



HMS-årsrapport

2023



Introduksjon

Denne årsrapporten har til hensikt å 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. Helseforetaket har ansvar for å skape et godt arbeidsmiljø i samarbeid med de ansatte. *I årene fremover vil mangel på kvalifisert helsepersonell trolig bli et økende problem. Derfor er det avgjørende at OUS tilbyr et arbeidsmiljø som stimulerer til trivsel, utvikling og økt rekruttering (Utviklingsplan 2040).*

Oslo universitetssykehus skal ha med seg arbeidsmiljøperspektivet i alle endringer, og de ansatte skal involveres gjennom godt etablerte medvirkningsprosesser. Vi skal tilrettelegge for trygge og forutsigbare arbeidsvilkår, god kultur og et arbeidsmiljø preget av tillit, åpenhet og respekt (Utviklingsplan 2040). Dette er en forutsetning for god pasientbehandling i en travel hverdag, og OUS har tro på at et godt arbeidsmiljø gir god pasientbehandling. OUS skal være en arbeidsplass ansatte er stolte av og hvor de trives med å jobbe.

Ved sammenstilling av overordnede resultater for hele OUS er den primære målsetningen å avdekke de viktigste forbedringsområdene. Med denne målsettingen er det viktig å ikke 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 store sykehuset.

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 sammen med 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. KIT har ikke utarbeidet rapport for 2023, da KIT skal opphøre som klinikk.

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.

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' prioriterte områder innen HMS for 2024	5
1.2. Status, mål og tiltak for HMS i OUS	9
Del 2: HMS-faginstansene i OUS sine vurderinger av HMS-temaene	31
2.1 HMS-verktøy og -system.....	31
2.2 Medvirkning	43
2.3 Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring.....	46
2.4 Arbeidsbelastning	48
2.5 Sosial støtte.....	52
2.6 Psykologisk trygghet	54
2.7 Konflikt.....	57
2.8 Trakassering.....	59
2.9 Luftkvalitet	61
2.10 Støy	64
2.11 Lysforhold.....	67
2.12 Ergonomi og fysisk helse.....	69
2.13 Vold og trusler	72
2.14 Inkluderende arbeidsliv	77
a. IA-utvalget	79
b. Gravide ansatte.....	81
c. Rus- og avhengighetsproblematikk.....	82
2.15 Kjemikalievern	84
2.16 Smittevern.....	90
2.17 Strålevern.....	93
2.18 Brannvern	95
2.19 Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)	99
2.20 Ytre miljø.....	103
2.21 Elektro.....	105
2.22 Sentralt AMU.....	109
2.23 HMS-utvalget	110
2.24 Nye OUS.....	111
2.25 Vernetjenesten i OUS	115
Del 3: Klinikkenes HMS-årsrapporter	117
3.1 Akuttklinikken (AKU).....	121
3.2 Barne- og ungdomsklinikken (BAR).....	128
3.3 Direktørens stab (DST).....	133
3.4 Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi (HHA).....	138
3.5 Hjerte-, lunge- og karklinikken (HLK).....	143
3.6 Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon (KIT).....	149
3.7 Klinikk for laboratoriemedisin (KLM).....	150
3.8 Kreftklinikken (KRE)	158
3.9 Klinikk for radiologi og nukleærmedisin (KRN)	163
3.10 Kvinneklinikken (KVI).....	170
3.11 Medisinsk klinikk (MED).....	175
3.12 Nevroklinikken (NVR)	181
3.13 Ortopedisk klinikk (OPK).....	186
3.14 Oslo sykehusservice (OSS).....	191

3.15	Klinikk for psykisk helse og avhengighet (PHA).....	196
3.16	Prehospital klinikk (PRE).....	203
3.17	Teknologi- og innovasjonsklinikken (TIK).....	212
Vedlegg	217
Vedlegg 1:	Sentral arbeidsgruppe som har utarbeidet del 1 av rapporten.....	217
Vedlegg 2:	HMS-faginstansene som har utarbeidet del 2.....	218
Vedlegg 3:	Arbeidsgruppene i klinikkene som har utarbeidet del 3 av rapporten.....	222
Vedlegg 4:	Medlemmer i sentralt AMU.....	226
Vedlegg 5:	Oversikt over forkortelser.....	227

Del 1: Overordnet HMS-årsrapport for OUS

1.1. OUS' prioriterte områder innen HMS for 2024

1. Medvirkning		
Mål	Bakgrunn	Forbedringstiltak
<p>Fra Utviklingsplan 2040: Arbeidsmiljøperspektivet skal tas med i alle endringer og ansatte involveres gjennom godt etablerte medvirkningsprosesser</p> <p>Medvirkning er systematisert med faste møtearenaer på alle nivåer i sykehuset</p> <p>Ansatte opplever å ha tilgjengelig informasjon om endringsprosesser og beslutninger</p> <p>Alle parter har en forent holdning til kjøreregler for medvirkning</p>	<p>Medvirkning anses som et av de viktigste områdene for at sykehuset skal klare omstilling og utvikling som er påkrevet de nærmeste 10 årene.</p> <p>12 klinikker har oransje farge, resterende fem angir gult. Ni av klinikkene oppgir medvirkning blant sine største arbeidsmiljøutfordringer.</p> <p>Aggregerte tall fra svar i Forbedringsundersøkelsen viser at ansatte i PRE, KVI og AKU er de som angir lavest grad av involvering (tre spørsmål).</p>	<p>Kompetansekrav for ledere, verneombud og tillitsvalgte:</p> <ul style="list-style-type: none">• 12 prinsipper for medvirkning i omstilling – Helse Sørøst (dok 47205)• Informasjon, drøfting og forhandling med tillitsvalgte (dok 22389) <p>Dialogduk for partssamarbeid innføres i hele sykehuset. Starter med AMU workshop</p> <p>Agenda til ledermøter og referat med vedtak blir tilgjengelige for ansatte</p> <p>Dialogmøter bør speile innhold i ledermøter – strukturert agenda</p>

2. Arbeidsbelastning		
Mål	Bakgrunn	Forbedringstiltak
<p>Fra UVP 2040: Vi skal jobbe planmessig mot de endringene som kommer og samtidig ha tilstrekkelig fleksibilitet til å gjennomføre smidige og effektive endringer.</p> <p>OUS har gjennomgående struktur for forsvarlighetsvurdering, inkludert prinsipper for risikoreduserende turnus</p> <p>OUS har gjennomgående god systematikk og lederkompetanse innen bemannings – og aktivitetsplanlegging, kompetanseplanlegging, og oppgavedeling</p> <p>OUS har sentral kompetanse innen organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø</p>	<p>11 av 17 klinikker har vurdert temaet med oransje farge, og 9 av dem har plassert arbeidsbelastning som en av sine største arbeidsmiljøutfordringer.</p> <p>Opplevelse av arbeidsbelastning påvirkes av mange flere faktorer enn faktisk antall timer og oppgaver på jobb. Dessuten er det kjent at kollegial – og lederstøtte, samt opplevelse av autonomi kan virke modifierende. Tiltak for å bedre opplevd arbeidsbelastning vil ligge under mange temaer i denne rapporten (Medvirkning, Forbedring og daglig risikostyring, Sosial støtte, Psykologisk trygghet, Luftkvalitet, Ergonomi med mer)</p> <p>For å sette strategisk retning på arbeid med opplevd arbeidsbelastning, en kompleks utfordring, har arbeidsgiver behov for kompetanse innen arbeids – og organisasjonspsykologi</p>	<p>Implementere retningslinje for forsvarlighetsvurdering av arbeidstidsplaner i hele sykehuset</p> <p>Implementere og bruke risikovurdering ved omstillinger der dette er aktuelt</p> <p>Sørge for at ledere kan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bemannings – og aktivitetsplanlegging - Strukturert prioritering av oppgaver/aktiviteter - Kompetanseplanlegging, langsiktig og per vakt - Oppgavedeling <p>Bredde implementering av kollegastøtteordning</p> <p>Sentral HR stab sørger for å ansette kompetanse innen arbeids – og organisasjonspsykologi</p> <p>Se for øvrig tiltak under temaene Medvirkning og Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring</p>

3. Ergonomi og fysisk helse		
Mål	Bakgrunn	Forbedringstiltak
<p>OUS har velfungerende nettverk av forflytningsveiledere og helsemotivatorer</p> <p>OUS har systematikk og kontroll på forflytningshjelpemidler</p> <p>OUS prioriterer og fremmer fysisk aktivitet og fysisk helse hos ansatte</p> <p>Tiltakene innen fysisk aktivitet er i samsvar med drift/oppgaver og er risikobaserte</p>	<p>Ergonomi handler om tilpasningen mellom arbeidsmiljø, teknikk og menneske. Ifølge NAV er muskel- og skjelettplager den største årsaken til sykefravær på OUS og det er derfor svært viktig å jobbe forebyggende</p> <p>12 av 17 klinikker scorer seg med oransje farge. Det er behov for et sentralt løft på dette området, både hva gjelder ergonomiske forhold, og anerkjennelse/fremming av ansattes fysiske helse som en sentralt faktor.</p>	<p>To sentrale innsatsområder i 2024 skal detaljeres med tiltak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Forflytning og ergonomi 2) Fremme målrettet/risikobasert fysisk aktivitet blant ansatte <p>Tilrettelegging for helårssykling: Mulighet for</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spyling av sykkel • Låsbare sykkelbur under tak • Garderober med dusj

4. Brannvern		
Mål	Bakgrunn	Forbedringstiltak
<p>Det forebyggende brannvernarbeidet i OUS er enkelt og brukervennlig for ansatte og ledere</p> <p>85% av ansatte utfører pålagt opplæring og aktiviteter årlig</p>	<p>Klinikkenes egenvurdering har blitt kraftig forverret i 2023, med 13 oransje, tre gule, og en rød vurdering. Dette har sammenheng med at klinikkene nå har fått dokumentasjon fra kompetanseportalen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 63% fullført og godkjent e-læringskurset «Brannvern ved OUS» • 29% gjennomført og godkjent «Sjekklisten brannrunde». • 15% gjennomført «Årlig brannøvelse» <p>Området bør løftes i hele linjen, samtidig som tilgjengelighet til gjennomføring og rapportering må forenkles (IKT plattformer og tilgjengelighet fra mobiltelefon)</p>	<p>Forbedre og forenkle dokumentasjon av brannopplæring og øvelser</p> <p>Sørge for at det obligatoriske elæringskurset finnes i mobilformat</p> <p>Leders ansvar for forebyggende brannvern blir del av LGG årlig sjekkliste</p>

1.2. Status, mål og tiltak for HMS i OUS

Kap i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
1.1	HMS-verktøy og -system		<p>Kvalitet på HMS verktøyene, og sykehusets bruk av disse er avgjørende for et velfungerende HMS system. Målsetningen er at ressursene brukes til forebygging og læring, i større grad enn brannslukking etter hendelser.</p> <p>Sykehusets resultater i 2023;</p> <ul style="list-style-type: none"> Svarprosent på Forbedring er bedret fra 2022, og er på tilfredsstillende nivå med 77% svar. Gjennomførte tilbakemeldingsmøter etter ForBedring viser mye variasjon innad i klinikkene og nedgang totalt fra 53% i 2022, til 47% i 2023. Det er mulig at en del har gjennomført møtet uten å registrere dette i Achilles Gjennomførte HMS runder har hatt en markant nedgang fra 71% i 2022 til 61% i 2023 <p>Gjennomgang av ForBedring kan muligens bli rutinepreget fordi undersøkelsen er lik årlig. Det bør ses på alternative metoder for å fornye arbeidet</p>	<p>OUS har brukervennlige og relevante verktøy som ser HMS og pasientsikkerhet i sammenheng</p> <p>OUS har verktøy til støtte for omstilling og endring</p> <p>Alle ansatte i OUS har tilgang til – og kompetanse om å jobbe i Microsoft Teams</p>	<p>Ny årlig prosess for HMS, pasientsikkerhet og kvalitet erstatter HMS runde på laveste organisasjonsnivå.</p> <p>AMU årshjul for alle KAMU innføres – sikrer kontroll med gjennomføring av HMS verktøy</p> <p>AMU på avdelingsnivå testes i utvalgte klinikker</p> <p>Risikovurdering av omstilling implementeres</p> <p>Vurdere å innføre ForBedring oppfølgingsmetodikk fra IA bransjeprogram sykehus (nytt i 2024)</p>

Kap i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
1.2	Medvirkning		<p>Anses som et av de viktigste områdene for at sykehuset skal klare omstilling og utvikling som er påkrevet de nærmeste 10 årene.</p> <p>12 klinikker har oransje farge, resterende fem angir gult. Ni av klinikkene oppgir medvirkning blant sine største arbeidsmiljøutfordringer. Aggregerte tall fra svar i Forbedringsundersøkelsen viser at ansatte i PRE, KVI og AKU er de som angir lavest grad av involvering (tre spørsmål)</p> <p>Det oppgis at det er etablerte strukturer for medvirkning på nivå 1 og 2, men noe mer varierende på nivå 3-6. Kompetanse om medvirkning, og enighet mellom partene om hva medvirkning faktisk er, oppleves som varierende.</p> <p>I tillegg til medvirkning, er informasjon om endringsprosesser og beslutninger avgjørende. Informasjonen bør gis på en strukturert og systematisk måte</p> <p>OUS er et stort sykehus, og i mange miljøer oppleves partssamarbeidet som velfungerende. Klinikkerne bør gjøre en vurdering av hvem som får det til, og hva som kjennetegner disse miljøene</p>	<p>Fra Utviklingsplan 2040: Arbeidsmiljøperspektivet skal tas med i alle endringer og ansatte involveres gjennom godt etablerte medvirkningsprosesser</p> <p>Medvirkning er systematisert med faste møtearenaer på alle nivåer i sykehuset</p> <p>Ansatte opplever å ha tilgjengelig informasjon om endringsprosesser og beslutninger</p> <p>Alle parter har en forent holdning til kjøreregler for medvirkning</p>	<p>Kompetansekrav for ledere, verneombud og tillitsvalgte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12 prinsipper for medvirkning i omstilling – Helse Sørøst (dok 47205) • Informasjon, drøfting og forhandling med tillitsvalgte (dok 22389) <p>Dialogduk for partssamarbeid innføres i hele sykehuset. Starter med AMU workshop</p> <p>Agenda til ledermøter og referat med vedtak er tilgjengelige for ansatte</p> <p>Dialogmøter bør speile innhold i ledermøter – strukturert agenda</p>

Kap i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
1.3	Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		<p>Temaet handler om daglig, systematisk arbeid med kvalitet og risiko. Indikatorer er hentet fra HMS-runden og dekker tema som prioritering, bemanningsplan, tavlemøter, det grønne korset, systematiske evalueringer og intern samhandling. <i>Det mangler gode indikatorer for forbedringsarbeid</i></p> <p>Bruk av Det grønne korset og tavlemøter er et område hvor flere klinikker peker på forbedringsmuligheter, i tillegg til at enkelte vurderer at disse verktøyene ikke er hensiktsmessige for dem.</p> <p>En anerkjent utfordring i sykehuset er at IKT systemer, både kliniske og administrative, ikke er integrerte. Dette fører til mye tidsbruk, manglende styringsdata, og frustrasjon.</p> <p>IKT systemer representerer videre en risiko i form av at ansatte ikke har tilstrekkelig og oppdatert kunnskap om alle plattformene de er forventet å bruke</p>	<p>OUS har en omforent holdning og praksis for daglig risikostyring og kontinuerlig forbedring</p> <p>Flere enheter driver systematisk med forbedringsarbeid.</p> <p>Flere enheter driver prosjekter med oppgavedeling –og glidning</p> <p>Ansatte har tilstrekkelig oppdatert kompetanse om integrerte IKT plattformet</p> <p>OUS tar i bruk KI der dette er mulig og relevant</p>	<p>Forbedringskunnskap kvantifiseres med mål – hvor mange ledere som skal ha fått opplæring i forbedringskunnskap innen en gitt periode</p> <p>Oppfordre ledere til å benytte sykehusets verktøy for gjennomføring av oppgavedeling og -glidning.</p> <p>Compliancevurdering av hvordan pasientsikkerhetstiltak, blant annet tavlemøter og det grønne korset, etterleves på sengeposter i OUS</p> <p>Fremskaffe indikator(er) for forbedringsarbeid og verktøy for registrering av satsninger</p> <p>Integrering av IKT plattformer</p> <p>Internrevisjon av bruk av kliniske IKT programmet</p>

Kap i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
1.4	Arbeidsbelastning		<p>Opplevelse av arbeidsbelastning påvirkes av mange flere faktorer enn faktisk antall timer og oppgaver på jobb. Dessuten er det kjent at kollegial – og lederstøtte, samt opplevelse av autonomi påvirker. Tiltak for å bedre opplevd arbeidsbelastning finnes under mange temaer i denne rapporten (Medvirkning, Forbedring og daglig risikostyring, Sosial støtte, Psykologisk trygghet, Luftkvalitet, Ergonomi med mer)</p> <p>Temaet er prioritert høyt av mange klinikker, og tiltakene som beskrives handler om de samme temaene; Oppgaveglidning/deling, sykefravær, turnover, bemanningsplaner og bistand til belastede enheter.</p> <p>Flere av konseptene som allerede utvikles for fremtidens OUS vil også kunne ha positiv effekt på arbeidsbelastning (standardisert forsyning, forsyningsmedarbeider, farmasitun, bemanningsplanlegging og ressursstyring med mer)</p> <p>Uavhengig av hvilke tiltak som settes inn er to vurderinger sentrale</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lederlinjen har ansvaret, kan ikke løse utfordringene alene. Bred, omforent forståelse av hva som er utfordringen og mulige løsninger er nødvendig 2) Manglende bærekraft og økonomi peker mot at løsninger må finnes i optimal bruk av de ressursene sykehuset har, ved måten vi 	<p>Fra UVP 2040: Vi skal jobbe planmessig mot de endringene som kommer og samtidig ha tilstrekkelig fleksibilitet til å gjennomføre smidige og effektive endringer.</p> <p>OUS har gjennomgående struktur for forsvarlighetsvurdering, inkludert prinsipper for risikoreduserende turnus</p> <p>OUS har gjennomgående god systematikk og lederkompetanse innen bemannings – og aktivitetsplanlegging, kompetanseplanlegging, og oppgavedeling</p> <p>OUS har sentral kompetanse innen organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø</p>	<p>Implementere retningslinje for forsvarlighetsvurdering av arbeidstidsplaner i hele sykehuset</p> <p>Implementere og bruke risikovurdering ved omstillinger der dette er aktuelt</p> <p>Sørge for at ledere kan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bemannings – og aktivitetsplanlegging - Strukturert prioritering av oppgaver/aktiviteter - Kompetanseplanlegging langsiktig og per vakt - Oppgavedeling <p>Bredde implementering av kollegastøtteordning</p> <p>Se for øvrig tiltak under temaene Medvirkning og Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring</p>

Kap i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
			<p>planlegger, organiserer og gjennomfører arbeidet.</p> <p>For å sette strategisk retning på arbeid med opplevd arbeidsbelastning, en kompleks utfordring, har arbeidsgiver behov for kompetanse innen arbeids – og organisasjonspsykologi</p>		<p>Sentral HR stab sørger for å ansette kompetanse innen arbeids – og organisasjonspsykologi</p>

Kap i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
1.5	Sosial støtte		<p>Flere studier viser at sosial støtte fra <i>kollegaer eller leder</i> kan virke modererende på risikofaktorer som emosjonell belastning, høy arbeidsbelastning og konflikter. Man kan derfor kalle dette for en beskyttelsesfaktor eller bufferfaktor i arbeidsmiljøsammenheng.</p> <p>Innsats for å skape og beholde god sosial støtte som en bufferfaktor kan potensielt styrke ansattgruppens evne til å kompensere for negative påvirkning fra arbeidet.</p> <p>I OUS scorer alle klinikker grønt for dette viktige temaet, dog kommenterer enkelte klinikker at de ser noe nedgang i enkelte enheter.</p>	<p>Opprettholde høy skår på de tre spørsmålene i ForBedring som forbindes med sosial støtte</p> <p>OUS har tilgjengelig malverk og opplæring i kollegastøtte for alle enheter der dette er aktuelt</p>	<p>Ferdigstille kurstilbud og mal for kollegastøtteordning</p>

Kap i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
1.6	Psykologisk trygghet		<p>Begrepet har blitt satt på dagsorden i OUS de to siste årene, og presentert på alle viktige kompetanseareaner som Nyansattdagen, Lederopplæring for nye ledere, HMS grunnopplæring og det nye, regionale innføringskurset i HMS, pasientsikkerhet og kvalitet for alle nyansatte.</p> <p>Det er utviklet et nyttig selvhjelpsverktøy for arbeid med psykologisk trygghet i de enkelte enheter, vært avholdt workshop for alle AMU medlemmer, og Bedriftshelsetjenesten anslår at de har holdt ca. 50 foredrag for OUS om temaet i 2023, selv om en del bestillinger har måttet avslås</p> <p>Psykologisk trygghet fremheves som spesielt viktig under endring og omstilling. Nå har organisasjonen kjennskap og verktøy til å jobbe videre med denne viktige kulturfaktoren.</p>	<p>Fra Utviklingsplan 2040: Vi skal tilrettelegge for trygge og forutsigbare arbeidsvilkår, god kultur og et arbeidsmiljø preget av tillit, åpenhet og respekt.</p> <p>Psykologisk trygghet som begrep er kjent i hele sykehuset</p> <p>Alle ledere kjenner til selvhjelpsverktøy for å jobbe med psykologisk trygghet i egen enhet</p>	<p>Opprettholde undervisning og tematisering av psykologisk trygghet</p> <p>Sørge for at fokus på psykologisk trygghet opprettholdes gjennom endring og omstilling</p>

Kap i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
1.7	Konflikt		<p>Når en uenighet begynner å oppleves fastlåst og vekke sterke negative følelser er det ikke lenger snakk om en nyttig utviklingsprosess, men konflikt.</p> <p>Én aktuell kilde til konflikter på sykehuset i dag er endringsprosesser. I 2023 ble OUS 2.0 lansert, i tillegg til at planlagte flyttinger i større skala begynte å iverksettes. Dette kan ha utfordret samhandlingskvaliteten mellom ansatte, og mellom miljøer, i året som har gått. Det vil også prege samhandling i årene som kommer. I hvor stor grad kommende endringsprosesser vil utløse konflikter avhenger blant annet av hvorvidt dette tas på alvor og det iverksetter forebyggende tiltak.</p> <p>Tre klinikker har endret farge fra gult til oransje i år. Det viser at flere klinikker enn i fjor opplever å ha større utfordringer med konflikter. Disse resultatene, samt pågående og kommende endringsprosesser i kombinasjon med innsparinger, forteller oss at det bør være fokus på forebygging og håndtering av konflikt i tiden framover.</p>	<p>OUS forebygger og håndterer konflikter på en strukturert måte i hele lederlinjen – med verneombud og tillitsvalgte som samarbeidspartnere</p>	<p>Kompetansehevende tiltak på generell ledelse, konflikthåndtering og endringsledelse</p> <p>Konflikthåndteringsprosedyren som kommer i '24 implementeres</p> <p>Godt samarbeid mellom vernetjenesten, de tillitsvalgte og ledelse kan i stor grad forebygge konflikter ved at utfordringer tas tak i tidlig:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ytringsklima på agendaen ved oppstart av medvirkningsmøter - Ytringsklima på agendaen i faste partssamarbeidsmøter

Kap i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
1.8	Trakassering		<p>Ifølge arbeidsmiljøloven (AML), § 4-3 (3), skal arbeidstakere ikke utsettes for trakassering eller annen utilbørlig opptreden. I OUS er det nulltoleranse for trakassering.</p> <p>Klinikkenes vurdering av temaet har vært ganske lik i mange år. Flere klinikker opprettholder gul score på grunn av nulltoleranse</p> <p>Siden vurdering av temaet bygger på spørsmål fra ForBedring, ville det være nyttig å vite om trakasseringen som oppleves er fra ansatte eller pasienter/pårørende. Tiltak for disse to er ulike</p>	<p>Enhetlig håndtering av varsler etter prosedyre</p> <p>ForBedring skiller mellom trakassering fra ansatte og pasienter/pårørende</p>	<p>Implementere ny retningslinje for varslingsaker og etablere varslingsmottak</p> <p>Gjennomgang av alle trakasseringprosedyrer i ehåndboken. Eliminere diskrepans i beskrivelser mellom N1 - N5</p> <p>Påvirke ForBedring nasjonalt til å skille mellom trakassering fra pasienter vs. kolleger</p>

Kap i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
1.9	Luftkvalitet		<p>Luftkvalitet blir nevnt av flere klinikker som en av de største arbeidsmiljøutfordringene og problemet er ofte gamle bygg med lite handlingsrom.</p> <p>Innen temaet luftkvalitet har OUS størst utfordring med lufttemperaturen. Dette skyldes i mange tilfeller manglende eller mangelfull luftutskiftning for å føre bort varme, både fra mennesker og utstyr</p> <p>I tiden fremover ved flytting, ombygging og nybygging er det viktig at ventilasjonen dimensjoneres med hensyn til areal, antall personer, varmegivende og/eller forurensende prosesser, og aktivitetene i rommene. Ved bruksendring og fortetting av arealer skal konsekvenser for det fysiske arbeidsmiljøet risikovurderes.</p> <p>Mange av de gamle byggene skal fortsatt være i bruk i en del år framover. Kartlegging og måling bør gjennomføres ved gjentakende avvik og det bør følges opp med tiltak.</p>	<p>OUS sørger for forskriftsmessige prosessavsug og sanering av årsak til fuktskader</p> <p>OUS risikovurderer konsekvenser for arbeidsmiljøet ved flytting, ombygging og bruksendring av areal</p> <p>Ved ombygging og planlegging av nye areal dimensjoneres ventilasjonen for areal, antall personer, varmegivende og/eller forurensende prosesser, og aktivitet</p>	<p>Etablere forskriftsmessige prosessavsug der det er behov for dette, f. eks på operasjonsstuer med kilder til kirurgisk røyk.</p> <p>Årsak til fuktskader skal utbedres og skadede materialer må saneres</p> <p>Åpen og lett tilgjengelig prioriteringsplan fra EIE for flytting og renovering i eksisterende bygg</p> <p>Sørge for riktig dimensjonering av ventilasjon ved ombygging og i nybygg</p>

Kap i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
1.10	Støy		<p>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.</p> <p>OUS står midt i en lang periode med bygging nær sykehus i drift. Det er forventet at støy fra bygging og riving vil være sjenerende for ansatte og pasienter i mange år fremover</p> <p>Mye sjenerende støy i sykehuset kommer av samlet støynivå fra medisinsk teknisk utstyr (MTU). Ved innkjøp bør det totale støynivået i et område vurderes</p> <p>Ni klinikker scorer seg selv med gul farge og åtte med oransje.</p>	<p>OUS har løpende kontroll med støy fra byggearbeider, informerer om disse, og iverksetter tiltak for å redusere ulempe</p> <p>OUS vektlegger HMS i kravspesifikasjon til MTU innkjøp</p>	<p>Sikre god kommunikasjon og informasjon om planlagt byggeaktivitet til de ansatte</p> <p>Risikovurdere bygging nær sykehus i drift, og sette inn tiltak om nødvendig</p> <p>Innføre ny og forbedret kravspesifikasjon med strengere krav til HMS (bla. støy) ved innkjøp av MTU. Vektingen av støynivå i anbud bør prioriteres</p>

Kap i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
1.11	Lysforhold		<p>Belysning oppleves stort sett ikke som noen stor utfordring i OUS, og klinikkenes vurdering av egen status innen lysforhold er stort sett uendret de siste årene.</p> <p>Belysning på nye sykehusbygg bør også følge den teknologiske utviklingen for å sikre gode lysforhold med tilpasningsmuligheter etter arbeidsoppgaver og individuelle behov til ansatte. Herunder vil det være aktuelt å vurdere for eksempel døgnrytmestyrt belysning spesielt på mest utsatte arbeidsplasser med mye skiftarbeid/lange vakter</p>	<p>OUS følger lov og forskrift med tanke på lysforhold på arbeidsplassen</p> <p>OUS følger teknologisk utvikling for å sikre best mulige lysforhold</p>	<p>Sikre at arbeidsplasser med dagslys etableres i fremtidige rokade- og byggeprosesser, og i Nye OUS</p> <p>Vurdere døgnrytmestyrt belysning på arbeidsplasser med skiftarbeid.</p>

Kap i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
1.12	Ergonomi og fysisk helse		<p>Ergonomi handler om tilpasningen mellom arbeidsmiljø, teknikk og menneske. Ifølge NAV er muskel- og skjelettplager den største årsaken til sykefravær på OUS og det er derfor svært viktig å jobbe forebyggende</p> <p>12 av 17 klinikker scorer seg med oransje farge. Utfordringene som går igjen, er</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mangel på opplæring og kompetanse innen ergonomi og arbeidsteknikk • For få forflytningsveiledere og helsemotivatorer og bruk av disse i klinikkene • Manglende tilretteleggingsmuligheter i ulike arbeidssituasjoner for god ergonomi <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.</p> <p>Det vil være behov for fokus på målrettede helsefremmende tiltak som kan øke de ansattes fysiske kapasitet. Å ha tilgjengelige fasiliteter som trygg sykkelparkering med spyling, garderobe med dusjmuligheter o.l. for de ansatte, slik at de kan benytte seg av reiseveien som en kilde til fysisk aktivitet, er et viktig bidrag for de ansattes helse samt folkehelsen generelt.</p>	<p>OUS har velfungerende nettverk av forflytningsveiledere og helsemotivatorer</p> <p>OUS har systematikk og kontroll på forflytningshjelpemidler</p> <p>OUS prioriterer og fremmer fysisk aktivitet og fysisk helse hos ansatte</p> <p>Tiltakene innen fysisk aktivitet er i samsvar med drift/oppgaver og er risikobaserte</p>	<p>To sentrale innsatsområder i 2024 skal detaljeres med flere tiltak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Om forflytning og ergonomi 2) Om å fremme fysisk aktivitet blant ansatte (OUS i bevegelse) <p>Tilrettelegging for helårssykling: Mulighet for</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spyling av sykkel - Låsbare sykkelbur under tak - Garderober med dusj

Kap i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
1.13	Vold og trusler		<p>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 antydnet trussel mot deres sikkerhet, helse eller velvære».</p> <p>PHA står for 75% av HMS hendelsene innen temaet, og antall registrerte hendelser i denne klinikken har økt betydelig de siste årene fra 713 i 2021, til 1068 i 2022, og 1208 i 2023. Somatikken har ikke hatt tilsvarende økning. 16-18% av HMS hendelsene har ført til skade på ansatt. Denne andelen har ligget jevnt de siste årene</p> <p>OUS har etablert en solid systematikk med risikovurdering av vold og trusler i Achilles, men ifølge klinikkenes statusvurderinger ligger utfordringene i</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Å få alle enheter til å gjennomgå risikovurdering og risikoreducerende tiltak 2) Å prioritere tid til opplæring og trening 	<p>Enheter med risikonivå 3 og 4 i somatikken har systematisk trening og opplæring i regi av PHA til MAP somatikk er klar</p> <p>Alle enheter i OUS har gjennomført risikovurdering av vold og trusler</p> <p>OUS har oversikt over politianmeldte hendelser (krav fra Helse sørøst)</p>	<p>Frikjøpe ressurser fra PHA til å sørge for kurs og trening i utsatte enheter i somatikken - midlertidig</p> <p>Følge opp at alle gjennomfører risikovurdering</p> <p>Løfte oppfølging av forebygging i SAMU og KAMU, med oppskrift på oppfølging. Dette inkluderer vurdering av ID kort uten etternavn</p> <p>Systematisere politianmeldelser i Achilles for rapportering</p>

Kap i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
1.14	Inkluderende arbeidsliv (IA)		<p>Inkluderende arbeidsliv inngår som en del av det systematiske HMS-arbeidet, og det forebyggende aspektet er viktig.</p> <p>Fra 01.01.2019 ble det inngått en ny IA avtale mellom partene i Arbeidslivet og regjeringen. Avtalen er foreløpig vedtatt å skulle gjelde ut 2024. Hovedmålene i IA avtalen er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sykefraværet skal reduseres med 10 prosent sammenlignet med årsgjennomsnittet for 2018 • Frafallet i arbeidslivet skal reduseres. <p>Det akkumulerte sykefraværet i 2023 er 8,44%, på linje med 2022 (8,5%), men høyere enn 2021 med 7,3%. Fordelt på klinikkene har noen økt, andre redusert sykefravær. Høyest akkumulert fravær finner vi i OSS, PRE og PHA. Disse har også høyest korttidsfravær.</p> <p>Vurdering er endret i negativ retning i flere klinikker. Dette gjelder HLK, KVI, OSS og TIK. Seks klinikker har IA som høyest prioritert utfordring for 2024</p>	<p>Ledere i OUS har en åpen holdning til sykefravær, og snakker med ansatte om temaet</p> <p>OUS har systematisk forebygging og oppfølging av sykefravær, inkludert styringsdata og lederstøtte</p> <p>OUS benytter bransjeprogrammene fra IA sykehus i sitt system for forebygging og oppfølging av sykefravær</p> <p>Gravid og trygg i jobb er kjent for alle ledere, og benyttes målrettet for å beholde gravide i jobb</p>	<p>Snakke om sykefravær på nyansattdagen – risikofaktorer (rolleklarhet, manglende opplæring, emosjonell belastning, uklarheter, arbeidsmiljø og kultur).</p> <p>Implementere Tidlig og tett på fra IA bransjeprogram</p> <p>Fortsette å bruke Der skoen trykker fra IA bransjeprogram i utsatte enheter</p> <p>Forskningsprosjekt: «Hva nå? Med fokus på barrierer for å komme tilbake i jobb hos langtidssykemeldte</p>

Kap i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
1.15	Kjemikalievern		<p>Bruk av kjemikalier med farlige egenskaper i OUS er regulert gjennom lover, forskrifter og interne prosedyrer. Det stilles krav til arbeidsgiver når det gjelder sikker bruk av kjemikalier.</p> <p>OUS har som mål at 80% av de registrerte kjemikaliene i stoffkartoteket er risikovurdert. Av 24 516 registreringene har 13 263 (54,1 %) en dokumentert risikovurdering i 2023.</p> <p>Av 3239 (3230 i 2022) registreringer som regnes som svært helse- og/eller miljøskadelige, har 19,1 % dokumentert substitusjonsvurdering. Målet er 100%</p> <p>De fleste klinikkene har lik egenvurdering som fjoråret (4 oransje, 10 gule og 2 grønne). Det har vært en lengre periode med bruk av to brukergrensesnitt på grunn av forsinket anbudsprosess for elektronisk stoffkartotek, og dette har ført til utsettelse av arbeid med risiko – og substitusjonsvurdering. Det forventes økt aktivitet i 2024</p>	<p>80% risikovurdering av registrerte kjemikalier</p> <p>100% substitusjonsvurdering av stoffer i risikoklasse 1-4 (svært helse – og/eller miljøskadelige)</p>	<p>Øke kjennskap til kurset Kjemikaliesikkerhet for ledere</p>

Kap i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
1.16	Smittevern		<p>Arbeidsgiver skal kartlegge ansattes eksponering for biologiske faktorer, og hvilken smittefare det kan utgjøre. Arbeidsgiver skal også sørge for tilbud om yrkesvaksinasjon</p> <p>Basale smittevernrutiner, inkludert håndhygiene, forebygging av luft-/dråpesmitte og stikkskader, er de viktigste tiltakene mot yrkesbetinget smitte. På dette området har OUS fremdeles forbedringspotensial. Det samme gjelder for smittemerking av pasienter – det meldes fremdeles HMS hendelser om manglende informasjon om smitte.</p> <p>15 av 16 klinikker scorer grønt på temaet, to på gult. I klinikkens egne vurderinger kommer det fram at de har arbeidet bevisst og systematisk med smittevernrutinene. Viktigheten av informasjon og opplæring trekkes fram. Influensavaksinering som viktig pasientbeskyttende tiltak trekkes fram av flere klinikker.</p> <p>Alle ansatte i klinisk arbeid bør ha kjennskap til 11242 (Basale smittevernrutiner), 52436 (Alfabetisk liste over infeksjoner med smitteverntiltak), 58947 (Arbeidstøy), 58 (Stikkskadeoppfølging) og 11088 (MRSA hos ansatte)</p>	<p>OUS har god systematikk for forebygging av smitte og oppfølging av stikkskader og tilfeller med smitte av ansatte.</p> <p>OUS har innført smittemerking av pasienter som reduserer antall avvik innen dette teamet</p>	<p>Partssammensatt arbeidsgruppe, ledet av Avdeling for smittevern, anbefaler tiltak for bedret smittekommunikasjon</p>

Kap i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
1.17	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. KRN, KRE og HLK er klinikkene med mest stråling</p> <p>Alle klinikker markerer seg med grønn farge på temaet. Det er allikevel viktig å opprettholde årvåkenhet og gjennomført systematikk med tanke på forebygging</p>	<p>OUS har god systematikk og prestasjon i det forebyggende strålevernarbeidet</p>	<p>Følge opp strålevernsundervisning, og oppfordre aktuelle enheter til å ha egne strålevernskrav i Kompetanseportalen</p> <p>Etablere verktøy for enklere risikovurdering av arbeid knyttet til strålebruk.</p> <p>Sikre åpenhet om rapportering og tilsyn, resultater av disse, og tiltak</p> <p>Implementere Dosetrack (strålebelastning på pasient) på alt relevant MTU i sykehuset</p>

Kap i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
1.18	Brannvern		<p>Enhet for forebyggende brannvern har gjort en rekke forbedringer i 2023. Det er laget nytt e-kurs for labansatte, samt produsert og publisert korte demonstrasjonsfilmer for gjennomføring av øvelser, bruk av slukkeutstyr, og dokumentasjon av øvelser og opplæring. I tillegg er det laget nytt HMS-kurs for vernetjenesten og et nytt kurs for ledere og brannvernkontakter.</p> <p>Alle ansatte ved OUS skal ifølge Brann- og eksplosjonsvernloven § 25 utføre sine arbeidsoppgaver i samsvar med gjeldende sikkerhetsbestemmelser i lover, forskrifter og interne prosedyrer. Dette innebærer at alle ansatte skal gjennomgå obligatorisk årlig opplæring og forebyggende aktiviteter</p> <p>Klinikkenes egenvurdering har blitt kraftig forverret i 2023, med 13 oransje, tre gule, og en rød vurdering. Dette har sammenheng med at klinikkene nå har fått dokumentasjon fra kompetanseportalen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 63% fullført og godkjent e-læringskurset «Brannvern ved OUS» • 29% gjennomført og godkjent «Sjekklisten brannrunde». • 15% gjennomført «Årlig brannøvelse». 	<p>Det forebyggende brannvernarbeidet i OUS er enkelt og brukervennlig for ansatte og ledere</p> <p>85% av ansatte utfører pålagt opplæring og aktiviteter årlig</p>	<p>Forbedre og forenkle dokumentasjon av brannopplæring og øvelser</p> <p>Det obligatoriske elæringskurset i mobilformat</p> <p>Leders ansvar for forebyggende brannvern blir del av LGG årlig sjekklister</p>

Kap i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
1.19	Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		<p>HMS relatert til medisinsk teknisk utstyr handler primært om opplæring. På bakgrunn av informasjon hentet fra HMS-runden ser det ut til at OUS i stor grad har gode rutiner for gjennomføring av systematisert, dokumentert og repeterende opplæring knyttet til MTU. Det er utfordringer knyttet til støy og ergonomi som følge av bruk av medisinsk-teknisk utstyr (og annet utstyr).</p> <p>Det er imidlertid også en HMS utfordring når utstyret gir bekymring fordi det er gammelt og utdatert. Det er lite planlagt utskifting og fornying av MTU-parken. Dette resulterer i en gammel, umoderne og fortsatt aldrende MTU-park der gjennomsnittsalderen har økt med 0,27 år i løpet av 2023 og er hele 9,83 år per 31.12.2023.</p> <p>10 klinikker angir grønn farge, fem angir gul, og en (KLM) angir rød farge for temaet. Årsakene til ikke-grønn farge er primært gammelt utstyr, og for KLM som rapporterer rødt nivå er en andel av MTU-et så gammelt at leverandører ikke lenger kan tilby optimal service</p>	<p>OUS har god kontroll og dokumentasjon på systematisk og repeterende opplæring på MTU</p> <p>OUS har HMS-krav som standard ved innkjøp av nytt utstyr, og vurderer total støy – og temperaturpåvirkning fra alle maskiner i et rom før innkjøp.</p> <p>Alder og tilstand på utstyrsparke påvirker ikke pasientbehandling, og dermed HMS, negativt</p>	<p>Etablere andre utstyrskategorier enn MTU i Achilles, f.eks. medisinsk forbruksmateriell, grunnutstyr/teknisk utstyr/teknisk infrastruktur</p> <p>Innføre ny og forbedret kravspesifikasjon med strengere krav til HMS (bla. støy) ved innkjøp av MTU. Vektingen av støynivå i anbud bør prioriteres</p>

Kap i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
1.20	Ytre miljø		<p>Som et av Nordens største sykehus er virksomheten ved OUS omfattende og påvirkningen på ytre miljø er tilsvarende stor</p> <p>Helseforetaket er sertifisert i henhold til den internasjonale standarden ISO 14001:2015 og det gjennomføres årlige revisjoner med ekstern revisor</p> <p>Klinikkenes egen vurdering av status (basert på HMS runder og Forbedringsundersøkelsen) er stort sett uendret fra 2021-2023. Største utfordringer som trekkes fram er kildesortering og strømsparing. 13 har vurdert egen klinikk til gul farge, en til oransje, og tre til grønn.</p>	Opprettholde miljøsertifisering og arbeid målrettet mot at alle deler av OUS har miljømål i tråd med de overordnede målene	Delta i, og søke om finansiering til, relevante miljøstudier og utviklingsprosjekter

Kap i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
1.21	Elektro		<p>HMS-lovgivningen stiller krav om risikovurdering, avvikhåndtering, opplæring, revisjon, kvalitetskontroll, optimalisering, rapportering, merking av arealer, og bruk av egnet verneutstyr på elektroområdet.</p> <p>Fagansvarlige for elektro i Eiendomsavdelingen har gjort et stort arbeid de siste årene, med å sette internkontroll i system og lukke alvorlige avvik. De har lagt frem dette arbeidet for sentralt AMU i januar 2024 – og demonstrert at det er mulig å skaffe kontroll på et stort og uoversiktlig område som hadde lidd under manglende vedlikehold i en årrekke.</p> <p>Klinikkene vurderer ikke elektro i sin HMS årsrapport, det gjøres bare på overordnet nivå på grunn av kompleksitet og krav. Det kan være aktuelt å la HMS innen elektroområdet vurderes lenger ned i organisasjonen når kurset <i>Elsikkerhet for medisinsk personell</i> blir obligatorisk</p>	Opprettholde og forbedre internkontroll	<p>Innføre Elsikkerhet for medisinsk personell som obligatorisk kurs</p> <p>Følge opp deltagelse på nevnte kurs i LGG systemgjennomgang</p>

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

2.1 HMS-verktøy og -system

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). Hovedfokus 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 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.

