kontakt med ledere der det er høyt sykefravær. Leder med gravid medarbeider må kontakte bedriftsjordmor
<b>Rus- og avhengighetsproblematikk</b>		Klinikk AMU har hatt besøk av AKAN kontakt.	Sikre at alle ansatte har informasjon om hvordan man går fram hvis man oppdager at en kollega kan ha et rusproblem.
<b>Ytre miljø</b>		Endret fra orange til gult fordi vi er bedre til å spare strøm. Operasjon RH har startet kildesortering av plast.	Jobbe bedre med negativ påvirkning av ytre miljø.

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Systematisk HMS-arbeid	Klinikken er dårlig på å følge opp ForBedring i Achilles og gjennomføre HMS-runder. Det er også dårlig oppfølging av registrerte tiltak og avvik i Achilles. Klinikken HMS-årshjul må brukes i lederlinjen og tas opp i ledermøter.
2	Plassforhold	Ortopedi er det mest utstyrskrevenne faget. Vi har mangel på lagerplass på samtlige lokasjoner. Det er på både kontor, sengepost, operasjon og poliklinikker. Klinikken har lokaler i nedslitte bygninger.
3	Stress, medvirkning og støtte	Fortsette å ta vare på hverandre. Ressursmangel sliter på de ansatte. Flere ansatte tenker på å slutte.
4	Vold og trusler	Voldsrisikovurdering ble sendt ut før sommeren. Voldsrisiko er ikke utført i flere enheter/seksjoner.
5	Inkluderende arbeidsliv (IA)	Fokus på sykefravær hele tiden. Gravide har ikke fått tilbud om samtale med bedriftsjordmor. Klinikken har etablert en IA-gruppe.

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Stress, medvirkning og støtte	<p>Utrede mulighet for stressmestringskurs hos Arbeidsmiljøavdelingen og gi tilbakemelding.</p> <p>* Åpent kurs i stressmestring 1. april</p> <p>* Arbeids- og org psykolog v/ Arbeidsmiljøavdelingen kan holde enkelte kurs for klinikken – Ta kontakt!</p> <p>Kollegastøtte. Økt lederstøtte for å kunne stå i det?</p>
2	Vold og trusler	<p>Klinikken skal følge prosedyre DokID 375: «Forebygging av vold og trusler mot medarbeidere». HR følger opp resultatene, og melder inn i Klinik-AMU kvartalsvis. Våren 2022 blir det kurs for ledere og VO i Risikokartlegging.</p>
3	Systematisk HMS-arbeid	<p>Ledermøtene i OPK skal ha fokus på systematisk HMS-arbeid og bruk av Achilles jevnlig. Dette bør være et tema minst kvartalsvis.</p> <p>Klinikkleder skal gjennomgå HMS-handlingsplan i Klinik-AMU 3 ganger i året for å se på status, aktivitet og fremdrift.</p>
4	Inkluderende arbeidsliv (IA)	<p>IA-gruppen følger opp sykefravær i Klinik-AMU kvartalsvis. HR-leder er i kontakt med ledere der det er høyt sykefravær.</p> <p>Informasjon om bedriftsjordmor skal være lett tilgjengelig på alle arbeidsplasser. Leder bør informere gravide ansatte om tilbudet så fort leder vet at ansatt er gravid.</p>

5	Plassforhold	Fortsette å melde plassbehov inn til Nye OUS via klinikkontakt. Det jobbes med å finne nye lokaler til sengepostene på Ullevål. Ny Legevakt på Aker er innflyttingklar i 2023.
---	--------------	--

### 3.14 Oslo sykehuservice (OSS)

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Det kan se ut til at mange har gjennomført HMS runde og tilbakemeldingsmøte i etterkant av ForBedring, men ikke signert i Achilles.	Informasjon og tilbud om opplæring i forkant av HMS-runde og ForBedring. Sende ut jevnlige påminnelser før de ulike fristene går ut.
Organisatoriske forhold		Organisatorisk arbeidsmiljø: Tavlemøter og det grønne korset benyttes ikke ved alle enheter. OSS mener imidlertid at det er viktig å ha en arena for en lærende kultur. Derfor ønsker vi å innføre tavlemøter og bruk av det grønne korset på lik linje med de øvrige klinikker.	Klinikken innfører kvalitetsindikatorer for alle enheter på nivå 3. Disse vil bli systematisk fulgt opp av arbeidsutvalgene for kvalitet og også gjennomgått i LGG. De vil bli fulgt opp med daglig risikostyring (det grønne korset) og kontinuerlig forbedringsarbeid.
Stress, medvirkning og støtte		Organisatoriske forhold påvirker reell medvirkning. Faste møteplasser, tavelmøter, personalmøter og uformellemøter er viktig for å bli kjent og bygge tillit til hverandre. Leder er en viktig kulturbærer. Vi har lav score på rolleklarhet/rollekonflikt, slitasje og utmattelse og medvirkning.	Jobbe med psykologisk tygghet. Skape en kultur der det er naturlig at ansatte sier sin mening og kommer med forslag til nye måter å jobbe på. Ha partssamarbeid som tema på flere ledersamling.



Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>Arbeidsmiljø preget av åpenhet, respekt og tillit</b>		Vi scorer lavt på involvering og sikkerhetsklima. Klinikkens overordnede mål er å score grønt på alle indikatorene. Målet er å ha medarbeidere som opplever det trygt å si fra om kritikkverdige forhold, både ved å melde avvik og selv gjøre en feil. Vi må ha ledere som bidrar til psykologisk trygghet.	Bruke kulturkonsulentene i OSS til å jobbe med psykologisk trygghet i de enhetene som trenger det. Tema på fremtidige ledersamlinger. Opplæring i bruk av Achilles som et forbedringsverktøy.
<b>Mobbing og trakassering</b>		Vært en god utvikling i svar fra ForBedring. Nulltolleranse på dette området. Men klinikken har som mål å være på grønt.	Når det kommer et varsel skal det tas på alvor ved å kontakte leder og andre aktuelle berørte. Undersøkelsesplikten skal i alle slike saker ivaretas. Få oversikt over hvem som har lavest score på tema. Prosessveiledere må ta direkte kontakt med ledere som har lav score på dette tema.
<b>Konflikter og håndtering av konflikter</b>		Klinikken har tatt varslinger gjennom tillitvalgte, verneombud og ForBedringsundersøkelsen på alvor ved å gå konkret inn i avdelinger og gjennomført undersøkelser.	Når det kommer et varsel skal det tas på alvor ved å kontakte leder og andre aktuelle berørte. Undersøkelsesplikten skal i alle slike saker ivaretas. Få oversikt over hvem som har lavest score på tema. Prosessveiledere må ta direkte kontakt med leder som har lav score på dette tema.
<b>Plassforhold</b>			Ingen konkrete tiltak, men OSS må håndtere avvik som meldes på tema. OSS må gjøre kurs i HMS ved flytting og ombygging i regi av Arbeidsmiljøavdelingen kjent til de dette gjelder for.
<b>Luftkvalitet</b>			Ingen konkrete tiltak, men OSS må håndtere avvik som meldes på tema.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Støy		Støy oppleves ikke som spesielt utfordrende i OSS.	Ingen konkrete tiltak, men OSS må håndtere avvik som meldes på tema.
Lysforhold		Bare grønne score. OSS har ansatte som har pauserom/oppholdsrom i kjellerlokaler uten dagslys, men disse får tilgang på dagslys når de utfører arbeidsoppgavene sine.	Ingen konkrete tiltak, men OSS må håndtere avvik som meldes på tema.
Ergonomi og fysisk helse		OSS får lav score på ergonomi og fysisk helse, og årsken til sykefravær blandt våre ansatte er i stor grad muskel og skjelettplager. Mange ansatte i OSS har fysisk krevende arbeidsoppgaver med stor belastning i løpet av en dag. Organisering av arbeidet vet vi er en viktig faktor for å forebygge muskel og skjelettplager. Videre er riktig utstyr samt opplæring i riktig arbeidsteknikk med på å forebygge fysisk helse. Målet er å komme på gult.	Tiltak på individnivå er å oppmuntre ansatte og ledere til å delta på Helse motivator kurs og bruke appen Smart mosjon. OSS må følge med på meldte avvik. Forebygge muskel og skjelettplager ved å tilpasse utstyr og hjelpemidler så langt det er mulig. Opprette arbeidsgruppe som skal analysere hvorfor vi har lav score på tema.
Kjemisk arbeidsmiljø		Det har vært et stort fokus på kjemikaliehåndtering i 2021, spesielt i Renhold. Vi ser derfor en positiv utvikling på dette området.	Fortsette med tilpasset opplæring for de yrkesgrupperne som håndterer kjemikalier
Smittevern		OSS har mange yrkesgrupper som daglig utsettes for smitterisiko og særlig under pandemien har smittevern vært høyt prioritert.	Fortsette med opplæring på nødvendige områder.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Strålevern		Selv om vi scorer på orange på opplæring, så scorer klinikken grønt på verneutstyr og persondoseemter. Dette viser at vi har kontroll på ansatte som er eksponert for stråling.	Sikre at riktig opplæring blir gitt og at det er rutiner det det.
Brannvern			Følge opp at alle ansatte tar obligatorisk e-læringskurs i brannvern gjennom kompetanseportalen og påminnelse via linjeledelsen.
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Lite aktuelt.	Sykepleierne ved Ressurspool må fortsatt sikres god nok opplæring
Vold og trusler			Sørge for at alle ledere er kjent med prosedyrer og e-læringskurs som omhandler vold og trusler der dette er aktuelt. Sørge for at lederne gjør det kjent for alle ansatte. OSS skal delta aktivt i OUS sitt prosjekt med forebyggende arbeid.
Inkluderende arbeidsliv (IA)		Det er kun 4 % av de gravide i OSS som får oppfølging av jordmor. Dette er for lite. Sykefraværet er sammenlignet med resten av sykehuset høyt. Samtidig organiserer vi yrkesgrupper som nasjonalt i snitt har høyere sykefravær enn andre bransjer. Videre er det mange årsaker til helseplager og sykefravær og arbeidsmiljøet har en stor betydning. Det er derfor viktig å ha et helhetlig perspektiv når vi jobber med sykefravær. OSS må ha like stort fokus på forbygging av sykefravær som på oppfølging.	Finne ut hvor mange gravide vi har i OSS og gjøre "Gravid og trygg i jobb" mer kjent blant ledere og ansatte. Kurs i tilrettelegging og sykefraværsoppfølging for ledere, verneombud og tillitsvalgte fast to ganger i året.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Rus- og avhengighetsproblematikk			Fortsatt jevnt fokus på temaet. Oppfordre N3 ledere å invitere Akan hovedkontakt til å informere alle ansatte og lederene om Akan.
Ytre miljø		Under pandemien har vi lært oss å bruke digitale løsninger for å møtes. Dette antar vi er med på å redusere utslipp av Co2.	Vurdere digitale møter der det er hensiktsmessig.

### Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Arbeidsmiljø preget av åpenhet, respekt og tillit	Psykologisk trygghet er viktig for å bygge en kultur preget av åpenhet, respekt og tillit. OSS scorer bra på dette, men vi ønsker å bli enda bedre fordi psykologisk trygghet er grunnleggende for å få til utvikling og forbedring.
2	Organisatorisk arbeidsmiljø	OSS ønsker i enda større grad systematisere forbedringsarbeidet.
3	Stress, medvirkning og støtte	Organisatoriske forhold påvirker reell medvirkning. Faste møteplasser, tavlemøter, personalmøter og uformellemøter er eksempler møter som er viktig for å bli kjent og bygge tillit til hverandre. Leder er en viktig kulturbærer. Vi har også lav score på rolleklarhet .

4	Inkluderende arbeidsliv (IA)	Det er kun 4 % av de gravide i OSS som får oppfølging av jordmor. Dette er for lite. Sykefraværet er sammenlignet med resten av sykehuset høyt. Samtidig organiserer vi yrkesgrupper som nasjonalt i snitt har høyere sykefravær enn andre bransjer. Videre er det mange årsaker til helseplager og sykefravær og arbeidsmiljøet har en stor betydning. Det er derfor viktig å ha et helhetlig perspektiv når vi jobber med sykefravær. OSS må ha like stort fokus på forebygging av sykefravær som på oppfølging.
5	Ergonomi og fysisk helse	OSS får lav score på ergonomi og fysisk helse, og årsaken til sykefravær blant våre ansatte er i stor grad muskel og skjelettplager. Mange ansatte i OSS har fysisk krevende arbeidsoppgaver med stor belastning i løpet av en dag. Organisering av arbeidet er en viktig faktor for å forebygge muskel og skjelettplager. Videre er riktig utstyr samt opplæring i riktig arbeidsteknikk med på å forbygge fysisk helse. Målet er å komme på gult.

### Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Inkluderende arbeidsliv (IA)	Finne ut hvor mange gravide vi har i OSS og gjøre "Gravid og trygg i jobb" mer kjent blant ledere og ansatte. Kurs i tilrettelegging og sykefraværsoppfølging for ledere, verneombud og tillitsvalgte to ganger i året.
2	Ergonomi og fysisk helse	Opprette en arbeidsgruppe som skal gjøre en analyse på hvorfor vi har lav score på tema. På forhånd må det gjøres en analyse på hvilke yrkesgrupper som scorer lavt.

3	Arbeidsmiljø preget av åpenhet, respekt og tillit	Bruke kulturkonsulentene i OSS til å jobbe med psykologisk trygghet i de enhetene som trenger det. Psykologisk trygghet er viktig for at ansatte skal oppleve det trygt å si fra om feil og mangler.
4	Stress, medvirkning og støtte	Jobbe med psykologisk trygghet. Skape en kultur der det er naturlig at ansatte sier sin mening og kommer med forslag til nye måter å jobbe på. Ha partssamarbeid som tema på flere ledersamling
5	Organisatoriske forhold	Organisatorisk arbeidsmiljø: Tavlemøter og det grønne korset benyttes ikke ved alle enheter. OSS mener imidlertid at det er viktig å ha en arena for en lærende kultur, og vil arbeide for innføring av tavlemøter og bruk av det grønne korset på lik linje med de øvrige klinikker. Klinikken innfører kvalitetsindikatorer for alle enheter på nivå 3. Disse vil bli systematisk fulgt opp arbeidsutvalgene for kvalitet og også gjennomgått i LGG. De vil bli fulgt opp med kontinuerlig forbedringsarbeid.

### 3.15 Klinikk for psykisk helse og avhengighet (PHA)

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>HMS-verktøy</b>		<p>Positivt at informasjon om og håndtering av risiko har godt resultat, da dette er svært viktig i PHA.</p> <p>Andelen som har vært involvert i arbeidet etter forbedring er blant de 15% med best resultat i ForBedring.</p> <p>Utfordring med manglende dokumentasjon i Achilles, påvirker indikator 7, gjennomførte tilbakemeldingsmøter</p>	<p>Veiledning av ledere i "HMS-dokumentasjon i Achilles".</p>
<b>Organisatoriske forhold</b>		<p>"Arbeidsforhold" er blant de 15% med best score i ForBedring.</p> <p>Med 136 enheter/seksjoner er organisatoriske forhold et område med svært store variasjoner, som må jobbes med på enheter der man har utfordringer.</p>	
<b>Stress, medvirkning og støtte</b>		<p>Positivt med godt resultat på "støtte", både i team og ledelse.</p> <p>"Følelsmessig slitasje og utmattelse" er blandt de 15% som har lavest score i ForBedring.</p> <p>PHA har hatt ekstra fokus på involvering og medvirkning i noen år, det er grunn til å tro at mindre kontakt med hverandre under covid 19 kan ha påvirket dette negativt.</p> <p>Med 136 enheter/seksjoner er organisatoriske forhold et område med svært store variasjoner, som må jobbes med på enheter der</p>	<p>Kartlegge hvordan medvirkningsavtalene dokID 136418 og dokID 101703 etterleveres i PHA.</p>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
		man har utfordringer.	
<b>Arbeidsmiljø preget av åpenhet, respekt og tillit</b>		<p>Positivt med godt resultat på teamarbeidsklima. Respektfullt arbeidsmiljø er blant de 15% med best resultat i Forbedring.</p> <p>Det er fokus på økt mangfold i PHA og en arbeidsgruppe er etablert, de foreslår 2 tiltak under dette punktet.</p> <p>Med 136 enheter/seksjoner er dette et tema med store variasjoner, som må jobbes med der man har utfordringer.</p>	<p>Retningslinjene for søkere med minoritetsbakgrunn skal følges ved rekruttering.</p> <p>Det oppfordres til at enheter i PHA støtter "ønsket om mangfold" ved å markere Oslo Pride.</p>
<b>Mobbing og trakassering</b>		<p>Ansatte som vet hva man skal gjøre ved opplevd mobbing var i ForBedring blant de 15% med best resultat.</p> <p>PHA har nulltoleranse for mobbing og trakassering. Når det oppstår er det viktig å håndtere det umiddelbart. Klinikken har kompetanse til å bistå i dette.</p>	<p>For å forebygge mobbing, trakassering, seksuell trakassering og rasisme, skal det gjennomføres minst et årlig dialogmøte om temaet, på alle enheter.</p>
<b>Konflikter og håndtering av konflikter</b>		<p>Konflikter må forsøkes løst så tidlig som mulig, når de oppstår. PHA har kompetanse til å bistå lederlinjen ved konflikthåndtering.</p>	
<b>Plassforhold</b>		<p>Flere enheter har lokaler som er lite egnet til dagens drift og det er store utfordringer med å få disse endret og utbedret. Flere lokaler har stor slitasjer både utvendig og innvendig. De har få skjermingsmuligheter for de sykeste pasientene, dårlig ventilasjon og lydisolasjon. Lokalene er også vurdert som en alvorlig sikkerhetsrisiko ved vold på flere enheter. PHA påvirker i liten grad hvordan OUS prioriterer bygningsmasse og vedlikehold.</p>	<p>Systematisk dokumentere for Oslo sykehuservice hvilke konsekvenser nåværende lokaler gir, både for pasienter og ansatte.</p>



Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Luftkvalitet		<p>Alle enheter kan påvirke luftkvaliteten ved å holde lokalene ryddig, rene og sørge for årlig hovedrengjøring/ smittevask (under covid 19)</p> <p>Ved behov for å undersøke luftkvaliteten, kan bistand bestilles hos yrkeshygieniker ved bedriftshelsetjenesten.</p> <p>Det jobbes med utbedringer ved flere enheter.</p> <p>Se ellers kommentar under plassforhold.</p>	Ses i sammenheng med plassforhold.
Støy		<p>Forbedring siden i fjor, det er grunn til å tro at noen enheter har iverksatt lokale tiltak.</p> <p>Utfordringer er i hovedsak knyttet til støy fra utagerende pasienter, i lokaler som ikke er egnet til dette.</p>	Ses i sammenheng med plassforhold.
Lysforhold		Det er positivt at ansatte melder om en vesentlig bedring av dagslys siden i fjor.	
Ergonomi og fysisk helse		<p>I PHA er de alvorligste problemstillingene knyttet til at ansatte må gå i fysiske utageringssituasjoner med pasient. Blir mer synlig nå når man har standardisert krav til opplæring/ fysisk trening, samt kartlegging av risiko. Krevende med individuell tilrettelegging over tid, for ansatte på enheter hvor man kan risikere utagerende pasienter. Særlig fordi fysikk og ergonomiske forhold kan påvirke egen og kollegaers sikkerhet.</p> <p>PHA har også en rekke ordinære kontorplasser, kompetanse for å legge til rette og tilpasse disse er tilgjengelig ved bedriftshelsetjenesten.</p>	Kartlegge i hvilken grad ansattes fysikk og ergonomi er en utfordring sett opp mot sikkerhet. Vurdere mulige tiltak ut fra kartleggingen.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Kjemisk arbeidsmiljø		PHA har i all hovedsak vaskemidler og enklere kjemikalier. Registrering i Ecoonline skjer via Arbeidsmiljøavd. eller HR i klinikk.	
Smittevern		Positivt at "godt arbeid med smittevern" er blant de 15% med beste score i ForBedring, mye bedre enn i 2020. Andelen av de som har tatt influensavaksine har økt fra 69% til 89%. Det er ikke meldt avvik på stikkskader i 2021.	Redusere fare for stikkskader ved ransakning.
Strålevern			
Brannvern		Bare 39% av ansatte i PHA har gjennomført obligatorisk e.læringskurs i brannvern. Det gjennomføres færre praktiske øvelser, enn tidligere. PHA avventer sykehusets vurdering av dette.	Gjennomføring av elæringskurs i brannvern tildeles alle ansatte gjennom kompetanseportalen i 2022.
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)			
Vold og trusler		Systemet for å følge lovpålagt forskrift er etablert. Det gjenstår et omfattende arbeid før alle enheter i PHA vil være istand til å gjøre systematiske risikovurderinger, beslutte og gjennomføre tilstrekkelige risikoreducerende tiltak. Kravet til opplæring vil kreve ekstra økonomiske ressurser, samt at det er en utfordring å frigi ansatte fra driften for opplæring og trening. Flere av de risikoforhold som avdekkes i dagens lokaler, vil etter	Tilby ekstra støtte og veiledning for ledere på enheter med høy voldsrisiko. Sikre at ansatte får god og tilstrekkelig oppfølging etter hendelser med trusler og vold. Støtte og følge opp at alle enheter

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
		<p>all sannsynlighet ikke la seg løse innenfor nåværende bygningsmasse.</p> <p>Tiltakene som er besluttet og iverksatt forventes å gi ønsket effekt på de fleste enheter, men vil ikke i tilstrekkelig grad beskytte alle ansatte som jobber med pasienter med høy voldsrisiko. PHA bør derfor systematisere arbeidet med å vurdere hvilke sikringstiltak som kan gjennomføres for denne ansattgruppen, innenfor dagens rammer.</p>	<p>implementerer systemet for risikovurdering, opplæring og dokumentasjon.</p> <p>Ta i bruk personlig verneutstyr på enheter der dette er et behov.</p> <p>Kartlegge hvilket behov og handlingsrom klinikken har innenfor dagens rammer, til å iverksette nødvendige sikringstiltak for ansatte som jobber med pasienter med høy voldsrisiko.</p>
Inkluderende arbeidsliv (IA)		<p>Gravide ansatte på enheter med sikkerhetsrisiko krever ekstra oppfølging fra leder. anbefaler at bedriftsjordmor kontaktes for råd og veiledning.</p> <p>Positivt at mange opplever at oppfølgingsrutinen ved sykefravær følges og at de vil få god oppfølging av leder ved sykdom.</p> <p>Samarbeidsprosjektet NAV/OUS om å tilsette flere med nedsatt arbeidsevne: PHA har tilsatt flere med redusert arbeidsevne og tatt imot på tiltak fra NAV. Erfaringene er i stor grad at systemet for tilrettelegging/tilpasning for disse ikke fungerer som forutsatt, verken i OUS, Sykehuspartner eller NAV.</p>	<p>Invitere NAV og IA-rådgiver fra nivå 1 ved OUS til dialogmøte for å drøfte hva som må til, for at ledere ved PHA kan lykkes med å tilsette flere med nedsatt arbeidsevne.</p>
Rus- og avhengighetsproblematikk		<p>Holder seg stabilt, selv om vi, på bakgrunn av undersøkelser i samfunnet, tror at det kan være skjulte problemer på området.</p>	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Ytre miljø		<p>Positivt at vi sparer strøm, til tross for flere dårlige lokaler. Alle våre sengeposter har innført matavfallssortering. PHA jobber aktivt for å kunne benytte og lease el-biler, bl.a. påvirke til at OUS oppretter ladeplasser for tjenestebiler. Ansatte gir uttrykk for at de forventer en mer proaktiv holdning fra OUS, bl.a. for sortering av plast. Vi tror dette kommer til uttrykk i indikator 4.</p> <p>PHA har satt miljømål 2021-2023</p>	PHA har seksjoner som kan være pilot, dersom OUS vil prøve ut sortering av plast.

### Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Trusler og vold	<p>Systemet for å følge lovpålagt forskrift er etablert. Det gjenstår et omfattende arbeid før alle enheter i PHA vil være istand til å gjøre systematiske risikovurderinger, beslutte og gjennomføre tilstrekkelige risikoreducerende tiltak. Kravet til opplæring vil kreve ekstra økonomiske ressurser, samt at det er en utfordring å frigi ansatte fra driften for opplæring og trening.</p> <p>Flere av de risikoforhold som avdekkes i dagens lokaler, vil etter all sannsynlighet ikke la seg løse innenfor nåværende bygningsmasse.</p> <p>Tiltakene som er besluttet og iverksatt forventes å gi ønsket effekt på de fleste enheter, men vil ikke i tilstrekkelig grad beskytte alle ansatte som jobber med pasienter med høy voldsrisiko. PHA bør derfor systematisere arbeidet med å vurdere hvilke sikringstiltak som kan gjennomføres for denne ansattgruppen, innenfor dagens rammer.</p>

2	Plassforhold inkl.luftkvalitet og støy	<p>Flere enheter har lokaler som er lite egnet til dagens drift og det er store utfordringer med å få disse endret og utbedret. Flere lokaler har stor slitasje både utvendig og innvendig. De har få skjermingsmuligheter for de sykeste pasientene, dårlig ventilasjon og lydisolasjon. Lokalene er også vurdert som en alvorlig sikkerhetsrisiko ved vold på flere enheter. PHA påvirker i liten grad hvordan OUS prioriterer bygningsmasse og vedlikehold.</p>
3	Stress, medvirkning og støtte	<p>"Følelsmessig slitasje og utmattelse" er blandt de 15% som har lavest score i ForBedring.</p> <p>PHA har hatt ekstra fokus på involvering og medvirkning i noen år, det er grunn til å tro at mindre kontakt med hverandre under covid 19 kan ha påvirket dette negativt.</p> <p>Med 136 enheter/seksjoner er organisatoriske forhold et område med svært store variasjoner, som må jobbes med på enheter der man har utfordringer.</p>
4	Ergonomi og fysisk helse	<p>I PHA er de alvorligste problemstillingene knyttet til at ansatte må gå i fysiske utageringssituasjoner med pasient. Blir mer synlig nå når man har standardisert krav til opplæring/ fysisk trening, samt kartlegging av risiko. Krevende med individuell tilrettelegging over tid, for ansatte på enheter hvor man kan risikere utagerende pasienter. Særlig fordi fysikk og ergonomiske forhold kan påvirke egen og kollegaers sikkerhet.</p> <p>PHA har også en rekke ordinære kontorplasser, kompetanse for å legge til rette og tilpasse disse er tilgjengelig ved bedriftshelsetjenesten.</p>

<b>5</b>	Brannvern	<p>Bare 39% av ansatte i PHA har gjennomført obligatorisk e.læringskurs i brannvern. Det forventes en bedring i 2022, når kurset gjøres tilgjengelig og kan følges opp for alle ansatt via kompetanseportalen.</p> <p>Det gjennomføres færre praktiske øvelser, enn tidligere. PHA avventer sykehusets vurdering av dette.</p>
----------	-----------	--

### Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Trusler og vold	Støtte og følge opp at alle enheter gjennomfører systemet for risikovurdering, opplæring og dokumentasjon.
2	Trusler og vold	Sikre at ansatte får god og tilstrekkelig oppfølging etter hendelser med trusler og vold.
3	Trusler og vold	Tilby ekstra støtte og veiledning for ledere på enheter med høy voldsrisiko
4	Trusler og vold	Kartlegge hvilket behov og handlingsrom klinikken har innenfor dagens rammer, til å iverksette nødvendige sikringstiltak for ansatte som jobber med pasienter med høy voldsrisiko.

5	Plassforhold	Systematisk dokumentere for Oslo Sykehuservice hvilke konsekvenser nåværende lokaler gir, både for pasienter og ansatte.
---	--------------	--

### 3.16 Prehospital klinikk (PRE)

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>HMS-verktøy</b>		1) Det er en bedring i antall verneområder som har gjennomført hms runde. 2) Klinikken har opprettet system for å sikre at enhetene vurderer risiko av sine arbeidsoppgaver gamle og nye. 3) klinikken har ansatt egen HMS rådgiver. 4)Deler av tiltakene for 2020 er ikke gjennomført men evaluert.	1) Handlingsplan og HMS-årshjul skal følges opp, og påminnelse for hms runde sendes ut i starten av mars. 2) Oppfølging i AMU for å følge med på status av gjennomføringsmøter i etterkant av Forbedring og gjennomføring av resultater. 3) Det må gis nødvendig opplæring i HelseCim slik at alle som har tilgang er fortrolig med systemet.4) HMS rapport (2021) skal legges inn i Helsecim.
<b>Organisatoriske forhold</b>		1) Rapporten viser at klinikken skårer lavt i forhold til involvering og samhandling.	1) Klinikken må lage en strategi/ handlingsplan for involvering og samhandling. 2) OUS sine skjemaer og rutiner for endringsledelse implementeres i klinikken.
<b>Stress, medvirkning og støtte</b>		Klinikken er i kontinuerlig stor vekst i forhold til arbeidsoppgaver, og det tilføres ikke tilsvarende med ressurser. Ansatte utrykker daglig at de føler seg mer slitne og jobben har blitt mer belastende. Klinikken har kollegastøtteordning (EFOK) etter hendelser som fungerer godt.	Opplæring av ansatte / /stressmestringskurs. Kartlegging av belastningsområdene og finne tiltak for eks. turnus, vakt, arbeidstid, ressurs- og kompetansebehov, rolle-/forventningsavklaring.Involvering av ansatte, tillitsvalgte / verneombud tidlig i endringsprosesser . 1)AMK/Ambulanseavdelingen er utsatt for en stor økning i oppdrag/ telefoner. kollegastøtteordning (EFOK) 2) i forhold til prosesser i klinikken bør involvering av ansatte informeres og involveres på et tidligere tidspunkt.



Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
			Informere de ansatte om hva involvering i avdelingene, områdene og seksjonene. 3) i forhold til rolleklarhet / rollekonflikt må det kartlegges hva de ansatte mener kunne ha blitt løst annerledes.
Arbeidsmiljø preget av åpenhet, respekt og tillit		Å følge trygt å si i fra om kritikkverdige forhold. Klinikken er god på og diskutere og ha åpenhet rundt pasientbehandling, men har ikke samme åpenhet når det gjelder organisatoriske forhold.	<p>Skap en åpenhetskultur slik at ansatte diskutere til/med hverandre og til ledelsen på en slik måte at det skaper trygghet.</p> <p>Gjennomføre gode åpne prosesser hvor medvirkning er mulig for ansatte.</p> <p>Utvikle psykologisk trygghet: får opplæring, lederne lytt aktivt og gi/få tilbakemeldinger til ansatte, tydelige beslutninger og forutsigbarhet (via oppfølging og informasjon), kommuniserer endringene tydelig og ryddig ,og .</p> <p>Struktur og klarhet (klare retning og mål).</p>
Mobbing og trakassering		Vi har tilfeller av mobbing eller trakassering mellom ansatte. Dette har tidvis tatt lang tid å rydde opp i. På bakgrunn av tallsammensetningen i skåren påbegynte prosjekter endres fargen fra orange til gul.	Det ble lagt en arbeidsgruppe for å lage ROS analyse mot seksuell trakassering, slik at mobbing og trakassering kan forebygges og løses umiddelbart hvis det oppstår, ROS analyse i ambulanse avdelingen skal leveres i 2022. det bør ses på tilsvarende analyse for hele klinikken. Sykehuset prosedyrer og retningslinjer gjøres kjent for alle ansatte. I mobbe og trakasseringer saker involverer leder HR på tidligst mulig tidspunkt.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>Konflikter og håndtering av konflikter</b>		<p>Ikke vent på at konflikten skal gå over av seg selv"/ løses umiddelbart hvis det oppstår</p> <p>Ha en god konflikthåndteringsprosess i tråd med sykehusets retningslinjer, med konkrete tiltak, en plan for veien vider, og evaluering.</p> <p>Både ledere og ansatte bør ha kunnskap om håndtering av konflikter via undervisning og seminar om konflikter og veiledning av ledere, verneombud og ansatte i konfliktsaker</p>	<p>HR gjennomfører kurs/ kompetanseheving av ledere tillitsvalgte og verneombud i klinikken i forhold til konflikthåndtering, i henhold til sykehusets overordnede prosedyrer.</p>
<b>Plassforhold</b>		<p>Veksten er større en tilgang på areal. AMK-sentralen har over doblet mengden ansatte uten at arealet er tilpasset.</p> <p>Ambulanseavdelingen : Det er generelt utfordringer i avdelingen: viser til arbeidstilsynsaken.</p> <p>Administrative funksjoner er sprett rund på flere lokalisasjoner og klinikken driftes ineffektivt på bakgrunn av dette. Klinikken har også en del eldre bygningsmasse som krever mye vedlikehold. Pasientreiser har også utfordringer i forhold til plassmangel og ansatte må bruke hjemmekontor.</p>	<p>Ny AMK sentral må realiseres så snart som mulig. Strategiplan for lokalisering i ambulanseavdelingen.</p> <p>Daglys /ventilasjon/belysning/ arbeidsutstyr eller andre utstyr for eks. stikkontakter eller andre utstyr i forhold til aktivitet. Det skal vurderes om arbeidsplassen kan innredes på en annen måte (støy, ventilasjon, lysforhold..osv). I forhold til Arbeidstilsynet, hver arbeidsplass skal ha et gulvareal på minst 6 m2. pr. arbeidstaker. Men arealer med mangelfull ventilasjon bør som oftest ha større arealer enn 6 m2 pr. arbeidstaker.</p>
<b>Luftkvalitet</b>		<p>Temperatur: ikke tilfredsstillende muligheter for temperaturregulering.</p> <p>Luftkvalitet: Flere stasjoner har utfordringer med ventilasjon /AMK/pasientreise: mange problemer med ventilasjonssystemet.</p> <p>Forurensninger: 100% da personellet brått står i</p>	<p>Invitere eiendomsavdelingen til pasientreiser for og gjøre en kartlegging og utbedring av ventilasjonsanlegget.</p> <p>Forbedring av luftkvalitet må ses i sammenheng med utredning av plassforhold. Klinikken må gjøre en kartlegging på hvor det er behov for utbedring av temperaturregulering ( sommer og vinter).</p>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
		<p>ulike situasjoner hvor forurensning kan forekomme.</p> <p>Orden og renhold: Store utfordringer med støv.</p> <p>Etablere ny AMK-sentral som er dimensjonert for antallet personer som arbeider der. Enkelte ambulansestasjoner har ikke oppdatert ventilasjon eller AC som holder temperaturen på et normalt nivå. Fargen settes til oransje nivå i forhold til gult i fjor på bakgrunn av de ansattes opplevelse.</p>	
Støy		<p>AMB: mangler hørselvern til bruk ved hendelser med høy lyd (flyplass, tuneller og anleggsområder).</p> <p>Vindaviser på panseret på ambulansene er testet med godt resultat.</p>	<p>Mulige tiltak pasientreise /AMK:</p> <p>Støyavskjerming mellom ansatte i kontorlandskaper</p> <p>Satt opp støyskjermer mellom pulter</p> <p>Plater på veggene</p> <p>Flere vegg absorbenter på ledig vegger.</p> <p>Bytte headset for de som ønsker det.</p> <p>Enda mer spesial --3 moduler som test og bruke headset som passer best ( (Pasientreisen)).</p> <p>Lydisolere (mellom) ansatte for å unngå forstyrrelser.</p> <p>AMB: Det etableres øreklokker i ambulansen til personellet.</p> <p>Risikovurdering mot støy skal gjennomføres.</p> <p>Vindaviser på panseret til ambulansen vurderes på hver enkelt ambulanse.</p>
Lysforhold		<p>Unngå og plassere arbeidsplasser direkte foran vindu. Det er anbefalt og ha dagslys fra siden.</p>	<p>Sørge for at lyskilder blir rengjort. Gamle lyskilder byttes til nye med rett lys/ farge (led).</p>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>Ergonomi og fysisk helse</b>		<p>Opplæring i ergonomi/muskel- og skjelettplager forebygges for nyansatte/ansatte: (obligatorisk opplæring /lage et tilpasset kurs i forflytningsteknikk, kontorergonomi (elektrisk hev/senkbart arbeidsbord av ulike type) og kurs i helsemotivasjon (Bedriftshelsetjenesten).) Forflytningsveilederne må på regelmessige oppfriskningskurs. Vedlikehold av utstyr/hjelpemidler.</p> <p>Implementering av elektriske bærer har bidratt til og lette arbeidshverdagen og forebygge tunge løft.</p>	<p>Har fokus på opplæring i ergonomi/muskel- og skjelettplager forebygges for nyansatte/ansatte: (obligatorisk opplæring /lage et tilpasset kurs i forflytningsteknikk, kontorergonomi (elektrisk hev/senkbart arbeidsbord av ulike type) og kurs i helsemotivasjon (Bedriftshelsetjenesten).) Forflytningsveilederne må på regelmessige oppfriskningskurs. Vedlikehold av utstyr/hjelpemidler(hvor mange veiledere som finnes). Vurder behov for bedriftsfysioterapeuter (opplæring / valg av ulike møbler ).</p> <p>Gode rutiner for vedlikehold av utstyr</p> <p>Vurderer behov for egne prosedyrer på avdelingen ensformig arbeid og lange vakter (12 t ved pc-skjermer) for enkelte operatører (AMK /pasientreise)</p> <p>Klinikken må vurdere hvorvidt det skal stilles fysiske krav til de ansatte i tråd med kravene til lærlinger.</p>
<b>Kjemisk arbeidsmiljø</b>		<p>Det er gjennomført kartlegging over kjemikalier som kan erstattes med kjemikalier som er mindre farlige for ansatte. (Substitusjonsplikten).</p> <p>Kartleggingen ble lagt inn i Helsecim.</p>	<p>Risikovurdering av kjemikalier mangler. Alle fare momenter, stoffer og deres helsefarlige egenskaper/SDS. Gå gjennom tiltakene som gjelder saken i Achilles. Dør til kjemikalier rom. EcoOnline er ikke oppdatert.</p>
<b>Smittevern</b>		<p>Vurderes som forsvarlig. Alle ansatte gis tilbud om influensa vaksine årlig.</p> <p>Det har i de siste årene vært stort fokus på smitte .</p>	<p>Forbedringstiltak:</p> <p>Ansatte bør ha god opplæring om hvilke farer PVU beskytter mot, i riktig bruk av PUV, er PUV tilpasset de aktuelle arbeidsforhold? og dersom PUV benyttes av flere personer.</p> <p>Risikovurdering ved mangel eller dersom PVU ødelegges.</p> <p>Kartlegging mangler.</p>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Strålevern		De ansatte er i svært liten grad utsatt for stråling. De ansatte blir ikke opplært i strålevern på bakgrunn av at dette ikke er relevant for PRE. I situasjoner der man kan bli utsatt for stråling blir vårt personell veiledet av personellet som har ansvaret for undersøkelsen og behandlingen. Prehospital klinikk har et eget CBRN team som brukes ved ulykker og hendelser.	Det er behov for kartlegging i forhold til beredskap.
Brannvern		De ansatte mangler e-læringskurs/ brannvernkontakt. Deler av klinikken har ikke egne retningslinjer eller gjennomført brannøvelser. Vurderer om stasjoner og avdelinger har forsvarlig system for brannvern Fargen settes til gult på bakgrunn av at arbeidsgruppa har funnet flere mangler i forhold til brannvern.	Brannvernopplæring (e-læringskurs- OUS) / evakueringsøvelser./brannvernkontakt Årlig brannøvelsen. Branninstruks, plakat for branninstruks. Dette skal være hengte opp og være synlig Etasjekontakter/Brannansvarlig Lage en brannperm hvis det finnes ikke/hver enkelt avdeling i klinikken etablerer prosedyrer og retningslinjer for et forsvarlig brannvern Skjema for egenkontroll brannvern blir implementert i hele klinikken
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Alle ansatte er opplærte og sertifiserte i bruk av MTU. Klinikken har gode opplærings- og sertifiseringsrutinener.	klinikken følger opp de rutinene vi har og sørger for at de blir fulgt. Ved implementering av nytt utstyr skal det gjennomføres opplæring av alle ansatte.
Vold og trusler		Dette er et pågående arbeid som klinikken ser alvorlig på, og er i dialog med andre nødetater. Det ble kartlagt mulig risiko for vold og trusler (2021). Det ble lagt en plan for forebygging av vold og truslershandlinger.	Følge opp forebyggende arbeid. Innføre og følge opp bruken av risikovurderingsskjema for vold og trusler i Achilles (NY). Fortsette og gjennomføre kurs blant ansatte for håndtering av vold og trusler. Bør benytte kompetanseportalen (trusler som kommer fra telefon, SIPA, e-læringskurset). Brøset Violence Checklist