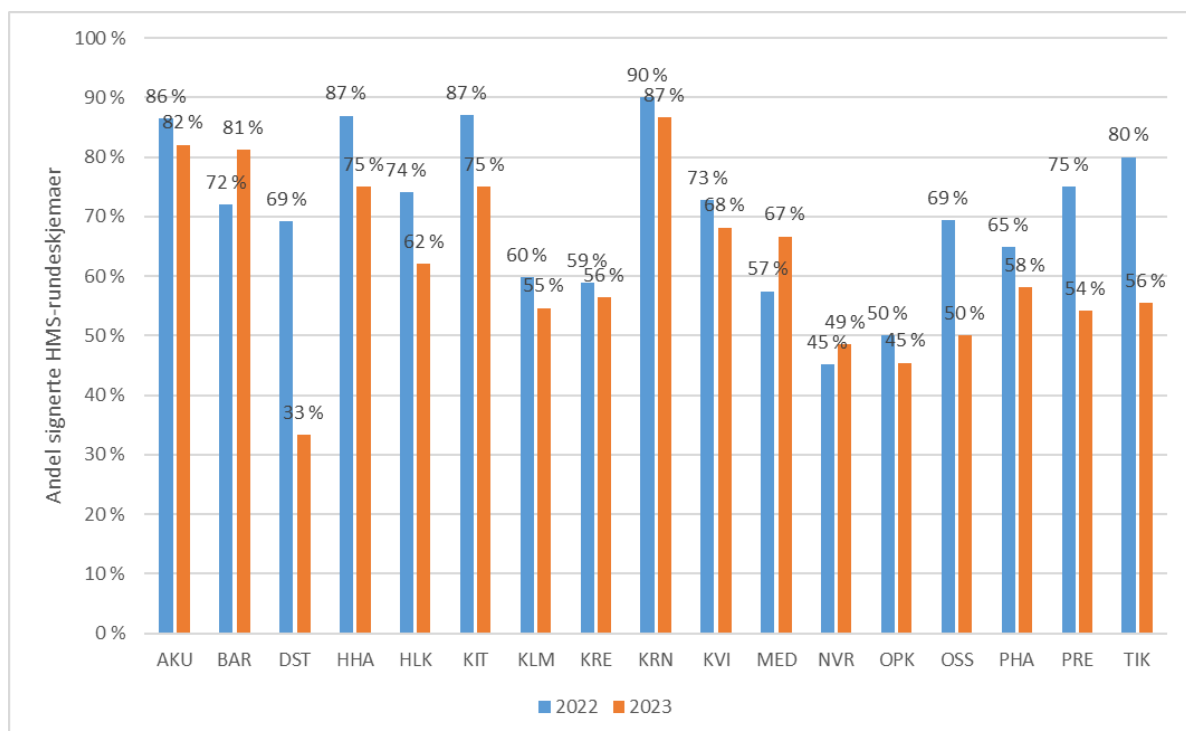
Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
HMS-verktøy	2023						*											
	2022																	
	2021																	
	2020																	
	2019																	

*KITs farge er satt på bakgrunn av kun indikatorer, siden KIT ikke har utarbeidet egen HMS-årsrapport for 2023.

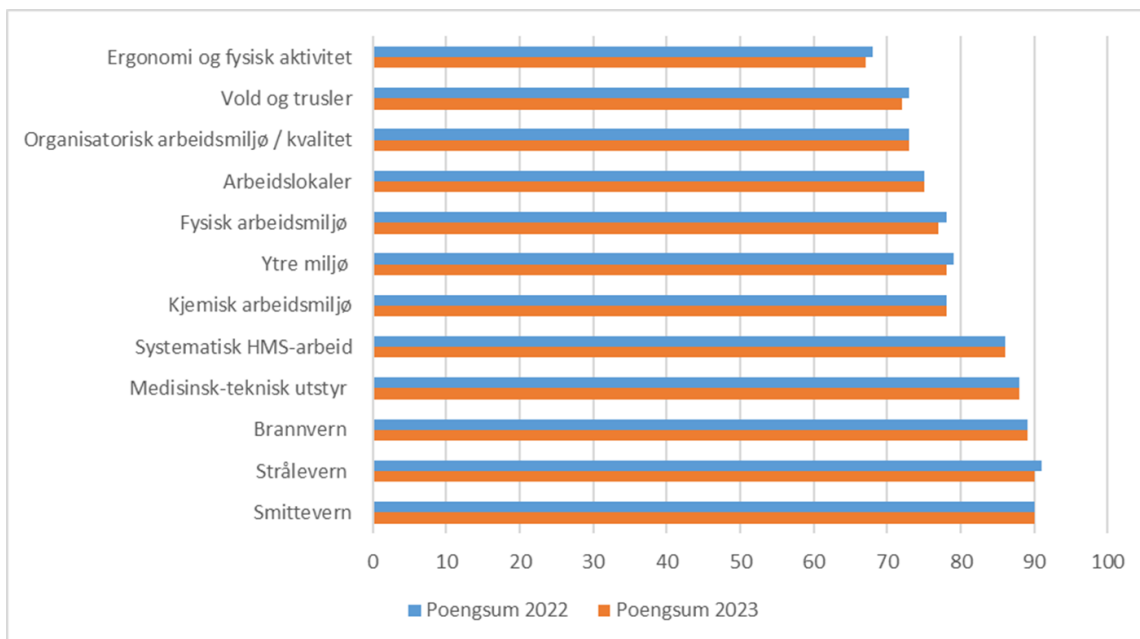
De fleste klinikker har ikke endret vurdering av seg selv på dette temaet. Klinikkerne baserer vurderingen sin i stor grad på gjennomføringsgrad av HMS-runder, svardeltakelse på ForBedring, avholdte tilbakemeldingsmøter etter ForBedring, og meldefrekvens og åpen-rate på HMS-hendelser. OSS har justert ned fargen sin fordi klinikkens gjennomføring av HMS-runder og tilbakemeldingsmøter etter ForBedring har gått ned en del. PRE har justert fargen sin opp fordi de har en bedre oppfølging av HMS-arbeid, systematisk oppfølging av innmeldte HMS-avvik og resultater av HMS-runder i klinikk-AMU. De har hatt fokus på å synliggjøre utvikling av HMS-arbeid. TIK har justert fargen sin opp fordi de nå har skjemaer som passer for gjennomføring av HMS-runder, da de i fjor i forbindelse med reorganisering ikke hadde de rette skjemaene. I tillegg var flere sent ute med å planlegge og gjennomføre HMS-runder innen frist i 2022, men i 2023 har de blitt bedre på dette.

Status for HMS-runder



Figur 1: Andel verneområder som har fullført HMS-runder

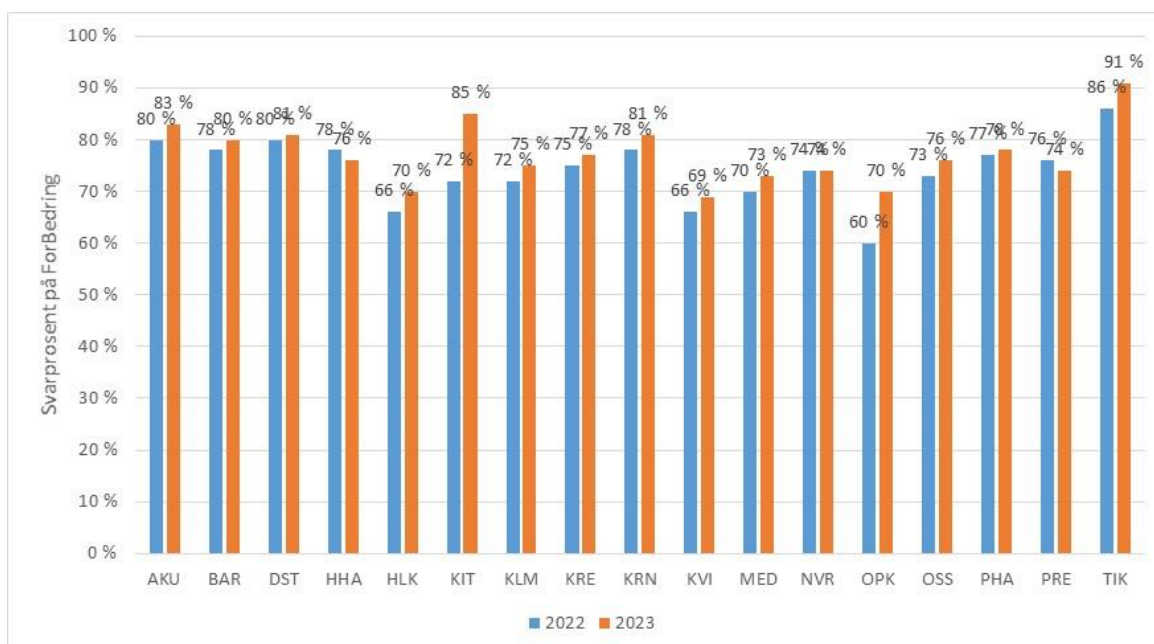
En HMS-runde regnes som signert når leder for verneområdet har signert skjemaet sitt. De fleste klinikker har lavere andel signerte skjemaer i 2023 enn året før, selv om noen har gått opp. For OUS totalt er andel signerte skjemaer gått ned fra 71% i 2022 til 61% i 2023. Noen få klinikker mener det er flere HMS-runder som har blitt gjennomført, men at leder ikke har signert skjemaet. Flere klinikker har som tiltak at de vil følge lederne tettere opp i neste års prosess. Gjennomføringen av HMS-runden er viktig for å sikre at lokal leder har oversikt og nødvendige tiltak for HMS i deres verneområde. Data fra HMS-rundene er også sentral i underlaget klinikkene får til å vurdere sitt eget HMS-arbeid, og jo lavere gjennomføringsgrad, jo svakere data har de.



Figur 2: Resultater fra HMS-runden 2022 og 2023. 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.

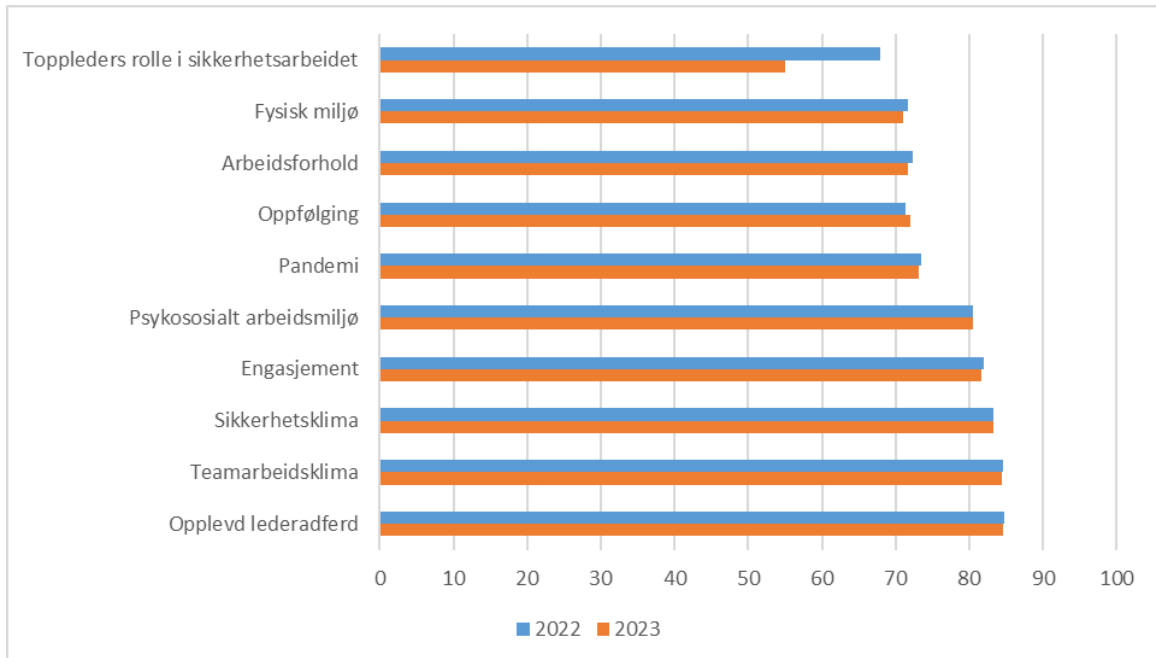
Det er minimalt med endringer totalt sett for hele OUS på temaene fra 2022 til 2023, men det har vært bevegelser i klinikkene og verneområdene. Klinikkene har fått resultatene for sine verneområder, og med det vurderingsgrunnlag for hvor de trenger å sette inn tiltak. Verneområdene i OUS skårer seg lavest på temaet «Ergonomi og fysisk aktivitet», mens «Smittevern» er et tema med god statusvurdering. Les mer om temaene i deres separate kapitler.

Status for ForBedring



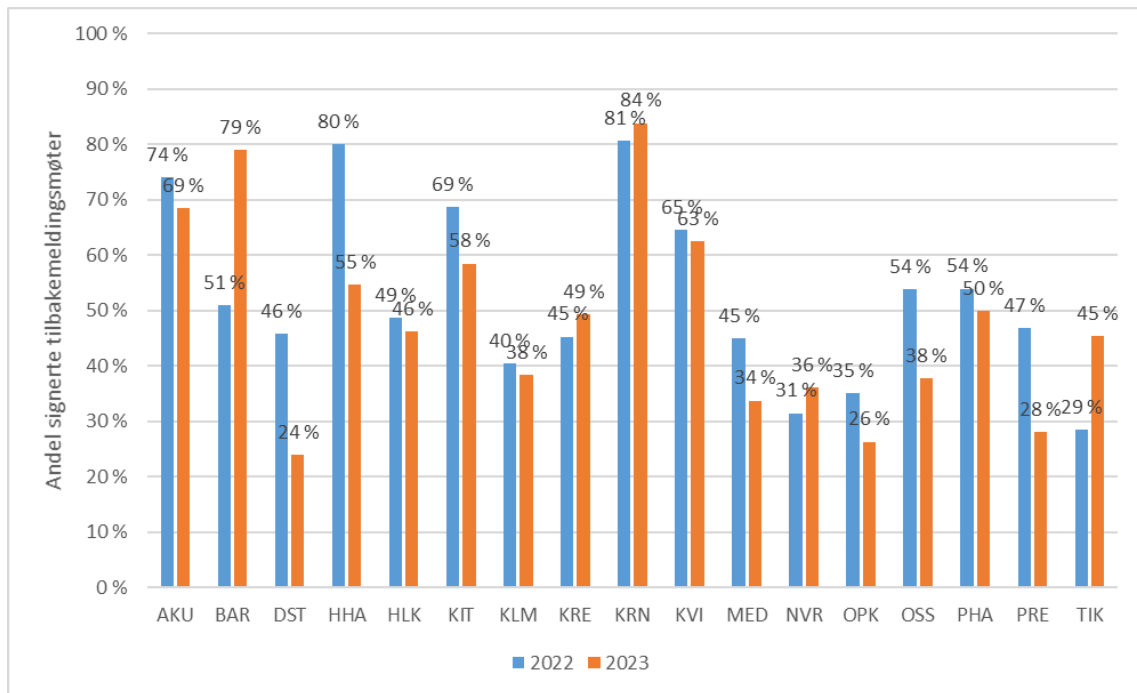
Figur 3: Svarprosent på ForBedring 2022 og 2023, fordelt på klinikk

Andelen av medarbeidere som svarte på ForBedring i OUS i 2023 var på 77%. Av 20781 medarbeidere som kunne svare på undersøkelsen, benyttet 15969 seg av muligheten. Dette er en litt høyere svarprosent enn i 2022, da tallet var 74%. Undersøkelsen er viktig for å få kartlagt hva medarbeiderne mener om deres arbeidssituasjon.



Figur 4: Score på nøkkelfaktorene i ForBedring i 2022 og 2023

Det er lite endringer fra 2022 til 2023 når det gjelder hva de ansatte har svart samlet sett for hele OUS, med unntaket av nøkkelfaktoren «Toppleders rolle for sikkerhetsarbeidet», som har gått en del ned. Mellom klinikkene og i organisasjonsenhetene under dem er det en del variasjon i deres resultater. Resultatene fra ForBedring har blitt brukt som del av underlaget for deres HMS-årsrapporter.



Figur 5: Andel signerte skjemaer for fullført tilbakemeldingsmøte

Etter at undersøkelsen er gjennomført, skal leder avholde et tilbakemeldingsmøte for sin personalgruppe hvor resultatene skal gjennomgå og man sammen skal finne forbedrings- og bevaringsområder og tiltak. Det er en del merkbare endringer på signeringsgraden på klinikknivå fra i fjor. For OUS totalt er andelen signerte tilbakemeldingsmøter gått ned fra 53% i 2022 til 47% i 2023.

Det er større sannsynlighet for at leder faktisk har gjennomført tilbakemeldingsmøtet og ikke signert, enn at det samme har skjedd med HMS-runden. Grunnen til det er at signeringene gjøres i Achilles-skjemaet til HMS-runden, så det er noe man må gjøre i tillegg når det gjelder ForBedring.

HMS-hendelser registrert i 2023

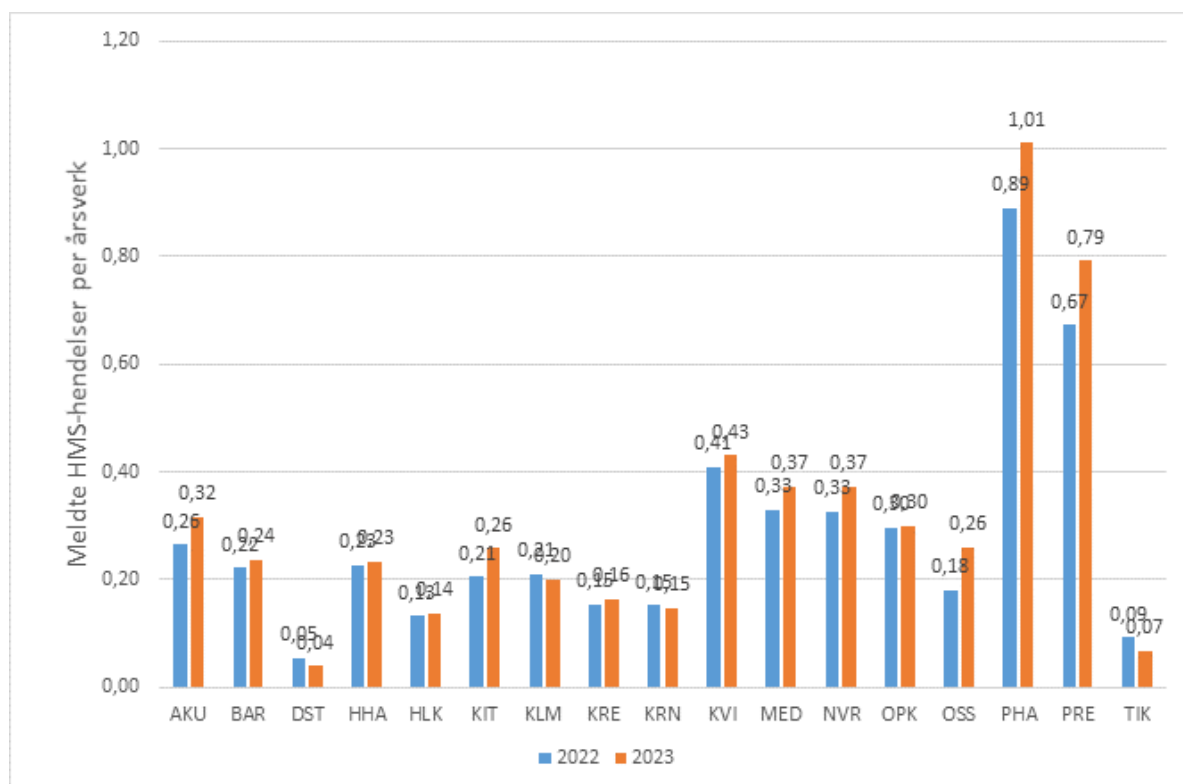
En viktig del av det systematiske HMS-arbeidet er å registrere uønskede hendelser / risikoforhold og skader, analysere bakenforliggende årsaker og sette inn forbedringstiltak der det er nødvendig. HMS-hendelser er i OUS er definert som "Hendelser eller forhold som påvirker arbeidsmiljøet, ansattes helse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

Det ble i 2023 registrert 7595 HMS-hendelser av medarbeidere i OUS (hvorav 757 av dem er skader). Dette er 13% flere enn i 2022 (6714 hendelser).



Figur 6: Antall registrerte HMS-hendelser og skader

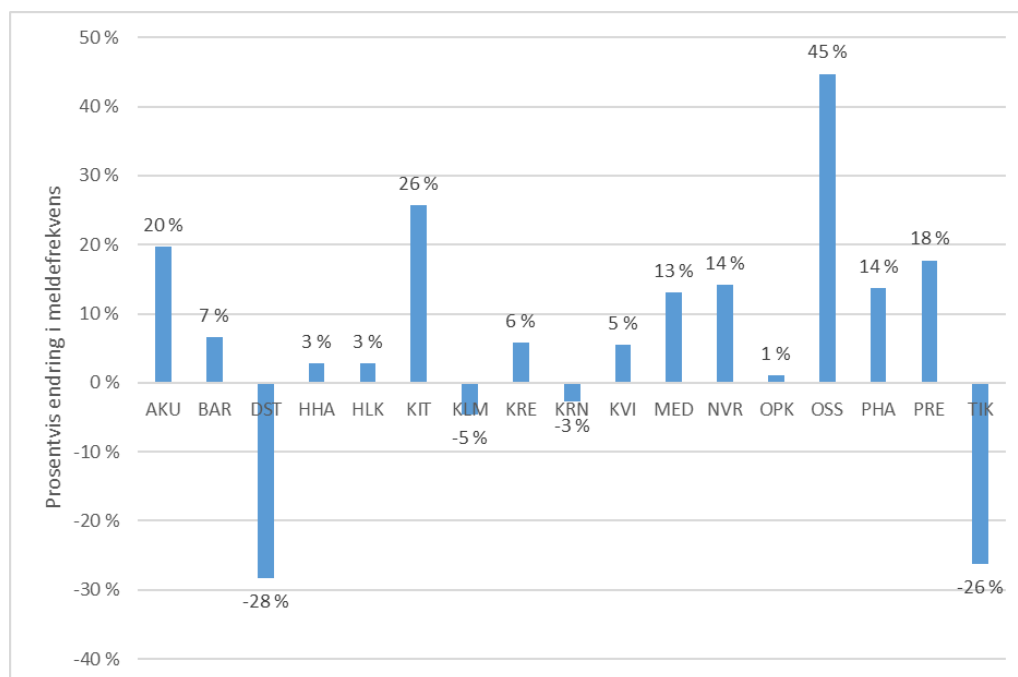
Antallet registrerte HMS-hendelser har økt etter en nedgang i 2022. Forholdet mellom innmeldte HMS-hendelser og skader har holdt seg stabil de siste årene (8,9% i 2019, 10,6% i 2020, 10,5% i 2021, 10,6% i 2022 og 10,0% i 2023).



Figur 7: Meldte HMS-hendelser per årsverk

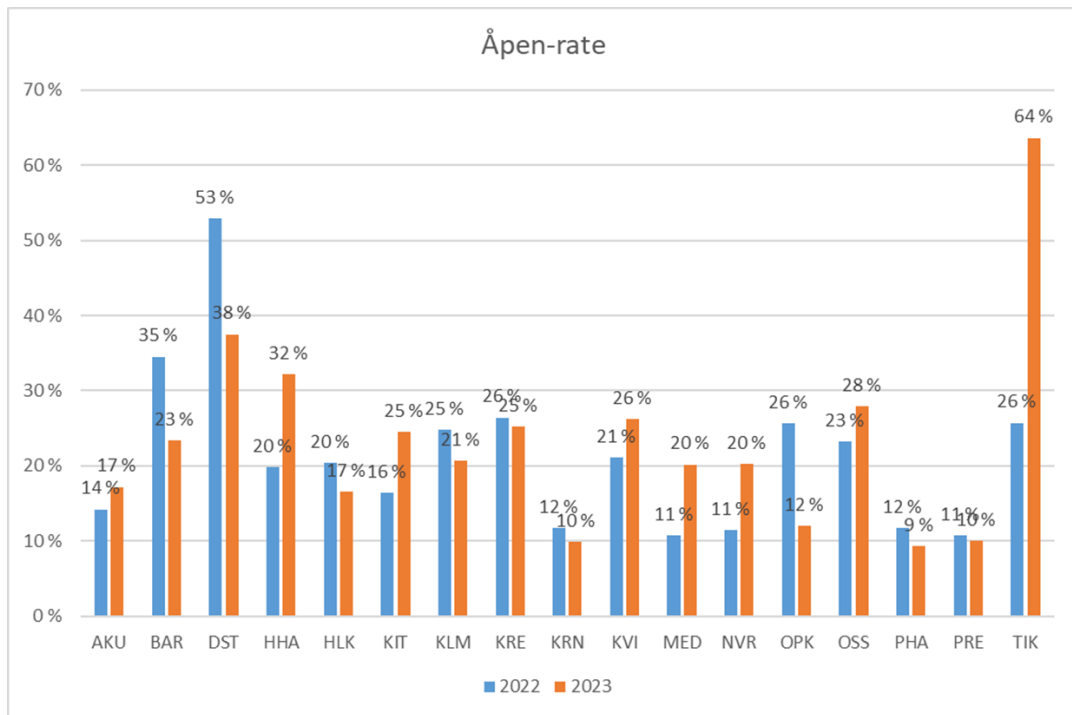
Antall meldte HMS-hendelser fordelt på antall årsverk kan si noe om meldekulturen, og gjør det også lettere å sammenligne klinikkene med hverandre til tross for ulike størrelser. PHA og PRE er de som

melder inn klart flest hendelser i forhold til antall årsverk. PHA har mange saker som går på vold og trusler mot ansatte, mens PRE har mange saker som omhandler bemanning, pauseavvikling og risikoer knyttet til ambulansarbeid.



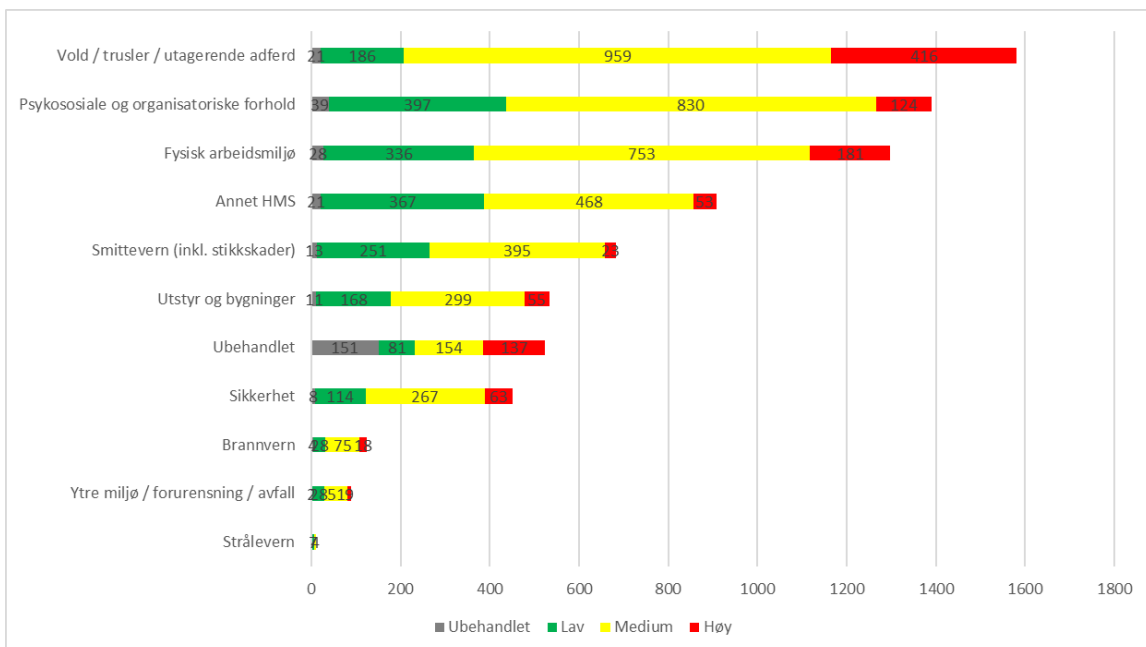
Figur 8: Prosentvis endring i meldefrekvens

De fleste klinikker har meldt inn flere HMS-hendelser per årsverk i 2023 enn i 2022. Klinikker med få årsverk som DST og TIK får store utslag ved mindre endringer. OSS har en kraftig økning, hvorav mye skyldes at ekstravaktene i Personalfordeling nå hører til dem.



Figur 9: Åpenrate på HMS-hendelser 2022 og 2023: (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). En lav åpen-rate er ønskelig.

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. Klinikker med få ansatte har som oftest også få registrerte HMS-hendelser, og derfor vil noen få kunne gjøre stort utslag.



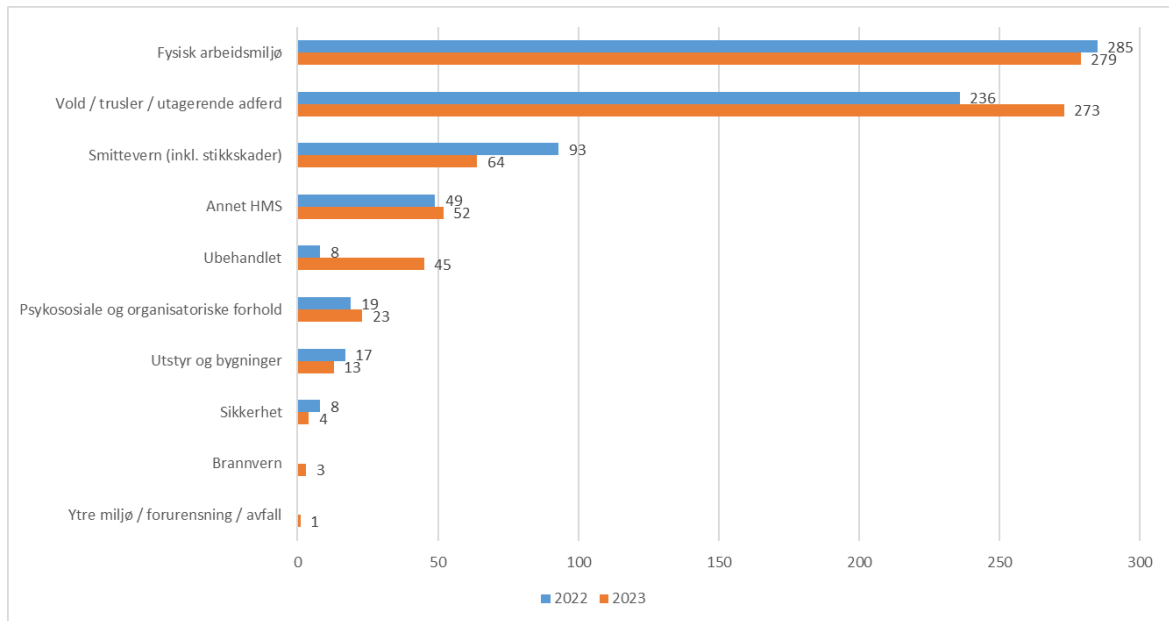
Figur 10: Antall HMS-hendelser registrert på hovedkategoriene i Achilles, med risiko satt av leder

«Vold / trusler / utagerende adferd» er den kategorien som har flest saker meldt inn i 2023. Det er også en høyere andel av disse hendelsene som har høy risiko. Det er spesielt i PHA at det registreres

mange saker knyttet til temaet. Under «Psykososiale og organisatoriske forhold» er det underkategoriene «Bemanning / arbeidspress» og «Kommunikasjon og samhandling» som det er mange saker på.

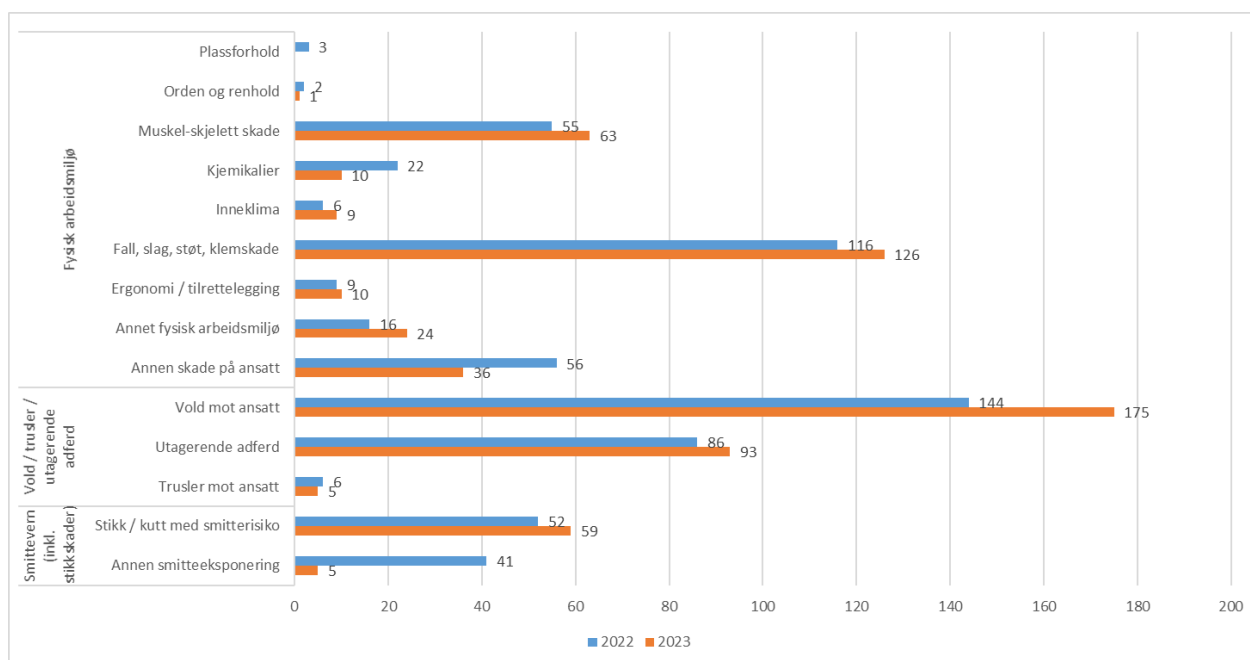
Skader i OUS i 2023

Det ble i 2023 registrert 757 skader i OUS, hvorav 199 av dem var fraværsskader (skader som fører til fravær neste dag / skift). I 2022 ble det registrert 715 skader i OUS, hvorav 250 var fraværsskader.



Figur 11: Antall skader i OUS i 2022 og 2023 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 12: Antall skader i OUS i 2022 og 2023 fordelt på underkategoriene til de tre største hovedkategoriene

Det er rundt samme fordeling innenfor de tre største hovedkategoriene det registreres skader på i 2023 som i 2022. «Annen smitteeksponering» har gått ned nok et år, da det er færre saker som omhandler smittevern i forbindelse med covid-19.

Satsing og tiltak for forbedring fremover

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

- Oppmuntre til og følge opp at flere gjennomfører HMS-runder, inkludert kartlegging og eventuelt risikovurdering av trusler og vold, samt egenkontroll brannvern. Tiltak må følges opp gjennom året. Det er viktig å "mase" gjennom hele prosessen.
- Forbedring: Dialog med andre klinikker om hvordan få til bedre oppfølging av resultater.
- Achilles: Vi må få mer fokus på åpenhet, verktøyet ønskes brukt av alle. Det må erfares at det nytter å melde hendelser og komme med forbedringsforslag.
- Ta i bruk AMU årshjul, med påminning i leder og verne-linjene når disse undersøkelsene er aktuelle. Få ut lister over de som ikke har signert, følge disse opp tettere fra AMU.
- Bedre organisering med årshjul i AMU. Rydde og gjennomgå inaktive verneområder. Oppfordrer ledere, AMU medlemmer og VO til å delta på HMS-grunnopplæring som gir opplæring i temaer i blant annet psykologisk trygghet, støy, smittevern osv.
- Tema på ledersamling. Opplæring i Achilles for ledere. Tilganger for HR til Achilles
- Informasjon om opplæring i forkant opplæring i forkant av HMS runde og ForBedring. Send ut jevnlig påminnelser før de ulike fristene går ut. Tilby informasjonsmøte med ledere som har behov for det i forkant av ForBedringsundersøkelsen. HMS avvik i AMU og kvalitetsutvalg.

HMS-gruppen i Arbeidsmiljøavdelingen anbefaler for OUS følgende satsingsområder for 2024 innen det systematiske HMS-arbeidet:

- OUS har som mål å se pasientsikkerhet, HMS og kvalitetsforbedring som internt avhengige faktorer som må ses under ett, noe som vises i delstrategi for pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og arbeidsmiljø 2022-2025. Som en naturlig forlengelse av dette bør prosessen for HMS-årsrapporten erstattes av en ny felles prosess sammen med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.
- Innføre et årshjul for HMS-arbeid for alle AMU i OUS. I det årshjulet skal det stå når de forskjellige HMS-aktivitetene som f.eks. HMS-runder skal gjennomføres, slik at AMU kan bistå og følge opp gjennomføringen. I etterkant bør AMU bli presentert for resultatene av HMS-aktivitetene.

2.2 Medvirkning

Godt HMS- og arbeidsmiljøarbeid avhenger av at medarbeidere og ledere samarbeider om å finne gode løsninger. Temaet «Medvirkning» var nytt i 2022, og det er ikke gjort endringer i indikatorer og vurderingsgrunnlag for 2023. Medvirkning omfatter ansattes muligheter og ressurser til å komme med synspunkter og innspill på arbeidsplassen, både individuelt (direkte) og kollektivt (indirekte), og opplevelsen av dette.

Status for medvirkning i OUS baseres på vurdering tre kriterier:

1. Ansattes opplevelse av medvirkning
2. Organisatoriske betingelser som sikrer ansattes individuelle muligheter til å medvirke
3. Organisatoriske betingelser som sikrer indirekte medvirkning

Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
Medvirkning	2023						*											
	2022																	

*KITs farge er satt på bakgrunn av kun indikatorer, siden KIT ikke har utarbeidet egen HMS-årsrapport for 2023.

Ni klinikker oppgir dette temaet som en av de største arbeidsmiljøutfordringene, og ni klinikker har temaet på listen over høyest prioriterte tiltak.

1. Ansattes opplevelse av medvirkning

Indikatorene fra ForBedring kartlegger hvorvidt ansatte opplever å bli tilstrekkelig involvert i endringsprosesser, om man oppmuntres til å delta i viktige avgjørelser, om man opplever å ha rimelig innflytelse over arbeidssituasjonen sin og om nærmeste leder oppmuntrer til å si ifra når man har en annen mening.

Resultatene er ganske like på tvers av klinikkene innen dette temaet, hvor de fleste scorer lavt på spørsmålene som dekker ansattes opplevelse av medvirkning. På samme måte som i 2022 har DST og til en viss grad TIK høye score på temaet, mens PRE fortsatt scorer lavt på ansattes opplevelse av å bli oppmuntret til å delta i viktige avgjørelser. Opplevd lederadferd har relativt sett en høyere score enn de tre andre spørsmålene.

ID		Data hentet fra	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
1	Involvering: Jeg opplever at jeg blir tilstrekkelig involvert i endringsprosesser	ForBedring	50	60	80	63	58	62	68	65	61	50	65	63	61	64	65	45	73
2	Involvering: Oppmuntres du til å delta i viktige avgjørelser?	ForBedring	50	57	81	60	56	58	65	63	59	50	62	60	60	64	64	42	69
3	Involvering: Jeg opplever å ha rimelig innflytelse over arbeidssituasjonen min	ForBedring	58	64	87	66	63	66	72	70	61	53	68	66	65	73	71	50	77
4	Opplevd lederatferd: Min nærmeste leder oppmuntrer meg til å si ifra når jeg har en annen mening	ForBedring	81	79	88	79	82	80	84	83	83	78	84	84	81	83	83	77	86

Figur 13: Indikatorer til klinikkens utarbeidelse av deres HMS-årsrapport

Av de 4 indikatorene som omhandler ansattes opplevelse av medvirkning er det nr. 2, hvor det etterspørres om man opplever å ha «rimelig innflytelse» over egen arbeidssituasjon, det har blitt lagt mest vekt på. I følge arbeidsmiljøforskning, blant annet fra STAMI¹, er jobbkrav og jobbkontroll og antagelsen om at høye jobbkrav tåles bedre dersom man har høy jobbkontroll i form av innflytelse over egen arbeidssituasjon.

2. Organisatoriske betingelser som sikrer ansattes individuelle muligheter til å medvirke

Forhold som påvirker ansattes muligheter til å medvirke kan være kjennskap, tilgang og tid til å bruke forbedringssystemet Achilles, mulighet til å delta i hele eller deler av ForBedringsprosessen, mulighet for deltagelse i personal- og informasjonsmøter og tilgang til informasjons- og kommunikasjonskanaler.

Klinikkens kommentarer til temaet og vurderinger av status:

- Arbeidsgruppen vurderer at de organisatoriske forhold ligger til rette for medvirkning, men medarbeidere rapporterer likevel ikke den opplevelsen i ForBedring.
- Det kommer stadig tilbakemelding fra medarbeidere om manglende medvirkning i prosjekter og prosesser.
- Det vurderes som sannsynlig at den lave scoren på medvirkning står i sammenheng med et behov for opplæring av ledere vedr. tilhørende krav.
- Det kan være utfordringer med involvering i endringsprosesser og deltagelse i viktige avgjørelser på grunn av høyt arbeidspress og tidspress.
- Møtestrukturen må systematiseres da mange synes de mangler informasjon.
- Konflikter kan være til hinder for medvirkning.

3. Organisatoriske betingelser som sikrer indirekte medvirkning

Indirekte medvirkning sikres ved at ledere på alle nivåer regelmessige møter med verneombud og tillitsvalgte, at det er tilstrekkelig ansattrepresentasjon i AMU, styrer, råd, utvalg og medvirkningsgrupper, at det gjennomføres medlemsmøter i fagforeninger, og mellom og ledelse.

Klinikkens kommentarer til og vurderinger av status:

- Vernetjenesten og tillitsvalgte opplever å involveres i planer om omorganisering, men med for korte tidsfrister.

¹ [Beskyttende faktorer i arbeidsmiljøet - STAMI](#)

- Det er behov for forbedringer mht. jevnlig møter mellom ledelse og vernetjeneste, spesielt på seksjonsnivå.
- Det kommer stadig tilbakemelding fra tillitsvalgte og vernetjenesten om manglende medvirkning i prosjekter og prosesser.
- God medvirkning på klinikknivå, men noe lavere lokalt.
- Alle strukturer er på plass, men det trengs en felles forståelse av med medvirkning i praksis på alle nivå i klinikken.

Satsing og tiltak for forbedring fremover

Manglende medvirkning fra arbeidstakerne kan føre til at forhold som bidrar til uheldige fysiske eller psykiske belastninger, ikke kommer frem. Fortsatt fokus på opplæring av ledere om psykologisk trygghet kan bidra til å øke ansattes opplevelser av at det er trygt å komme med tilbakemeldinger og medvirke i egen arbeidshverdag.

Klinikkenes tiltak

Viktigste forbedringstiltak som enkelte klinikker har meldt inn at de vil gjennomføre:

- Flere trekker igjen frem at faste møtepunkter og møtestruktur på flere nivåer som et viktig tiltak for å sikre direkte og indirekte medvirkning.
- Fokus på enkeltmedarbeideres medvirkningsmuligheter i medarbeidersamtaler.
- KHVO og vara gjennomfører samarbeidssamtaler med ledere og lokale verneombud for å gjennomgå roller og oppgaver, forklare hensikt med medvirkning, vise hjelpelisten, se gjennom HMS-handlingsplan i Achilles m.m.
- Endringsledelse som tema på ledersamling.
- Opplæring av ledere slik at de er kjent med lov og avtaleverk ifbm. medvirkning.
- Spesifikk oppfølging av enheter som scorer lavt på temaet.

Tiltak på sykehusnivå

HMS-gruppen i Arbeidsmiljøavdelingen anbefaler for OUS følgende satsingsområder for 2024:

- Ta i bruk "Dialogduk for partssamarbeid" på alle nivå i sykehuset. Dialogduken er hentet fra "Der skoen trykker" som er en del av IA i sykehus, og har som formål å legge til rette for dialog og refleksjon om partssamarbeidet.²
- Sørge for at krav til at HSØs 12 prinsipper for medvirkning³ er kjent og etterleves på alle nivåer i organisasjonen. De 12 prinsippene er forankret i HSØ-styret, og dekker områdene medbestemmelse, medvirkning, informasjon og endringsmetodikk.

² [6. Veileder dialogduk for partssamarbeid - IA i Sykehus \(derskoentrykker.no\)](#)

³ [12-prinsipper-for-medvirkning.pdf \(helse-sorost.no\)](#)

2.3 Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring

Temaet handler om daglig, systematisk arbeid med kvalitet og risiko. De ansattes arbeidsmiljø påvirkes i stor grad av hvordan arbeidet er planlagt, organisert og tilrettelagt. OUS har gode verktøy til bruk for forbedring og risikostyring.

Temaet var nytt i 2022, men er en videreføring og avgrensing av det tidligere temaet «Organisatoriske forhold». Indikatorer er hentet fra HMS-runden og dekker tema som prioritering, bruk av bemanningsplan, gjennomføring av tavlemøter, bruk av Det grønne korset, systematiske evalueringer og arenaer for intern samhandling. Nytt for 2023 er at det er inkludert én indikator fra ForBedring, hvor medarbeiderne svarer på om de må gjøre arbeidsoppgaver som kunne vært løst på andre måter.

Basert på dette vurderer klinikkene hvordan de arbeider systematisk med å få avdelinger og enheter til å bruke metoder og verktøy som OUS har til kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring (som f.eks. det grønne korset, A3 problemløsning), og det blir gjort en vurdering av om vedtatte arbeidsmetoder og verktøy som er implementert.

Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring	2023						*											
	2022																	

*KITs farge er satt på bakgrunn av kun indikatorer, siden KIT ikke har utarbeidet egen HMS-årsrapport for 2023.

På tross av at samtlige klinikker vurderer seg til gult eller oransje er det kun to klinikker som har vurdert dette til å være blant de største arbeidsmiljøutfordringene, og det er kun tre klinikker som har forbedringer innen temaet som høyest prioriterte tiltak.

Behov for en systematisk tilnærming til forbedringsarbeid og risikostyring må sees i sammenheng med tiltak som kan være aktuelle for å redusere opplevd arbeidsbelastning (se eget kapittel).

Klinikkenes kommentarer til og vurderinger av status:

- Nyansatte ledere trenger tid til å bli kjent med OUS' verktøy, og med en stor andel nye ledere det kan ha medvirket til lavere score enn tidligere.
- Forbedringsarbeid foregår i alle avdelinger.
- Det er behov for å forbedre samhandling intern i klinikken og med andre klinikker.
- Det stilles spørsmål om hvilke verktøy som er mest hensiktsmessig å ta i bruk.
- Klinikken opplever at tavlemøter og grønne korset ikke passer inn mot egen drift
- Svar fra ansatte i klinikk scorer rødt på tema om at de utfører arbeidsoppgaver de mener kan utføres på annen måte
- Alle seksjoner arbeider kontinuerlig med styring av bemanningsplan og sørger for helsefremmende turnus.

Satsing og tiltak for forbedring fremover

Kartlegging av arbeidsprosesser, ved hjelp av ulike metoder innen forbedringsarbeid, kan identifisere områder hvor det er mulig å gjøre justeringer i hvordan man fordeler oppgaver mellom medarbeidere, ansattgrupper eller enheter. Målet er å bruke rett kompetanse til de ulike arbeidsoppgavene.

Det pågår en vurdering av hvorvidt innsatsområdene fra «I trygge hender 24/7» (tidligere Pasientsikkerhetsprogrammet) og andre satsninger innen pasientsikkerhet er kjent, etterlevd og satt i system på sengeposter i Oslo universitetssykehus. Vurderingene baseres på intervju med sengepostledere og fagutviklingssykepleiere. Kvalitetsrådgivere deltar også der hvor det er ønskelig. Det utarbeides klinikkvise rapporter med oppsummering. Det ble gjennomført i fem klinikker i 2023, og de øvrige skal gjennomgås 1. januar 2024.

Klinikkens tiltak

Flere klinikker trekker frem fortsatt fokus på implementering av tavlemøter og det grønne korset, bruk av verktøy fra og medlemmer i forbedringsnettverket.

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

- En klinikk planlegger å starte med tavlemøter og det grønne korset i 2024.
- Kartlegge alle seksjoner mht. hvilke metoder og verktøy de benytter til forbedring og daglig risikostyring.
- Dagsseminar med fokus på oppfølging og evaluering.
- Undersøke hvordan dem som benytter tavlemøter/grønne korset gjør det, med mål om å bredde det til andre arbeidsplasser i klinikken.
- Vurdere oppgaveglidning mellom yrkesgrupper, evt. om enkelte oppgaver kan sløyfes.
- Bruke metodikk for kontinuerlig forbedring for å kartlegge oppgaver og flyt.
- Fortsette med to forbedringsagenter i avdelingene.
- Etablere en "forbedringsgruppe" i klinikken.
- Gjennomgå HMS-hendelser på jakt etter caser som kan benyttes for bidra til implementering av kontinuerlig forbedring.
- Kartlegge oppgaver og flyt for å identifisere områder hvor man kan jobbe smartere.
- Invitere ressurspersoner fra nettverk for kontinuerlig forbedring.

Tiltak på sykehusnivå

HMS-gruppen i Arbeidsmiljøavdelingen anbefaler for OUS følgende satsingsområder for 2024:

- Oppfordre ledere til å prioritere at flere medarbeidere gjennomgår kurs og opplæring i forbedringskunnskap for å bli forbedringsagenter, med mål om at flere enheter driver mer systematisk med forbedringsarbeid.
- Oppfordre ledere til å benytte sykehusets verktøy for gjennomføring av prosjekter for oppgavedeling og -glidning.
- Gjøre en vurdering og evaluering av hvordan bruk av Det grønne korset og tavlemøter presenteres for bruk i sykehuset.

2.4 Arbeidsbelastning

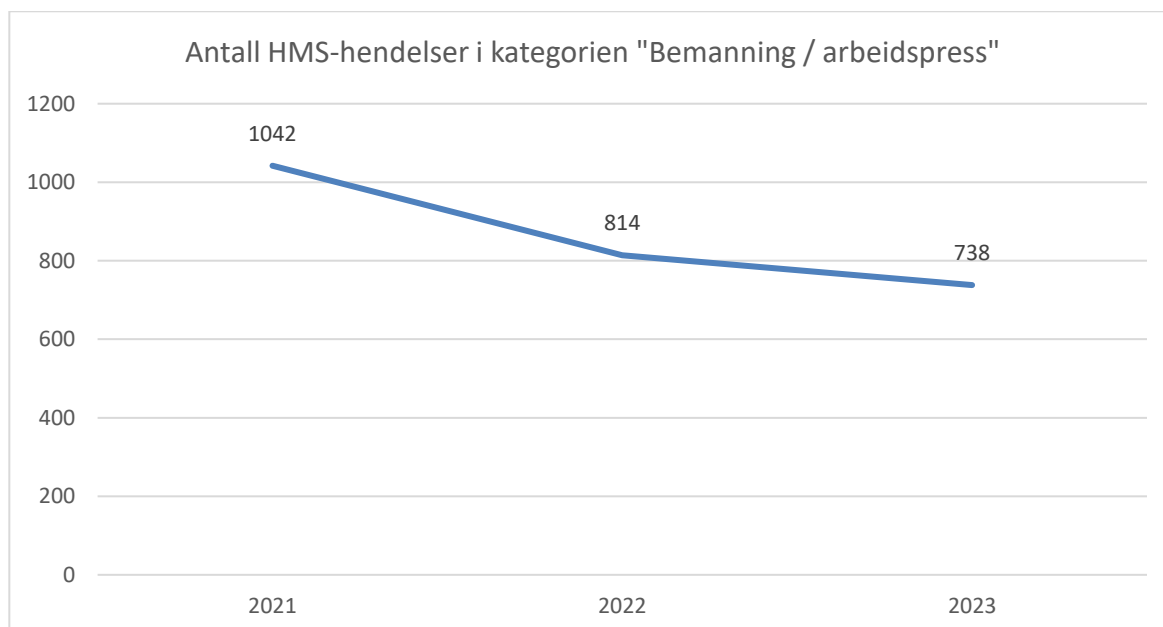
Arbeidsbelastning ble belyst som eget tema første gang i HMS årsrapport for 2022, med både subjektive (ForBedring – opplevelse av arbeidsbelastning) og objektive (overtid/merarbeid, sykefravær, turnover) indikatorer. Indikatorene som benyttes for å belyse temaet er ikke fullstendig dekkende, men er det beste vurderingsgrunnlaget tilgjengelig. Tilbakemeldingen fra klinikkens arbeidsgrupper var at denne fremstillingen er nyttig, og det har vært ønske om at indikatorene fremskaffes på seksjonsnivå, noe de fikk til årets rapport. Temaet har tidligere år blitt belyst i temaet «Stress, medvirkning og støtte», kun med indikatorer fra ForBedring.

Opplevelsen av arbeidsbelastning er subjektiv, og ulike individer trives med ulik grad av belastning. Dessuten er det kjent at kollegial – og lederstøtte, samt opplevelse av autonomi kan virke modifierende på opplevelse av stress ved høy arbeidsbelastning.

Arbeidstilsynet skriver at negativt stress kan komme av

- for lange arbeidsdager over tid
- ubalanse mellom oppgaver og ressurser, ved for eksempel for stor arbeidsbelastning, for høy jobbintensitet eller for korte tidsfrister
- motstridende krav
- mangel på tydelighet med hensyn til arbeidstakerens rolle
- ineffektiv kommunikasjon
- organisatoriske endringer, særlig dersom de håndteres på en dårlig måte

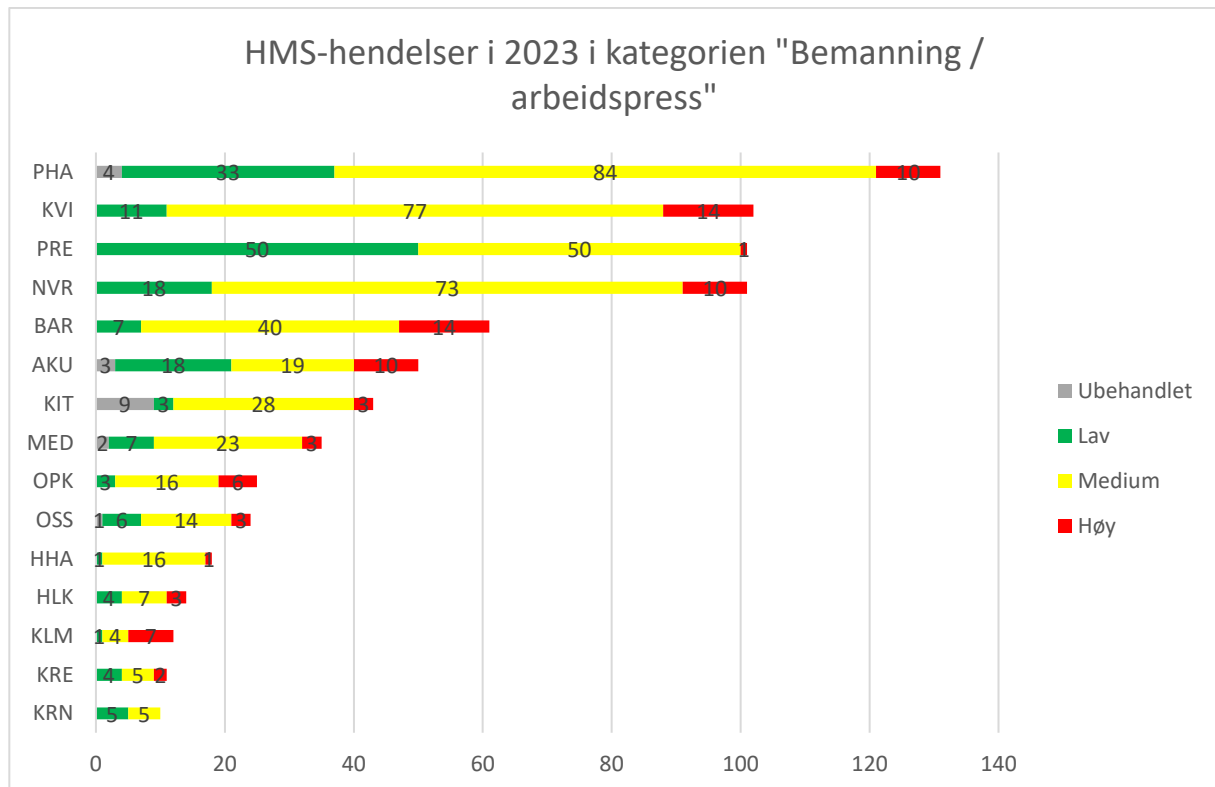
Status i OUS



Antall HMS hendelser i kategorien Bemanning/arbeidspress er høyt – det er den mest benyttede kategorien blant meldte hendelser i 2023, på linje med kategorien Utagerende adferd. Det må

imidlertid påpekes at de tre kategoriene Vold mot ansatte, Trusler mot ansatte og Utagerende adferd til sammen er betydelig høyere (1582) enn Bemanning/arbeidspress (783).

Sammenlignet med foregående år har antall meldte hendelser innen Bemanning/arbeidspress sunket, fra 1042 i 2021, til 814 i 2022, og videre ned til 738 i 2023. Den største nedgangen var altså fra 2021 til 2022. Med unntak av post pandemi forklaring er ikke årsakene til denne nedgangen lett å peke på blant aggregerte tall, så svarene finnes antagelig lenger ute i organisasjonen. Vi vet at det er stor ulikhet i meldekultur innen temaet.



Fordelt på klinikkene ser man at PHA har flest meldte hendelser i kategorien Bemanning/arbeidspress (131). Dette er forståelig siden PHA er en klinikk med mange ansatte, og det er rapportert om både økt antall henvisninger til psykiatrien, og pasienter med mer krevende tilstandsbilde.

Kvinneklubben, Prehospital klinikk og Nevroklinikken ligger jevnt som de påfølgende klinikkene med høyest antall HMS hendelser i nevnte kategori. KLM, KRE og KRN ligger nederst på listen med få registrerte hendelser. Det er viktig å påpeke at antall registrerte HMS hendelser i denne kategorien ikke kan benyttes som enkeltstående indikator for å vurdere om deler av foretaket har høyere arbeidspress enn andre. Som kjent er meldekultur og holdning til påregnelighet (hva man må regne med som en del av jobben) viktige faktorer som påvirker om ansatte velger å registrere en hendelse eller ikke. Sammen med andre faktorer som sykefravær, turnover, overtid/merarbeid, samt utvalgte spørsmål i ForBedring kan HMS hendelsene imidlertid bidra til å fylle ut informasjonsbildet.

Status i klinikkenes HMS årsrapporter

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
Arbeidsbelastning	2023						*											
	2022																	

*KITs farge er satt på bakgrunn av kun indikatorer, siden KIT ikke har utarbeidet egen HMS-årsrapport for 2023.

11 av 16 klinikker har vurdert temaet med oransje farge, og 9 av dem har plassert arbeidsbelastning som en av sine største arbeidsmiljøutfordringer. Det kommenteres fra flere at turnover ikke fungerer så godt som indikator fordi en del av klinikkene har naturlig høy turnover grunnet opplæringsstillinger. Endringene fra fjoråret er små.

Typiske årsaker til opplevd høy arbeidsbelastning er høyt og økende sykefravær, fravær av kompetent arbeidskraft (på grunn av sykefravær eller lav tilgang på enkelte yrkesgrupper/tidkrevende opplæring), mange ressurskrevende pasienter/oppgaver samtidig, belastende turnus, eller opplevd lav grunnbemanning. PHA peker også på økt henvisningsmengde, endring til mer krevende pasienter, stort oppgavespenning for ledere, og tid som går bort til deltagelse i andre prosjekter.

Satsing og tiltak for forbedring fremover

Sykehuset står i oppstarten av en stor organisasjonsendring (OUS 2.0) samtidig som det bygges og tas i bruk nye bygg der nye konsepter skal implementeres og samarbeidsflatene skal endres. Omstilling og endring kommer til å være blant de mest brukte begrepene i OUS fremover. Ansatte i OUS skal være drivende for forbedring av driften, og tåle organisasjonsendringer samtidig. Endring og omstilling er kjente faktorer som kan påvirke opplevelsen av arbeidsbelastning og negativt stress på en uheldig måte. For å mestre de neste årene vil kravene til samarbeid, god informasjon og forutsigbarhet, optimal ressursutnyttelse, og endringsvilje være avgjørende. Lederlinjen kan ikke sørge for alt dette alene. Samarbeid og åpenhet mellom ledelse og medarbeidere, og vilje til å trekke i samme retning, kan bli suksessfaktorene for de enhetene og avdelingene som lykkes bedre enn andre de kommende årene.

Opplevelse av høy/for høy arbeidsbelastning over tid kan føre til sykefravær og turnover, som videre fører til mangel på kompetent arbeidskraft. På grunn av de økonomiske rammene vil svaret på de opplevde utfordringene i liten grad være økt bemanning. *Endring av måten arbeidet organiseres, planlegges og gjennomføres er mulighetene sykehuset har, overordnet og på enhetsnivå.* Uten effektive tiltak kan situasjonen utvikle seg til en negativ spiral.

Klinikkenes tiltak

Blant klinikkenes tiltak nevnes mange av de samme tiltakene i flere klinikker:

- Klinikken må lage en plan på hvordan få til rett oppgavedeling i samarbeid med ledere i linjen i tråd med sykehusets oppdrag og oppgave til rett person
- Sikre god prosess og riktig oppgaveglidning mellom yrkesgruppene
- Følge opp utsatte seksjoner tett. Lokale tiltak
- Kartlegge og følge faktorer som påvirker arbeidsbelastning på enhetsnivå
- Sikre gode rutiner, struktur og organisering for å redusere arbeidsbelastningen
- Forsvarlighetsvurdering av turnus
- Det må sikres at VO involveres i turnusprosesser

- Styrke bufferfaktorene sosial støtte og autonomi
- Se på mulighet for et system for kollegastøtte/debrief og veiledning
- Kartlegge årsaker til turnover i klinikken og utarbeide tiltak for å beholde medarbeidere
- Påvirke aktivt for å synliggjøre behovet for økte ressurser til psykiatrien

Anbefalte tiltak på sykehusnivå

Det er tydelig at opplevd høy arbeidsbelastning er en utfordring i mange enheter i sykehuset, men ikke i alle. Kartleggingen som er gjort ned til seksjonsnivå i denne rapporten kan danne et utgangspunkt for videre arbeid. Årsaker til utfordringer, og løsningsforslag, er sammensatte. Det kan være snakk om forbedring av drift, standardisering, prioritering, tilpasning av arbeidsplaner, og tilpasning av grunnbemanning med mer. Som nevnt over er det avgjørende med et godt samarbeids – og medvirkningsklima, samt felles opplevelse av både utfordring og målsetning.

De fleste av tiltakene må settes inn lokalt. Under er forslag til sentrale tiltak i sykehuset, med formål å støtte klinikker, avdelinger, seksjoner og enheter i arbeidet.

- Implementere nivå 1 retningslinje for forsvarlighetsvurdering av arbeidstidsplaner
- Kollegastøtte – bredde tilbud
- Lederopplæring bør inneholde;
 - Hva påvirker opplevelse av arbeidsbelastning? Verktøy for ledere
 - Prioritering
 - Medvirkning og samarbeid – felles mål
 - Utvikle metoder/veiledning som setter ledere i stand til å planlegge både langsiktig og kortsiktig (per vakt) kompetansesammensetning
- Rydde i oppgaver og ansvarsforhold før innflytting i nye bygg
- Oppgaveglidning – må spesifiseres nærmere
- Sengepostprosjekt?
- Nye konsepter som Forsyningsmedarbeider, farmasitun og standardisert forsyning
- Utvikle verktøy for pleiekategorisering

2.5 Sosial støtte

Hvorvidt en arbeidssituasjon oppleves som negativt stressende avhenger av flere ting, som for eksempel risikofaktorer som konflikter, høye emosjonelle krav, for høy arbeidsbelastning eller trakassering. Flere studier har imidlertid vist at sosial støtte fra kollegaer eller leder kan virke modererende på negative effekter fra risikofaktorene⁴. Man kan derfor kalle dette for en beskyttelsesfaktor eller bufferfaktor i arbeidsmiljøssammenheng.

Sosial støtte fra kollegaer kan ta flere former, og beskrives gjerne i fire kategorier: å vise omsorg (emosjonell), å gi praktisk hjelp (instrumentell), å dele det man vet (informativ) og å gi tilbakemeldinger (evaluativ)⁵. Et annet aspekt ved sosial støtte er å oppleve støttende ledelse, som kan handle om at leder verdsetter arbeidsinnsats, gir støtte til ansatte og oppleves å være rettferdig og upartisk⁶. I HMS-årsrapport baserer vi dette temaet på 3 indikatorer fra ForBedring⁷.

Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
Sosial støtte	2023						*											
	2022																	

*KITs farge er satt på bakgrunn av kun indikatorer, siden KIT ikke har utarbeidet egen HMS-årsrapport for 2023.

Samtlige klinikker har fargekodet «Sosial støtte» som grønn, hvilket også var tilfelle i 2022. -

Satsing og tiltak fremover

Et par klinikker trekker frem at de ser noe nedgang på enkelte avdelinger/enheter, men ingen av klinikkene endrer sin totalvurdering fra grønn. Det er ingen klinikker som har satt temaet verken som største utfordring eller prioriterte arbeidsmiljøtiltak og få har formulert tiltak. Et par klinikker nevner kollegastøtteordning og å ta temaet opp på lederforum som aktuelle forbedringstiltak.

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

Innsats for å skape og beholde god sosial støtte som en bufferfaktor kan potensielt styrke ansattgruppens evne til å kompensere for negative påvirkning fra arbeidet.

Ofte er tiltak rettet både mot organisatoriske rammer og det sosiale miljøet nyttig for å stimulere til sosial støtte i kollegafellesskapet. Ledere bør få informasjon og opplæring i viktigheten av sosial støtte, samt å ta opp og fasilitere for at sosial støtte prioriteres i kollegagruppen. Sosial støtte og hvordan oppnå dette i eget arbeidsmiljø kan med fordel være tema på for eksempel ledersamlinger og fagdager.

⁴ Theorell, T., Hammarström, A., Aronsson, G., Träskman Bendz, L., Grape, T., Hogstedt, C., ... & Hall, C. (2015). A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC public health*, 15(1), 1-14.

⁵ «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»
«Dersom jeg ble utsatt for en uheldig hendelse, fikk problemer med å utføre arbeidet eller ble syk, ville jeg få god oppfølging fra nærmeste leder»

⁶ Ducharme & Martin 2000: 226; Langford, Bowsher, Maloney & Lillis 1997: 96

⁷ Johannessen HA, Tynes T, Sterud T. Effects of occupational role conflict and emotional demands on subsequent psychological distress: a 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *J Occup Environ Med*. 2013 Jun;55(6):605-13. doi: 10.1097/JOM.0b013e3182917899. PMID: 23722939.

Opplevelsen av at sosial støtte fra kollegaer er tilgjengelig og at dette er prioritert kan også potensielt økes med konkrete organisatorisk rettede tiltak, som for eksempel å etablere kollegastøtteordninger. Hensikten med dette er å ha en likemann å reflektere, sortere og få råd fra, både etter spesielt belastende hendelser, men også ved opplevd akkumulert høy totalbelastning som følge av arbeidet i sykehus.⁵ Psykososial faggruppe mener at lederforankring og prioritering av tiltaket vil være et suksesskriterium for at en slik formalisert ordning skal fungere i OUS. Bedriftshelsetjenesten har holdt pilotkurs i opplæring av kollegastøtter ved slutten av 2023, og har forespørsler fra flere fagmiljø ved sykehuset som er interessert i å starte kollegastøtteordning. Det er primært lokale initiativ på N4-nivå som tar kontakt for bistand angående dette.

Noen aktuelle tiltak kan være:

- Oppfordring fra klinikken til å sette “Sosial støtte i arbeidsmiljøet” som tema på seminarer, samlinger og lederopplæring
- Klinikkleidelsen utforsker hver klinikks behov og muligheter for innføring av kollegastøtteordninger
- Videre utvikling og fullføring av mal for kollegastøtteordning som tilbys aktuelle arbeidsmiljø ved OUS –med lederstøtte for gjennomføring og prioritet.

2.6 Psykologisk trygghet

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 arbeidsmiljøet⁸. 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 leverer⁹. Indikatorer for dette temaet er spørsmål fra medarbeiderundersøkelsen ForBedring¹⁰.

Status

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
Psykologisk trygghet	2023						*											
	2022																	
	2021																	
	2020																	
	2019																	

*KITs farge er satt på bakgrunn av kun indikatorer, siden KIT ikke har utarbeidet egen HMS-årsrapport for 2023.

Resultatene fra 2023 viser lite endring fra 2022. En klinikk har valgt å sette oransje farge og en annen grønn, men den store majoriteten vurderer altså temaet som gult i sin klinikk. Det ble fra 2022 gjort noen justeringer av indikatorene for å gi en mer presis måling av psykologisk trygghet, i tillegg ble navnet endret fra «Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt». Det er derfor sammenligningen mellom 2022 og 2023 som er mest relevant. Kun én klinikk har satt psykologisk trygghet på hovedutfordringer og høyest prioriterte tiltak.

Det har vært mye fokus på psykologisk trygghet i OUS de senere årene, også i 2023. Diskusjon av ytringsklima i eget utvalg ble meldt inn som sak og diskutert i sentralt Arbeidsmiljøutvalg og i alle Klinikk-arbeidsutvalgene i løpet av året. Bedriftshelsetjenesten har fortsatt mange forespørslers om undervisning og bistand på temaet, både fra ledergrupper, verneombud og for ansattgrupper. En del forespørslers har måttet avslås på grunn av kapasitet, men det estimeres at Bedriftshelsetjenesten har holdt over 50 foredrag for OUS i 2023. Etterspørselen tyder på at OUS fortsatt anser psykologisk trygghet som et viktig tema på tvers av nivå, klinikker, profesjoner og arbeidsområder.

Satsing og tiltak fremover

Flere klinikker påpeker at de vil følge opp avdelinger som har dårlig skåre og noen nevner konkrete avdelinger som arbeider med dette. Et par klinikker sier det er noe bedring i skåren og trekker frem at arbeid og fokus på psykologisk trygghet og meldekultur i klinikken kan ha hatt effekt. Flere klinikker

⁸ Edmonson, Amy C, The Fearless Organization, 2019

⁹ Se for eksempel forskning av A. Edmondson, M. West, J. Braithwaite og Riskin et al.

¹⁰ *Teamarbeidsklima: Her er det lett å spørre når det er noe jeg ikke forstår, Teamarbeidsklima:*

Det er lett å si fra om problemer i pasientbehandlingen her, Sikkerhetsklima:

Det er trygt å si i fra om kritikkverdige forhold her, Sikkerhetsklima:

Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem, Sikkerhetsklima:

Mine kolleger oppmuntrer meg til å si fra om jeg er bekymret for sikkerheten, Involvering:

På min arbeidsplass oppmuntrer vi hverandre til å tenke ut måter å gjøre

tingene bedre på, Opplevd lederatferd

min nærmeste leder oppmuntrer meg til å si fra når jeg har en annen mening

har satt *medvirkning* som sine hovedutfordring og enkelte nevner både omorganisering og psykologisk trygghet i denne sammenheng– dette illustrerer at arbeidsmiljøtema samspiller med hverandre.

En klinikk skriver at omorganisering kan skape usikkerhet, under temaet psykologisk trygghet. En annen klinikk trekker fram at psykologisk trygghet er svært viktig og at derfor er bekymringsfullt at oppfølging av forbedring ikke er tilfredsstillende, med bare 50% gjennomførte tilbakemeldingsmøter.

Tiltak som klinikkene beskriver er bl.a.:

- Opprettholde fokus på trygt ytringsklima, noe vi vet påvirker pasientsikkerheten-
- Oppfordre alle ansatte om å lese prosedyren "Uønskede hendelser, risikoforhold og forbedringsforslag i Achilles" (e-håndbok).
- Be alle ledere om å ta kurset "Oppfølging og håndtering av uønskede HMS-hendelser/risikoforhold" (Læringsportalen).
- Gjøre alle kjent med selvhjelpsverktøyet for psykologisk trygghet i OUS (Intranett).
- Kartlegge seksjoner som skårer lavt på indikatorene, for å gi AMU mer innsikt for å kunne bistå med effektive tiltak
- Det oppfordres til å ta opp psykologisk trygghet på personalmøter, samt følge opp avvik på en involverende måte
- Linjeledere tar opp temaet psykologisk trygghet med sine ansatte. Grunnlag / verktøy gjennomgås med lederne og sendes ut av klinikkens stab til gjennomgang, med støtte fra bedriftshelsetjenesten

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

Psykososial faggruppe synes det fremstår som at klinikkene i OUS tar temaet på alvor. Det er positivt at flere er kjent med begrepet og aktivt benytter dette når det snakkes om psykososialt arbeidsmiljø. Noen klinikker har ført opp medvirkning, meldekultur og konflikter som utfordringer. For disse utfordringene kan det være aktuelt å jobbe med psykologisk trygghet som én vei mot målet. Arbeidsmiljøavdelingen har laget en egen selvhjelps-presentasjon som ledere eller andre ressurspersoner kan gjennomføre selv. Denne ligger på intranett. I tillegg arrangeres det åpne kurs i psykologisk trygghet hvert halvår, tilgjengelig på læringsportalen.

Som nevnt satte SAMU og KAMU eget ytringsklima på agenda. Psykososial faggruppe i Bedriftshelsetjenesten at flere faste fora setter sitt eget ytringsklima på agendaen i 2024. Tilsvarende saksinnmelding og mal som ble brukt i SAMU/KAMU kan benyttes.

At psykologisk trygghet ses i sammenheng med endringsprosesser fremstår relevant med flere hensyn. Tilstedeværelse av psykologisk trygghet kan påvirke hvorvidt arbeidsmiljøet er åpne for endringer i måter å utføre arbeidet på⁹. Dessuten kan det å ha forskjellige meninger vedrørende beslutninger om endring potensielt utfordre samarbeidsklimaet i en organisasjon og gi økt press på ledere og på andre nøkkelroller som tillitsvalgte og verneombud, som må svare ut spørsmål og håndtere eventuelle motforestillinger. Dersom ledere og personer i nøkkelroller selv er hardt presset kan det påvirke hvorvidt man klarer å imøtekomme henvendelser på en hensiktsmessig måte. Redusert psykologisk trygghet kan bli et resultat. Derfor bør nødvendig støtte, opplæring og ivaretagelse av nøkkelpersoner under endringsprosesser prioriteres, og fokus på psykologisk trygghet holdes oppe i tiden før, under og etter prosessen.

Et annet aspekt er at endringsprosesser kan medføre usikkerhet i ansattgruppen ¹⁰ Er det lav psykologisk trygghet i tillegg kan det tenkes at dette øker totalbelastningen for ansatte. Bedriftshelsetjenesten mener det er viktig for nøkkelpersoner at man har tilstrekkelig kompetanse angående endringsprosessers innvirkning på arbeidsmiljø og arbeidshelse, samt innen psykologisk trygghet. Ledere, verneombud og tillitsvalgte med kompetanse på dette vil kunne påvirke hvor belastende endringsprosesser oppleves. Det er også av betydning at ledelse og andre nøkkelrollene har fokus på psykologisk trygghet med hensyn til å skape et godt utgangspunkt for eget partssamarbeid.

2.7 Konflikt

Det kan være vanskelig å vite hvor grensen mellom hensiktsmessig meningsbrytning og konflikt ligger. Typisk pleier vi å si at når en uenighet begynner å oppleves fastlåst og vekke sterke negative følelser er det ikke lenger snakk om en nyttig utviklingsprosess, men konflikt. Hvis konflikter ikke tas tak i, blir uklokt håndtert, eller vedvarer over tid, kan det føre til svekket samarbeid, misnøye, ineffektivitet, høyere fravær, større turnover, utbrenthet, mobbing og psykiske helseplager¹¹¹²¹³¹⁴.

Det er rimelig å anta at mange konflikter ved OUS, både mellom individer og mellom grupper, kunne vært unngått med mer fokus på forebygging. I tillegg ser vi at langvarige konflikter trolig kunne vært løst tidligere dersom ansatte, ledere, HR, tillitsvalgte og vernetjenesten hadde bedre konflikthåndteringskompetanse.

Én aktuell kilde til konflikter på sykehuset i dag er endringsprosesser. I 2023 ble OUS 2.0 lansert, i tillegg til at planlagte flyttinger i større skala begynte å iverksettes. Dette kan man anta at har utfordret samhandlingskvaliteten mellom ansatte, og mellom miljøer, i året som har gått. Samtidig som det vil prege samhandling i årene som kommer. I hvor stor grad kommende endringsprosesser vil utløse konflikter avhenger blant annet av hvorvidt dette tas på alvor og det iverksetter forebyggende tiltak.

Status

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
Konflikt	2023						*											
	2022																	
	2021																	
	2020																	
	2019																	

*KITs farge er satt på bakgrunn av kun indikatorer, siden KIT ikke har utarbeidet egen HMS-årsrapport for 2023.

Til og med 2021 bestod temaet konflikt av 2 spørsmål¹⁵, men den ble i 2022 endret til 1¹⁶. Ved sammenligning med tidligere års resultater må man ta hensyn til at 2022 og 2023 ikke har med spørsmål om opplevd konflikthåndtering.

Tre klinikker har endret farge fra gult til oransje i år. Det viser at flere klinikker enn i fjor opplever å ha større utfordringer med konflikter. Disse resultatene, samt pågående og kommende endringsprosesser i kombinasjon med innsparinger, forteller oss at det bør være fokus på forebygging og håndtering av konflikt i tiden framover.

Satsing og tiltak fremover

¹¹ Forebygging og håndtering av konflikter på arbeidsplassen, Stami 2013. Hanne Heen og Robert Salomon, 2018

¹² Varme konflikter i arbeidslivet. Organisatoriske perspektiver og håndteringsmetoder.

Håndtering av konflikter og trakassering i arbeidslivet, Einarsen et al., 2007.

¹³ Håndtering av konflikter og trakassering i arbeidslivet, Einarsen et al., 2007.

¹⁴ 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.

¹⁵ Når konflikter oppstår her blir de håndtert på en god måte

¹⁶ 1) Har du lagt merke til forstyrrende konflikter i din enhet?

To klinikker har ført opp temaet på sin liste over største arbeidsmiljøutfordringer og listen over høyest prioriterte tiltak. Én klinikk trekker frem viktigheten av å ha fokus på forebygging av konflikt den kommende tiden pga. kommende flyttestrukturer og omstillingsprosesser, mens en annen trekker fram bekymring for hvorvidt det er satt av nok tid til involvering og medvirkning i endringsprosesser som skal implementeres. Manglende rolleavklaringer trekkes frem av en klinikk som årsak til konflikter. Konkrete tiltak som trekkes fram:

- Ha konfliktforståelse og konflikthåndtering som tema på klinikkens ledersamling
- Øke kompetansen til lederne i klinikken på konfliktforståelse og konflikthåndtering
- Melde ledere på Lederutviklingsprogrammet
- Fokus på forebygging av konflikt i miljøer/prosesser/situasjoner hvor det foreligger konfliktrisiko
- Innlemme temaet konfliktforebygging i sjekklister/hjelpeskjema til bruk i oppstartssamtaler
- Opplæring av ledere i psykososialt arbeidsmiljø

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

God konfliktkompetanse hos sykehusets ledere er avgjørende for å lykkes med både forebygging og håndtering av konflikter. Vi trenger ledere som kjenner til hvilke risikofaktorer for konflikt som er tilstede i en sykehushverdag, slik at de kan iverksette målrettede forebyggende tiltak. Samtidig som de kan håndtere konflikter når de oppstår slik at de ikke eskalerer i omfang, alvorlighetsgrad og tid. Dette krever både opplæring, trening og mot hos lederne. For å bygge kompetente ledere trenger sykehuset gode kompetansehevede lederutviklingstiltak i form av programmer, kurs og støtteordninger. Endringsledelse bør inkluderes i tiltakene.

En sannsynlig konsekvens av mindre tid og strammere økonomiske budsjetter på grunn av omstillingsprosesser og innsparinger vil være redusert fokus på arbeidsmiljøoppbyggende aktiviteter og prosesser. Dette vil kunne medføre økt risiko for samhandlingsutfordringer og potensiell konflikt. Det er viktig at ledere, vernetjenesten, de tillitsvalgte og klinikkens arbeidsmiljøutvalg tar denne risikoen på alvor og jobber for å opprettholde fokus på arbeidsmiljø. Arbeidsmiljøoppbyggende tiltak vil ikke bare kunne redusere konfliktrisiko, men også virke forebyggende på slitasje og belastning for ansatte i en omstillingsprosess. Herunder psykososiale arbeidsmiljøtiltak som fokus på psykologisk trygghet og sosial støtte. Men også mer organisatoriske arbeidsmiljøtiltak med fokus på hvordan arbeidet er organisert, de ansattes opplevelse av autonomi, og rolleavklaringer.