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
			BVC (Brøset Violence Checklist) - Helsedirektoratet Felles adgangskontroll på alle stasjoner.
Inkluderende arbeidsliv (IA)		Klinikken har gjort avtale med Nav arbeidslivssenter om bistand i behov klinikken melder. ledere ikke skal være hjemmekontor, men kan ha det av og til. Viktig med fysisk tilstedeværelse	IA handlingsplan opprettes i samarbeid med Nav arbeidslivssenter. Arbeidsgiver legger IA handlingsplan ut til høring og vedtas av AMU. Kontinuerlig arbeide med forbedringer og bedre HMS kultur .
Rus- og avhengighetsproblematikk		Vi har ikke hatt kapasitet til å gjennomføre kurs under pandemien.	Informere til alle ansatte og ledere om AKAN prosedyre. Informasjon og opplæring som tiltak for å redusere risiko.
Ytre miljø		PRE har egen transport for smitteavfall. Øvrig avfall håndteres av godkjent renovatør i henhold til kommunale forskrifter.	Mer fokus på : Pasienttransport: Koordinere reisene og eventuelt samkjøring. Innkjøpe: miljømerke produkter, riktig mengede , og ikke går på dato. Utslipp : redusere tomgangskjøring til et nødvendig minimum. Avfallsprosedyrene/Farlig avfall / Restavfall er avfall som ikke kan gjenbrukes , Avfall sortering /Smitte og evnet biologis avfall pakkes forskriftsmessig . Eldre bygninger , PCB, asbest: Klinikken må være bevisst på tiltak ved boring bygging eller andre endringer i gammel bygningsmasse. Energi: Skru av pc/lys når i drar bruk tidsbryter Spares strøm/ strategi for og spare strøm.

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	AMK	Store arealutfordringer som påvirket arbeidsmiljø.
2	Pauseavvikling i AMB	Oppdragsmengden er stor. Høyt arbeidspress.
4	Vold og trusler	Vold og trusler mot ambulansepersonell øker.
3	Arealutfordringer i klinikken	Veksten er større enn tilgangen på areal dette gjelder AMK-sentralen, ambulanseavdelingen og pasientrise. Bygningsmasse står ikke i tråd med antall ansatte. Dårlig bygg. For eks. Bygg 30. Lørenskog (pasientreiser), og AMK.
5	Psykososialt arbeidsmiljø	Har fokus på samarbeidskultur og oppfølging av konflikthåndtering.

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	AMK	<p>1-Prosjektering og etablering av ny AMK- sentral.</p> <p>2-Stor arbeidsmiljøutfordring , vi må finne nye midlertidige løsninger/tiltak som kan bidra til forbedring av det fysiske arbeidsmiljøet i AMK (ulike tiltak er prøvd ut):</p> <p>Støy: Vurdering av å sette opp veggabsorbenter/lydabsorbenter. Andre aktuelle tiltak finnes under "Støy".</p> <p>Dårlig inneklima: Generell problemstilling: gammel bygning med dårlig inneklima. Vi bør sørge å ha kontrollert ventilasjon (ta kontakt med bygg og eiendom avd.).</p> <p>God belysning: AMK har prøvd flere varianter i 2021. I 2022 AMK skal bruke den belysning som er testet ut på alle plassene som en tiltak for å sørge for god generell belysning.</p>
2	Pauseavvikling i AMB	<p>1-Følger opp AMK's IKT prosjekter.</p> <p>2-Legene i AMK-sentralene kan hjelpe med vurdering /prioritering av oppdrag.</p> <p>3- Videreutvikle samarbeidet mellom AMK /AMB. - Sikre frekvens på møter i samhandlingsutvalg.</p>
4	Vold og trusler	<p>1- Fokus på nødvendig opplæring og kursing knyttet til forebygging og håndtering av trusler og vold, SIPA kurs.</p> <p>2-Bruke Brøset Violence Checklist .</p> <p>3-Følge opp tiltak fra analysegruppen kartlegging, for videre arbeide med tiltak mot vold og trusler.</p>



3	Arealutfordringer i klinikken	<p>1-Etablering av ny prehospital - sentral.</p> <p>2-Sørge for å finne nye midlertidige løsninger/tiltak for de fysiske arbeidsmiljøfaktorene (Støy, lys, luftkvalitet, og plassforhold).</p>
5	Psykososialt arbeidsmiljø	<p>1) Skape en god kultur for forståelse og åpenhet. Sikre informasjon og tidlig involvering på lokalt nivå.</p> <p>2) Følge opp OUS prosedyre ved endringsledelse / endringsprosesser/ og sørge for tilstrekkelig samarbeidsarenaer.</p> <p>3) Sikre informasjon og tidlig involvering av ansatte på lokalt nivå for å sikre medvirkning i prosesser.</p>

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Sentral arbeidsgruppe som har utarbeidet del 1 av rapporten

<b>Kapittel 1.1 &amp; 1.2: Overordnet HMS-årsrapport for OUS</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Sølvi Andersen	Direktør Stab Pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling
Susanne Flølo	Direktør for HR og personal
Line Blystad	Foretakshovedverneombud
Espen Vollan	Stedfortredende foretakshovedverneombud
Jill C. Jahrman (sekretær i arbeidsgruppen)	HMS-leder / leder Arbeidsmiljøavdelingen

## Vedlegg 2: HMS-faginstansene som har utarbeidet del 2 av rapporten

<b>Kapittel 2.1: HMS-verktøy og -systemer</b>	
Faggruppe: HMS-gruppen (HMS-seksjonen, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Brian Yu	HMS-systemkoordinator
Ingrid Nødtvedt	HMS-rådgiver
Jill C. Jahrman	HMS-leder
Turid Aasprang	HMS-systemkoordinator