Vi ser også viktigheten av at klinikkene har fokus på å sikre et godt partssamarbeid på alle nivåer. Godt samarbeid mellom vernetjenesten, de tillitsvalgte og ledelse kan i stor grad forebygge konflikter ved at utfordringer tas tak i tidlig, og jobbes aktivt med.

2.8 Trakassering

Ifølge arbeidsmiljøloven (AML), § 4-3 (3), skal arbeidstakere ikke utsettes for trakassering eller annen utilbørlig opptreden. I OUS er det nulltoleranse for trakassering.

Trakassering består av flere former for uønskede negative handlinger og ytringer som virker (eller har til formål å virke) krenkende, skremmende, fiendtlige, nedverdiggende eller ydmykende¹⁷. Trakassering kan også være fravær av handlinger, for eksempel å holde tilbake informasjon. Mobbing er når de krenkende og negative handlingene skjer systematisk og gjentas over tid, og er en form for trakassering. Dersom to parter behandler hverandre like dårlig, kan det kalles en konflikt heller enn trakassering.

Trakasserende atferd har mange ulike uttrykk og former. Trakasseringen kan være rettet mot den personen man er (for eksempel personlighet eller utseende) eller mot forhold i arbeidet (for eksempel faglig nedvurdering eller fordeling av oppgaver). Andre former for trakassering er: uønsket seksuell oppmerksomhet; irettesettelse i påhør av andre; usynliggjøring; latterliggjøring; fordømmelse uansett hva du gjør; påføring av skyld og skam; sårende fleiping og erting; plaging og utfrysing. Nettopp siden så mange former for adferd kan utgjøre trakassering, er det viktig å vurdere i hvert tilfelle adferdens intensjon, skadevirkning, omfang og varighet.

I tillegg til helsemessige konsekvenser for den enkelte har trakassering konsekvenser for pasientsikkerhet. 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 er i en sosialt utsatt posisjon, 4) et negativt/fiendtlig sosialt klima, og 5) en kultur som belønner eller tillater mobbing.³

Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
Trakassering	2023	Grønn	Grønn	Grønn	Gul	Gul	* Gul	Grønn	Grønn	Gul	Grønn	Grønn	Gul	Grønn	Gul	Grønn	Gul	Grønn
	2022	Grønn	Grønn	Grønn	Gul	Gul	Gul	Grønn	Grønn	Gul	Grønn	Grønn	Gul	Grønn	Gul	Grønn	Gul	Grønn
	2021	Grønn	Grønn	Grønn	Gul	Gul	Gul	Grønn	Grønn	Gul	Grønn	Grønn	Gul	Grønn	Gul	Grønn	Gul	Grønn
	2020	Gul	Grønn	Grønn	Gul	Gul	Gul	Grønn	Grønn	Gul	Grønn	Grønn	Gul	Grønn	Gul	Grønn	Gul	Grønn
	2019	Grønn	Grønn	Grå	Gul	Gul	Gul	Grønn	Grønn	Gul	Grønn	Grønn	Gul	Grønn	Gul	Grønn	Gul	Grønn

*KITs farge er satt på bakgrunn av kun indikatorer, siden KIT ikke har utarbeidet egen HMS-årsrapport for 2023.

Temaet er basert på indikatorer fra ForBedring, uten endringer fra i fjor¹⁸. Svarene kan derfor sammenlignes med tidligere resultater. Klinikkenes fargekoding av trakassering har vært nokså stabil siden 2019. Eneste endring fra 2022 er én klinikk som går fra gult til grønt.

¹⁷[Trakassering \(arbeidstilsynet.no\)](https://www.arbeidstilsynet.no)

¹⁸ «Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for mobbing eller trakassering her i løpet av de siste 12 månedene»; «Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for seksuell trakassering her i løpet av de siste 12 månedene»

Flere klinikker presiserer at det er nulltoleranse for trakassering, og enkelte opprettholder derfor gul farge for å søke ytterligere forbedringer. Ingen av klinikkene har satt trakassering på listen over sine fem største arbeidsmiljøutfordringer, eller på listen over tiltaksområder.

Uklarheten rundt hvorvidt trakasseringen kommer fra pasienter/pårørende eller kolleger trekkes frem av flere.

Resultatene gir ikke informasjon om i hvor stort omfang trakassering forekommer da det måles med en enig-uenighets skala på spørsmål om man kjenner til om noen har blitt utsatt for trakassering.

Satsing og tiltak fremover

Flere klinikker understreker viktigheten av at ledere og HR kjenner til aktuelle prosedyrer, har tilstrekkelig opplæring i å håndtere saker med varslings og trakassering, samt har tilgang på bistand og støtte ved behov. Nytteverdien i å gjøre varslingsrutinen til OUS kjent blant ansatte trekkes også fram for å sikre at ansatte vet hva de skal gjøre dersom de opplever eller observerer trakassering. Én klinikk nevner at de vil bruke ForBedringsundersøkelsen til å identifisere hvilke deler av klinikken som har utslag på trakassering og som derfor bør tilbys bistand fra HR.

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

Vi støtter klinikkens forslag om å sikre at ledere og ansatte kjenner til sykehusets trakasseringsprosedyre og varslingsprosedyre. I tillegg til at klinikkene bør forsikre seg om at HR har tilstrekkelig kompetanse på håndtering av trakasseringsvarsler. Der det er utslag på trakassering i ForBedring bør også HR aktivt tilby bistand og støtte til lederne. Dette for å sikre at riktige tiltak iverksettes, men også at lederne opplever å bli ivaretatt. Å håndtere trakasserings saker er en krevende oppgave for en leder. Dette fordrer at klinikkene har systemer for å identifisere de aktuelle enhetene/seksjonene. Ved utslag på trakassering vil det også være nødvendig å få klarhet i hvorvidt trakasseringen kommer fra pasienter eller kolleger, da dette vil ha betydning for hvilke tiltak man velger.

Ved konflikter øker risikoen for trakassering. Å jobbe mot økt konfliktkompetanse i sykehusets lederlinjer vil derfor være et tiltak rettet mot å forebygge forekomst av trakassering. Forskning viser også at arbeidsmiljøer med svakt konflikthåndteringsklima har økt risiko for forekomst av mobbeatferd. I gode konflikthåndteringsklima har ledelsen kontinuerlig fokus på å rette opp i problemer som kan ha negativ effekt på relasjoner mellom ansatte, og de har dialog med de ansatte om potensielle utfordringer som kan påvirke arbeidsmiljøet slik at det kan tas tak i før det utvikler seg til et problem.

Generelle arbeidsmiljøtiltak rettet mot å skape arbeidsmiljøer preget av åpenhet og respekt vil også virke forebyggende mot trakassering. Her kan ytringsklima, psykologisk trygghet, tilbakemeldingskultur, kommunikasjonskultur, kulturplakat nevnes som mulige aktiviteter.

Et tiltak på N1-nivå som anbefales av BHT er å påvirke ForBedring nasjonalt for å få inn spørsmål som differensierer mellom trakassering som forekommer fra kolleger eller fra pasienter/pårørende.

2.9 Luftkvalitet

Luftkvaliteten påvirkes av flere faktorer. De viktigste er:

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

Temperatur: Opplevd temperatur påvirkes av bekløding, aktivitetsnivå, lufttemperatur og varmestråling. Høy temperatur 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, fuktscadede 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
- Hyppigere 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 fuktscader 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.

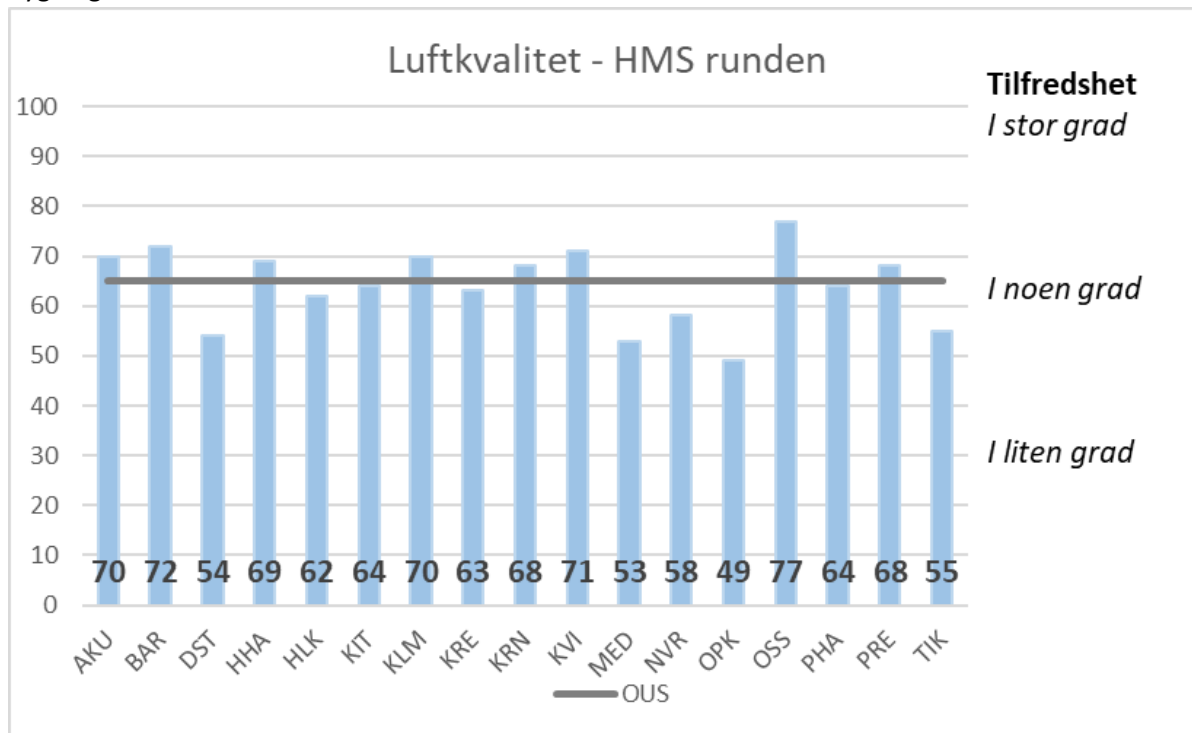
Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLC	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
Luftkvalitet	2023						*											
	2022																	
	2021																	
	2020																	
	2019																	

*KITs farge er satt på bakgrunn av kun indikatorer, siden KIT ikke har utarbeidet egen HMS-årsrapport for 2023.

Luftkvaliteten rapporteres å være på gult nivå i AKU, BAR, HHA, KLM og OSS – øvrige klinikker rapporterer om oransje status. KVI og NVR har endret fra gul til oransje. De resterende klinikkene rapporterer om tilsvarende status som i 2022. Det er et flertall som rapporterer oransje og luftkvalitet er derfor et område som det er viktig å sette fokus på.

Egenvurderingene på klinikknivå samsvarer i stor grad 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, og enda flere klinikker vil i tiden fremover bli påvirket av bygningsarbeid.



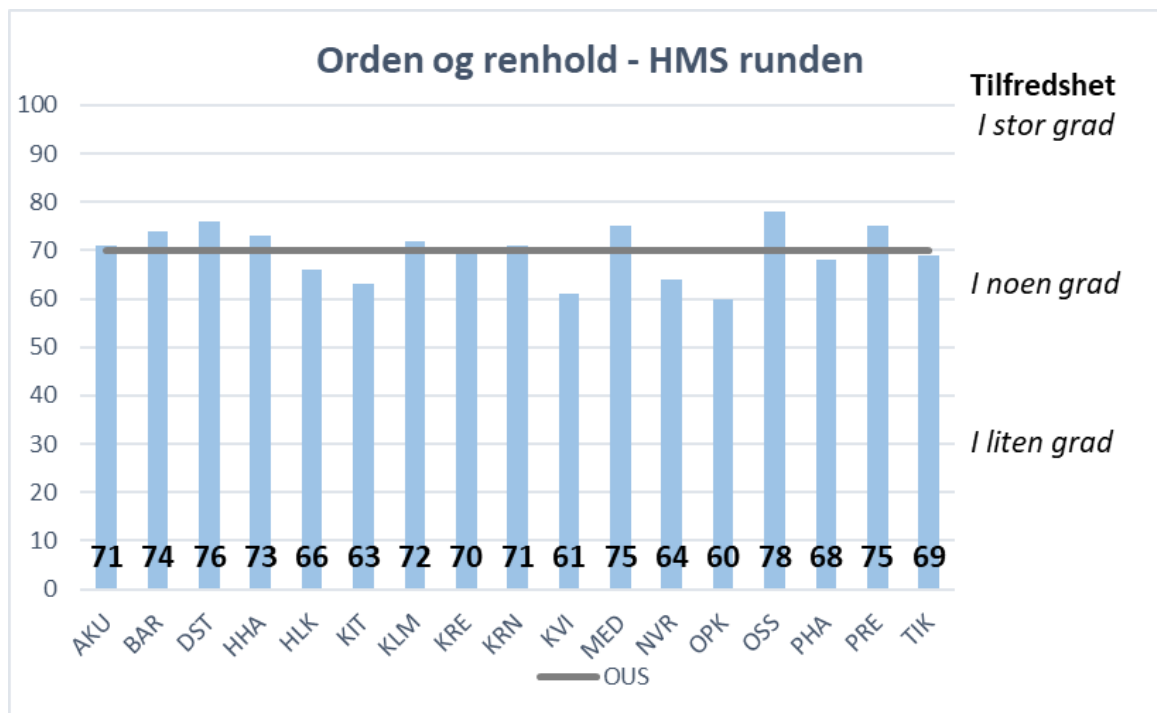
Figur 14: Oversikt over score fra HMS-runden 2023. Gjennomsnitt for OUS vist i grått

Klinikkene KIT, MED, NVR, OPK og TIK har lavest score på temperatur fra HMS-runden, de scorer et sted mellom noen grad og liten grad tilfredsstillende. Som i 2022 scorer BAR, HHA, HLK og OSS høyest av klinikkene med tanke på temperatur. De resterende klinikkene rapporterer omtrent på OUS gjennomsnitt.

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.

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 15: Oversikt over score fra HMS-runden 2023. Gjennomsnitt for OUS vist i grått

Satsing og tiltak for forbedring fremover

Luftkvalitet blir nevnt av flere klinikker som en av de største arbeidsmiljøutfordringene og problemet er ofte gamle bygg med lite handlingsrom. Det er viktig å følge opp gammel bygningsmasse og for arbeidstakerne som oppholder seg her skal det også være et fullt forsvarlig arbeidsmiljø. Kartlegging og måling bør gjennomføres ved gjentakende avvik og det bør følges opp med tiltak. Mange av byggene skal fortsatt være i bruk i en del år framover. I tiden fremover ved flytting, ombygging og nybygging er det viktig at ventilasjonen skal dimensjoneres med hensyn til areal, antall personer, varmegivende og/eller forurensende prosesser og aktivitetene i rommene. Ved bruksendring og fortetting av arealer skal konsekvenser for det fysiske arbeidsmiljøet risikovurderes.

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

- Oppgradere ventilasjon ved behov.
- Reparere utette vindu og ha fokus på akseptabel temperatur
- Opprette lokale tiltak for å bedre orden og renhold. Vurdere behov for hovedrengjøring.
- Vurdere behov for solskjerming.
- Vedlikehold av eldre bygningsmasse.

Andre tiltak som bør prioriteres:

- 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 utendørssolavskjerming 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.

2.10 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.

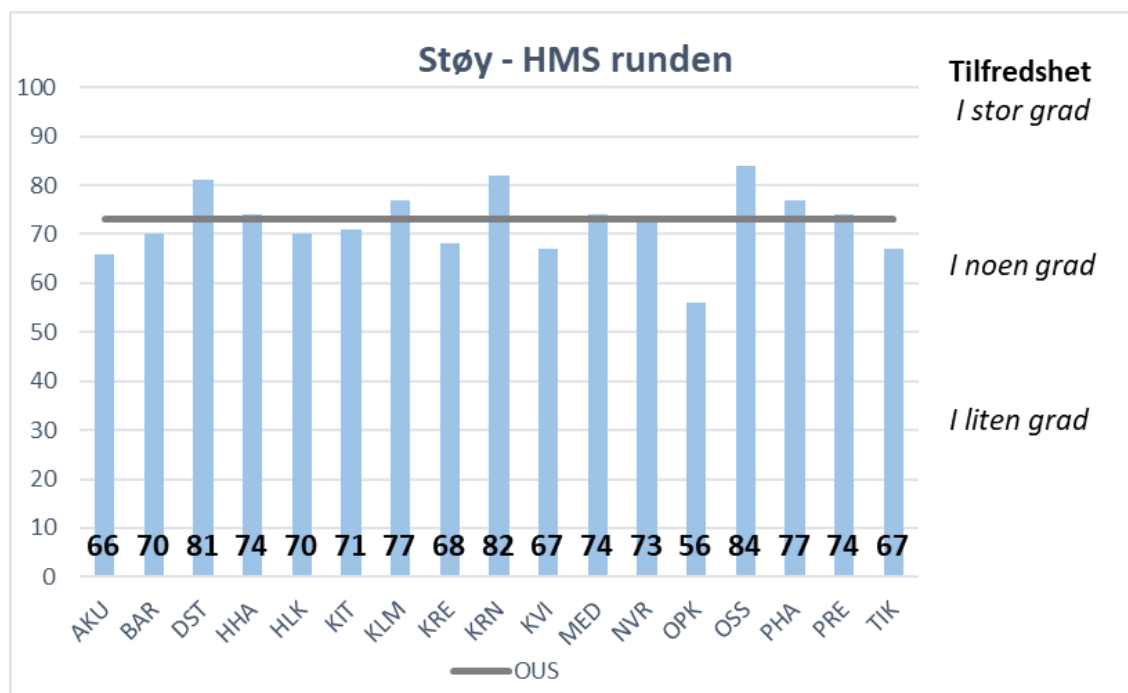
Selv om støyen ikke er hørselskadelig, så kan den gi andre helseeffekter som stress, irritasjon, bidra til muskelspenninger og gi høyere blodtrykk. Forstyrrende støy kan påvirke konsentrasjonsevnen som igjen kan gi negativ påvirkning på produktivitet men også øke risiko for feilhandlinger.

Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
Støy	2023	Oransje	Oransje	Gul	Gul	Gul	*	Gul	Oransje	Gul	Gul	Gul	Oransje	Oransje	Gul	Gul	Oransje	Oransje
	2022	Oransje	Gul	Gul	Gul	Gul	Gul	Gul	Oransje	Gul	Oransje	Gul	Gul	Oransje	Grønt	Gul	Gul	Gul
	2021	Oransje	Gul	Gul	Gul	Gul	Gul	Gul	Oransje	Gul	Oransje	Gul	Gul	Oransje	Grønt	Gul	Gul	Gul
	2020	Oransje	Gul	Gul	Gul	Gul	Oransje	Gul	Oransje	Gul	Gul	Gul	Oransje	Oransje	Grønt	Gul	Gul	Gul
	2019	Gul	Gul	Gul	Gul	Gul	Oransje	Gul	Gul	Oransje	Gul	Gul	Gul	Oransje	Grønt	Gul	Oransje	Gul

*KITs farge er satt på bakgrunn av kun indikatorer, siden KIT ikke har utarbeidet egen HMS-årsrapport for 2023.

Det er flertall av klinikker som vurderer sine støyforhold til gult nivå. AKU, BAR, KRE, NVR, OPK, PRE og TIK vurderer forholdene til oransje. BAR, NVR, PRE og TIK har i 2023 endret fra gul til oransje, OSS har endret fra grønt til gul. KVI har på sin side endret fra oransje til gul, de opplyser at de har gjennomført prosjekt på støy ved fødeavdelingen og implementert ørepropper.



Figur 16: Oversikt over score fra HMS-runden 2023. Gjennomsnitt for OUS vist i grått

Med utgangspunkt i HMS-runden rapporteres det at støy på OUS nivå ligger litt bedre enn i noen grad tilfredsstillende. Som i 2022 rapporterer OPK om de største utfordringene med støy på arbeidsplassen, forholdene er dårligere enn i noen grad tilfredsstillende.

Det forekommer sjelden hørselskadelig støy i OUS. Utfordringer gjelder hovedsakelig støy som forstyrrer arbeidet og til dels hindrer kommunikasjon. Klinikken trekker spesielt byggestøy frem som hovedårsak til støy på arbeidsplassen, de trekker også frem følgende utfordringer:

- Støyende utstyr og aktiviteter
- Støy fra pasienter
- Støy i kontorlandskaper

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 MTU.

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

Satsing og tiltak for forbedring fremover

Fremover bør klinikkene sette tydelige støykrav og innføre tiltak når arbeidsplasser blir påvirket av byggestøy. Klinikken bør ha god kommunikasjon mellom prosjekterende og ansatte som er berørt av støy fra byggearbeid 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 organisatoriske tiltak.

Bedriftshelsetjenesten har som følge av tiltak i 2022 blitt inkludert i flere byggemøter. Ved rapportert støy på HMS-runden eller ved avvik er det viktig at avdelingene prioriterer å gjøre en grundig kartlegging med eventuell bistand fra bedriftshelsetjenesten.

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

- Være oppmerksomme på støy fra byggeprosjekter
- Vurdere tiltak fortløpende i sårbare lokaler knyttet til byggeaktivitet.
- Ha med støykrav i kravspesifikasjoner ved innkjøp av nytt MTU
- Samle alle forbedringstiltak som ulike enheter lager, slik at flere i klinikken kan benytte seg av disse.
- Benytte hørselsvern der driften gjør det mulig.
- Fortsette å oppfordre til å melde avvik i Achilles.

AKU opplyser at støyproblematikken er uforandret og viderefører derfor støy som et av klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet.

- Følge opp enheter/avdelinger der det er rapportert om støyproblematikk.
- Støyavskjerming mellom ansatte i kontorlandskaper og økt kapasitet på støtterom
- Arbeide kontinuerlig med generell bevisstgjøring av ansatte om støy. Om mulig ta flere pauser fra miljø som er støybelastet

Andre tiltak som bør prioriteres:

- Det er til dels stor variasjon i støynivået på samme type teknisk utstyr, noe som viser at det er potensiale til støyreduksjon ved anskaffelser. Bedriftshelsetjenesten har blitt invitert til å gi

sine innspill om hvilke krav som bør stilles ved innkjøp. Det bør jobbes med å innføre nye kravspesifikasjon så fort som mulig og informere om at 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.

- Det er 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 kan rådggi om støyreducerende tiltak.

2.11 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. Behovet for lys øker med økende alder, og vi kan også bli mer lyssensitive når vi blir eldre. Det er derfor viktig å lett kunne tilpasse lysforholdene til den enkelte.

Tilfredsstillende belysning er i seg selv en viktig del av tilretteleggingen av en arbeidsplass.

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.

Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
Lysforhold	2023						*											
	2022																	
	2021																	
	2020																	
	2019																	

*KITs farge er satt på bakgrunn av kun indikatorer, siden KIT ikke har utarbeidet egen HMS-årsrapport for 2023.

Belysning oppleves stort sett ikke som noen stor utfordring i OUS, og klinikkens vurdering av egen status innen lysforhold er stort sett uendret de siste årene. Få klinikker har satt lysforhold som et av klinikkens største arbeidsutfordringer eller høyeste prioriterte tiltak. AKU beskriver at kommende anleggsarbeid i forbindelse med bygging og ombygging kommer til å medføre både støy, men også forringelse av luftkvalitet og lysforhold for de ansatte. De har derfor satt fysisk arbeidsmiljø, herunder luftkvalitet, støy og lysforhold, som et av de største arbeidsmiljøutfordringene i klinikken.

KRN og OPK har de siste 6 årene vurdert lysforhold til gult fordi de har flere heltidsarbeidsplasser uten dagslys. KRN sier de har hatt fokus dagslys og utsyn i byggeprosesser, men begrenset plassforhold i klinikken gjør at midlertidige lokaler uten dagslys blir brukt som heldagsarbeidsplasser. OPK oppgir ingen forklaring i år. MED scorer på grønt, men trekker frem at de har mange gamle lyskilder.

Satsing og tiltak for forbedring fremover

Klinikkene har nevnt følgende tiltak for forbedringer:

- Bruke Arbeidsmiljøavdelingen for å utarbeide rapporter på tilfredsstillende lysforhold i de enheter som har behov for det (MED).
- Beholde vurdering av lys som punkt i nye byggeprosjekter (PRE).

På bakgrunn av byggearbeidet ved Rikshospitalet vil tilgang til dagslys bli begrenset for enkelte arbeidsplasser. For å fortsatt kunne ivareta et fullt forsvarlig arbeidsmiljø for utsatte ansatte, bør det

legges til organisatoriske tiltak som kompenserer for manglende dagslys. Utvidede pauser med tilgang til dagslys kan være et godt tiltak. Ved arbeid i lokaler uten dagslys kan kunstig belysning bidra til bedre lysforhold, men det er viktig å huske at kunstig lys i form av dagslyslamper og lysvinduer ikke kan erstatte behovet for dagslys og er siste utvei.

Det er viktig å sikre medvirkning i fremtidige rokade- og byggeprosesser slik at velegnede areal og arbeidsplasser med dagslys etableres, og sørge for at Nye OUS har arbeidsplasser med dagslys og utsyn. Belysning på nye sykehusbygg bør også følge den teknologiske utviklingen for å sikre gode lysforhold med tilpasningsmuligheter etter arbeidsoppgaver og individuelle behov til ansatte. Herunder vil det være aktuelt å vurdere for eksempel døgnrytmestyrt belysning spesielt på mest utsatte arbeidsplasser med mye skiftarbeid.

2.12 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. Ifølge NAV er muskel- og 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. I tillegg til ergonomiske faktorer kan både organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljøfaktorer bidra til å utvikle eller forverre muskel- og skjelettplager¹⁹.

Det er ikke bare ansatte med arbeidsoppgaver som kjennetegnes av tungt arbeid, som henholdsvis pasientforflytning, lagerarbeid og renhold, som er mest utsatt, men også yrkesgrupper som jobber ensformig og statisk over tid, f.eks. kontoransatte og laboranter.

Ergonomiske arbeidsmiljøforhold er også påvirket av plassforhold på arbeidsplassen. 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 utforming²⁰. Det skal være mulig å variere arbeidsstilling og utføre arbeidet med hensiktsmessige bevegelser. Fortetting kan også påvirke andre arbeidsmiljøforhold som f.eks. luftkvalitet, orden og renhold, støy og stress.

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 form²¹. En del klinikker har ansatte som eksponeres for fysisk belastning som de ikke kan påvirke. Selv med opplæring og bruk av hjelpemidler vil det kunne føre til uheldig belastning for de ansatte. Det vil derfor være behov for fokus på målrettede helsefremmende tiltak som kan øke de ansattes fysiske kapasitet. Å ha tilgjengelige fasiliteter som sykkelparkering, garderobe med dusjmuligheter o.l. for de ansatte, slik at de kan benytte seg av reiseveien som en kilde til fysisk aktivitet, er et viktig bidrag for de ansattes helse samt folkehelsen generelt.

¹⁹ Arbeidstilsynet (2024, 22.10) Arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager. [Arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager - Arbeidstilsynet](#)

²⁰ "Med «universell utforming» menes utforming av produkter, omgivelser, programmer og tjenester 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." Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (2006). Artikkel 2. Definisjoner. [Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne - Lovdata](#)

²¹ Holtermann A, Hansen JV, Burr H, Sjøgaard K, Sjøgaard G. The health paradox of occupational and leisure-time physical activity. *Br J Sports Med.* 2012 Mar;46(4):291-5. doi: 10.1136/bjsm.2010.079582. Epub 2011 Apr 1. PMID: 21459873.

Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK	
Ergonomi og fysisk helse	2023	Oransje	Oransje	Gult	Oransje	Oransje	*	Oransje	Gult	Gult	Oransje	Oransje	Gult	Oransje	Oransje	Gult	Oransje	Oransje	
	2022	Oransje	Oransje	Gult	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Gult	Gult	Oransje	Gult	Gult	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Gult	
	2021	Oransje	Oransje	Gult	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Gult	Gult	Oransje	Oransje	Gult	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje
	2020	Gult	Gult	Grønt	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Gult	Gult	Oransje	Oransje	Gult	Oransje	Gult	Grønt	Oransje	Oransje	Oransje
	2019	Gult	Gult	Grønt	Gult	Oransje	Oransje	Oransje	Gult	Gult	Oransje	Oransje	Gult	Oransje	Gult	Grønt	Oransje	Oransje	Oransje

*KITs farge er satt på bakgrunn av kun indikatorer, siden KIT ikke har utarbeidet egen HMS-årsrapport for 2023.

Klinikkens vurdering av egen status innen ergonomi og fysisk helse er hos de fleste klinikkene uendret fra 2022 til 2023. MED har endret status fra gult til oransje og trekker frem at det er for lite rett bruk av tilgjengelige hjelpemidler samt manglende informasjon om viktigheten av å benytte disse i arbeidet. PHA har endret status fra oransje til gul, men beskriver at det fortsatt er fysiske utfordringer knyttet til utageringssituasjoner, vold og alarmutrykning. I TIK er det behov for kartlegging av det ergonomiske arbeidsmiljøet på Rikshospitalet og klinikken har endret status fra gul til oransje.

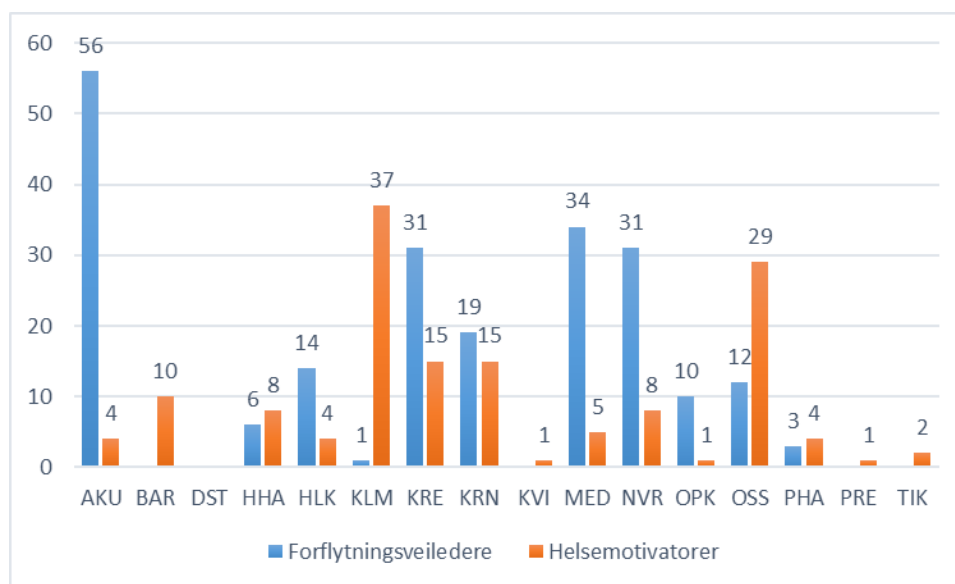
12 av 16 klinikker vurderer seg selv på oransje som gjør ergonomi og fysisk helse fortsatt til en av de største arbeidsmiljøutfordringene i OUS. Mange klinikker rapporterer om tungt og/eller ensformig arbeid som øker fysisk belastning på ansatte.

Største utfordringer som klinikkene trekker frem i sine egenvurderinger:

- Mangel på opplæring og kompetanse innen ergonomi og arbeidsteknikk
- For få forflytningsveiledere og helsemotivatorer og bruk av disse i klinikkene
- Manglende tilretteleggingsmuligheter i ulike arbeidssituasjoner for god ergonomi

Ifølge lovverket, er det ikke alene nok med tilstrekkelig utstyr og hjelpemidler, det skal også gis opplæring i ergonomi. Det kommer generelt frem at det er behov for mer opplæring og kompetanse innen ergonomi og arbeidsteknikk i klinikkene. Om lag en tredjedel av klinikkene rapporterer om mangel på ressurspersoner/veiledere innen ergonomi og fysisk helse. Flere mangler også oversikt over hvem som fungerer som veiledere i klinikken. Disse ressurspersonene/veilederne har en sentral rolle for å ivareta og opprettholde behovet for undervisning om ergonomi og fysisk helse ute i sykehuset. Det ble utdannet 43 nye helsemotivatorer og 25 nye forflytningsveiledere i 2023.

Diagrammet nedenfor viser totalt antall veiledere og må sees i sammenheng med klinkens størrelse og behov. For å dekke behovet anbefales det å utdanne minimum to veiledere per funksjonelle enhet, basert på enhets risikofaktorer. PRE har egne veiledere innen forflytning og vises derfor ikke i denne oversikten.



Figur 17: Oversikt over veiledere på slutten av 2023. Antall veiledere kan være avvikende grunnet utskiftning av ansatte. Veiledere som etter tilgjengelig informasjon ikke lenger fungerer i rollen er blitt fjernet fra listen etter forrige rapport fra 2022.

Satsing og tiltak for forbedring fremover

Fremover bør klinikkene prioritere opplæring innenfor ergonomi samt, for de pasientrettede klinikkene, sjekke status på tilgang til forflytningshjelpemidler og tilstanden til hjelpemidlene ute i avdelingene. Herunder vil det være viktig å ha rutine på dette og ha nok interne ressurspersoner/veiledere innenfor relevante områder i tillegg til god og hensiktsmessig tilgang på hjelpemidler.

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

- Sørge for tilstrekkelig antall forflytningsveiledere og helsemotivatorer i klinikken. Sikre at kompetansen til eksisterende ressurspersoner/veiledere blir brukt i klinikken.
- Tilrettelegge for gode rutiner på opplæring innenfor ergonomi og arbeidsteknikk, og sørge for repetering og øving av forflytningsteknikk via Kompetanseportalen.
- Oppfordre verneområdene som har svart "ikke tilfredsstillende" på HMS-runden risikovurdere forholdene for å få bedre oversikt og kompetanse over aktuelle ergonomiske utfordringer i enhetene. Be om bistand fra bedriftsfysioterapeutene når det gjelder problematiske ergonomiske forhold.
- Kartlegge hva som finnes av forflytningsutstyr og -hjelpemidler i klinikken. Synliggjøre eksisterende utstyr og sørge for opplæring i bruk av disse.

Andre tiltak som bør prioriteres:

- OUS bør utarbeide sentrale føringer/tiltak for å fremme fysisk aktivitet blant de ansatte. Tiltakene bør være i samsvar med drift og være risikobasert.
- Angående forflytningsutstyr og -hjelpemidler bør man også se på muligheter til å benytte utstyret på tvers av avdelinger ved behov.

2.13 Vold og trusler

Arbeidstilsynet definerer vold og trusler i arbeidslivet som «hendelser hvor arbeidstakere blir fysisk eller verbalt angrepet i situasjoner som har forbindelse med deres arbeid, og som innebærer en åpenlys eller antydning trussel mot deres sikkerhet, helse eller velvære». Helserelaterte yrker er ifølge 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.

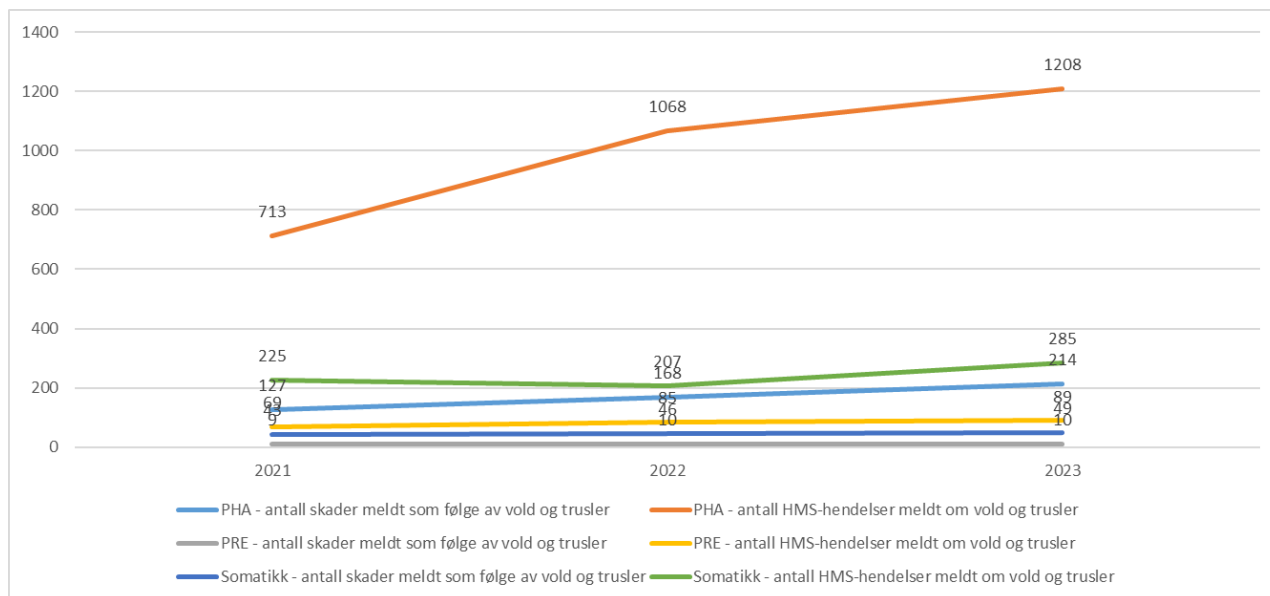
Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HJK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK	
Vold og trusler	2023	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange*	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
	2022	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
	2021	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Grønn	Orange	Orange	Grønn	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
	2020	Orange	Orange	Grønn	Orange	Orange	Orange	Grønn	Orange	Orange	Grønn	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
	2019	Orange	Orange	Grønn	Orange	Orange	Orange	Grønn	Grønn	Orange	Grønn	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange

*KITs farge er satt på bakgrunn av kun indikatorer, siden KIT ikke har utarbeidet egen HMS-årsrapport for 2023.

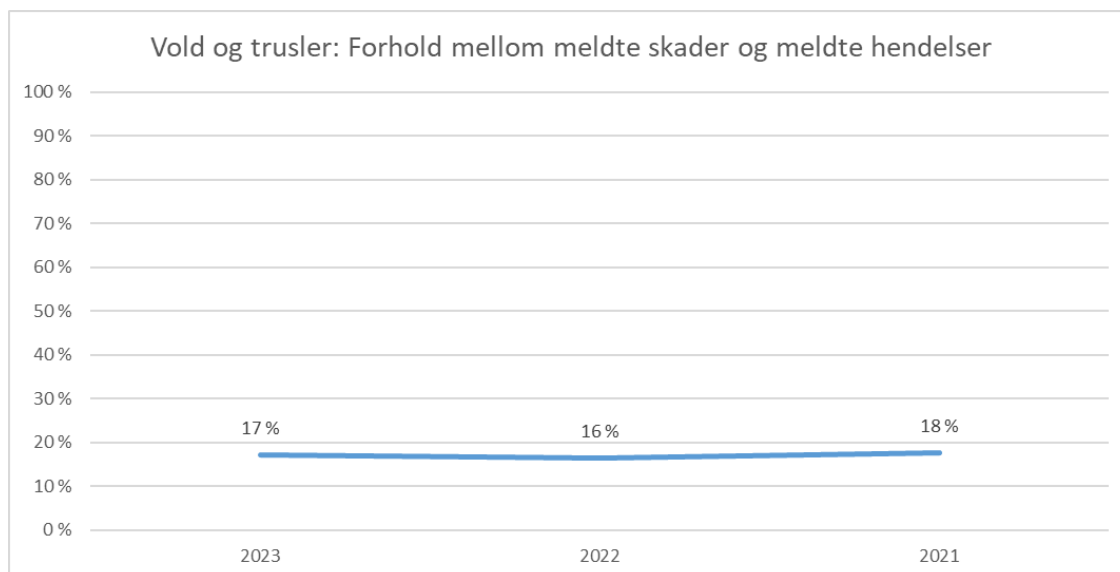
Statusvurderingene innen temaet «vold og trusler» er relativt stabilt, men har endret seg i negativ retning for to klinikker fra 2022 til 2023. Klinikkerne med endringer har oppgitt følgende som årsak:

- Det er en utfordring å få alle enheter til å gjennomgå og oppdatere sin risikovurdering og risikoreduserende tiltak minst en gang i året. Dette reduserer klinikkens sikkerhetsnivå og øker risikoen for skader og evnen til å håndtere uønskede hendelser.
- Det er utfordrende å prioritere tid til opplæring og trening.

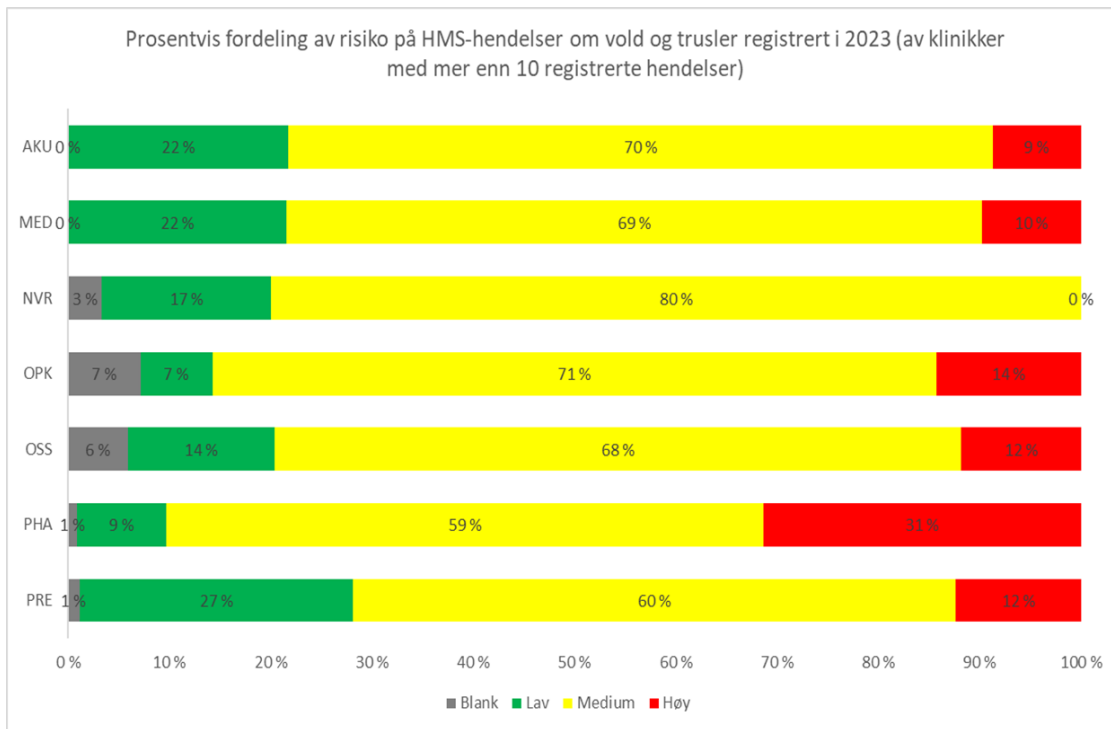


Figur 18: For enkelhets skyld er alle klinikker som ikke er PHA eller PRE samlet som "somatikk" i oversikten.

Det ble i 2023 meldt inn 1583 HMS-hendelser om vold og trusler. PHA står for rundt 75 % av HMS-hendelsene innen temaet. Forholdsmessig er antall HMS-hendelser og skader stabilt siste årene (se Figur 19 under).

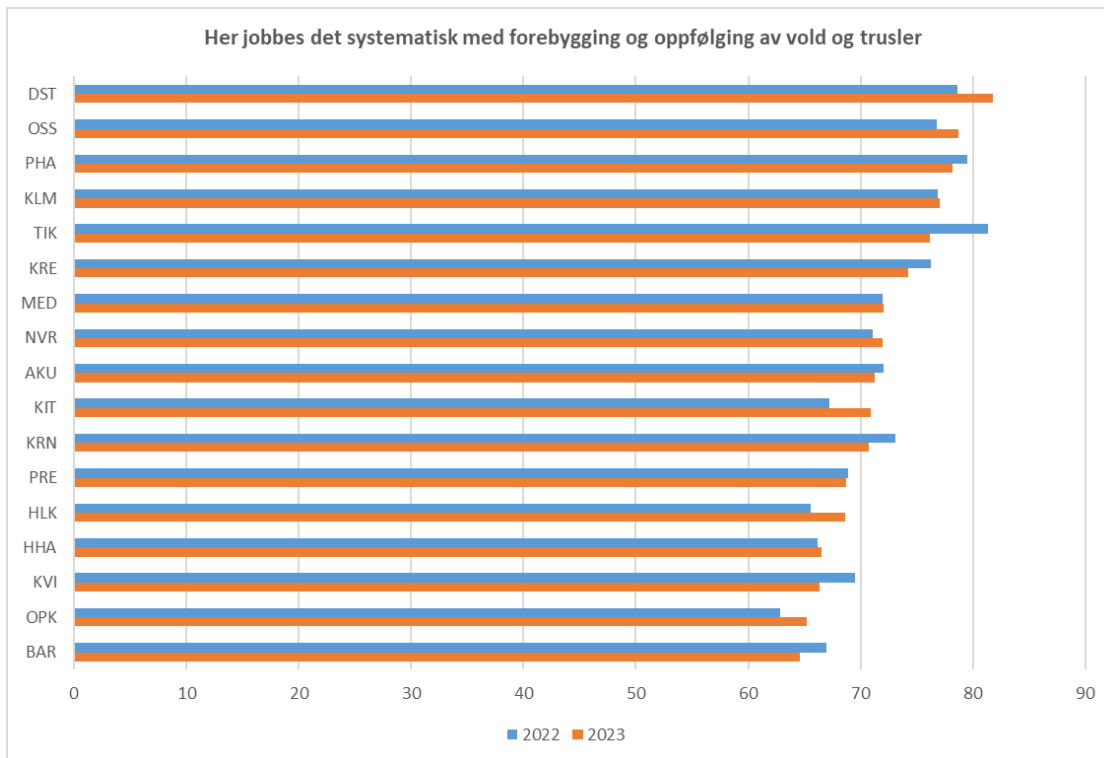


Figur 19: Totalt innmeldte HMS-hendelser og prosentvis andel hendelser med relaterte skader på medarbeidere.



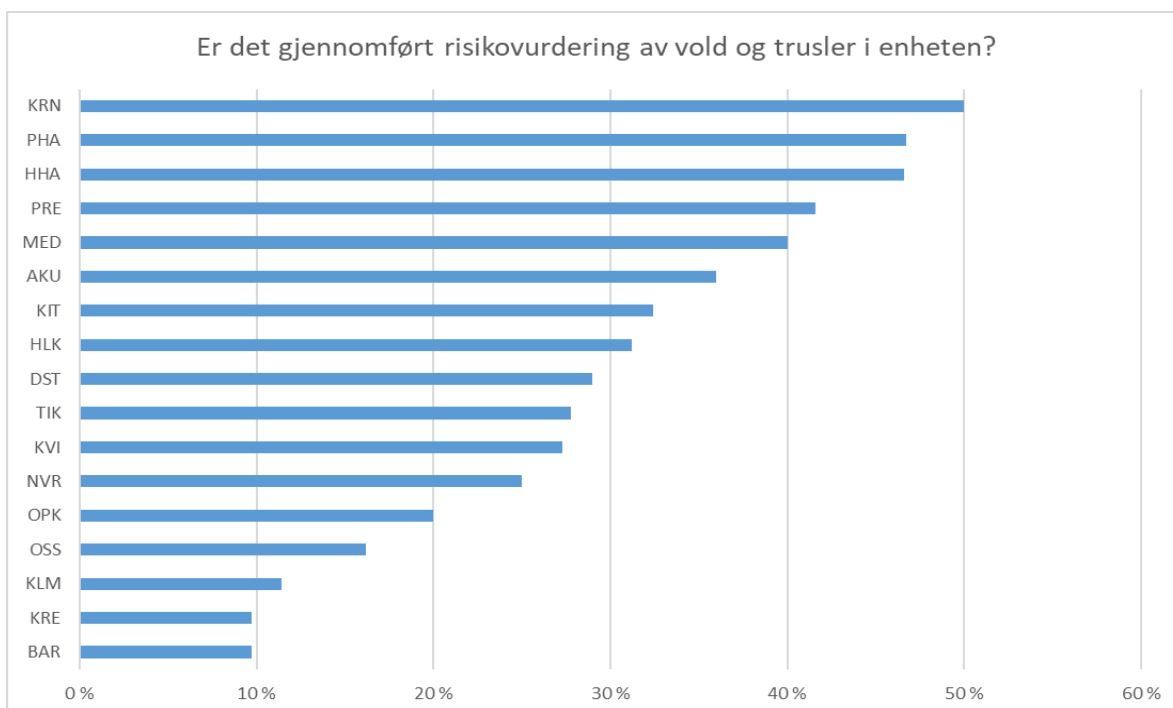
Figur 20: Lederes risikovurdering av innmeldte HMS-hendelser innen temaet basert på hyppighet og potensielle konsekvenser

Det kan basert på data i figurene overfor virker det som at man faktisk klarer å forebygge mange skader på medarbeidere i et stort antall risikofylte hendelser med høyt skadepotensiale. Det er likevel verdt å merke seg at medarbeidere vil oppleve de risikofylte hendelsene som belastende enkeltvis og samlet over tid, slik at negative helseeffekter og skader vil kunne inntreffe på et senere tidspunkt.

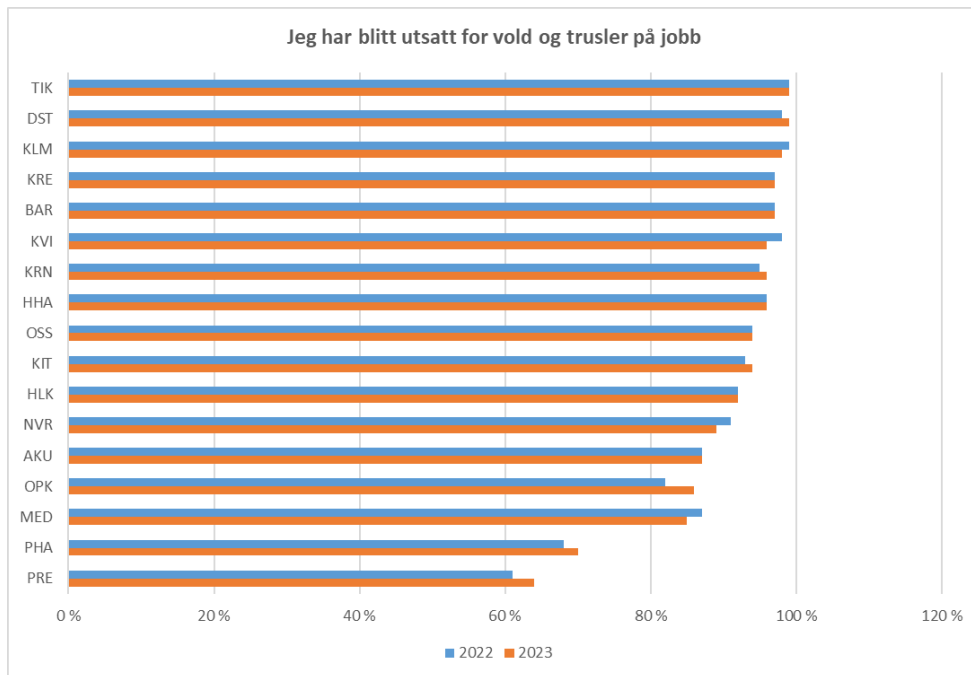


Figur 21: Resultater fra ForBedring fordelt på klinikk

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



Figur 22: Resultater fra HMS-runden fordelt på klinikk



Figur 23: 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. Grafen over viser prosentandelen per klinikk som har svart NEI på dette spørsmålet.

Satsing og tiltak for forbedring fremover

Klinikkene har i sine HMS-årsrapporter kommet med flere tiltak når det gjelder vold og trusler som er på temaene risikovurdering, opplæring, øvelser, verneutstyr og generell informasjon ut til seksjonene.

Anbefaling til tiltak på sykehusnivå i 2024

1. Klinikkerne må følges opp jevnlig på fastsatte krav til risikovurderinger, forebyggende tiltak og organisering av opplæring og øvelser.
2. OUS bør vurdere å etablere en sentral ordning på opplæring, undervisning og trening av utsatte medarbeidere i somatikken.
3. 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.

2.14 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. Avtalen er foreløpig vedtatt å skulle gjelde ut 2024.

Hovedmålene i IA avtalen er:

- Sykefraværet skal reduseres med 10 prosent sammenliknet med årsgjennomsnittet for 2018
- Frafallet i arbeidslivet 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.

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. Per dags dato er tallene frem til og med november 2023 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.

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
Inkluderende arbeidsliv	2023	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	*	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Green	Yellow	Yellow	Orange	Green	Orange	Yellow
	2022	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Green	Green	Yellow	Orange	White	Yellow	Orange	Green
	2021	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	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	Yellow
	2019	Green	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow

*KITs farge er satt på bakgrunn av kun indikatorer, siden KIT ikke har utarbeidet egen HMS-årsrapport for 2023.

Risikovurderingene endret i negativ retning i flere klinikker. Dette gjelder HLK, KVI, OSS og TIK.

Samtidig er risikovurderingene endret i positiv retning for PHA. Det er i økende grad større variasjoner mellom hvordan klinikkene vurderer seg selv

6 klinikker har IA arbeid eller sykefraværarbeid på listen over største utfordringer for 2024 og høyest prioriterte områder for 2023 (AKU, HHA, KRN, KVI, NVR og OSS) Økende eller høyt fravær nevnes av flere som årsak til prioriteringen. Andre momenter som kommer frem er lav bruk av bedriftsjordmor eller manglende akan avtaler

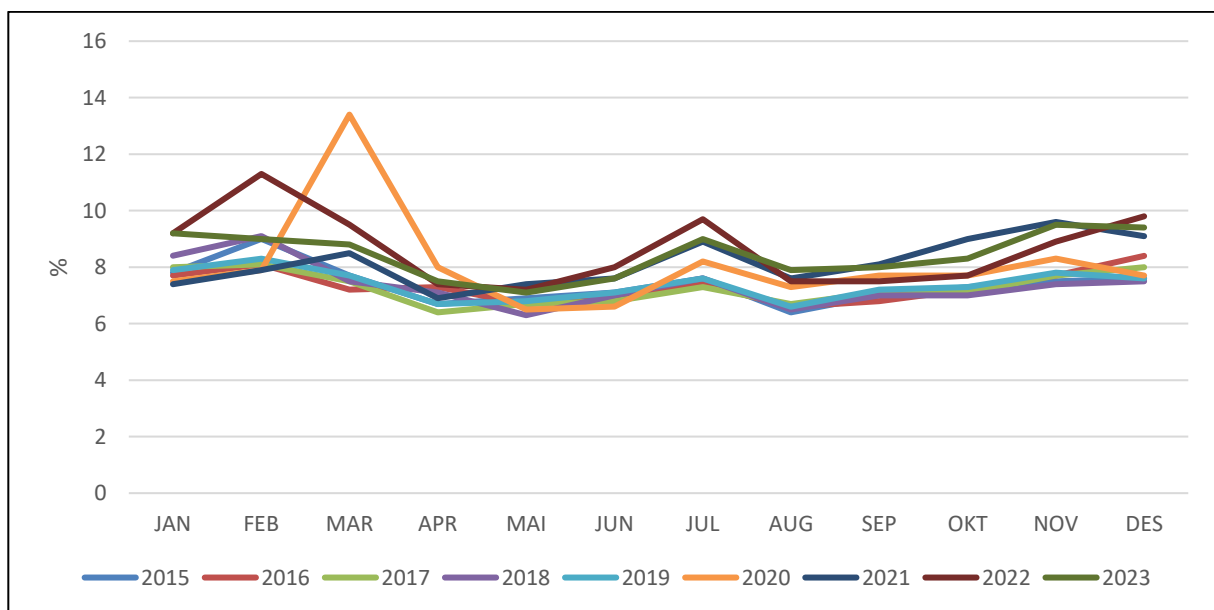
Akkumulert fravær i perioden januar t.o.m. desember 2023	Korttid	Langtid	Totalt
Oslo Universitetssykehus HF	3,04 %	5,41 %	8,44 %
Akuttklinikken	3,27 %	5,50 %	8,77 %

Barne- og ungdomsklinikken	2,58 %	5,96 %	8,55 %
Direktørens stab	0,97 %	2,64 %	3,62 %
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	3,25 %	5,63 %	8,88 %
Hjerte, lunge og kar klinikken	2,91 %	5,34 %	8,25 %
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	2,66 %	4,95 %	7,61 %
Klinikk for laboratoriemedisin	3,20 %	4,33 %	7,54 %
Kreftklinikken	2,73 %	4,76 %	7,49 %
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	3,12 %	4,69 %	7,81 %
Kvinneklinikken	2,71 %	5,93 %	8,64 %
Medisinsk klinikk	2,90 %	4,64 %	7,54 %
Nevroklinikken	2,80 %	5,07 %	7,87 %
Ortopedisk klinikk	2,42 %	4,33 %	6,75 %
Oslo Sykehuservice	3,91 %	7,36 %	11,26 %
Klinikk psykisk helse og avhengighet	3,49 %	6,53 %	10,02 %
Prehospital klinikk	3,31 %	6,72 %	10,03 %
Teknologi og innovasjonsklinikken	2,49 %	2,91 %	5,39 %

Figur 24: Akkumulert fravær for perioden 1 januar til og med november

For noen klinikker fraværet gått ned i 2023 sammenliknet med 2022. Dette gjelder HHA, KIT, KRE, KVI og OPK. For de andre klinikkene er fraværet omtrent uendret eller økt sammenliknet med 2022. Høyest akkumulert fravær finner vi i OSS, PRE og PHA. Disse har også høyest korttidsfravær.

For sykehuset totalt har det akkumulerte fraværet for perioden økt fra 7,8% i 2021 til 8,5% i 2022 og så til 8,44 i 2023. Fraværstallene går altså i feil retning med tanke på målsetningen i IA avtalen om en reduksjon i fravær sammenliknet med tallene fra 2018 da gjennomsnittet var 7,35%



Figur 25: Variasjoner i totalt sykefravær i OUS knyttet til sesong 2015 – nov 2023

Av figur 1 ser vi hvordan koronapandemien har påvirket fraværet. Før 2020 ser vi en betydelig samvariasjon knyttet til sesong. I 2020 økte fraværet på vårparten – særlig mars/april. Deretter er det topper i 2021/2022 som kan passe med omikronsmitten. I etterkant synes fraværet å ha stabilisert seg på et høyere nivå enn før pandemien. Sammenliknet med 2018 som er utgangspunktet for et av delmålene i IA avtalen er både langtidsfravær og korttidsfravær økt, men økningen er størst i langtidsfravær.

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 tilretteleggingsaker.

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.

a. 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 jobbegasjement 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.

Møter i IA-utvalget

Det er i 2023 avholdt 3 møter i IA-utvalget.

Særskilte saker som har vært i IA-utvalgsmøtene i 2023:

- IA-utvalget har blitt løpende orientert om «Der skoen trykker»-prosesser i sykehuset.
- HR-lederne fra HLK og KIT har presentert klinikkens IA-arbeid for IA-utvalget.
- Bedriftsjordmor har orientert IA-utvalget om utviklingen i bruk av svangerskapspengene ved OUS
- Bedriftsfysioterapeut har fremlagt resultater fra studie om turnusplanlegging og sykefravær blant sykepleiere
- Samarbeidet mellom NAV Arbeidslivssenteret og OUS

Satsing og tiltak for forbedring fremover

Flere klinikker samarbeider med NAV Arbeidslivssenter, som tilbyr verktøyet «Der skoen trykker» til utvalgte enheter. Dette er en systematisk og langsiktig metodikk for å jobbe med arbeidsmiljø og forebygge sykefravær. Metodikken er utviklet av partene i arbeidslivet som et ledd i satsingen på IA-arbeid i sykehus. NAV Arbeidslivssenter rapporterer at flere enheter ved OUS over tid har hatt en positiv effekt av «Der skoen trykker»-prosesser, både i forhold til arbeidsmiljø, organiseringen av arbeidet og sykefravær. Det anbefales derfor at disse prosessene videreføres og at ytterligere enheter vurderes for deltakelse i «Der skoen trykker»-prosessen.

Andre tiltak som nevnes er systematisk og tidlig sykefraværsoppfølging og lederstøtte for å redusere sykefravær. Dette er gode tilnærminger til arbeidet med sykefravær, og klinikkene kan med fordel styrke lederes kompetanse på området.

Noe som også nevnes er ordningen «Gravid og trygg i jobb» som man ønsker å gjøre mer kjent i flere klinikker og oppfordre til bruk av. Helsefremmende turnus er også et tiltak flere klinikker har løftet frem som ledd i sitt IA-arbeid.

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

- Systematisk og tidlig oppfølging av sykmeldte ansatte med tilrettelegging av arbeidet
- Oppfølging av ansatte med høyt fravær, herunder hyppige korttidsfravær
- Følge opp sykefraværet i klinikk AMU
- Sykefraværsopplæring for ledere og lederstøtte
- Videreføre arbeidet med "Der skoen trykker"-prosesser og tilby metodikken til flere enheter
- Opprette flere IA-utvalg, opprettholde eksisterende IA-utvalg
- Nærværarbeid i tillegg til sykefraværsoppfølging
- Gjøre tilbudet om «Gravid og trygg i jobb» med bedriftsjordmor bedre kjent i klinikken, samt oppfordre til å benytte tjenesten
- Helsefremmende turnus, risikovurdere turnuser og jobbe for at verneombudene er en aktiv del av turnusprosessen

b. Gravide ansatte

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 ledere og gravide har behov for rådgivning i forhold til 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.

Status

I løpet av syv år i drift har snart 1600 gravide benyttet seg av bedriftsjordmortjenesten gjennom svangerskapet.

Bedriftsjordmor tilbyr også rådgivning, f. eks angående bruk av svangerskapspenge og permisjon i forbindelse med amming. På forespørsel presenteres tjenesten i ulike fora. I tillegg samarbeider bedriftsjordmor med bedriftsfysioterapeutene på deres forflytningsveilederkurs, med fokus på gravide og forflytning.

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 2024 vil benytte seg mer av tilbudet «Gravid og trygg i jobb».

Satsing og tiltak for forbedring fremover

Flere av klinikkene har som målrettet tiltak å benytte seg mer av bedriftsjordmortjenesten, ved å gjøre den mer kjent. Ordningen er frivillig, men leder bør oppfordre den gravide til å ha kontakt med bedriftsjordmor for oppfølging, selv om den gravide i utgangspunktet er i god form. 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, gjerne fra svangerskapsuke 12 eller tidligere, for å kunne jobbe forebyggende.

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.

Viktigste forbedringstiltak som klinikkene har meldt at de vil gjøre:

- Gjøre bedriftsjordmortjenesten «Gravid og trygg i jobb» kjent i klinikken
- Etablere tidlig samarbeid med bedriftsjordmor
- Fortsette samarbeid med bedriftsjordmødrene

Anbefalte tiltak fra bedriftsjordmor:

- Gjøre bedriftsjordmortjenesten godt kjent i klinikkene.
- Viktigheten av tidlig kontakt med bedriftsjordmor må understrekes, dette for å kunne oppnå forebygging av sykefravær.
- Leder bør oppfordre også friske gravide til tidlig oppfølging av bedriftsjordmor.

c. 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 en forkortelse av Arbeidslivets komité mot alkoholisme og narkomani. I dag er Akan: 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. For å ivareta pasientsikkerheten, jobber OUS for et rusfritt arbeidsmiljø og hjelper ansatte som har et avhengighetsproblem.

Akan-utvalget

Akan-utvalget er et underutvalg av sentralt AMU. Akan-utvalget har i 2023 hatt i alt 9 møter. For å ivareta pasientsikkerheten og det gode arbeidsmiljøet, jobber utvalget kontinuerlig med å oppnå målsettingen om å forebygge rusmiddelbruk hos sykehusets medarbeidere.

Forebyggende arbeid

Hovedmålsettingen for 2023 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-utvalgets medlemmer bidrar til dette arbeidet ved å snakke om Akan i ulike sammenhenger, holde kurs, bruke intranett og dele ut OUS sin Akan-brosjyre.

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

Kurs

Kurs til ansatte om Akan-arbeidet ved OUS arrangeres en gang i halvåret, klasseromsundervisning. Kurset annonseres i læringsportalen/kurskatalogen. 2 slike kurs ble avholdt i 2023.

Akan er tema på kurs for nytilsatte, som ble avholdt 6 ganger i 2023. Fra høsten 2021 er Akan en del av HMS-grunnopplæringens tema IA og helsefremmende arbeidsmiljø. Det ble gjennomført 3 slike grunnopplæringer (grunnkurs) i 2023.

Informasjonsmøter/tilrettelagt undervisning

Det er til enhver tid et tilbud til klinikkene om informasjonsmøter/tilrettelagt undervisning ved faginstansene Akan-hovedkontakt og Arbeidsmiljøavdelingen, Bedriftshelsetjenesten. Det ble i 2023 avholdt 23 møter/undervisninger på ulike steder i OUS.

Antall Akan-avtaler

Ved årsskiftet 2023/24 var det i alt 12 løpende avtaler. Dette er samme totaltall som ved årsskiftet 2022/23. Det er tilkommet 4 nye avtaler i løpet av 2023. 3 avtaler er gjennomført vellykket, 1 avtale ble avsluttet pga. oppsigelse.

Intranett-oppgradering

Akan-utvalgets hjemmeside på OUS' intranett er forbedret også i 2023.

Deltagelse på eksterne seminarer om rus og avhengighet

Medlemmer av Akan-utvalget har deltatt på 2 Alor-nettverkssamlinger (Arbeidsliv og rusnettverk) i løpet av 2023. Det har videre vært deltagere fra Akan-utvalget på Helsedirektoratets konferanse «Den skjulte folkesykdommen – en konferanse om legemiddelavhengighet».

Tiltak som på klinikknivå er meldt inn som viktig

- Ha rusproblematikk og Akan som tema i klinikkens kompetanseplan, i form av opplæring med utgangspunkt i eHåndboksdok. 70095; Informasjon om rusmidler og Akan.

Andre tiltak som bør prioriteres

- Ha Akan-arbeid som tema i klinikk AMU minst én gang årlig.
- Ta opp på alle nivå hvordan melde fra dersom man oppdager at en kollega har et rusproblem.
- Fokus og tema på ledersamlinger. Dialog med verneombud og tillitsvalgte er viktig. Den enkelte avdeling/seksjon må gjerne invitere aktuelle ressurspersoner til undervisning. (Akan-hovedkontakt, BHT, andre)

2.15 Kjemikalievern

Bruk av kjemikalier med farlige egenskaper i OUS er regulert gjennom lover, forskrifter og interne prosedyrer. Det stilles krav til arbeidsgiver når det gjelder sikker bruk av kjemikalier. Som verktøy i dette arbeidet brukes stoffkartotekløsningen til EcoOnline. På grunn av forsinkelser i anbudsprosessen for nytt stoffkartotek, eksisterte denne løsningen i to versjoner i 2023: en gammel og en ny versjon.

Kjemikaliekontakter

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

- være primærkontakt ved kjemikalierelaterte problemstillinger i enheten.
- vedlikeholde lokalt stoffkartotek.

Kjemikaliekontakten får opplæring av Arbeidsmiljøavdelingen og deltar i nettverket for kjemikaliekontakter. Nettverket kommuniserer og samarbeider innad og på tvers av klinikker og sykehus via gruppen «OUSHF-X-Kjemikaliekontakter» i Microsoft Teams.

Status i OUS

De fleste av klinikkenes vurderinger av egen status innen kjemikalievern er lik som 2022. Flere klinikker har utsatt noe arbeid i påvente av et nytt system for stoffkartotek.

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
Kjemikalievern	2023						*											
	2022																	
	2021																	
	2020																	
	2019																	

*KITs farge er satt på bakgrunn av kun indikatorer, siden KIT ikke har utarbeidet egen HMS-årsrapport for 2023.

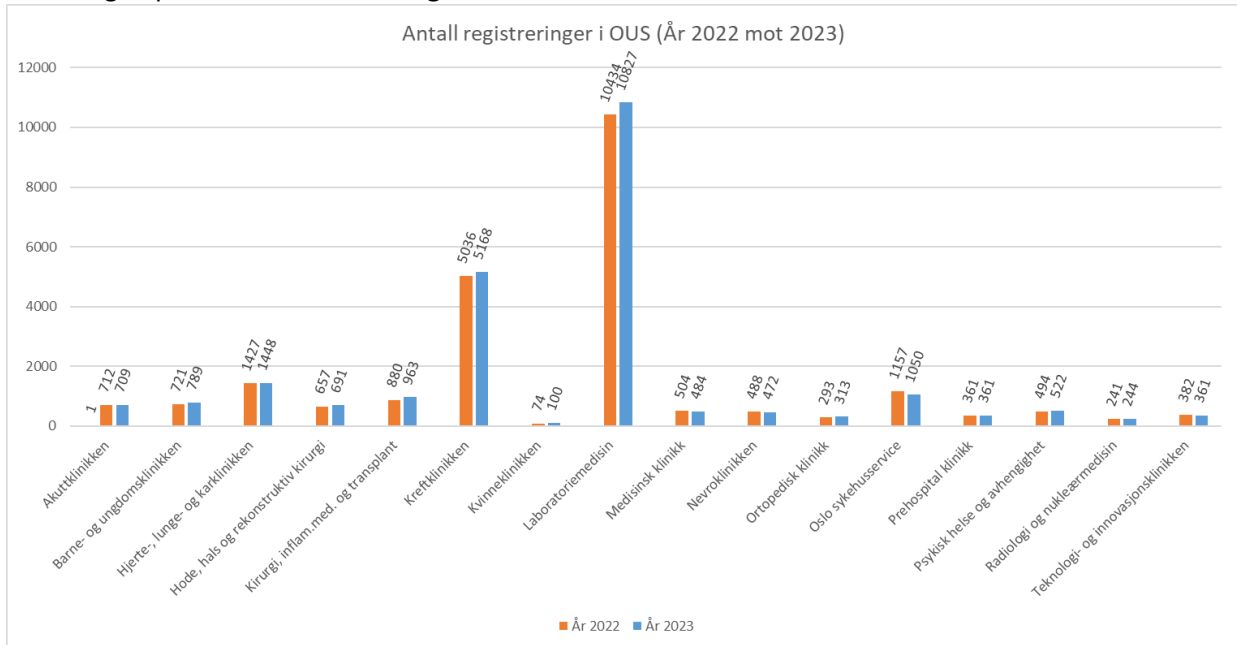
Utfordringer klinikkene trekker frem i sine egenvurderinger:

- Substitusjonsvurdering er vanskelig å gjennomføre på seksjonsnivå.
- Det har blitt jobbet med substitusjonsvurderinger de aktuelle stedene uten at de har blitt registrert, venter på et nytt system.
- Etterslep på substitusjonsvurdering.
- Manglende kapasitet for kjemikaliekontakt i 100 % drift.
- Usikkerhet med tanke på når gravide kan arbeide.

Elektronisk stoffkartotek

Antall registreringer*

Det er **24 516** registreringer i stoffkartoteket. Det er en økning fra 23 861 registreringer i 2022. Fordelingen på klinikkene er vist i **figuren under**.

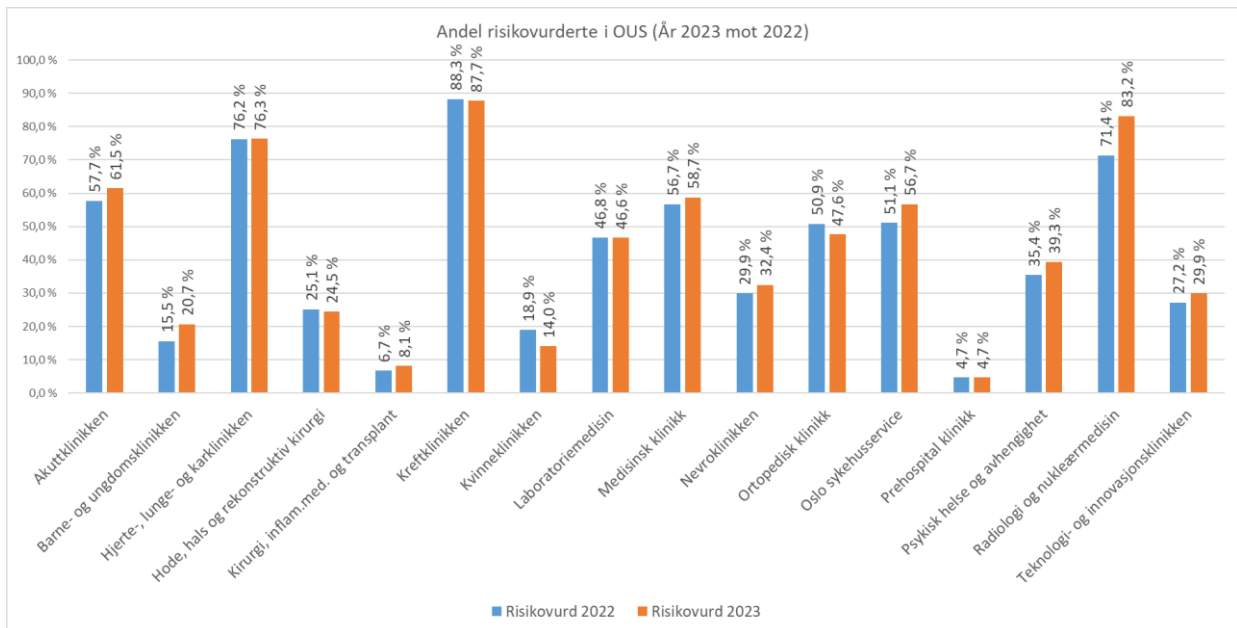


Figur 26: Antall registreringer fordelt på klinikker i OUS

*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 **24 516** registreringer har **13 263 (54,1 %)** en dokumentert risikovurdering. Dette er omtrent på samme nivå som fjoråret (53,7 %). I forbindelse med innføring av nytt system for stoffkartotek, er det forventet at denne andelen vil øke de neste årene.



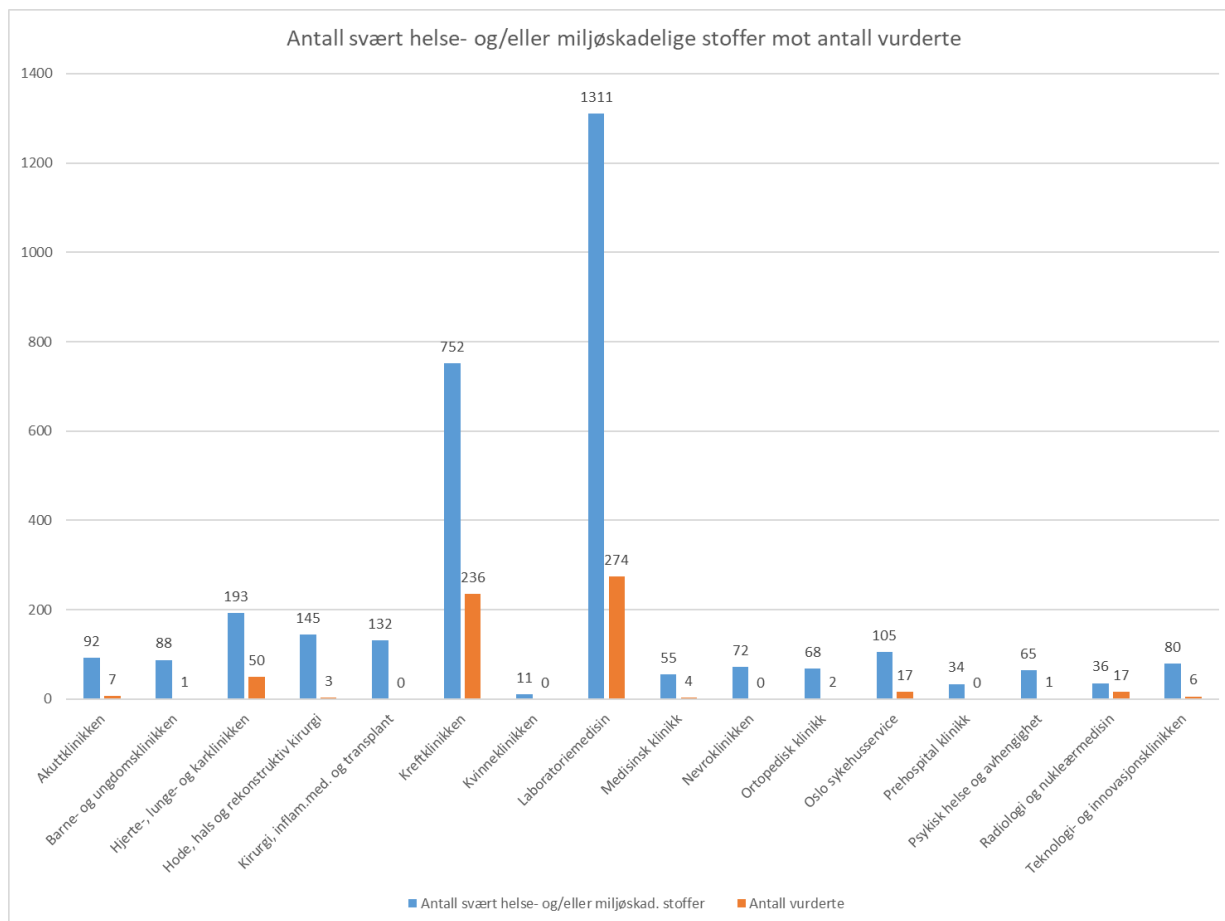
Figur 27: Andel risikovurderte fordelt på klinikker i OUS

Mål for risikovurdering i OUS: 80 %

Antall substitusjonsvurderinger

Stoffer som er registrert i stoffkartoteket med kriteriegruppe 1-4 regnes som svært helse- og/eller miljøskadelige og skal vurderes for alternativer eller alternativt bruk (substitusjonsvurdering). Av **3239 (3230 i 2022)** registreringer som regnes som svært helse- og/eller miljøskadelige, har **19,1 %** dokumentert substitusjonsvurdering.

Fordelingen av substitusjonsvurderingene på klinikkene er vist i figuren under. Det bør være overkommelig å øke antallet substitusjonsvurderinger og godkjente dispensasjonssøknader i aktuelle klinikker det nærmeste året. Dette er begrunnet med at det er relativt få registreringer som skal vurderes, samt at nytt system for elektronisk stoffkartotek innføres i 2024.



Figur 28: 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 seks kurs året 2023 + e-læringskurs:

Elektronisk stoffkartotek for kjemikaliekontakter (2 digitale + 2 klasserom/digital)

- 48 deltakere

Kjemikaliehåndtering – fra innkjøp til farlig avfall (2 digitale)

- Mangler tall for 2023

Kjemikaliesikkerhet og elektronisk stoffkartotek (e-læring)

- 375 fullførte

HMS-hendelser

Det ble registrert **70** HMS-hendelser med sakstype «kjemikalier» i 2023 (100 i 2022).

- 0 hendelser er registrert med **betydelig faktisk konsekvens**.
- 25 hendelser er registrert med **moderat faktisk konsekvens** og omhandler hovedsakelig formaldehydeksponering, samt plager på grunn av påbudt verneutstyr, i Avdeling for patologi.
- 27 hendelser er registrert med **mindre alvorlig faktisk konsekvens**.
- 16 er registrert **med ingen/ubetydelig faktisk konsekvens**.

Av hendelsene merket med høyt risikonivå, har 15 hendelser status «i arbeid».

Totalt har 21 av hendelsene status «i arbeid».

Satsing og tiltak for forbedring fremover

Et kurs om kjemikaliesikkerhet for ledere innføres i 2024. Kurset “Kjemikaliehåndtering - fra innkjøp til farlig avfall” blir derfor endret til “Kjemikaliesikkerhet, for ledere”. I tillegg vil elektronisk stoffkartotek oppgraderes i begynnelsen av 2024.

Klinikkene bør derfor prioritere å:

- gi opplæring av nytt stoffkartotek til kjemikaliekontakter, ledere og verneombud. Opplæringen kan gis av, eller med, bistand fra Arbeidsmiljøavdelingen.
- melde aktuelle ledere på kurset “Kjemikaliesikkerhet, for ledere”.
- Gjennomføre risiko- og substitusjonsvurderinger i større grad.

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

- Kjennskap og tilgang til-, og bruk av elektronisk stoffkartotek.
- Tilstrekkelig opplæring med tanke på nytt stoffkartotek.
- Organisere kjemikaliekontaktnettverket. Arbeide for å nå målene om 60 % om risikovurderinger, i henhold til miljøplan. Kartlegge substitusjonsvurderinger. Oppfølging av kjemikaliekontaktene fra kvalitet, med faglig bistand fra ARB.
- Ta opp risikovurdering og substitusjonsbehandling i linjen.
- Opplæring av kjemikaliekontakter. Oppdatere stoffkartotek og informere om kjemikalievern i ulike møtefora.
- Opplæring av nytt system for stoffkartotek.
- Oppdatere kjemikalieoversikten.
- Oppfølging (praktiske tiltak) etter internrevisjon innen kjemikaliesikkerhet.
- Ta opp temaet kjemikalievern i verneombudslinjen. Revidere risikovurderinger.

Andre tiltak som bør prioriteres:

- Redusere formaldehydeksponering og plager fra påbudt verneutstyr til et minimum ved å fjerne forurensningen fra kilden.

- Etablere kjemikaliekontakter. Delta i nettverket for kjemikaliekontakter i Microsoft Teams.
- Øke deltakelse på kurs. Innføre obligatorisk kurs i kjemikalievern via kompetanseplan.
- Kaste (som farlig avfall) gamle og utgåtte kjemikalier.
- Søke om godkjent bruk for stoffer i kriteriegruppe 1 (kontakt Arbeidsmiljøavdelingen for oversikt).

2.16 Smittevern

Ergonomi handler om tilpasningen mellom arbeidsmiljø, teknikk og menneske. For å unngå sykdom og muskel- og skjelettplager

Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK	
Smittevern	2023	■	■	■	■	■	*	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2022	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2021	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2020	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2019	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

*KITs farge er satt på bakgrunn av kun indikatorer, siden KIT ikke har utarbeidet egen HMS-årsrapport for 2023.

Flertallet klinikker er på grønt i sin totalvurdering av temaet, 2 er på gult.

I klinikkens egne vurderinger kommer det fram at de har arbeidet bevisst og systematisk med smittevernrutinene. Viktigheten av informasjon og opplæring trekkes fram. Influensavaksinering som viktig pasientbeskyttende tiltak trekkes fram av flere klinikker.