<b>Kapittel 2.2: Organisatoriske forhold</b>	
Faggruppe: HMS-gruppen (HMS-seksjonen, Arbeidsmiljøavdelingen) Avd. for kvalitet, virksomhets- og risikostyring (Stab pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Ingrid Nødtvedt	HMS-rådgiver
Thomas J. Riiser	Avdelingsleder

<b>Kapittel 2.3-2.7: Psykososialt arbeidsmiljø (arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt, mobbing og trakassering, konflikter og konflikthåndtering, og stress, medvirkning og støtte)</b>	
Faggruppe: Psykososial faggruppe (Bedriftshelsetjenesten, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Helen Hodø	HMS-rådgiver
Ida Kristensen	Arbeids- og organisasjonspsykolog
Kia C. Flemmen	Arbeids- og organisasjonspsykolog
Sølvi Merethe Nilsen	Arbeids- og organisasjonspsykolog

<b>Kapittel 2.8: Plassforhold</b>	
Faggruppe: Bedriftsfysioterapeutene (Bedriftshelsetjenesten, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Anne A. Loftu	Bedriftsfysioterapeut
Gina Grøtting	Bedriftsfysioterapeut
Sigrunn H. Simensen	Bedriftsfysioterapeut
Sindi Oksman	Bedriftsfysioterapeut

<b>Kapittel 2.9: Elektro</b>	
Faggruppe: Drift og vedlikehold, Eiendom	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Willy Simble	Faglig ansvarlig elektroområdet

<b>Kapittel 2.10: Luftkvalitet</b>	
Faggruppe: Yrkeshygienikere (Bedriftshelsetjenesten, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Anne Ulvensøen	Yrkeshygieniker
Britt Grüner	Yrkeshygieniker
Kjartan Eduard	Yrkeshygieniker
Mads A. Løkke	Yrkeshygieniker

<b>Kapittel 2.11: Støy</b>	
Faggruppe: Yrkeshygienikere (Bedriftshelsetjenesten, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Anne Ulvensøen	Yrkeshygieniker
Britt Grüner	Yrkeshygieniker
Kjartan Eduard	Yrkeshygieniker
Mads A. Løkke	Yrkeshygieniker

<b>Kapittel 2.12: Lysforhold</b>	
Faggruppe: Bedriftsfysioterapeutene (Bedriftshelsetjenesten, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Anne A. Loftu	Bedriftsfysioterapeut
Gina Grøtting	Bedriftsfysioterapeut
Sigrunn H. Simensen	Bedriftsfysioterapeut
Sindi Oksman	Bedriftsfysioterapeut

<b>Kapittel 2.13: Ergonomi og fysisk helse</b>	
Faggruppe: Bedriftsfysioterapeutene (Bedriftshelsetjenesten, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Anne A. Loftu	Bedriftsfysioterapeut
Gina Grøtting	Bedriftsfysioterapeut
Sigrunn H. Simensen	Bedriftsfysioterapeut

Sindi Oksman	Bedriftsfysioterapeut
--------------	-----------------------

### **Kapittel 2.14: Kjemisk arbeidsmiljø**

Faggruppe:

Kjemisk arbeidsmiljø (HMS-seksjonen, Arbeidsmiljøavdelingen)

<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Nicolai Bach	HMS-rådgiver, kjemikalier
Tore Havellen	HMS-rådgiver, kjemikalier

### **Kapittel 2.15: Smittevern**

Faggruppe:

Smittevernsavdelingen

Smitteverngruppen (Bedriftshelsetjenesten, Arbeidsmiljøavdelingen)

<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Anne Brit Lima	Bedriftssykepleier
Kristin M. S. Gundersen	Bedriftsoverlege
Nina Merete Andersen	Bedriftssykepleier
Pål Brenno	Bedriftsoverlege
Reidun Schou	Bedriftssykepleier
Torunn Nygård	Seksjonsleder, Smittevern
Trond Erik Bakkerud	Bedriftsoverlege

### **Kapittel 2.16: Strålevern**

Faggruppe:

Avdeling for diagnostikk fysikk

<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Tanja Østgård Holter	Strålevernkoordinator

### **Kapittel 2.17: Brannvern**

Faggruppe:

Brannvernseksjonen, Sikkerhetsavdelingen

<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Robert Nylund Derås	Brannvernleder / sikkerhetsrådgiver

### **Kapittel 2.18: Medisinsk teknologi**

Faggruppe:

Medisinsk-teknologisk avdeling

<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Trond Strømme	Ass. avdelingsleder

<b>Kapittel 2.19: Vold og trusler</b>	
Faggruppe: HMS-seksjonen, Arbeidsmiljøavdelingen	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Mathias van der Harst	HMS-rådgiver, vold og trusler

<b>Kapittel 2.20: Sentralt AMU</b>	
Faggruppe: HMS-gruppen (HMS-seksjonen, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Brian Yu	HMS-systemkoordinator

<b>Kapittel 2.21: HMS-utvalget</b>	
Faggruppe: HMS-gruppen (HMS-seksjonen, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Turid Aasprang	HMS-systemkoordinator

<b>Kapittel 2.22: Nye OUS</b>	
Faggruppe: HMS-seksjonen, Arbeidsmiljøavdelingen	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Jill C. Jahrman	HMS-leder / leder for Arbeidsmiljøavdelingen

<b>Kapittel 2.23: Inkluderende arbeidsliv</b>	
Faggruppe: IA-utvalget v/Kristin Gundersen og Pål Brenno	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Kristin M. S. Gundersen	Bedriftsoverlege
Pål Brenno	Bedriftsoverlege

<b>Kapittel 2.24: Gravid og trygg i jobb</b>	
Faggruppe: Bedriftsjordmødrene (Bedriftshelsetjenesten, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Lena Joa	Bedriftsjordmor
Ruth C. B. Enne	Bedriftsjordmor

<b>Kapittel 2.25: Rus- og avhengighetsproblematikk</b>	
Faggruppe: Akan-utvalget v/Erik Anker Lindal og Trond Erik Bakkerud	

<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Erik Anker Lindal	Akan hovedkontakt
Trond Erik Bakkerud	Bedriftsoverlege

<b>Kapittel 2.26: Ytre miljø</b>	
Faggruppe: Seksjon for ytre miljø og bærekraft. Arbeidsmiljøavdelingen	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Nina Due	Leder ytre miljø

### Vedlegg 3: Arbeidsgruppene i klinikkene som har utarbeidet del 3 av rapporten

<b>Kapittel 3.1: AKU</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Agnethe Lauritsen Østlie	KVO
Ann Wigdis Møster	HR leder
Janne-Kirsti Nafstad	HR rådgiver
Lena Joa	Klinikk-kontakt fra bedriftshelsetjenesten (ARB)
Marianne Nordahl	HTV NSF
Marit Aakvik Sønstebø	Kvalitetsleder
Tatjana Vuksic	Seksjonsleder

<b>Kapittel 3.2: BAR</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Astrid Sandvold Østreng	HR-Leder
Eva Ose-Velle	Klinikkverneombud
Maren Clason	Tillitsvalgt, NSF
Reidun Schou	Klinikk-kontakt fra bedriftshelsetjenesten (ARB)
Terje Høgberg	Kvalitetsleder

<b>Kapittel 3.3: DST</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Anee Hvass	DST fung. hovedverneombud
Susanne Flølo	HR-direktør
Sølvi Andersen	Dir pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling
Sølvi Nielsen	Klinikk-kontakt fra bedriftshelsetjenesten (ARB)

<b>Kapittel 3.4: HHA</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Anne Kristin Solheim	HR rådgiver
Arve V. Fonneland	Klinikk-kontakt fra bedriftshelsetjenesten (ARB)