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

Basale smittevernrutiner

Basale smittevernrutiner er de viktigste tiltakene mot yrkesbetinget smitte. Sentrale punkter her er god håndhygiene, forebygging av dråpe-/luftsmitte og forebygging av stikkskader.

Håndhygiene trenger fortsatt å forbedres. Bruk av armbåndsur og håndsmykker er forbudt ved all pasientkontakt. Til tross for dette, og skjerpede rutiner i pandemiperioden, er det fortsatt en god del ansatte som bruker både klokker og ringer. Reglene for håndhygiene og bruk av armbåndsur og håndsmykker må formidles tydelig i linjen slik at både lederansvaret og det individuelle ansvaret blir klart.

Riktig bekledning er en viktig del av basale smittevernrutiner. Det innebærer bl.a. kortermet ved all pasientkontakt. Videre skal alt av arbeidstøy være rent hver dag, og det skal vaskes av vaskeri som OUS har avtale med. Til tross for forannevnte observeres mange ansatte i fleecejakker utenpå uniform. Slike jakker er ikke en del av sykehusets arbeidstøy.

Resistente bakterier

Forekomsten av tildels svært resistente bakterier har vært økende i OUS de siste årene. Det har derfor vært særlig fokus på smittevernarbeid og tilrettelegging. Et godt eksempel er Medevac-posten, hvor man ser mikrober som knapt har vært registrert tidligere her til lands. Det har ikke vært registrert smitte mellom Medevac og andre OUS-avdelinger, takket være solid smittevernarbeid.

Det har over flere år vært ønske om å etablere et bedre poliklinisk tilbud til ansatte med MRSA, men det har hittil vært vanskelig å få på plass en hensiktsmessig organisering og egnede lokaler for dette.

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

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

Ved OUS ble det i 2023 registrert 321 meldinger i Achilles av sakstype «Stikk/kutt med smitterisiko». De reelle tallene for slike skader er imidlertid høyere, ettersom vår erfaring er at ikke alle slike skader meldes i Achilles. Dessuten meldes det ofte med feil/manglende tittel. Til tross for mange stikkskader i 2023, ble ingen ansatte smittet av hepatitt eller HIV. Slik har det vært lenge; det er mer enn 10 år siden siste registrerte smitte av denne typen.

Ingen klinikker/sykehus eller yrkesgrupper skiller seg ut hva gjelder denne typen skader – jevnt fordelt på alle steder og på alle årsaker. Typiske skader er fortsatt stikk fra brukte kanyler, selv om også ulike andre hendelser utgjør totalbildet. Bakgrunn oppgis gjerne til arbeidspress og/eller feil ved gjennomføring av rutiner.

Innføring av stikksikre kanyler ble vedtatt på ledelsesnivå høsten 2019. Etter dette har flere klinikker fått opplæring i stikksikre kanyler, både i regi av bedriftshelsetjenesten og produktleverandører i tillegg til klinikkens egen opplæring. Stikksikre kanyler er nå standard ved bestilling.

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. I 2023 ble det på denne måten satt 1583 yrkesvaksiner. 920 av disse var hepatittvaksiner, 558 var kombinasjonsvaksiner mot difteri, tetanus, kikhoste og poliomyelitt. Øvrige vaksiner var bl.a. MMR-vaksiner (meslinger, kuma, rubella) og varicella-vaksiner.

Influensavaksinerings av OUS-ansatte

Influenza er en sykdom som i stor grad kan forebygges ved vaksinasjon. Dermed hindres smitte mellom OUS-ansatte og sårbare pasienter. Etter systematisk motivasjonsarbeid fra Avdeling for smittevern har det vært gradvis økning av vaksinedekningen.

Dekningen basert på levering til avdelingene har de siste sesongene vært på over 90 %, målt opp mot antall regulativlønnede pr. 01.11. Det gode resultatet er oppnådd ved hjelp av solid forankring i ledelsen, undervisning og hyppig gjentakende, tydelig og synlig informasjon.

TBC-eksponering

Det ble gjort 2 ulike smitteoppsporinger blant ansatte etter TBC-eksponering i OUS i 2023.

Satsing og tiltak for forbedring fremover

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

- Fortsette arbeidet med å sette smittevern på agenda i sentralt AMU og forespørre i smittevern om hva som kan gjøres i forhold til informasjonskampanjer.
- Sikre at alle ansatte har informasjon om yrkesvaksinasjon ved å bruke ulike møtefora, intranett og epost. Øke antall vaksinasjoner. Minne om e-læringsprogram om smittevern.
- Informasjon i linjen. Lage sak til intranettet.
- Kartlegging/tiltakskort av virus og bakterie må følges opp videre. Bedre rutiner mellom intern/ekstern enheter for å informasjonsoverføring om smitte (f.eks. pasienter med bla. MRSA). Tidlig informasjon om influensavaksinerings.

Andre tiltak som bør prioriteres:

- Sørge for at alle har kjennskap til eHåndboks dok. 11242 (Basale smittevernrutiner), 52436 (Alfabetisk liste over infeksjoner med smitteverntiltak), 58947 (Arbeidstøy), 58 (Stikkskadeoppfølging) og 11088 (MRSA hos ansatte)
- 0 % bruk av armbåndsur og håndsmykker ved all pasientkontakt.
- Bruk av riktige desinfeksjonsmidler.
- Fortsatt > 90 % vaksinasjonsdekning mot influensa.
- Kommunikasjon om smittefare og -merking til alle fag- og servicegrupper som arbeider med pasienter i sykehuset.
- Hepatitt A/B-vaksinerings og oppdatering av andre aktuelle vaksiner.
- Aktiv bruk av stikkskade- informasjonsvideo når denne blir klar. Vise den på leder- og personalmøter.
- Testsett for MRSA tilgjengelig på alle seksjoner.

2.17 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 strålevernsarbeid er lagt til Avdeling for fysikk og bildeanalyse, 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	TIK
Strålevern	2023	■	■	■	■	■	■*	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2022	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2021	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2020	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2019	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

*KITs farge er satt på bakgrunn av kun indikatorer, siden KIT ikke har utarbeidet egen HMS-årsrapport for 2023.

Klinikkenes vurdering av egen status innen strålevern er forbedret fra 2022 til 2023, med alle klinikker på grønt område. Tall fra 2023 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 viktig å bevare gode rutiner, og jobbe med mulige forbedringsområder.

Satsing 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
- Ansatte gjør seg kjent med relevante strålevernsprosedyrer

Overordnet strålevernarbeid

- OUS i samarbeid med HSØ fortsetter arbeidet med supplerende e-læringskurs innen strålevern, som publiseres fortløpende i Læringsportalen
- Strålevernkoordinator koordinerer arbeidet rundt systematisering av internkontroll innen strålebruk og strålevern
- Oppfølging av avvikssaker/uønskede hendelser innen strålevern
- Årsrapportering til Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA)
- Risikovurdering av områder med strålebruk
- Informasjonsbrev om strålevern distribueres til alle strålevernkontakter to ganger i året
- Oppfølging av strålevernaspekter ved oppføring av nybygg

2.18 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.

Forskrift om brannforebygging:

§ 12 Brukerens systematiske sikkerhetsarbeid

En virksomhet som har rett til å bruke et byggverk skal fastsette mål og iverksette planer og tiltak for å redusere risikoen for brann i byggverket. Virksomheten skal iverksette:

- a) rutiner som sikrer at byggverket brukes i samsvar med kravene til brannsikkerhet som gjelder for byggverket*
- b) rutiner for evakuering og redning ved brann i byggverket*
- c) rutiner som sikrer at personer med arbeidsplass i byggverket har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter i å forebygge og bekjempe brann*
- d) rutiner som sikrer at alle som oppholder seg i byggverket får tilstrekkelig informasjon om hvordan de skal unngå brann og opptre ved brann*
- e) rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge mangler ved det systematiske sikkerhetsarbeidet.*

Det systematiske sikkerhetsarbeidet skal være tilpasset risikoen for brann som følge av virksomhetens bruk av byggverket.

Dette vil si at 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.

Digitalisering

I 2023 har enhet for forebyggende brannvern hatt fokus på opplæring både av enhetsledere og brannvernkontakter, samt ansatte ellers. Brannvern har fylt en tom stilling, dette har medført en økning i antall øvelser som har blitt gjennomført i sykehuset.

Enhet for forebyggende brannvern har i 2023 laget nytt e-kurs for Lab ansatte, samt produsert og publisert en rekke nye korte demonstrasjonsfilmer for gjennomføring av diverse øvelser, hvordan bruke slukke utstyr, hvordan dokumentere øvelser og opplæring, i tillegg til nytt HMS-kurs til bruk av Vernetjenesten. I tillegg er det laget nytt kurs for ledere og brannvernkontakter.

I forbindelse med nybygget på Radiumhospitalet har enhet for forebyggende brannvern vært en del av et prosjekt der brannøvelse (tabletop) har blitt videreført ved bruk av spillteknologi.

Enheden er også med i et prosjekt sammen med Helse Sør-Øst der vi utvikler et felles nyansattkurs innen brannvern for helsearbeidere.

Gjennomføring og dokumentasjon av Egenkontroll brannvern i Achilles, er nå publisert i og tilgjengelig for avdelingene.

Status i OUS

Antall brannalarmer har i 2023 hatt en marginal økning fra 2022. OUS hadde 160 brannalarmer 2023, av disse var 5 reelle branner.

Etter innføringen av kompetanseportalen har antall ansatte som har gjennomført brannopplæringen økt betraktelig.

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
Brannvern	2023	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	*	Gult	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Gult	Rødt	Gult	Oransje	Oransje	Oransje
	2022	Grønt	Gult	Grønt	Gult	Oransje	Gult	Grønt	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	Gult	Gult	Oransje	Gult	Gult	Gult
	2021	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	Gult	Gult	Oransje
	2020	Grønt	Gult	Rødt	Gult	Gult	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Oransje	Gult	Oransje	Rødt	Grønt	Grønt	Oransje	Oransje
	2019	Grønt	Grønt	Gult	Gult	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Gult	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Gult

*KITs farge er satt på bakgrunn av kun indikatorer, siden KIT ikke har utarbeidet egen HMS-årsrapport for 2023.

Dokumentasjon fra Kompetanseportalen/Læringsportalen viser at brannopplæring i en klinikk ikke samsvarer med den vurderingen klinikkene selv har foretatt i henhold til indikatorenes beregning. Når man henter ut statistikk fra blant Kompetanseportalen og bruker indikatorene opp mot antall ansatte i en klinikk er det 7 klinikker som kommer på gult nivå. Dette er en økning fra én klinikk i 2022. Resterende klinikker ligger på oransje nivå, det er fortsatt ingen som er på grønt nivå.

Sykehuset totalt har en gjennomsnittsvurdering innen brannvern på 35,7%.

Dette er fordelt på følgende måte:

63% fullført og godkjent e-læringskurset «Brannvern ved OUS»

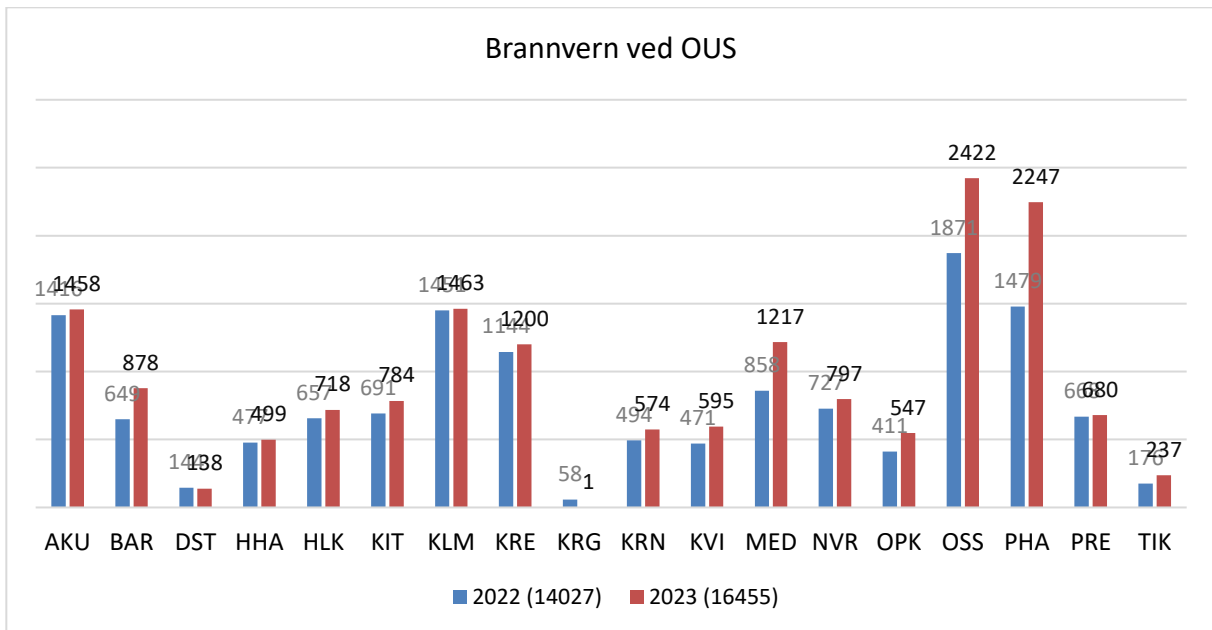
29% gjennomført og godkjent «Sjekklisten brannrunde».

15% gjennomført «Årlig brannøvelse».

Enhet for forebyggende brannvern har innhentet tall på antall ansatte fra Arbeidsmiljøavdelingen som underlag til denne utregningen/vurdering.

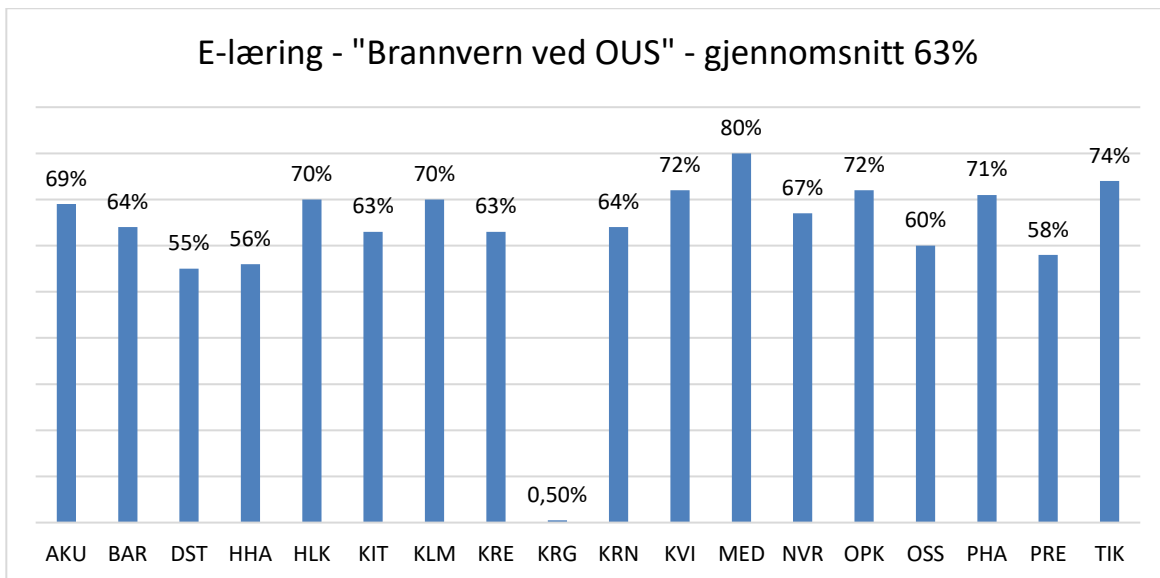
E-læring

I 2023 har 16455 ansatte gjennomført og bestått e-læringskurs i brannvern. I 2022 var tallet 14027. Dette er en økning fra 2022 på 9%. OUS har nå kommet opp i 65,8% gjennomført og bestått e-læringskurs «Brannvern ved OUS», dette er bra, men vi er fortsatt på oransje nivå som helhet innen gjennomført e-læring. Vi må ha en ytterligere økning på ca. 4800 ansatte som gjennomfører kurset for å treffe grønt nivå (85%) i sykehuset.



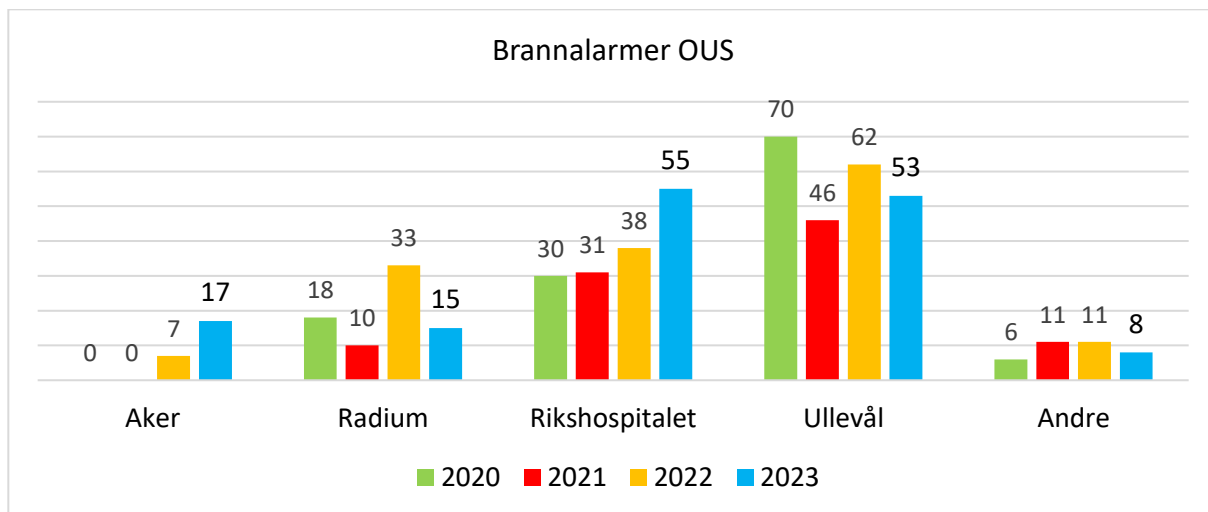
Figur 29: Tabellen viser antall ansatte pr. klinikk som har gjennomført e-læringskurset i 2022

De røde søylene viser 2023, mens de blå viser 2022. (kilde: Enhet for forebyggende brannvern i OUS/Kompetanseportalen).



Figur 30: Tabellen viser den prosentvise gjennomføringen pr. klinikk

Antall brannalarmer: I 2023 er det 160 registrerte alarmer. Dette er en økning fra 2022 på 5,6 %.



Figur 31: Antall brannalarmer (kilde: Enhet for forebyggende brannvern i OUS/Guardtools)

Branntilsyn 2023

I løpet av året har OUS hatt et kvartalsmøter med tilsynsmyndighetene for brann i Oslo, men har ikke hatt et hoved tilsyn med en konklusjon.

Satsing og tiltak for forbedring fremover

I 2024 vil enhet for forebyggende brannvern ha fokus på å videre drift av dokumentasjonsverktøyet i Kompetanseportalen og Achilles.

E-læringskurs for engelsk talende personell skal i 2024 oppdateres. Kompetanseportalen skal også videreutvikles mot engelsktalende personell.

Enhet for forebyggende brannvern vil jobbe tettere opp mot det nye sykehuset i 2024.

Det vil bli utarbeidet retningslinjer for bruk (lading) og oppbevaring av Litiums-batterier for å redusere sannsynligheten for brann.

Fokus på å redusere antall uønskede brannalarmer da dette er en betydelig kostnad for sykehuset og forstyrrelse av driften.

Klinikkenes forbedring i 2024 er fortsatt å forbedre bruk av kompetanseportalen for dokumentasjon av brannopplæring og øvelser. Planlegging og oppfølging av hvilken opplæring og øvelser enhetene skal gjennomføre i løpet av året må gjøres tidlig på året.

Enhet for forebyggende brannvern ønsker at klinikkene blir bedre på å dokumenterer hendelser i Achilles. Det skjer veldig ofte i forbindelse med opplæring at man får høre om hendelser som ikke er dokumentert i Achilles.

2.19 Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)

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 har også fokus 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, leverandørens 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 2023 registrert totalt 39.405 enheter medisinsk-teknisk utstyr som det gjøres jevnlig service og vedlikehold på i henhold til gjeldende lov- og forskriftskrav. I 2023 gjennomførte MTA i overkant av 23.000 serviceoppdrag i tilknytning til sykehusets MTU-park. MTA håndterer i størrelsesorden ca. 500 MTU-anskaffelsesprosjekter per år. MTU-anskaffelsesprosjektene har stor variasjon med hensyn til tidsforbruk og kompleksitet, og kan pågå over flere år. For 2023 representerte MTU-anskaffelsesprosjektene en samlet kostnad på ca. 480 millioner kroner (anskaffelser regnskapsført i 2023, inkl. øremerkede midler og utstyr til ny Oslo storbylegevakt).

Per 31.12.2023 var gjennomsnittsalderen for sykehusets MTU-park ca. 9,83 år, en økning med ca. 0,23 år fra utgangen av 2022. (Merk: Gjennomsnittsalder på MTU-parken i OUS har økt de siste 3 år) I «Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr», sist oppdatert 20.12.2023, 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 gjennom mange år. Tidligere tilbakemeldinger fra DSB har vist en jevn forbedring på opplæringsområdet, men det ble også etter tilsynet i 2020 gitt avvik til OUS knyttet til manglende dokumentasjon av opplæring i sikker bruk av MTU. Direktoratet for medisinske produkter (DMP) (tidligere Statens legemiddelverk) har overtatt som fag- og tilsynsmyndighet for medisinsk utstyr i Norge. Det er ikke gjennomført tilsyn knyttet til medisinsk utstyr ved OUS i årene 2021, 2022 eller 2023.

Klinikkenes egen vurdering for HMS-temaet medisinsk-teknisk utstyr er en lettere forverring fra foregående år. Alle klinikker som har gitt innspill er i 2023 på grønt nivå bortsett fra 5 klinikker der 4 klinikker (HLK, KRE, KRN og NVR) er på gult nivå, og 1 klinikk (KLM) er på rødt nivå. Dette er en lettere

forverring fra 2022 der 4 klinikker lå på gult nivå (KLM, KRE, KVI og NRV) og resterende klinikker lå på grønt nivå.

Det betyr at 3 klinikker melder om en lettere forverring og 1 klinikk melder om en lettere forbedring på HMS-temaet medisinsk-teknisk utstyr fra 2022 til 2023: HLK og KRN går fra grønt til gult nivå, KLM går fra gult til rødt nivå, mens KVI går fra gult til grønt nivå. Basert på KIT sine indikatorer går de fra grønt til gult nivå.

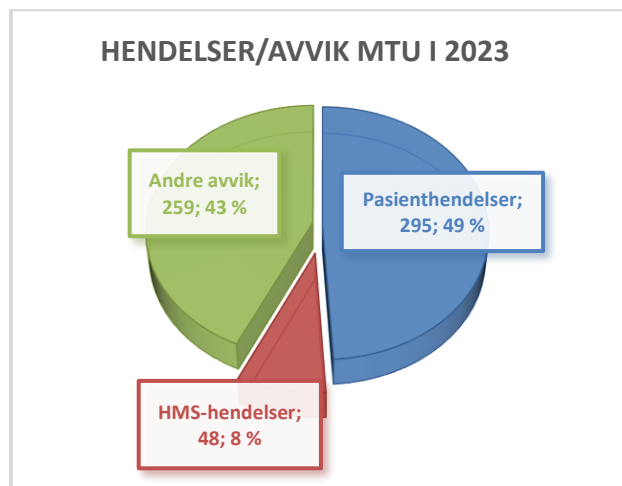
Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)	2023	Grønt	Grønt	Grå	Grønt	Gult	* Grønt	Rødt	Gult	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt
	2022	Grønt	Grønt	Grå	Grønt	Grønt	Grønt	Gult	Gult	Grønt	Gult	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt
	2021	Grønt	Grønt	Grå	Grønt	Grønt	Grønt	Gult	Gult	Gult	Gult	Grønt	Oransje	Gult	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt
	2020	Grønt	Grønt	Grå	Grønt	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	Gult	Gult	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt
	2019	Grønt	Grønt	Grå	Grønt	Grønt	Gult	Gult	Grønt	Gult	Gult	Gult	Gult	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt

*KITs farge er satt på bakgrunn av kun indikatorer, siden KIT ikke har utarbeidet egen HMS-årsrapport for 2023.

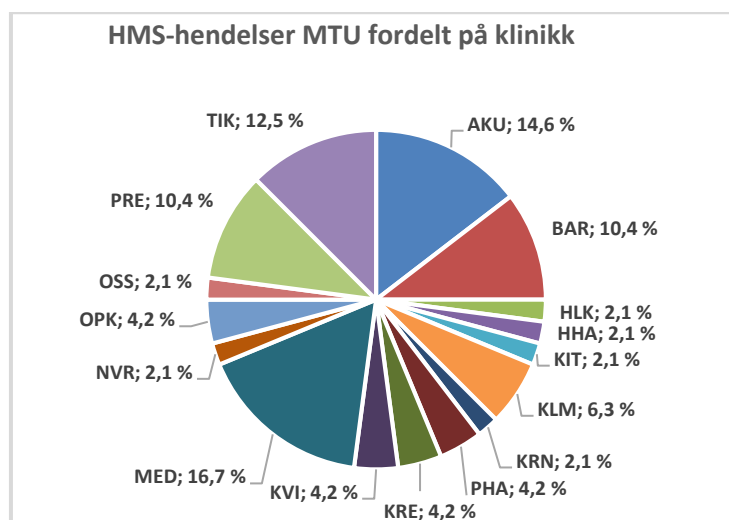
Bakgrunnen for den samlede vurderingen, der de fleste klinikker er på grønt nivå, er god fokus på opplæring og sertifisering i bruk av MTU. Klinikkene er i hovedsak fornøyd med gjennomføring av opplæring og egne dokumentasjonsrutiner for dette. For de klinikker som ikke er på grønt nivå i 2023, er hovedkommentaren at de har mye gammelt og utdatert MTU som det er manglende mulighet for planlagt utskifting av («alle utbyttinger ... gjøres på breakdown»). For klinikk som rapporterer rødt nivå er en andel av MTU-et så gammelt at leverandører ikke lenger kan tilby optimal service på MTU-et. Dette gir liten mulighet til forbedret produksjonseffektivitet, forbedret ergonomi, redusert støynivå etc.

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 32: Fordeling av alle MTU-avvik i 2023



Figur 33: HMS-avvik for MTU i 2023 fordelt på klinikk

I 2023 ble det totalt registrert 602 hendelser i forbedringssystemet Achilles under sakstypen medisinsk-teknisk utstyr (MTU). Av disse var kun 48 saker registrert som HMS-hendelser. Av disse sakene blir de hendelsene som defineres under §16 i «Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr» meldt til Statens Legemiddelverk. I Achilles kan man se nærmere på hva som meldes av HMS-hendelser knyttet til MTU. Noe av årsaken til det lave antallet HMS-hendelser knyttet til MTU kan være at en del av sakene har grenseflate mot pasientbehandlingen og derfor meldes som pasienthendelser. Det er registrert flest HMS-hendelser knyttet til MTU i Medisinsk klinikk (MED, 8 saker), Akuttklinikken (AKU, 7 saker), Teknologi- og innovasjonsklinikken (TIK, 6 saker), Barneklirikken (BAR, 5 saker) og Pre-hospital klinikk (PRE, 5 saker). Ser man nærmere på disse HMS-hendelsene, er det stor spredning i årsaken til avviksmeldingene og hvilket utstyr som er involvert. Ca. 40 % (19 saker) av HMS-avvikene som er knyttet til MTU faller ikke inn under OUS sin definisjon av MTU. Dette er f.eks. røykavsug, lufttrykk-slange, festeanordninger, varmemadrass o.l. Ser man bort i fra disse 19 «ikke-MTU»-sakene, og bare ser på HMS-avvikene som er knyttet til faktisk MTU, er ca. 52 % (15 saker) knyttet til *utstyrsfeil*, ofte på eldre utstyr. Ca. 27 % (8 saker) er knyttet til *mangel på utstyr og/eller eldre utstyr med*

mangelfull funksjonalitet sammenlignet med nyere utstyr. De siste ca. 21 % (6 saker) er knyttet til manglende opplæring, prosedyrer som ikke er fulgt eller andre årsaker.

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 systematisert, dokumentert og repeterende opplæring knyttet til MTU. Det er utfordringer knyttet til støy og ergonomi som følge av bruk av medisinsk-teknisk utstyr (og annet utstyr). Den største overordnede utfordringen er lite planlagt utskifting og fornying av MTU-parken. Dette resulterer i en gammel, umoderne og fortsatt aldrende MTU-park der gjennomsnittsalderen har økt med 0,27 år i løpet av 2023 og er hele 9,83 år per 31.12.2023. Utskifting av MTU er i stor grad et resultat av sammenbrudd/truende sammenbrudd, og ikke en planlagt utskiftingsprosess der også forbedringer knyttet til HMS-området kan prioriteres.

Viktigste forbedringstiltak som klinikkene har meldt inn:

- Løfte utfordringer vedrørende behov for oppgraderinger av MTU til sentralt AMU
- Sørge for å ha gode rutiner for vedlikehold av MTU
- Sørge at HMS-avvikene som gjelder MTU faller inn under OUS sin definisjon av MTU
- Gode opplæringsrutiner for både faste og midlertidige ansatte
- Sikre at avdelingenes MTU-ansvarlige kontinuerlig oppdaterer seg på nye MTU-rutiner
- Tydelig planer for MTU-opplæring og sertifisering i Kompetanse-portalen

Andre tiltak som bør prioriteres:

- Mer opplæring i bruk av Achilles i klinikkene
- Etablere andre utstyrskategorier enn MTU i Achilles, f.eks. medisinsk forbruksmateriell, grunnutstyr/teknisk utstyr/teknisk infrastruktur

2.20 Ytre miljø

Som et av 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	TIK
Ytre miljø	2023	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	* Grønn	Grønn	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Grønn	Orange	Orange	Grønn	Orange
	2022	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Grønn	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Grønn	Orange	Orange	Orange	Orange
	2021	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Grønn	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Grønn	Orange	Orange	Orange	Orange
	2020	Orange	Orange	Grønn	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Grønn	Orange
	2019	Orange	Grønn	Grønn	Orange	Orange	Orange	Grønn	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Grønn	Orange

*KITs farge er satt på bakgrunn av kun indikatorer, siden KIT ikke har utarbeidet egen HMS-årsrapport for 2023.

Klinikkenes vurdering av egen status innen ytre miljø baserer seg på resultater fra HMS-runden og ForBedringsundersøkelsen og er stort sett uendret fra 2022 til 2023. Ingen klinikker har vurdert ytre miljø som en av de 5 største arbeidsmiljøutfordringene, tilsvarende som året før. Største utfordringer som klinikkene trekker frem i sine egenvurderinger:

- Kildesortering.
- 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 årlig miljørevisjon med ekstern revisor (KIWA). 8 klinikker deltok. Tilbakemeldingen fra revisor er at det arbeides kontinuerlig med ulike forbedringsområder relatert til ytre miljø. Videre vises det til at de fleste klinikker og avdelinger som har vært intervjuet har god forståelse for hvordan arbeidet med ytre miljø er organisert og hvordan de ulike miljømålene følges opp. Det ble funnet 1 avvik, 5 merknader og 4 forbedringstiltak. Det arbeides videre med å følge opp funnene fra revisjonen fram til planlagt revisjon 2024.

En del ansatte ønsker at det legges bedre til rette for kildesortering ved OUS og dette vil være et fokus også i 2024. I løpet av 2023 er det gjort forbedringer i kildesorteringen, spesielt når det gjelder papp- og papir. OUS har som målsetting å øke mengde avfall sendt til materialgjenvinning med 50 % innen 2025. Flere klinikker har gjennomført energieffektiviseringstiltak i løpet av 2023.

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

- Kildesortere mer
- Spare strøm
- Følge opp funn fra ekstern miljørevisjon.

2.21 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 fra januar 2021 endret fra å være fagorganisert til en drift og vedlikeholds organisasjon (DV).

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

Systematisk HMS - arbeid som gjennomføres av Eiendom ved seksjon Drift og Vedlikehold:

Faglig ansvarlig for elektro: har ansvar for og skal sørge for et systematisk HMS – arbeid (internkontroll) innen følgende områder:

- Hovedfordelinger
- Underfordelinger
- Jordfeilbrytertest
- Jordfeilovervåkning
- Katodeanlegg
- Gruppe 1 rom
- Gruppe 2 rom
- Omkoblingsutstyr (GR 2 fordeling)
- Utjevningsforbindelser (Gruppe 2 rom)
- Tyngre rom innenfor Gruppe 0 og andre rom (Lager, kjøkken osv.)
- UPS'er
- Nød- og reservekraftanlegg (aggregater)
- Dieseltanker
- Heis servicekontroll
- Utelys
- Lynvernanlegg
- Tilfluktsrom
- Adgangskontroll / Alarm / ITV / Porttelefonanlegg
- Brannvarsling
- Nødlis
- Rørpost
- Sykesignalanlegg
- IKT-infrastruktur
- Dørautomatikk og porter
- Ladestasjon for elbil
- Varmevifter inngangsparti

OUS Klassifisering av medisinske områder

Elektroområdet v / Drift og Vedlikehold i Eiendom har i 2023 utført mange nye klassifiseringer på medisinske områder for å oppnå:

- 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

Videreføres i 2024

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 2023 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 2023.

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 på elektro i 2023

Ledelsen i OSS har i samarbeid med faglig ansvarlig elektro blitt enige om å fokusere spesielt på tre internkontroll områder i 2023, 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 2023 har vi og utført kontroller av GR1 og GR-2 rom i OUS, vi har også 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 2024. Tabeller under, viser trender og måltall for de tre fokus områdene beskrevet over.

Lukkede avvik 2023

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 01.01.2023 hadde OUS 4086 avvik på elektroområdet fordelt på TG1 – TG 3.

I T3 2023 ble det utført en risikovurdering av TG 1 avvik og da internkontroll av de elektriske anleggene på OUS utføres med en syklus på maksimum 36 måneder ble det konkludert at TG 1 avvik eldre en 01.01.2021 kunne annulleres da disse vil komme igjen i pågående kontroller og skal legges inn i driftsverktøyet på hvert sykehus for utbedring omgående.

DSB tilsyn

DSB (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap) har i 2023 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.

Dialog møte med OSS ledelse og DSB juni 2022 på Ullevål ble det besluttet fra DSB sin side å lukke begge disse avvik da tilfredsstillende tiltak på begge avvik var utført fra OUS, sin side.

Avvik 1 lukkes da prosjektet med ny strømforsyning bygg 9 er ferdigstilt og testet opp mot nødstrømsforsyning anlegg.

Avvik 2 lukkes da OUS viser en forsvarlig systematisk håndtering av avvik på elektroområdet,

DLE (Det lokale elektro tilsyn) tilsyn av virksomheter i OUS

Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften) gjelder for alle typer virksomheter som f.eks. butikker, kontorer, andelslag, gårdsbruk, industri, mekanisk verksted, leger, tannleger, helseinstitusjoner, borettslag og sameier.

Har du et organisasjonsnummer og virksomheten benytter et elektrisk anlegg så må virksomheten ha rutiner for bruk, kontroll og vedlikehold av det elektriske anlegget, uavhengig av om det er ansatte i virksomheten.

Det har fra det lokale el. Tilsyn blitt utført tilsyn med flere virksomheter i OUS i 2023 og spesielt på ambulansestasjoner er tilsyn utført med tanke på HMS knyttet opp mot elsikkerheten i virksomheten. HMS ansvarlig for virksomheten enheten som tilsynet rettes mot deltar i tilsynet og er ansvarlig for å følge opp evt. avvik i samarbeid med faglig ansvarlig for elektroområdet i OUS.

OSS internrevisjon av fagområdet Elektro 2023

I juni 2023 ble det utført internrevisjon på Elektro hvor temaet var etterlevelse av internkontroll på elektroområdet og oppfølging av DSB tilsyn.

Konklusjonen fra revisjonen var 0 avvik, 2 observasjoner/forbedringer og 4 bifunn.

Heis

OTIS heis AS har også i 2023 utført arbeidet iht. serviceavtale på heiser i OUS.

Det er 185 Heiser p.t. i OUS, de 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.

Satsninger og tiltak for forbedring fremover

I forbindelse med mange pågående byggeprosjekter i OUS vil dette kreve økt fokus fra drift og Vedlikehold seksjonene, i samarbeid med faglig ansvarlig for elektroområdet for å ivareta elsikkerheten i et sykehus som er i drift.

Det vil i 2024 arbeides videre med å effektivisere og standardisere arbeidsmetoder og skjematikk.

Drift og vedlikehold seksjonene i OUS vil i 2024 lukke avvik etter internkontroll så mye og så fort som mulig, samt avvik som meldes inn i Achilles eksempelvis strømgjennomgang, heiser som står m.m. iht. alvorlighetsgrad og frister for lukking.

2.22 Sentralt AMU

Oslo universitetssykehus HF har flere arbeidsmiljøutvalg (AMU) på ulike nivåer og for ulike områder. På foretaksnivå finnes ett sentralt AMU (SAMU). SAMU har opprettet egne klinikk-AMU (KAMU) for de ulike klinikkene samt for direktørens stab. Det er i tillegg opprettet underutvalg som dekker særskilte områder; IA-utvalg og AKAN-utvalg.

SAMU skal som hovedregel behandle saker som gjelder for hele eller store deler av sykehuset, og saker av høy prinsipiell karakter. KAMU skal behandle saker innenfor egen klinikk. Andre underutvalg behandler saker innenfor eget mandat.

SAMU består av 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 2023 hadde arbeidstakerside ledervervet. Oversikt over medlemmene i AMU er i vedlegget til denne rapporten. En løpende oppdatert oversikt finnes på intranettsiden til sentralt AMU: [Medlemmer i sentralt AMU \(ous-hf.no\)](#)

Sentralt AMU avholdt 9 møter og behandlet 52 saker i 2023.

2.23 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 2023 ble 3 møter avholdt og 18 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.

2.24 Nye OUS

OUS 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 (2023):** Bygget ble overtatt i mai 2023. Ortopedisk avdeling på Aker i bygg 40 (andre til fjerde etasje i OUS delen av bygget) åpnet 29.august 2023. Den kommunale legevakten åpnet i november 2023.
- **Nye Radiumhospitalet (2024):** Installering av protonutstyr startet i 2023. En 90 tonn tung syklotron ble løftet inn i det nye protonterapibygget på Radiumhospitalet i oktober 2023. I 2023 startet virksomhetstester. Det ble også gjennomført HR-prosesser med innplassering av nye ledere og ansatte i den nye organisasjonen. Det ble etablert interimsledelse og et stedlig leder utnevnt i oktober 2023. Eierskifte er planlagt for 30.april 2024 og gradvis ibruktakelse mai-juni 2024. Ordinær drift i det nye klinikkbygget på Radiumhospitalet er forskyvet fra april til september 2024.
- **Ny Sikkerhetspsykiatri (2026):** Arbeidet med detalj- og gjennomføringsfasen startet i 2023, samt arbeid med organisasjonsutvikling. Forprosjektrapporten ble behandlet av styret i OUS i mai 2023. Helse Sør-Øst RHF har vedtatt at bygging av ny sikkerhetspsykiatri skal igangsettes i juni 2023. Første spadetak på Ila i Bærum ble markert i oktober 2023. Planlagt ferdigstilling i 2026.
- **OUS i Livsvitenskapsbygget (2026):** Romfunksjonsprogram/forprosjekt for KLM i Livsvitenskapsbygget er ferdigstilt i 2023. Fokus fra bred medvirkning ble flyttet til detaljeringsprosjektering og gjennomføringsfasen. Medvirkningsgrupper er oppløst og enkelte tema skal behandles i særmøter. Grunnsteinen ble lagt ned av statsrådene i mai 2023. Arbeid med råbygg/betongarbeid/grunnarbeid, fasade montering, arbeid på tak og uteområder fortsetter. Planlagt ferdigstilling i 2026.
- **Nye Aker (2031) og Nye Rikshospitalet (2031):** Styret i Helse Sør Øst RHF vedtok i desember 2022 å videreføre Nye Aker og Nye Rikshospitalet til gjennomføringsfasen. Kommunal- og distriktsdepartementet har vedtatt statlig reguleringsplan for nye bygg på Aker og Rikshospitalet i februar 2023. Som del av funksjonsprosjektet på Rikshospitalet har ansatte i OUS i 2023 først medvirket på bygg J. I funksjonsprosjektet for både Aker og Rikshospitalet har medvirkningsgrupper og i særmøter arbeidet blant annet med kvalitetssikring av romskisser (romfunksjonsprogram) og utstyrlister.

Høsten 2023 ble det gjennomført en serie med risikovurderinger med fokus på bygging nær sykehus i drift. Det er også etablert en seksjon for byggeplasskoordinering i OSS. Eiendomsavdelingen har fått ansvar for operativ koordinering med HSØ PO og for varsling om aktiviteter på byggeplass internt i OUS for å sikre nødvendig og forsvarlig drift av sykehuset.

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 aksen er mot Helse Sør-Øst gjennom prosjektstyrer. I prosjektstyrene utøves medvirkning ved at tillitsvalgte (TV) og verneombud (VO) er ansattes representanter. Den andre aksen er i OUS sin egen prosjektorganisasjon, med porteføljestyre som øverste beslutningsnivå. Hvert program/bygg har et eget programstyre (felles programstyre for Nye Aker og Nye Rikshospitalet).

Medvirkningsprosessene i Nye OUS hjemles i gjeldende bestemmelser i Arbeidsmiljøloven, Hovedavtaler, de «13 prinsipper for brukermedvirkning på systemnivå»^{22[1]}, 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^[2]. 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.

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.

[1] https://ffm.no/wp-content/uploads/2017/09/Helse-sørøst_Brukermedvirkning_folder-1.pdf

[2] PIMS referanse: HSØ-0000-Z-PR-0004

Medvirkningsprosessen knyttet til Nye Rikshospitalet og Nye Aker i forprosjektperioden har vært strukturert med 42 medvirkningsgrupper som har gjennomført 9 møteserier. Om lag 500 personer fra Oslo universitetssykehus HF har deltatt i medvirkningen, i tillegg til arkitekter og rådgivere, og representanter for prosjektorganisasjonen. Det høye antallet grupper og deltakere har medført et betydelig arbeid i å planlegge, koordinere og gjennomføre medvirkningsprosessen. Som en del av medvirkningsmøtene er det gjennomført forberedelsesmøter med gruppeledere og oppfølgingsmøter med Nye OUS.

I tillegg til dette har Oslo universitetssykehus HF gjennomført referansegruppemøter, avklaringsmøter med fagmiljø, befaringer, oppfølgingsmøter etter særrapporter, møter med klinikkens ledergrupper, hel- og halvdagssamlinger og faste møter med klinikk-kontakter, m.m. Det har i løpet av forprosjektet vært gjennomført i underkant av 1 500 møter i tilknytning til medvirkningsprosessene.

Råd, innspill og endringsforslag fra medvirkerne er dokumentert i referater fra møtene, gjennomgått i aktuelle fora og fortløpende innarbeidet i prosjektet. I tilfeller hvor det har vært uenighet om løsninger er saken belyst og lagt frem for avklaring på ledelsesnivå, i tråd med samhandlingsprosedyre og den ordinære ledelsesstrukturen i Oslo universitetssykehus HF. Endringsønsker om økte arealer og kapasiteter som går ut over konseptets rammer er ikke innarbeidet i prosjektene.

I tillegg til medvirkningsmøter er det gjennomført en rekke fagmøter hvor teknisk personell fra Oslo universitetssykehus har deltatt sammen med rådgivere fra prosjekteringsgruppen og fagledere fra prosjektorganisasjonen.

Nye OUS har gjennomført i januar/februar 2023 en spørreundersøkelse blant de som har deltatt i medvirkningsgrupper i 2022 (Nye Rikshospitalet og Nye Aker). Formålet med undersøkelsen har vært å forberede seg til neste runde med medvirkning og forbedre medvirkningsprosessen. Av de 496 inviterte kom det 211 svar (42%). Resultatene er relevante for videre planlegging, valg av informasjonskanaler og møtearenaer, vurdering av størrelse og sammensetning av medvirkningsgrupper, møteformer/ arbeidsform, møtesykluser m.m.

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 ny prosedyre for samhandling mellom OUS HF og HSØ-PO fra mai 2023 er HMS ikke nevnt som eget samordnings område som tidligere, men er implisitt en del av samarbeidsarenaer som skal sikre forsvarlig arbeidsmiljø under planlegging og bygging av nye sykehus.

Som en del av samhandlingen- koordineringsmøter på tvers av prosjektene, ble det i 2023 avholdt månedlige møter mellom HSØ-PO, prosjektverneombud, representanter fra Bedriftshelsetjenesten og HMS-seksjonen i Arbeidsmiljøavdelingen.

Arbeidsgruppen sammensatt av deltakere fra HSØ-PO, prosjektverneombud (POS), tillitsvalgte, Bedriftshelsetjenesten og Arbeidsmiljøavdelingen jobber med utforming av samtykkesøknad til Arbeidstilsynet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Ukentlige møter i arbeidsgruppen har startet i november 2023 og skal fortsette frem til levering av samtykkesøknad sommeren 2024. Sjekklisen for denne søknaden er omfattende. Arbeidet består blant annet av løpende dialog med Arbeidstilsynet om

oppstykkning 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.

I tillegg til møter dedikert til samtykkesøknad foregår temamøter (avklaringer som ikke henger sammen med søknad til Arbeidstilsynet) og særmøter (dagslys, stråling, støy, arealer som er uegnet m.m).

2.25 Vernetjenesten i OUS

Verneombudene er de ansattes representanter i saker som omhandler arbeidsmiljø.

Vernetjenesten er organisert på foretaksnivå med foretakshovedverneombud (FHVO) og stedfortreder. Hver klinikk har et klinikkhovedverneombud (KHVO) med stedfortreder. Disse to nivåene representerer hovedverneombudsrollen. Det medfølger frikjøp i ulik grad til alle hovedverneombudene.

Enkelte klinikker har organisert vernetjenesten med avdelingsverneombud. Disse har en koordinerende rolle i egen klinikk og avdeling.

Klinikk-AMU deler egen virksomhet inn i verneområder. Hvert verneområde skal ha et verneombud (VO). Verneombudene fungerer ute i driften i de ulike enheter og seksjoner. Det er verneombudene som har den viktige oppgaven å påse at arbeidsmiljøet er forsvarlig innenfor eget verneområde, men det er arbeidsgiver som har ansvaret.

Antall verneombud og stedfortredere: 923 (lokale, klinikk og foretak)

Gjennomførte seminarer og arrangementer på foretaksnivå

Arbeidsmiljøuka2023 var vernetjenestens største arrangement med samlinger for verneombud, amu-medlemmer, åpne samlinger for alle, konkurranser og utdeling av arbeidsmiljøprisen som i år gikk til et verneombud. Innholdet for uka omhandlet flere ulike arbeidsmiljørelaterte temaer. Det ble blant annet arrangert samling for verneombud og AMU-medlemmer med forelesere fra STAMI og Nye OUS, det var egen workshop for alle AMU-medlemmer, i ledermøtet ble presentert tema om ivaretagelse av ansatte etter hendelser jmf. nye råd fra Helsedirektoratet, i tillegg ble det arrangert flere undervisningsbolker som rettet seg mot spesifikke temaer eller yrkesgrupper.

Det har blitt avholdt to verneombudssamlinger, en fagdag for hovedverneombud med fokus på prosjekter fra porteføljen, og to to-dagerssamlinger for hovedverneombud med tema rolleutvikling. Den sistnevnte samlingen ble arrangert med bistand fra lederutviklingen på OUS og arbeidsmiljøavdelingen/ bedriftshelsetjenesten.

Deltakelse i råd og utvalg på foretaksnivå

Verneombudets rolle i råd og utvalg er å gi råd om arbeidsmiljø og påse at arbeidsgiver vurderer arbeidsmiljømessige konsekvenser, planlegger og iverksetter tiltak for å redusere eventuelle risiko. FHVO sitter i IA-utvalg, arbeidsmiljøutvalg, seniorpolitisk utvalg, HMS-utvalg, AKAN-utvalg, sentralt kvalitetsutvalg og Fagråd for EPJ-loggkontroll. Disse utvalgene er en del av det systematiske HMS og arbeidsmiljø arbeidet. I tillegg deltar FHVO i ad-hoc baserte grupper og prosjekter. Der handler rollen i tillegg om å sikre medvirkning og involvering av relevante verneombud.

Undervisning

FHVO har undervist i HMS grunnkurs, kurs for AMU medlemmer, lokale verneombudsmøter, lederopplæringen og om helsefremmende turnus.

Saker av spesiell interesse på foretaksnivå

Vernetjenesten har brukt tid på å jobbe ut en ny strategiplan for perioden 2023-27. Strategiplanen er nå forankret i hele vernetjenesten. Det har blitt jobbet med flere tiltak i denne forbindelse. Det har blant annet blitt gjennomført en spørreundersøkelse blant alle verneombudene. Der fremkommer det at mange verneombud uttrykker det givende å være verneombud. Det gir en mulighet for å lære noe nytt, man opplever å kunne bidra positivt og utgjøre en forskjell i arbeidsmiljøarbeidet på arbeidsplassen. Mange opplever å bli gitt tillitt av både leder og kollegaer. Men det uttrykkes også

utfordringer. Mangel på tid til vervet oppleves som en betydelig utfordring for mange. Mange opplever også at verneombudsrollen og oppgavene er uklare. Det mangler en form for videreutvikling satt i system. Noen har uttrykt dette ved å nevne behov for repetisjonskurs. Mangel på anerkjennelse fra egen leder blir også nevnt.

Det er brukt tid på å analysere behovene verneombudene uttrykker, og det jobbes med å finne treffende tiltak.

Vernetjenesten er opptatt av at verneombudenes rolle skal synes og anerkjennes. I 2021 ble det derfor opprettet en verneombudspris, som oppleves som et godt mottatt tiltak. Verneombudsprisen gikk i år til Bente Løken Nickelsen, Medisinsk ekspedisjon/ ventelistekontoret i Medisinsk klinikk.

Vernetjenesten er i gang med å lage et introduksjonshefte for nye og gamle verneombud. Heftet skal være en enkel innføring i vernetjenesten på OUS: hvem er vi, hvor finner du informasjon, hvem kan du kontakte, hva kan du be om, hvem kan du samarbeide med og om hva, er eksempler på temaer i heftet.

Planlegging av videre kompetanseutvikling for verneombud er i gang. Dette kan innebære repetisjonskurs, moduler, stige eller tilsvarende. Her er det mye planleggingsarbeid som gjenstår, dette er foreløpig bare en ide.

Onboarding av nye verneombud sammen med klinikkhovedverneombud og verneombudets nærmeste leder, er et tiltak som har vært praktisert i noen klinikker allerede med suksess. Dette ønskes videreført som et tilbud til verneombud i flere klinikker. I en slik onboardingsamtale bør det avtales på hvilken måte det ønskes å samarbeide og hvordan verneombudsarbeidet skal tilrettelegges planmessig. Til hjelp utarbeides nå en mal for samarbeidsavtale.

I arbeidet med likestilling, inkludering og mangfold (LIM) har vernetjenesten deltatt i arbeidsmøter og bidratt til promotering av OUS' satsnings på LIM-arbeid.

Del 3: Klinikkenes HMS-årsrapporter

Dette kapitlet omhandler klinikkenes individuelle HMS-arbeid.

Produksjonen av klinikkenes del for 2023 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 2023. Klinikkenes rapporter ble også brukt som underlag i utarbeidelsen av del 1 og 2.

Oversikt over klinikkenes egenvurdering av status på HMS for 2023

Hver klinikk har gjort en vurdering av status på deres klinikk innenfor 20 HMS-temaer. Det er de samme temaene i år som i fjor. 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. Grå betyr «ikke relevant» eller «ikke vurdert grunnet manglende vurderingsgrunnlag». Hvit er satt der det ikke er gjort vurderinger. For KIT står det (*) i vurderingene for 2023. Det er fordi KIT ikke utarbeidet egen HMS-årsrapport siden KIT skal opphøre som egen klinikk, og vurderingene er derfor satt kun på bakgrunn av deres indikatorer.

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
HMS-verktøy	2023						*											
	2022																	
	2021																	
	2020																	
	2019																	
Medvirkning	2023						*											
	2022																	
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring	2023						*											
	2022																	
Arbeidsbelastning	2023						*											
	2022																	
Sosial støtte	2023						*											
	2022																	
Psykologisk trygghet	2023						*											
	2022																	
	2021																	
	2020																	
	2019																	
Konflikt	2023						*											
	2022																	
	2021																	
	2020																	
	2019																	
Trakkassering	2023						*											
	2022																	
	2021																	
	2020																	
	2019																	

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
Luftkvalitet	2023						*											
	2022																	
	2021																	
	2020																	
	2019																	
Støy	2023						*											
	2022																	
	2021																	
	2020																	
	2019																	
Lysforhold	2023						*											
	2022																	
	2021																	
	2020																	
	2019																	
Ergonomi og fysisk helse	2023						*											
	2022																	
	2021																	
	2020																	
	2019																	
Vold og trusler	2023						*											
	2022																	
	2021																	
	2020																	
	2019																	
Inkluderende arbeidsliv	2023						*											
	2022																	
	2021																	
	2020																	
	2019																	
Kjemikalievem	2023						*											
	2022																	
	2021																	
	2020																	
	2019																	

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
Smittevern	2023						*											
	2022																	
	2021																	
	2020																	
	2019																	
Strålevern	2023						*											
	2022																	
	2021																	
	2020																	
	2019																	
Brannvern	2023						*											
	2022																	
	2021																	
	2020																	
	2019																	
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)	2023						*											
	2022																	
	2021																	
	2020																	
	2019																	
Ytre miljø	2023						*											
	2022																	
	2021																	
	2020																	
	2019																	

3.1 Akuttklinikken (AKU)

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Klinikkens egen HMS-arbeidsgruppe følger opp HMS-hendelser (statistikk og enkeltsaker) på sine møter som holdes sirka hver tredje måned. Vernetjenesten har i høst arrangert kurs for verneombudene i behandling av HMS-hendelser.	Utarbeide HMS-årshjul som legges på AKUs intranettside. Informere alle ledere og verneombud om hva Achilles inneholder og hvordan det skal brukes.
Medvirkning		Klinikken går fra gul til oransje status. Vi beveger seg inn i en periode med mange omstillinger og endringer. Det er derfor viktig å bruke tid på å skape trygghet og tillit. Klinikken har jobbet med dette ved å blant annet ta opp temaet psykologisk trygghet i ulike fora i løpet av 2023. Psykologisk trygghet har også vært et av klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet i 2023.	Fortsette arbeidet med å gi opplæring til ledere om psykologisk trygghet, slik at de kan bidra til å øke ansattes opplevelser av å kunne komme med tilbakemeldinger og medvirke i sin arbeidshverdag. Ha som tema på fagdager/personalmøter etc hvordan takle uforutsigbarhet.
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		Nedrykk fra gul til oransje status. Den nye indikatoren kan ses i sammenheng med temaet Medvirkning og i hvilken grad de ansatte føler at de blir involvert. Nye N4 ledere trenger tid til å bli kjent med OUS metoder og verktøy. Vi ser derfor at det er behov for å jobbe mer systematisk opp mot seksjonene når det gjelder bruk av Achilles, Det grønne korset og Tavlemøter. Noen seksjoner har også tatt i bruk egen metodikk.	Kartlegge hvilke metoder og verktøy som brukes til kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring på alle seksjoner.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Arbeidsbelastning		Turnover score bør være mer nyansert (internt i klinikk, mellom klinikker og helt ut av OUS). Klinikken har mange utdanningsstillinger hvor praksis i løpet av et år foregår på flere plasser som en del av utdanningen. Videre er en viss grad av turnover å anse som sunt for enheten i form av fornyelse, forandring og nye impulser. Skalaen indikerer her at jo mindre turnover jo bedre score. Noen seksjoner har høyere grad av arbeidsbelastning enn andre grunnet de tilhørende arbeidsoppgavers natur. Det blir derfor mest riktig å se på temaet seksjonsvis. Scorene baseres delvis på subjektive svar og mennesker takler arbeidskrav ulikt. Godt arbeidsmiljø og en støttende leder kan fungere som buffer for en hverdag med høye krav. Både TV og VO er med i alle prosesser på alle nivå i klinikken.	Fortsette med å informere om hverdagen i AKU på nyansattdag i klinikken. Informere ledere på seksjoner med mye turnusarbeid om kurs i helsefremmende turnus og mulighet for å få skreddersydd dette til sin arbeidsgruppe.
Sosial støtte		Liten nedgang i score fra i fjor men trenden fortsetter i samme retning. Støttende relasjoner på arbeidsplassen fungerer som en buffer mot den høye arbeidsbelastningen enkelte avdelinger opplever.	
Psykologisk trygghet		Det jobbes systematisk med pasientsikkerhet, men med stadig nye ansatte og noen nye ledere er det fortsatt ting å ta tak i. Psykologisk trygghet er et av klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet i 2023.	Opprettholde fokus på trygt ytringsklima, noe vi vet påvirker pasientsikkerheten. Oppfordre alle ansatte om å lese prosedyren "Uønskede hendelser, risikoforhold og forbedringsforslag i Achilles" (e-håndbok). Be alle ledere om å ta kurset "Oppfølging og håndtering av uønskede HMS-hendelser/risikoforhold" (Læringsportalen). Gjør alle kjent med selvhjelpsverktøyet for psykologisk trygghet i OUS (Intranett).

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Konflikt		Nedrykk fra gul til orange status. HR-Leder har samtaler med lederne på seksjoner som har scoret lavt på dette temaet for å finne årsak. HR ser for øvrig en merkbar forbedring blant lederne på at de tar tak i saker før det får utvikle seg til å bli en konflikt.	Fortsette med å ruste ledere og ansatte for å kunne forebygge at uoverenstemmelser utvikler seg til konflikter. Forebyggende tiltak følges opp både i lokale handlingsplaner og på personalmøter.
Trakassering		Trakassering kan komme fra både pasienter, pårørende og andre ansatte. Score er av den grunn høyere på enkelte seksjoner fremfor andre. Seksjoner som har lavt score på spørsmål om mobbing og/eller trakassering i ForBedring, får oppfølging. Tiltak vil da avhenge av hvem trakasseringen kommer fra. Ny saksgang for varsling på OUS er innført.	
Luftkvalitet		Ut i fra kommende ombygging forventes en forverring i luftkvalitet i en periode. RAD flytter inn i nye bygg i 2024. Luftkvalitet følges opp i hele klinikken. Det igangsettes tiltak der det er mulig.	Oppfordre ansatte til å holde seg oppdatert ved å følge med på nyhetsbrev angående byggefremdrift.
Støy		Uforandret situasjon. Støy er et av klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet i 2023.	Arbeide kontinuerlig med generell bevisstgjøring av ansatte på hva som lager lyd/støy. Om mulig ta flere pauser fra miljø som er støybelastet. Informere ledere og ansatte om kurset "HMS ved flytting og ombygging" (Læringsportalen). Stille tydelige støykrav ved innkjøp av støyende utstyr, spesielt på operasjonsstuer.
Lysforhold		Generelt gode lysforhold i klinikken, vil bli bedre med nye lokaler. Dagslyslamper er tilgjengelig der det ikke er vinduer, men disse lampene gir ikke samme effekt som naturlig lys.	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Ergonomi og fysisk helse		Hva de ansatte legger i å fremme fysisk aktivitet på seksjonen/verneområdet er uklart. Klinikken har for tiden mange forflytningsveiledere. Hjelpemidler er tilgjengelig på alle plasser der dette er naturlig å ha. Arbeidsdagen til mange er preget av tung fysisk belastning. På enkelte seksjoner kreves det i tillegg mye statisk arbeid. Økt bruk av robotkirurgi utfordrer er forsvarlig arbeidsmiljø både når det gjelder plassering av utstyr og fysisk tilrettelegging av arbeidet for å forebygge muskel- og skjelettplager.	Kartlegge aktivitet til klinikkens helsemotivatorer. Kartlegge lokale rutiner for opplæring i ergonomi (arbeidsstilling, arbeidsteknikk og utstyr) i klinikken. Minne de ansatte på at OUS har rabatterert medlemskap på helsestudio.
Vold og trusler		Risikovurderingsmodulen har blitt snakket mye om i vernetjenesten, men ikke vært godt nok kjent blant lederne. Vold og trusler er et av klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet i 2023.	Minne N3 på at Risikovurderingsmodulen i Achilles skal fylles ut av samtlige seksjoner. Oppfordre ledere til å sette relevante kurs opp i Kompetanseportalen.
Inkluderende arbeidsliv (IA)		En liten nedgang i sykefraværsprosent. Klinikken AMU følger nøye med på utvikling i sykefraværet. Tilbud om oppfølging av gravide fra bedriftsjordmor har ligget nede store deler av året, indikatoren har derfor blitt mindre vektlagt.	
Kjemikalievern		Lista for kjemikaliekontakter oppdateres jevnlig. Substitusjonsvurdering er vanskelig å gjennomføre på seksjonsnivå.	Alle ledere skal ha kunnskap om og tilgang til EcoOnline. KHVO informerer om dette på klinikkens ledermøter. Alle seksjoner skal ha en kjemikaliekontakt der det er nødvendig. Alle kjemikalier skal registreres i EcoOnline.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Smittevern		Klinikken har høyt fokus på smittevern.	
Strålevern		Klinikkens strålevernkontakt videredistribuerer informasjon fra sykehusets strålevernskoordinator.	
Brannvern		Nye krav innført i år. Nytt skjema i Achilles.	Informere ledere og ansatte om nye krav. Nytt skjema i Achilles skal tas i bruk.
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		AKU har MTU ansvarlige i alle avdelinger hvor dette er aktuelt. Gode opplæringsrutiner for både faste og midlertidige ansatte. Klinikken har en egen person i Stab som ivaretar sykehusets og klinikkens koordineringsbehov for MTU. I tillegg har klinikken et eget teknologinettverk.	
Ytre miljø		Ytre miljø favner bl a bærekraft ift forbruk, lagerhold, korrekt kildesortering. Smitteavfall koster sykehuset vesentlig mer enn ordinært avfall. Hertil ligger det en jobb med å endre ansattes holdninger til/vaner rundt sorteringspraksis.	Påse at alle ansatte har tilstrekkelig og oppdatert kunnskap og bevisstgjøring om klinikkens handlingsplan for "Klima og miljømål 2022-2030" e-håndbok (ID149375). Legge til rette for at avfall sorteres riktig.

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Sykefravær	Høyt fravær har konsekvens for de som er igjen på arbeidsplassen og man frykter for deres helse og motivasjon.
2	Psykologisk trygghet	Internt samarbeid på tvers blir viktig fremover i forhold til økt oppgavedeling og samhandling. Fortsatt fokus på trygt yringsklima (psykologisk trygghet) noe vi vet påvirker pasientsikkerheten.
3	Ergonomi	Mange arbeidsplasser har utfordrende arbeidsforhold. Arbeidsprosesser med pasienter og utstyr medfører ulike fysiske tilnærminger.
4	Støy	En arbeidsplass har mange støykilder.
5	Vold og trusler	Pasienter kan være i delir, ruset og/eller er psykiatriske pasienter.

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. AKU fortsetter samarbeidet med Bedriftsjordmødrene i ARB.
2	Psykologisk trygghet	Internt samarbeid på tvers blir viktig fremover i forhold til økt oppgavedeling og samhandling. Lederfokus på trygt yringsklima (psykologisk trygghet), noe vi vet påvirker pasientsikkerheten.
3	Ergonomi	Påse at vi har tilstrekkelig med forflytningsveiledere og helsemotivatorer og kurse disse. Påse at vi benytter verktøy vi allerede har. Tilrettelegge for gode rutiner på opplæring innenfor ergonomi og arbeidsteknikk, og sørge for obligatorisk opplæring av alle ansatte, inkludert kompetanseplanen til nyansatte.
4	Støy	Videreføre tiltak fra de senere år med å bevisstgjøre de ansatte på hva som lager lyd/støy. Se på arbeidsprosesser som lager støy. Ta opp temaet på personalmøter.
5	Vold og trusler	Informere ledere og ansatte om hva de skal gjøre når situasjoner oppstår. Påse at risikovurderingsmodulen i Achilles brukes og iverksetter tiltak der det er behov.

3.2 Barne- og ungdomsklinikken (BAR)

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Høy andel av verneområder som har gjennomført HMS-runde samt høy svarandel/andel tilbakemeldingsmøter mht. Forbedring bidrar til et godt resultat. Dette jobbes mye med i klinikken og vi fortsetter med å prioritere dette.	
Medvirkning		Et område som det er behov for forbedring på, jevnlig møter med vernetjenesten er viktig å gjennomføre systematisk. Vernetjenesten opplever mangler mht. dette på seksjonsnivå.	
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring			
Arbeidsbelastning		Uendret fra i fjor, mulig punkt for videreføring.	
Sosial støtte		To av tre indikatorer, som har gått fra grønt til gult, ligger hårfint under grensen.	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Psykologisk trygghet		Spredning i resultatene rundt i klinikken, bør vurdere lokale tiltak.	
Konflikt			
Trakassering		Enkelte seksjoner/avdelinger scorer dårligere.	
Luftkvalitet		Arealknapphet NIN RH hører til et av klinikkens største risiko-områder, jf. BAR Risikovurdering 1. tertial 2024 (nylig oppdatert)	
Støy		Mye byggestøy på RH grunnet C1-rokade.	
Lysforhold			

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Ergonomi og fysisk helse			
Vold og trusler			
Inkluderende arbeidsliv (IA)			
Kjemikalievern		Det har blitt jobbet med substitusjonsvurderinger de aktuelle stedene uten at de har blitt registrert, venter på et nytt system (PFI og NFSC)	
Smittevern			
Strålevern		Det er viktig med oppdatering av rutiner og prosedyrer	
Brannvern		Endring ift. signering av gjennomført obligatorisk brannøvelse i kompetaneportalen, temaet var gult i fjor.	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)			
Ytre miljø			

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Arbeidsbelastning.	Forbedring viser at mange ansatte opplever å ha en stor arbeidsbelastning.
2	Medvirkning.	Forbedring viser at en del ansatte opplever for liten grad av medvirkning.
3	Kontinuerlig forbedring og Daglig Risikostyring.	Tavlemøter og Det Grønne Korset brukes i varierende grad.
4	Ergonomi og fysisk helse	Mangelfull opplæring og veiledning i ergonomi som går på arbeidsteknikk og utstyr samt bruk av veiledere ute i enhetene.

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Arbeidsbelastning.	Oppfordre ansatte, ledere og verneombud til å delta på kurs i risikoreduserende turnus. Oppgavedeling, benytte ressursene i avdelingene for å løse oppgaver. Stimulere til fleksibilitet mellom seksjoner og avdelinger.
2	Medvirkning	Sørge for at ansatte og ledere på alle nivåer har regelmessige møter med verneombud og tillitsvalgte. Gi opplæring til ledere i Psykologisk Trygghet. Ledere gjennomfører utviklingssamtaler og følger opp. Regelmessige personalmøter, planlegg så flest mulig får anledning til å delta.
3	Kontinuerlig forbedring og Daglig Risikostyring.	Invitere ressurspersoner fra nettverk for kontinuerlig forbedring og eventuelle lokale ressurspersoner.
4	Ergonomi og fysisk helse	Utdanne forflytningsveiledere. Benytte forflytningshjelpemidler som allerede finnes i avdelingene. Påvirke kurs i forflytningsteknikk til å bli mer relevant for BAR.

3.3 Direktørens stab (DST)

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Rødt på andel vernerunder og gjennomgang forbedring - forårsaket av at enheter slås sammen. Flere kunne vært gjennomført. HMS avvik er fast punkt på ledermøter	Ta opp på stabsmøte om vernerunde er gått. Melde til VO
Medvirkning		Informasjon kommer sent. VT og TV involveres i planer om omorganisering men det er kort tidsvindu. Farge settes til oransje på grunn av pågående omorganisering. Er det satt av nok tid?	VT og TV må få dokumentasjon i god tid og det må settes av tid til informasjon og diskusjon. Tas opp i lederlinjen og KAMU
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		Tavlemøter er planlagt i 2024 inklusive grønne korset. Bli organisasjonsendringer evaluert? Samhandling mellom enheter? VT har regelmessige møter med arbeidsgiver	Tavlemøter og grønne korset er planlagt. Teamutvikling
Arbeidsbelastning		Merarbeid forekommer, men registreres ikke som betalt overtid. Prioriteringer? Stor variasjon i autonomi	Presisere føringer for hjemmekontor i lederlinjen
Sosial støtte		Har alle staber sjekkliste ved nyansettelser?	
Psykologisk trygghet		Prosess/omorganisering kan skape usikkerhet. Kan bli overtallighet.	Alle avvik må diskuteres på ledermøtet for læring og forbedring

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Konflikt		Poeng går ned. Er det satt av nok tid til endringsprosess - involvering og medvirkning? Uro blant ansatte	Ta opp i lederlinjen - følge opp ansatte
Trakassering			
Luftkvalitet		Tårnbygget skal oppgraderes	Flytting er avtalt - under planlegging
Støy			
Lysforhold			
Ergonomi og fysisk helse		Har hatt kurs i ergonomi - Mange har gode kontorforhold - Pausetrim?	BHT har video på youtube - strikketrening - sende ut link i linjen

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Vold og trusler	[Gult]	Kartlegging er gjennomført. Trusler kan forekomme	
Inkluderende arbeidsliv (IA)	[Grønt]		
Kjemikalievern	[Grå]		
Smittevern	[Grønt]		
Strålevern	[Grå]		
Brannvern	[Gult]	Mangler kurs	Påminnelse i lederlinjen
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)	[Grå]		

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Ytre miljø			Sorteringssystem for avfall mat - plast papir - glass - batterier

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Omorganisering	Medvirkning, konflikter og psykologisk trygghet - oransje - Alle blir påvirket av pågående omorganisering. Uro blant ansatte.
2	Luft	Kjent problemstilling. Plan om flytting av staben må følges opp.
3	Brannvern	Mangler kurs og registrering.

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Omorganisering	KAMU må følge saken nøye. Sikre dialog, medvirkning og forankring hos TV og VT og alle ansatte. Sette av nok tid til diskusjon og dialog/medvirkning. Etablere en plan for videre organisasjons-utviklingsprosess som er informert om hos alle og forankret i lederlinjen
2	Luft	Følge opp avtalt plan med oss
3	Brann	Følge opp kurs og registrering i lederlinjen

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

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Som i 2022	Repetere opplæring av tiltaksføring i Achilles (HMS). Kvalitetsrådgiver gir en til en opplæring der det er mange åpne saker/lukkede uten tiltak. Tas også i fellesmøte med Kontorleder og sykepleierrådet. Samt i avdelingsledermøte
Medvirkning		Ingen endring fra 2022	Informasjon må gis tidligere for å kunne ha en reell diskusjon om emnet, slik at innspill kan gis medarbeiderne før eventuell avgjørelse fattes. Alle avdelinger har nå TV i NSF og VO. Budsjettprosessen er for dårlig. Det lages plan - steg for steg - om prosessen slik at ledere kan følge denne. Det samme gjøres for ansettelser og endring av turnuser. Det oppfordres sterkt til at budsjettet kommer jevnlig som eget punkt på personalmøtene
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		Som i 2022, men svarene er litt svakere	Kontorfaglig dagsseminar som i 2023. For oppfølging og evaluering Med inspirasjon fra Hjertemedisinsk avdeling - TV/VO-samling på forsommeren og på klinikkladersamlingen Viktig å informere om at det grønne korset er det samme som kontinuerlig forbedring.
Arbeidsbelastning		Ingen endring fra 2022	Vurdere om organisering og arbeidsoppgaver er hensiktsmessig fordelt og gjennomført på en effektiv måte. Har alle klare arbeidsinstrukser? Er alle oppgaver fordelt? Viktig med forutsigbarhet. Ved langvakter skal sykefraværet før og etter måles og spørreundersøkelse sendes ut etter ca. ett år

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Sosial støtte	Som i 2022	Som i 2022	
Psykologisk trygghet	Som i 2022	Som i 2022	
Konflikt	Som tidligere	Som tidligere	Fortsette arbeidet med informasjon og støtte. Informere om kurs som arbeidsmiljøavdelingen holder
Trakassering	Signifikant fall på ID 2	Signifikant fall på ID 2	Ved kjent tilfelle er dette fulgt opp. Viktig at leder informerer HR slik at ansatte og leder kan få den støtten som de har behov for
Luftkvalitet	Som i 2022	Som i 2022	Det jobbes med lokale tiltak spesielt på ØYE og ventilasjonen der. I tillegg kommer sentral Rusken-aksjon.
Støy	Ingen endring fra 2022	Ingen endring fra 2022	Implementere retningslinjer for kontor. Være spesielt oppmerksomme på støy i byggeperioden

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Lysforhold			
Ergonomi og fysisk helse		Som tidligere	Det er viktig at ansatte blir informert om alle tilbud om fysisk aktivitet også om eventuelle passende kurs HR innhenter navneliste over forflytningsveiledere og helsemotivatorer.
Vold og trusler		Avventer at dette kommer inn i handlingsplanen i Achilles	
Inkluderende arbeidsliv (IA)		Som tidligere år	Målet er å senke sykefraværet (9% 1.okt.22 - 30.sept.23) og turnover reduseres. Fortsetter med månedlige IA-verksted og tilbyr "Der skoen trykker" til flere enheter
Kjemikalievern		Som tidligere	
Smittevern		Som tidligere	
Strålevern		Som tidligere Medikamenter på ØNH og ØYE. Stråling på Odonten	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Brannvern		Etter at dette kom i Kompetanseportalen (og ble ny indikator) har scoren blitt korrekt og dermed dårligere	Følges opp av nærmeste leder i Kompetanseportalen
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Som tidligere år	
Ytre miljø		Som tidligere år, men det er en positiv økning i scoren. Kan bli enda bedre	

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Medvirkning	Ansatte sier at det er lite informasjonsflyt oppover og nedover. Det er manglende fellesmøter
2	Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring	Det er fremdeles ikke alle som arbeider med systematisk og kontinuerlig forbedring. Styringstavlen er ikke implementert i alle avdelinger
3	Arbeidsbelastning	Utfordringen er helgebelastning, turnus og bemanning

4	Ergonomi og fysisk helse	Mangler Forflytningsveiledere og Helsemotivatorer i klinikken. Blir de brukt?
5	Inkluderende arbeidsliv	Fortsetter det kontinuerlige arbeidet med tett oppfølging. Liten benyttelse av tilbudet om kontakt med jordmor

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Medvirkning	Kalle inn alle avdelingslederne til AMU for å presentere sin handlingsplan, informere om tiltak og implementering ut i avdelingen.
2	Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring	Gå gjennom alle avvik meldt i Achilles for å se om dette kan være en case som kan bidra til å implementere kontinuerlig forbedring. Staben tilbyr støtte i dette.
3	Arbeidsbelastning	Evaluering av implementeringen av langvakter (helg) - Questback. Oppfordre ledere og turnusansvarlig til å gjennomgå kurs i helsefremmende turnus
4	Ergonomi og fysisk helse	Oversikt over Forflytningsveiledere og Helsemotivatorer må oppdateres. Har vi mange nok? Er de aktive og trenger de oppfølgingskurs?
5	Inkluderende arbeidsliv	Gjøre kjent "Gravid og trygg i jobb" og oppfordre til å benytte tjenesten.

3.5 Hjerte-, lunge- og karklinikken (HLK)

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy			Enda tettere oppfølging av ForBedring og gjennomføring av HMS-runder
Medvirkning		Konflikter	Sikre medvirkning i alle ledd og alle prosesser i klinikken
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		Oversikt over ulike risiko verktøy	Samhandling internt i klinikken og med andre klinikker er et forbedringstiltak
Arbeidsbelastning			
Sosial støtte			
Psykologisk trygghet			

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Konflikt		Opplæring konflikthåndtering kan være tema i mange forhold. Standardisering	Det er viktig å ta tak i konflikter på et så tidlig stadium som mulig
Trakassering			
Luftkvalitet		Renhold - fysiske forhold	
Støy			
Lysforhold			
Ergonomi og fysisk helse		Kontorergonomi	Jobbe videre med forflytningsveiledere, videre inspirere til enkel fysisk aktivitet i hverdagen

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Vold og trusler			Jobbe for økt gjennomføring av risikovurderingen av vold og trusler
Inkluderende arbeidsliv (IA)			
Kjemikalievern		Opplæring i februar?	Sikre tilstrekkelig opplæring også i fht nytt stoffkartotek
Smittevern			
Strålevern			
Brannvern			Ledere må sikre at alle ansatte gjennomfører obligatorisk brannvernkurs
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)			

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Ytre miljø			

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	HMS-verktøy	HMS-runder: 62% av verneområdene har utført HMS-runder. ForBedring: 70% svarprosent, spes. leger har lav svarprosent. Tilbakemeldingsmøter: 46% har gjennomført. Achilles: meldefrekvens HMS-hendelser er 0,14 pr. årsverk. Benyttes mest blant sykepleiere og i liten grad blant leger.
2	Medvirkning	ForBedring; lav skår i fjor og i år; 58. Skåres lavt på opplevelse av å bli oppmuntret til å delta i viktige avgjørelser eller ha rimelig innflytelse på avgjørelser. Utfordrende å planlegge/gjennomføre gode medvirkningsprosesser pga samtidighetskonflikter mm . Det svares det på gult (skår 82) at "min nærmeste leder oppmuntrer meg til å si ifra når jeg har en annen mening". Mange endringsprosesser planlegges gjennomført, men tidspress gjør det utfordrende å la det "skinne gjennom" i alle prosesser at ansatte er sykehusets viktigste ressurs.
3	Konflikter	Oransje nivå i år som i fjor. Dvs.at flere ansatte har lagt merke til forstyrrende konflikter i egen enhet. Konflikter går som regel ikke over av seg selv, kan være krevende å håndtere for ledere. Her spiller også inn hvilken kultur man har for åpenhet og om det oppleves trygt å si ifra.
4	Brannvern	Oransje og rødt nivå på obligatorisk opplæring (e-læring) og øvelser. Det ble nytt i år at dette dokumenteres i kompetanseportalen og dermed mer synlig nå enn tidligere. Det har kommet nye opplæringsvideoer fra brannvernseksjon, dette er

		nok ikke kjent for alle. Klinikken har ikke pekt ut en brannvernskoordinator på klinikknivå i år og hvem som har «oppfølgingsansvar» blir uklart.
5	Fysiske forhold	Klinikken har i dag for lite areal i forhold til antall ansatte og aktivitet. Spesielt mangler vi kontorer, noen kontorplasser er uten dagslys. Vi har små medisinrom og mangler lagerplasser. Vi har pr. i dag en sak hos Arbeidstilsynet vedr. for lite vaktrom for angiopersonell ved RH. Dette fører til slitasje på ansatte. Vedr. støy skåres det på oransje for plassforhold egnet til aktuelle arbeidsoppgaver. Luftkvalitet har også skår på oransje vedr. tilfredsstillende luftkvalitet, temperatur, renhold. For trange lokaler kan også gi utfordringer vedr. å ta hensyn til ergonomisk arbeidsteknikk.

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	HMS-verktøy	Oppmuntre til og følge opp at flere gjennomfører HMS-runder, inkludert kartlegging og evt risikovurdering av trusler og vold, samt egenkontroll brannvern. Tiltak må følges opp gjennom året. Det er viktig å "mase" gjennom hele prosessen. Forbedring: Dialog med andre klinikker om hvordan få til bedre oppfølging av resultater. Achilles: Vi må få mer fokus på åpenhet, verktøyet ønskes brukt av alle. Det må erfares at det nytter å melde hendelser og komme med forbedringsforslag. Det vises til klinikkens årshjul for virksomhetsstyring.
2	Medvirkning	Alle må ha større bevissthet rundt verdien av å bli sett og ha god dialog med arbeidstakere, VO og TV. Videre legge til rette for god og tidlig informasjon og medvirkning i ulike prosjekter/arbeidsgrupper. Endringsledelse bør være tema for de som skal inn i endringsprosesser.
3	Konflikter	Uenigheter må være tillat, men viktig å håndtere konflikter før de kommer ut av kontroll. Konflikter må håndteres forskjellig avhengig av det handler om, kanskje behov for mer kunnskap om dette for ledere og andre? Klinikken bør ha dette som et fokusomr. spes. med tanke på de omstillinger, flytteprosesser som klinikken

		planlegger og evt. må gjennomføre. Vi bør derfor ha spesiell oppmerksomhet mot TKA og KAD. Vider ha "følere ute" og gå tidlig inn å kartlegge situasjoner som kan skape konflikter - før de utvikles. Det kan være behov for bistand av f.eks. arbeidsmiljøavd. i slikt arbeid.
4	Brannvern	Klinikken har mange brannkontakter i seksjoner (ca.30), disse bør samles i et nettverk og ha opplæring på nye prosedyrer etc. Brannvern må få fokus med tanke på flyttinger til nye arealer, det må planlegges brannøvelser etc. Ledere oppfordres til å gå inn i kompetanseportalen 2 ganger per år for å sjekke dette.
5	Fysiske forhold	Ved flytting og ombygging må vi påse at areal blir i tråd med lov og forskrift. Arealkontakten må benyttes også i AMU.

3.6 Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon (KIT)

KIT besluttet å ikke utarbeide en HMS-årsrapport for 2023 da KIT skal opphøre som egen klinikk.