Marianne H. Martinussen	Kvalitetsrådgiver
Nina Qvale-Hjertenes	Klinikktilitsvalgt NSF
Sture S. Borgen	HR leder
Aase Marie Askenberg	Klinikkens Hovedvernombud

<b>Kapittel 3.5: HLK</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Anne Gro Valla	KVO
Hilde Tamburplass	Kvalitetsrådgiver
Marit Frogner	HR-leder
Trond Bakkerud	Klinikk-kontakt fra bedriftshelsetjenesten (ARB)
Vegard Andreas Larrarte	KTV

<b>Kapittel 3.6: KIT</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Ellen Tønsager	Tillitsvalgt
Gunn Elin Brandsrud	HR-leder
Hege Trippestad	Klinikkhovedverneombud
Mette Neergård	Hovedtillitsvalgt
Sindi Oksman	Klinikk-kontakt fra bedriftshelsetjenesten (ARB)

<b>Kapittel 3.7: KLM</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Hanne Norunn Sigdestad	Klinikkhovedverneombud
Kjartan Eduard	Klinikk-kontakt fra bedriftshelsetjenesten (ARB)
Mona Elisabeth Olsen	Rådgiver
Ole Andreas Gresholt	Tillitsvalgt NITO
Tone Jensen	Rådgiver

<b>Kapittel 3.8: KRE</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Anne-Marie Rønning Nilsen	HR leder
Astrid Marie Daalsgaard	KVO
Bente Nyhuus	HR

Cathrine Hoelstad	KTV
Pål Brenno	Klinikk-kontakt fra bedriftshelsetjenesten (ARB)

<b>Kapittel 3.9: KRN</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Anna Ulvensøen	Klinikk-kontakt fra bedriftshelsetjenesten (ARB)
Bjørn Brox	HR rådgiver KRN
Trude Sjøholt-Hawkins	KHVO KRN

<b>Kapittel 3.10: KVI</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Brit S. Carlsen	KVO
Gro Olavesen	HR-leder
Nina M.Andersson	Klinikk-kontakt fra bedriftshelsetjenesten (ARB)

<b>Kapittel 3.11: MED</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Anne Aschehoug Loftu	Klinikk-kontakt fra bedriftshelsetjenesten (ARB)
Espen Fossum	HR- konsulent
Heidi Kolstad	KHVO
Kristin Thomassen	Kvalitetsrådgiver
Marit Westby Botten	Konstituert HR-leder
Morten Mowe	Klinikkleder
Rita Helen Jensen	KHTV- NSF

<b>Kapittel 3.12: NVR</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Kristin Marie Sulheim Gundersen	Klinikk-kontakt fra bedriftshelsetjenesten (ARB)
Line Benedicte Nyborg	HR-leder
Stian Austad Haug	Klinikkhovedverneombud

<b>Kapittel 3.13: OPK</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Anne Brit Lima	Klinikk-kontakt fra bedriftshelsetjenesten (ARB)
Marie Holmseth	NSF
Reidun Skodje	HR-rådgiver
Tina Ludvigsen	Klinikkhovedverneombud

<b>Kapittel 3.14: OSS</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Anne Hydle	Spesialrådgiver kontinuerlig forbedring
Anne Marthe Aassve Eriksen	HR-leder (valgfri deltaker)
Beate Haakonsen	Rådgiver kvalitet
Frederik Samuelsen	Klinikkhovedtillitsvalgt Fagforbundet
Geir Teigstad	Klinikkdirektør
Liv Inger Holmleid	Klinikkhovedverneombud
Morten Bråthen	Stabsleder (valgfri deltaker)
Ramona E. Braanen	HR-rådgiver
Sigrunn Haug Simensen	Klinikk-kontakt fra bedriftshelsetjenesten (ARB)

<b>Kapittel 3.15: PHA</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Berit Averstad	Tillitsvalgt NSF
Christian Smestad Torp	Klinikkhovedverneombud
Ellinor Lønnå	Tillitsvalgt Fagforbundet
Ida Kristensen	Klinikk-kontakt fra bedriftshelsetjenesten (ARB)
Mathias van der Harst	Rådgiver HR
Mona Hafeld	Rådgiver HR
Trond Tangnes	Seksjonsleder Døgn drift

<b>Kapittel 3.16: PRE</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Gunne Morgan Knai	Klinikkverneombud- Prehospital Klinikk
Helen Hodø	Klinikk-kontakt fra bedriftshelsetjenesten (ARB)
Selvea Antoun	HMS Rådgiver-Prehospital Klinikk
Thomas Renngård	Klinikktiltitsvalgt   Paramedic

## Vedlegg 4: Medlemmer i AMU og AU 2021

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

### REPRESENTANTER FOR ARBEIDSTAKERNE

<b>Svein Erik Urstrømmen</b>	NSF	<b>Medlem</b>	Medlem
Karin Solfeldt	NSF	Vara	
<b>Cathrine Hoelstad</b>	NSF	<b>Medlem</b>	Medlem
Vibeke Cecilie Hesselberg	NSF	Vara	
<b>Berit Averstad</b>	NSF	<b>Medlem</b>	
Therese Heggedal	NSF	Vara	Vara
<b>Bjørn Wølstad-Knudsen</b>	Fagforbundet	<b>Medlem</b>	Medlem
Ellen Tønsager	Fagforbundet	Vara	Vara
<b>Else Lise Skjæret-Larsen</b>	Fagforbundet	<b>Medlem</b>	
Frederik Samuelson	Fagforbundet	Vara	
<b>Anne Marit Wang Førland</b>	Dnlf	<b>Medlem</b>	Vara
Erik Høiskar	Dnlf	Vara	
<b>Jonathan Faundez</b>	NITO	<b>Medlem</b>	Medlem
Kajsa Madelene Liljefors	Delta	Vara	
<b>Line Blystad</b>	Foretakshovedverneombud	<b>Medlem</b>	Medlem
Espen Vollan	Stedfortredende foretakshovedverneombud	Vara	Vara

### REPRESENTANTER FOR ARBEIDSGIVER

<b>Bjørn Atle Bjørnbeth</b>	Administrerende direktør	<b>Medlem</b>	
Morten Reymert	Viseadm. direktør, Økonomi og finans	Vara	
<b>Susanne Flølo</b>	Direktør for HR og personal	<b>Medlem</b>	Medlem
Øystein Solheim Lien	Assisterende HR-direktør, DST	Vara	
<b>Sølvi Andersen</b>	Assisterende direktør, Kvalitet og pasientsikkerhet	<b>Medlem</b>	Medlem
Matthias Baaske	Fagdirektør Helsefag	Vara	Vara

<b>Jill C. Jahrmann</b>	HMS-leder, OSS	<b>Medlem</b>	Medlem
Thomas J. Riiser	Seksjonsleder, DST Stab fag, pasientsikkerhet og samhandling	Vara	
<b>Øyvind Skraastad</b>	Klinikkleder, AKU	<b>Medlem</b>	
Morten T. Eriksen	Klinikkleder, KIT	Vara	
<b>Kjersti Langmoen</b>	Avdelingsleder, HHA	<b>Medlem</b>	
Terje Kluften	Avdelingsleder, AKU	Vara	
<b>Eva Bjørstad</b>	Klinikkleder, NVR	<b>Medlem</b>	
Andreas Matussek	Klinikkleder, KLM	Vara	
<b>Geir Teigstad</b>	Direktør, OSS	<b>Medlem</b>	
Anne Marthe Aassve Eriksen	HR-leder, TIK	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	Sekretær	
Ingrid Nødtvedt	Arbeidsmiljøavdelingen	Vara	

## Vedlegg 5: Oversikt over forkortelser

Forkortelse	Fullt navn
AKU	Akuttklinikken
BAR	Barne- og ungdomsklinikken
DST	Direktørens stab
HHA	Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi
HLK	Hjerte-, lunge- og karklinikken
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 sykehuservice
PRE	Prehospital klinikk
ARB	Arbeidsmiljøavdelingen
BHT	Bedriftshelsetjenesten