3.7 Klinikk for laboratoriemedisin (KLM)

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		<p>Lav gjennomføringsgrad av HMS-runden, 5% lavere enn i fjor. Svardeltakelse på ForBedringsundersøkelsen opp 3% til 75%. Veldig få rapporterer om avholdte tilbakemeldingsmøter (38%). Gjennomføring og oppfølging av dette vektet tungt. Det rapporteres at risikoinformasjon og -håndteringen i klinikken er god.</p>	<p>Ta i bruk AMU Årshjul, med påminning i leder og verne - linje når disse undersøkelsene er aktuelle. Få ut lister over de som ikke har signert, følge disse opp tettere fra AMU.</p>
Medvirkning		<p>Det er fortsatt utfordringer med involvering i endringsprosesser og deltagelse i viktige avgjørelser, iht. Forbedringsundersøkelsen. Ansatte opplever i noe større grad å ha innflytelse over arbeidssituasjonen sin, og at nærmeste leder oppmuntrer til å si i fra om de har en annen mening.</p>	<p>KHVO og vara viderefører arbeidet med samarbeidssamtaler med ledere og lokale verneombud. Her vil vi gå gjennom hva som er rollene og oppgavene deres, forklare hensikten med medvirkning, vise de hjelpelista, se på HMS-handlingsplanen deres i Achilles mm.</p>
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		<p>Det grønne korset er lite i bruk i KLM. I prosedyren for det grønne korset er hensikten med det grønne korset retta mer mot direkte behandling av pasienter, dette kan være grunne til at det er i lite bruk i KLM. Tavlemøter gjennomføres i større grad enn det grønne korset.</p>	<p>Undersøke hvordan avdelingene i KLM bruker det grønne korset i dag, se hvordan de kan tilpasses/breddes til andre arbeidsplasser i klinikken. Kontakte ARB for bistand med å tilpasse verktøyet.</p>
Arbeidsbelastning		<p>Flere av indikatorene fra forbedrings undersøkelsen viser en opplevelse av arbeidspress. Resurser/arbeidsmengde er den nest største underkategorien i Achilles, det tenkes også fra arbeidsgruppen at denne kan være underrapportert. Vi er kjent med at det er spesifikke seksjoner/avdelinger som har en betydelig høyere arbeidsbelastning enn gjennomsnittet i klinikken. Klinikken er allerede i gang i flere fagområder med vurdering av oppgaveglidning.</p>	<p>Ønsker å se på arbeidstidsplanlegging, forsvarlighetsvurdering av turnus og bemanningsplaner i utvalgte seksjoner.</p>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Sosial støtte		Klinikken scorer generelt godt på sosial støtte, men vi ser at avdelinger som har utfordringer med arbeidsbelastning scorer noe lavere.	
Psykologisk trygghet		Mye av vår aktivitet er rutinepreget og derfor vil det være færre muligheter til å ta opp diskusjoner om endringer i det daglige. Vi vektlegger derfor tilhørende indikator noe lavere enn resterende. Det observeres at på avdelingsnivå at PAT og IMM skiller seg negativt ut i klinikken. Patologi er godt i gang med tiltak for å forbedre psykologisk trygghet.	Ønsker å kartlegge seksjoner/enheter på IMM som scorer lavt på disse indikatorene, AMU trenger mer innsikt for å finne effektive tiltak.
Konflikt		Arbeidsgruppen er kjent med at det forekommer konflikter i flere av klinikkens avdelinger. Disse følges opp kontinuerlig fra HR i klinikk, men det er en utfordring med underrapportering. HR har identifisert at i mange konflikt saker at rolleavklaring er medvirkende årsak. Patologi og Immunologi scorer spesielt lavt i forbedringsundersøkelsen med 64 og 71 om spørsmål på om du har lagt merke til forstyrrende konflikter i din enhet. Arbeidsgruppen ser dette emnet i sammenheng med psykologisk trygghet, se tiltak for IMM der.	Fortsette arbeidet med implementering av sjekklister/hjelpeskjema vedrørende oppstartssamtale med nyansatte hvor temaet er kultur, opplæringsplan, roller, konfliktforebygging og forventningsavklarings (medvirkningsplikt og arb.givers styringsrett).
Trakassering		Det rapporteres om noen forekomster av mobbing og/eller trakassering. Det er i svært liten grad rapportert om seksuell trakassering i klinikken. Viser til tiltak under fanen konflikt.	
Luftkvalitet		Temperatur ser ut til å være den viktigste årsaken til at luftkvaliteten ikke er tilfredsstillende alle steder. Det er spesielt 2 enheter som svarer "ikke i det hele tatt" på om man opplever tilfredsstillende luftkvalitet (MIKX1, PATA4). Disse er uendret fra i fjor.	AMU inviterer enhetene som svarer "ikke i det hele tatt" inn i et K-AMU for å undersøke behovet for videre oppfølging.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Støy		Ingen store endringer i indikatoren for støy, men vi er kjent med at grunnet bygge aktivitet på RH og RA(?) at det kan bli behov for ekstra tiltak. Enkelte enheter i MBK og AMG rapporterer om i liten grad eller ikke i det hele tatt tilfredsstillende støyforhold.	Undersøke sårbare lokaler og instrumenter i forhold til byggaktiviteten i 2024, vurdere tiltak fortløpende. Au til K-amu følger med i utviklingen av byggeaktiviteten og undersøker enhetene som rapporterer om støyproblematikk, setter det på agenda ved behov.
Lysforhold		De fleste er tilfreds med belysning og dagslysforholdene.	
Ergonomi og fysisk helse		Mange enheter har en stor mengde repeterende og statisk manuelt arbeid som kan medføre muskel og skjelett plager. Vekter derfor disse indikatorene tungt. Klinikken har fått utdannet flere helsemotivatorer fra sist år (fra 29 til 37).	Fortsette arbeidet med å øke graden av helsemotivatorer i klinikken (mål om 50 i løpet av 2024). Oppfordre til å invitere bedriftsfysioterapeutene der hvor det er problematikk med ergonomi. AU til AMU følger opp at de enhetene som svarer "ikke i det hele tatt" på indikatorene om ergonomi får satt inn nødvendige tiltak
Vold og trusler		Få enheter i klinikken har direkte pasient kontakt, derfor er ikke opplæring rundt like relevant for alle. Arbeidsgruppen er ikke kjent med noen store utfordringer, men det mangler å få systemene på plass for å få dette dokumentert. Det er fortsatt slik at alle skal svare på risikovurderingsskjema om vold og trusler i Achilles.	Klinikken skal gjøre et informasjonsarbeid for å gjøre våre enheter kjent med risikomodulen i Achilles.
Inkluderende arbeidsliv (IA)		Sykefraværet følges opp systematisk fra K-AMU. Videre rapporteres det om god kjennskap til IA arbeid og prosedyrer rundt rusmiddelproblematikk. Rundt 8% av de gravide benytter seg av OUS sitt tilbud om bedriftsjordmødrene.	Klinikken skal sende ut informasjonsplakat om bedriftsjordmordordningen til oppheng lokalt.
Kjemikalievern		Det er et betydelig etterslep på risiko og substitusjonsvurdering i flere avdelinger. 4 avdelinger er under 50% substitusjonsvurdert (MBK, MIK, PAT, IMM). 3 avdelinger er under 50% risikovurdert (MIK, PAT, IMM).	Klinikken er i gang med et arbeid for å organisere kjemikaliekontakt nettverket og følger opp at avdelingene når sine mål om registrering av kjemikalier 60 % risikovurderinger 60% og kartlegging av situasjonen med

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
		<p>Resultatene fra EcoOnline stemmer ikke overens med selvrapporingen i HMS runden. Dette kan ha sammenheng med kapasiteten i kjemikaliekontakt nettverket for avdelinger med stort kjemikalieforbrukt. Risiko/substitusjons vurderinger skal også gjøres jevnlig og vil "gå ut på dato". Arbeidsgruppen vurderer derfor risikoen til oransje, og ikke gul som indikatorene i underlaget tilsier. Arbeidsmengden kjemikaliekontaktene står ovenfor i kjemikalietunge avdelinger virker uoverkommelig i 100 % stilling i drift. Kjemikalierelaterte HMS avvik er den største underkategorien i Achilles og har den største andelen avvik med moderat til høy risiko. Arbeidsgruppen har vektlagt tallene fra EcoOnline og avvikssystemet. Det er usikkerhet noen steder i klinikken rundt hvordan gravide kan arbeide når de er i kontakt med kjemikalier.</p>	<p>substitusjonsvurderinger i løpet av 2024. Oppfølging av kjemikaliekontaktene fra kvalitet, med faglig bistand fra ARB.</p>
Smittevern		<p>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 nest største kategorien med avvik. Avvikene går i hovedsak på tilsendte prøver med søl og smitteeksponering under prøvetakning. KLM er mottaker av prøver fra mange andre klinikker og flere av tiltakene bør settes i gang hos avsender. Vurderer basert på HMS-avvikene at fargen bør være gul for å synliggjøre smittevernsproblematikken i klinikken.</p>	<p>Fortsetter arbeidet med å sette smittevern på agenda i sentralt AMU og forespørre i smittevern om hva som kan gjøres i forhold til informasjonskampanjer.</p>
Strålevern		<p>Få verneområder som håndterer strålekilder. Der de håndteres er vernetiltak og opplæringen vurdert som god.</p>	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Brannvern		Nye indikatorer har avdekket manglende gjennomføring av e-læringskurs og brannøvelser. Kompetanseportalen er ny i år, det kan være noe etterslep eller implementeringsproblematikk.	K-AMU setter brannvern i årsplanen, skal drive informasjonsarbeid i sammenheng med dette for å få opp gjennomføringsgraden.
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Indikatorene viser at vi har gode rutiner for opplæring i bruken av utstyret, men at klinikken har noen utfordringer knyttet til ettersyn og vedlikehold. Det er mulig det kan ses i sammenheng med at pr 01.01.2023 3517 så er totalt 6447 av KLM sitt utstyr 10+ år gammelt. Det vil si at ca. 55% av alt MTU i KLM er over 10 år gammelt, gjennomsnittsalderen på MTU er 13,8 år. Snittalderen er gradvis økende de siste årene. Alderen på MTU har en god del varians mellom våre avdelinger, fra 10 år gjennomsnitt i AMG til 17 år i RMF. Gammelt utstyr medfører at også at service avtaler går ut og leverandører ikke lenger tilbyr muligheten for service på utstyret. Samtidig oppfattes MTU situasjonen utfordrende med tanke på manglende mulighet til å planlegge fremtidige investeringer. Alle utbyttinger vil for 2024 gjøres på breakdown, det gir ingen muligheter til forbedringer innen produksjonseffektivitet, ergonomi, støyreduksjon mm. Klinikken har ikke handlingsrom til å løse denne situasjonen alene. Det er flere steder i klinikken hvor det er prekære behov for oppgraderinger for å gjøre arbeidsmiljøet forsvarlig, vi vurderer derfor i arbeidsgruppa at ikke underlagene gjenspeiler realiteten på vår situasjon med MTU, og vurderer derfor ikke MTU til grønn/gul, som indikatorene tilsier, men til rød.	Vi ser spesielt et prekært behov for oppgraderinger på MTU og bygg på RMF obduksjon. Denne saken skal løftes til sentralt AMU.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Ytre miljø		Fra indikatorene oppfatter vi at klinikken har god kontroll på sitt avfall. Noe lavere score på energisparing, men usikkert hvor stort handlingsrom man har lokalt. Det styres mye sentralt, nattsinking av temperatur, slukking av lys på natt mm.	

Klinikkenes største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	MTU	Indikatorene viser at vi har gode rutiner for opplæring i bruken av utstyret, men at klinikken har noen utfordringer knyttet til ettersyn og vedlikehold. Det er mulig det kan ses i sammenheng med at pr 01.01.2023 3517 så er totalt 6447 av KLM sitt utstyr 10+ år gammelt. Det vil si at ca. 55% av alt MTU i KLM er over 10 år gammelt, gjennomsnittsalderen på MTU er 13,8 år. Snittalderen er gradvis økende de siste årene. Alderen på MTU har en god del varians mellom våre avdelinger, fra 10 år gjennomsnitt i AMG til 17 år i RMF. Gammelt utstyr medfører at også at service avtaler går ut og leverandører ikke lenger tilbyr muligheten for service på utstyret. Samtidig oppfattes MTU situasjonen utfordrende med tanke på manglende mulighet til å planlegge fremtidige investeringer. Alle utbyttinger vil for 2024 gjøres på breakdown, det gir ingen muligheter til forbedringer innen produksjonseffektivitet, ergonomi, støyreduksjon mm. Klinikken har ikke handlingsrom til å løse denne situasjonen alene. Det er flere steder i klinikken hvor det er prekære behov for oppgraderinger for å gjøre arbeidsmiljøet forsvarlig, vi vurderer derfor i arbeidsgruppa at ikke underlagene gjenspeiler realiteten på vår situasjon med MTU, og vurderer derfor ikke MTU til grønn/gul, som indikatorene tilsier, men til rød.

2	HMS verktøy	Lav gjennomføringsgrad av HMS-runden, 5% lavere enn i fjor. Svarteltakelse på ForBedringsundersøkelsen opp 3% til 75%. Veldig få rapporterer om avholdte tilbakemeldingsmøter (38%). Gjennomføring og oppfølging av dette vektet tungt. Det rapporteres at risikoinformasjon og -håndteringen i klinikken er god.
3	Arbeidsbelastning	Flere av indikatorene fra forbedrings undersøkelsen viser en opplevelse av arbeidspress. Resurser/arbeidsmengde er den nest største underkategorien i Achilles, det tenkes også fra arbeidsgruppen at denne kan være underrapportert. Vi er kjent med at det er spesifikke seksjoner/avdelinger som har en betydelig høyere arbeidsbelastning enn gjennomsnittet i klinikken. Klinikken er allerede i gang i flere fagområder med vurdering av oppgaveglidning.
4	Ergonomi og fysisk helse	Mange enheter har en stor mengde repeterende og statisk manuelt arbeid som kan medføre muskel og skjelett plager. Vekter derfor disse indikatorene tungt. Klinikken har fått utdannet flere helsemotivatorer fra sist år (fra 29 til 37).
5	Kjemikalievern	Det er et betydelig etterslep på risiko og substitusjonsvurdering i flere avdelinger. 4 avdelinger er under 50% substitusjonsvurdert (MBK, MIK, PAT, IMM). 3 avdelinger er under 50% risikovurdert (MIK, PAT, IMM). Resultatene fra EcoOnline stemmer ikke overens med selvrapporteringen i HMS runden. Dette kan ha sammenheng med kapasiteten i kjemikaliekontakt nettverket for avdelinger med stort kjemikalieforbrukt. Risiko/substitusjons vurderinger skal også gjøres jevnlig og vil "gå ut på dato". Arbeidsgruppen vurderer derfor risikoen til oransje, og ikke gul som indikatorene i underlaget tilsier. Arbeidsmengden kjemikaliekontaktene står ovenfor i kjemikalietunge avdelinger virker uoverkommelig i 100 % stilling i drift. Kjemikalierelaterte HMS avvik er den største underkategorien i Achilles og har den største andelen avvik med moderat til høy risiko. Arbeidsgruppen har vektlagt tallene fra EcoOnline og avvikssystemet. Det er usikkerhet noen steder i klinikken rundt hvordan gravide kan arbeide når de er i kontakt med kjemikalier.

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	HMS verktøy	Ta i bruk AMU Årshjul, med påminning i leder og verne -linje når disse undersøkelsene er aktuelle. Få ut lister over de som ikke har signert, følge disse opp tettere fra AMU.
2	MTU	Vi ser spesielt et prekært behov for oppgraderinger på MTU og bygg på RMF obduksjon. Denne saken skal løftes til sentralt AMU.
3	Ergonomi og fysisk helse	Fortsette arbeidet med å øke graden av helsemotivatorer i klinikken (mål om 50 i løpet av 2024). Oppfordre til å invitere bedriftsfysioterapeutene der hvor det er problematikk med ergonomi. AU til AMU følger opp at de enhetene som svarer "ikke i det hele tatt" på indikatorene om ergonomi får satt inn nødvendige tiltak
4	Arbeidsbelastning	Ønsker å se på arbeidstidsplanlegging, forsvarlighetsvurdering av turnus og bemanningsplaner i utvalgte seksjoner.
5	Kjemikalievern	Klinikken er i gang med et arbeid for å organisere kjemikaliekontakt nettverket og følger opp at avdelingene når sine mål om registrering av kjemikalier 60 % risikovurderinger 60% og kartlegging av situasjonen med substusjonsvurderinger i løpet av 2024. Oppfølging av kjemikaliekontaktene fra kvalitet, med faglig bistand fra ARB.

3.8 Kreftklinikken (KRE)

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Det meldes lite fra instituttet som har tungvint tilgang til Achilles. KRE ligger fremdeles lavt på mange indikatorer. Andel verneområder som har gjennomført HMS runde har gått ned.	Achilles som tema var på listen i fjor - Skulle vært på ledersamling i februar 2022 - Settes opp på nytt.
Medvirkning		Medvirkning fortsatt svært viktig. Instituttet - tilgang til Achilles? Representasjon i dialogmøter for vernetjeneste på avdelingsnivå bør utvides	Endringsledelse som tema på ledersamling. Representasjon i dialogmøter for vernetjeneste på avdelingsnivå.
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		Hvilke verktøy er mest hensiktsmessig? Feil fokus i HMS rapportering?	Tilbakemelding fra avd. om bruk av tavlemøter og grønne korset. HR enkel kartlegging. Indikator grønne korset/ tavlemøter, ikke alle som har behov. Arbeidsmiljøavdelingen følger opp.
Arbeidsbelastning		Eget prosjekt for LIS legene med VT, arbeidsgiver og TV. Større forskjeller i sykefraværet. Men totalfravær er gått ned.	K-AMU har gjennomgang av de som peker seg ut ifht arbeidsbelastning.
Sosial støtte		Kre ligger høyt - men - Hvordan fange opp at noen sliter? Bruk av kollegastøtte? Veiledere på arbeidsmiljøseminar? Gruppen som ser på LIS leger?	Tema på utvidet ledermøte. HR tar kontakt - forslag - Tone Skaali.
Psykologisk trygghet		Bedring fra i fjor. Tiltak - tema på samlinger - har muligens virket	0

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Konflikt		En seksjon ligger litt under snittet. Ellers likt eller bedre.	HR ta kontakt med leder
Trakassering		Det skilles ikke mellom pasient kontakt eller ikke - dette forårsaker forskjeller mellom enhetene. KRE ligger godt an.	
Luftkvalitet		Uendret fra i fjor. Flytting vil bedre forholdene betydelig. Skifte av filter til lamell? Rensing av kanaler i forskningsbygget.	
Støy		Lamell 4 vil fortsette å påvirke. Ellers bedring. Forsøksdyrene blir stresset og spiser barna sine.	Øke avl
Lysforhold		Gode lysforhold	
Ergonomi og fysisk helse		AKB rapporterer om mest helseplager/muskel/skjelett via HMS rundene.	HR. Kontakte nye avdelingsledere om ergonomikontakter

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Vold og trusler		Lavt på risikovurdering og opplæring. Det finnes lokale prosjekter. KRE ligger lavest av alle klinikkene på risikovurdering	Mer opplæring? HR undersøke om mange har gjennomført elæringskurs. Ta opp i lederlinjen
Inkluderende arbeidsliv (IA)		Liten bruk av bedriftsjordmor, ingen akan avtaler. Info om bedriftsjordmor trengs.- Sykefravær gått litt ned, men fortsatt langt over før pandemien. Er det tatt opp med Nybygg/nye RAD behov for HC parkering?	Info om bedriftsjordmor - på intranett og forskernett. Ta opp i lederlinjen.
Kjemikalievern		Instituttet gode tall. Avdelingene ellers? Perasafe? Formalin?	Ta opp risikovurdering og substitusjonsbehandling i linjen
Smittevern		Oppfordre til kikhostevaksine hvert 5 år. Informasjon fra BHT	Informasjon i linjen. Lage sak til intranettet
Strålevern			
Brannvern		Lav gjennomføringsprosent på kurs og øvelse	Ta opp i lederlinjen
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Mye utdatert utstyr	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Ytre miljø		Finnes det sorteringssystemer på sengepostene? Plastsmart sykehus?	

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Arbeidsbelastning	Sykefravær og turnover har økt. Enkeltavdelinger har høy turnover og overtid. Hva ligger bak tallene? Hvorfor sliter jobben så mye på de ansatte? Se på utvikling over tid. Blodsykdommer? LIS legene?
2	HMS verktøy	Kre ligger lavt på gjennomførte HMS runder - meldefrekvens og åpenrate. Noe bedring fra i fjor. Registreringen? E-læring?
3	Vold og trusler	Vedvarende utfordring som klinikken jobber med. Mangler risikovurderinger. KRE ligger lavt. (Melding om risikovurdering er kommet sent)
4	Brann	Kre ligger lavt på gjennomføring av kurs og opplæring

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Arbeidsbelastning	Eget prosjekt for Lis legene. Fortsette oppfølging i KAMU av tema fra 2022/2023
2	HMS verktøy	Tema på ledersamling. Opplæring i Achilles for ledere. Tilganger for HR til Achilles
3	Vold og trusler	Ta opp som ledermøtesak. Påse at risikovurderinger gjennomføres.
4	Brannvern	Opplæring i brannvern i nytt bygg. Ta opp x flere i lederlinjen. Kan måles Ansvar - HR - rapportere til KAMU

3.9 Klinikk for radiologi og nukleærmedisin (KRN)

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		KRN har jobbet systematisk og grundig med HMS i året som har gått. Fokuset har vært på saksbehandling i avvik, opplæring og bevisstgjøring i fora som KAMU, klinikkledermøtet og individuelt. Videre fortsatt oppfølging mot frister.	Fortsetter prosessen videre.
Medvirkning		De ansattes opplevelse er lik fra foregående år. Individuelt oppleves ikke alltid god involvering. Organisatorisk ligger alle forhold til rette de fleste plasser. Derfor velger vi å summere tema til gult. 69 % oppga i ForBedring at de hadde gjennomført utviklings-/medarbeidersamtale, Ønsker å forbedre dette. Kan vi gi de ansatte bedre følelse av nytteverdi fra denne samtalen?	Fokus på at medarbeidersamtaler skal gjennomføres (masing). Tema om nytteverdi/suksesshistorier for lederne. Hvordan gjøre samtalene gode? Veiledere i klinikk oppdaterer sin opplæring ref. eHåndbok ID 2372
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		KRN opplever ikke at Tavlemøter og Grønne korset passer inn mot egen drift, selv om de har tilsvarende løsninger de fleste steder. Gruppen ser derfor litt bort fra disse indikatorene og velger temafargen gult.	
Arbeidsbelastning		Klinikken sliter med høyere sykefravær enn fra før COVID, samtidig oppleves det vanskelig å fylle ledige stillinger i enkelte seksjoner. Opplæring er tidkrevende og gjør det utfordrende med korttidsvikariater. Har startet eget arbeid med sykefravær høsten 2023 som vi håper vil gi resultater i 2024.	Tiltak til neste år, styrke bufferfaktorene sosial støtte og autonomi. Sosial støtte deles inn i emosjonell støtte, Instrumentell støtte, informativ støtte og evalueringstøtte. Informasjon for klinikkledermøtet om kollegastøtte - nytteverdi utover spesifikke store hendelser. Invitere inn BHT/Ullevål radiografi.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Sosial støtte		Enkeltavdelinger i klinikken opplever større utfordringer i år enn tidligere. Klinikken som helhet opplever god sosial støtte blant våre ansatte.	
Psykologisk trygghet		Ganske like resultater fra tidligere år. Kan sees i sammenheng med sosial støtte.	
Konflikt		Vi har kjente og synlige konflikter det jobbes med. Vi ser nytteverdien i å diskutere om vi har noen felles trekk ved konfliktene på klinikknivå.	Gjennomføre gruppearbeid på lederseminar der lederne utfordres på følgende: Er det spesifikke/gjentagende forhold ved klinikken som bidrar til konflikter (F.eks. uklare ansvarsforhold, rollekonflikter)
Trakassering		Så lenge noen av våre ansatte har opplevd eller blitt utsatt for seksuell trakassering mener vi at dette tema ligger på gult nivå.	
Luftkvalitet		De med dårligst skår på luftkvalitet er nesten alle lokalisert på Ullevål. Her har det i flere år vært store problemer med ventilasjonsanlegget, som byttes nå i 2023. Prosessen er ikke ferdig høsten. NUM på RAD har hatt problemer med temperaturregulering, dårlig luft og ventilasjonsanlegget. KRN har generelt trange arealer på RH.	
Støy		Det oppleves mye bakgrunnsstøy i våre miljøer med mye teknologi og dur. Vi har også byggeprosjekter som nå går inn i faser med støy og forstyrrelser. I fjor ønsket vi å få med punkt i kravspesifikasjoner MTU rundt støy. Dette har vi ikke kommet i mål med, ønsker derfor å videreføre tiltaket. Dette for å muliggjøre god kommunikasjon	Sikre at støy er tilstrebent under 60 dB inne på lab ved bruk som en del av kravspek ved innkjøp av nytt MTU Teste støykansellerende hodetelefoner som kan kombineres med diktering i Sectra.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
		underveis i undersøkelser. Se på samarbeid med MTA som har et lignende tiltak.	
Lysforhold		Mange demonstrasjonsrom blir benyttet til heldags granskningsplasser pga plassforhold. Demorum har ikke vinduer. I gammel bygningsmasse har ikke radiologi tradisjonelt sett fått prioritet mot vindusvegger. Ved ombygginger prøver man å kompensere noe ved å installere lysvindu, uten at dette er en fullgod erstatning. Tilgang på dagslys og utsyn har hatt bra fokus i byggeprosjektene.	
Ergonomi og fysisk helse		Oppfordrer avdelingene til å holde fokus på helsemotivatorer, forflytningsveiledere og kontinuerlig opplæring for å forebygge muskel-/skjelettskader.	Oppfordrer avdelingene til å holde fokus på helsemotivatorer, forflytningsveiledere og kontinuerlig opplæring for å forebygge muskel-/skjelettskader. Tiltak rettet mot Radiologgruppene - opplæring innstilling kontorstolen og kontorergonomi generelt, utdanne egne helsemotivatorer på hvert hus.
Vold og trusler		Vi ser at de med høyest svarprosent på opplevd utsatt for vold og trusler har ikke nødvendigvis fullført risikovurderingen. De har hatt oppfølging under ForBedringsprosessen. Vi er fornøyd med en av de høyeste gjennomføringsprosentene på risikovurderingen. De med høyest risiko bør også følges opp og oppdatere skjemaet hvert 2-3 år.	De som ikke har svart ut risikovurderingen om vold og trusler må følges opp videre så de får gjort ferdig denne. Status følges opp på husmøter/klinikkledermøtet januar/februar. Deretter individuell oppfølging avtales med HR/KHVO
Inkluderende arbeidsliv (IA)		Oppryddingsarbeid i turnuser i klinikken, risikovurdere mot helsefremmende turnus. Klinikken bruker mye individuelle tilretteleggingsavtaler, og jobber mye med hvor grensene går for at man ikke kan tilrettelegge for flere. Lederne skal dokumentere alle avtaler. KRN har ingen aktive AKAN-avtaler i dag noe som er frivillig, selv	Lederne må skaffe oversikt over alle tilretteleggingsavtaler (arbeidstider, sykefravær, arbeidssted/-oppgaver etc) og rapportere antall av hver type til klinikken. Lederne må sikre at alle avtalene er dokumentert.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
		om det jobbes en del med henvendelser fra ledere osv. Vi har lav deltagelse i Bedriftsjordmorordningen, på tross av mye informasjonsarbeid. Igjen er dette frivillig å delta i. Tar opp tema på Verneombudsmøte og lederne for informasjon og bevisstgjøring. Klinikken sliter med høyere sykefravær enn fra før COVID, samtidig oppleves det vanskelig å fylle ledige stillinger i enkelte seksjoner. Opplæring er tidkrevende og gjør det utfordrende med korttidsvikariater. Har startet eget arbeid med sykefravær høsten 2023, som vi håper vil gi resultater i 2024.	Informere om bedriftsjordmorordningen til verneombudene og lederne.
Kjemikalievern		KRN har gjort mye bra over flere år nå. Klinikken kjemikaliekontakt har fått samlet kontaktene og de som gruppe har gjort et godt stykke arbeid med risikovurdering og substitusjonsvurderinger. Noe arbeid gjenstår, men denne prosessen er godt i gang.	
Smittevern		KRN har en høy risiko for smitte, men har også meget høy bevissthet rundt smittevernsarbeid.	
Strålevern		Flere ansatte har etter nye dosimetre opplevd høyere årsdoser. Alle er informert om dosene. Seksjonene har diskutert arbeidsteknikk ol. Alle ansatte har eget verneutstyr samt blybriller som benyttes. Dermed blir resultatet i grønn sone. Klinikken velger derfor å vurdere grønn.	
Brannvern		Klinikken kan bli flinkere på å følge opp at de ansatte gjennomfører kurs i Kompetanseportalen, inkludert Brannvern. Brannvernsøvelser har vi altfor lite av. Diskutere i klinikkledermøte hvordan vi kan få høyere gjennomføringsgrad. Årets tall har blitt lavere enn	Diskutere i klinikkledermøte hvordan vi kan få høyere gjennomføringsgrad på brannvernkurs og brannvernøvelser.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
		tidligere år, dette er tall tatt fra Kompetanseportalen til forskjell fra tidligere år.	
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Som en tung MTU klinikk skårer vi dårligst på ettersyn og vedlikehold av MTU. Dette sees i lys av at dette er vårt hoved arbeidsverktøy i hverdagen, men vi er helt avhengig av budsjettprosesser pga kostnadsbildet. Under tema Støy har vi lagt inn tiltak for støykrav ved kjøp av MTU. Vi markerer tema med gul farge for å belyse at MTU-parken nå kun skiftes ut ved havari, og det er ikke en god måte å drifte effektiv radiologi på. Klinikken har ikke kontroll over hvilke midler vi blir tildelt, og derfor liten påvirkning på dette, utover det arbeid vi allerede for å belyse vårt behov for planlagt og stabil utskifting av MTU.	
Ytre miljø		Avfallssorteringen blir nok ikke bedre før det finnes mottakssystem for dette innad i OUS. De aktuelle avdelingene samler inn og leverer kontrastrester i en returordning til leverandør.	

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Fysisk arbeidsmiljø (Luftkvalitet, Støy og lysforhold)	På Ullevål er det mange som rapporterer dårlig luftkvalitet. Det monteres nytt ventilasjonsanlegg i bygg som skal være ferdigstilt høst 2023. Det er meldt dårlig luft ved NUM RA. Støymålinger på CT viser vanskelig å føre samtale på enkelte MTU under skanning.
2	Arbeidsbelastning	Klinikken sliter med høyere sykefravær enn fra før COVID, samtidig oppleves det vanskelig å fylle ledige stillinger i enkelte seksjoner. Opplæring er tidkrevende og gjør det utfordrende med korttidsvikariater. Har startet eget arbeid med sykefravær høsten 2023, som vi håper vil gi resultater i 2024.
3	Konflikt	Vi har kjente og synlige konflikter det jobbes med. Vi ser nytteverdien i å diskutere om vi har noen felles trekk ved konfliktene på klinikknivå.
4	Inkluderende arbeidsliv	Oppryddingsarbeid i turnuser i klinikken, risikovurdere mot helsefremmende turnus. Klinikken bruker mye individuelle tilretteleggingsavtaler, og jobber mye med hvor grensene går for at man ikke kan tilrettelegge for flere. Dokumentere alle avtaler. KRN har ingen aktive AKAN-avtaler i dag noe som er frivillig, selv om det jobbes en del med henvendelser fra ledere osv. Vi har lav deltagelse i Bedriftsjordmorordningen, på tross av mye informasjonsarbeid. Igjen er dette frivillig å delta i. Tar opp tema på Verneombudsmøte og lederne for informasjon og bevisstgjøring. Klinikken sliter med høyere sykefravær enn fra før COVID, samtidig oppleves det vanskelig å fylle ledige stillinger i enkelte seksjoner. Opplæring er tidkrevende og gjør det utfordrende med korttidsvikariater. Har startet eget arbeid med sykefravær høsten 2023 som vi håper vil gi resultater i 2024.
5	Brannvern	Klinikken kan bli flinkere på å følge opp at de ansatte gjennomfører kurs i Kompetanseportalen, inkludert Brannvern. Brannvernsøvelser har vi altfor lite av. Diskutere i klinikkledermøte hvordan vi kan få høyere gjennomføringsgrad. Årets tall har blitt lavere enn tidligere år, dette er tall tatt fra Kompetanseportalen til forskjell fra tidligere år.

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Konflikt	Gjennomføre gruppearbeid på lederseminar (inkl. Lokale TV/VO) der deltagerne utfordres på følgende: Er det spesifikke/gjentagende forhold ved klinikken som bidrar til konflikter (F.eks. uklare ansvarsforhold, rollekonflikter)
2	Fokus/informasjon	<ul style="list-style-type: none"> * Fokus på at medarbeidersamtaler skal gjennomføres. Tema om nytteverdi/suksesshistorier for lederne. Hvordan gjøre samtalene gode? Veiledere i klinikk oppdaterer sin opplæring ref. eHåndbok ID 2372 * Informasjon for klinikkledermøtet om kollegastøtte - nytteverdi utover spesifikke store hendelser. Invitere inn BHT/Ullevål radiografi. * Oppfordrer avdelingene til å holde fokus på helsemotivatorer, forflytningsveiledere og kontinuerlig opplæring for å forebygge muskel-/skjelettskader. * Informere om bedriftsjordmorordningen til verneombudene og lederne. * Diskutere i klinikkledermøte hvordan vi kan få høyere gjennomføringsgrad på brannvernkurs og brannvernøvelser. * Status risikovurdering vold og trusler følges opp på husmøter/klinikkledermøtet januar/februar.
3	Oppfølging/Dokumentasjon	<ul style="list-style-type: none"> * Tiltak rettet mot Radiologgruppen alle hus - opplæring innstilling kontorstolen og kontorergonomi generelt, utdanne egne helsemotivatorer på hvert hus. * De som ikke har svart ut risikovurderingen om vold og trusler må følges opp videre så de får gjort ferdig denne. Status følges opp på husmøter/klinikkledermøtet januar/februar. Deretter individuell oppfølging avtales med HR/KHVO * Skaffe oversikt over alle tilretteleggingsavtaler (arbeidstider, sykefravær, arbeidssted/-oppgaver etc) i klinikken. Sikre at alle avtalene er dokumentert.
4	Støy	<p>Sikre at støy er tilstrebent under 60 dB inne på lab ved bruk som en del av kravspek ved innkjøp av nytt MTU</p> <p>Teste støykansellerende hodetelefoner som kan kombineres med diktering i Sectra.</p>

3.10 Kvinneklubben (KVI)

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Alle HMS runder er gjennomført, men ikke innenfor tidsfrist	Dato for signering i systemet må forenkles
Medvirkning		Stadig tilbakemeldinger fra ansatte og TV/VO om manglende medvirkning i prosjekter/ prosesser	Informasjonsdeling, deltagelse i prosjektgrupper / prosesser
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		Svar fra ansatte i klinikk scorer rødt på tema om at de utfører arbeidsoppgaver de mener kan utføres på annen måte	Oppgaveglidning mellom yrkesgrupper? Kan noen oppgaver tas bort? Kan oppgaver utføres på en annen måte? Bruke metodikk for kontinuerlig forbedring: kartlegge oppgaver og flyten i oppgavene
Arbeidsbelastning		Ansatte beskriver utmattelse og slitasje	Kontroll på bruk av ekstravakt og overtid/ fordele på ansatte. Stressmestringstiltak, se på fordeling av oppgaver/ oppgaveglidning,
Sosial støtte			
Psykologisk trygghet			

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Konflikt			
Trakassering			
Luftkvalitet			
Støy		Prosjekt ørepropper er gjennomført og implementert ved fødeavd.	
Lysforhold			
Ergonomi og fysisk helse		Pasientheis ved gyn pol og sengepost er anskaffet	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Vold og trusler			
Inkluderende arbeidsliv (IA)		God kjennskap til retningslinjer men høyt fravær	Økt fokus på IA, bære fravær og nærværarbeid. Systematisk tidlig oppfølging av syke ansatte. Fokus på tilrettelegging ved sykefravær. Forebyggende arbeid mtp psykososialt arbeidsmiljø (kulturbygging)
Kjemikalievern			
Smittevern			
Strålevern			
Brannvern			
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)			

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Ytre miljø			

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Arbeidsbelastning	Ansatte beskriver utmattelse og slitasje. Mange oppgir også at de ikke rekker å ta pause.
2	Medvirkning	Stadig tilbakemeldinger fra ansatte og TV/VO om manglende medvirkning i prosjekter/ prosesser
3	ForBedring	Svar fra ansatte i klinikk scorer rødt på tema om at de utfører arbeidsoppgaver de mener kan utføres på annen måte
4	IA	Ledere har god kjennskap til retningslinjer for sykefravær men likevel sliter klinikken med høyt sykefravær

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Arbeidsbelastning	Kontroll på bruk av ekstravakt og overtid/ fordele på ansatte. Stressmestringstiltak, se på fordeling av oppgaver/ oppgaveglidning,
2	Inkluderende arbeidsliv (IA)	Økt fokus på IA, både fravær og nærværarbeid. Systematisk tidlig oppfølging av syke ansatte. Fokus på tilrettelegging ved sykefravær. Forebyggende arbeid mtp. psykososialt arbeidsmiljø
3	Kontinuerlig forbedring	Bruke metodikk for kontinuerlig forbedring: kartlegge oppgaver og flyten i oppgavene. Kan man jobbe smartere? Kan noen oppgaver tas bort?

3.11 Medisinsk klinikk (MED)

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Gruppen mener det er satt bedre fokus på temaet i AMU.	Fokus på at ledere gjennomfører både HMS-runde og fullfører tilbakemeldingsmøter, samt signering i Achilles. Tas opp som tema på oppfølgingsmøter med avdelingene. Bedre ruting og tid i Amu møtene. Rydde og gjennomgå inaktive verneområder. Oppfordrer ledere, AMU medlemmer og VO til å delta på HMS-grunnopplæring, f.eks. med temaer som psykologisk trygghet, støy , smittevern osv.
Medvirkning		Medvirkning, godt samarbeid og informasjonsflyt.	Fokus på psykologisk trygghet i hele klinikken. Informere og gjøre ansatte kjent med hvilke ressurser som finnes tilgjengelig i OUS ifht HMS-arbeid. Regelmessige møter med tillitsvalgte og verneombud for alle seksjoner for å sikre informasjon og dialog.
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		Ny indikator. Resultatene ligger i grenseland mellom orange og gul. Forbedringsarbeid pågår i alle avdelinger.	Fortsette arbeidet med gode rutiner til ForBedringsarbeid. Oppfordre til å bruke ForBedringsnettverket. Fortsette med 2 ForBedrings agenter i avdelingene.
Arbeidsbelastning		Stramme budsjett og krav til økt effektivitet gir høy arbeidsbelastning og stressymptomer hos ansatte. Klinikken har høy beleggningsprosent, med krevende komplekse pasienter. Klinikken har mange sengeposter og "tunge" pasienter som har behov for fastvakt. Høyt trykk av pasienter som ligger i akuttmottaket til fordeling i klinikken. Høy turnover har sammenheng med høy belastning over tid og for lav grunnbemanning i tillegg til LIS	Fokus på å beholde ansatte for å sikre kompetanse, kontinuitet og stabilitet. Sikre god prosess og riktig oppgaveglidning mellom yrkesgruppene. Sikre gode rutiner, struktur og organisering for å redusere arbeidsbelastningen. BHT utarbeider sjekklister til forsvarlighetsvurdering av turnus. Det må sikres at Vo involveres i turnusprosesser.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
		leger i rotasjon, samt yrkesgrupper som søker kompetanseutvikling.	
Sosial støtte		Det oppleves god psykososial trygghet i klinikken da ForBedringsindikatorne viser høy skår.	Det er viktig med åpenhet rundt alle prosesser. Sikre fagutvikling. Sikre gode rutiner og struktur for debrief og kollegastøtte i alle enheter.
Psykologisk trygghet		Resultatene av Forbedringsindikatorne er i grenseland mellom grønn og gul.	God åpenhetskultur der det er trygt å si i fra. Jobbe med felles forståelse slik at alle ser viktigheten av å ha psykologisk trygghet i alle nivåer.
Konflikt		Samme som i 2022.	Øke forståelsen av indikator for bedre skår.
Trakassering		Indikator er uklar på skille om det er trakassering fra pasient, pårørende eller ansatt.	Nulltoleranse for trakassering i klinikken. God varsle og melde kultur. Fokus på konflikthåndtering på laveste nivå. Sørge for ansatt er kjent med prosedyren.
Luftkvalitet		Generelt gamle bygg med variert luftkvalitet, selv om de fleste arealene er oppusset er det flere som opplever at det ikke er tilfredsstillende luftkvalitet. Flere lokaler har gamle og utette vinduer og det er stor variasjon i temperatur.	Få arbeidsmiljøavdelingen til å utarbeide rapporter for å kartlegge luftkvalitet i lokalene. Optimalisere kvaliteten på luft frem til nye sykehusbygg er ferdige. Reparere utette vindu og ha fokus på akseptabel temperatur.
Støy		Vi er kjent med at det pågår en del byggeprosesser og dette vil bli økende i årene fremover pga bygging av nytt sykehus.	Få arbeidsmiljøavdelingen til å utarbeide rapporter på støy i lokalene. Tilpasse alarmer å MTU. Lukke vindu. Støy øre i de avdelinger med høyt støynivå. Bruke headsett/hørselvern ved administrative oppgaver. Ved

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
			høyt støynivå under byggeprosesser bør det tas kontakt med byggeplasskoordinator eller arealkontakt Heidi Kolstad.
Lysforhold		Mange gamle lyskilder, tiltak er gjort på de plassene som er meldt inn	Arbeidsmiljøavdelingen kan brukes for å utarbeide rapporter på tilfredsstillende lysforhold i de enheter som har behov for det.
Ergonomi og fysisk helse		USANN	Motivere til forflytning- og helsefremmende turnuskurs. Oppmuntre til å ta trappa, sykle til jobb/ gå til jobben, gjøre enkle øvelser som bøy, tøy og strekk. Øke helsemotivatorer i klinikk
Vold og trusler		Klinikken har høyt behov for av fastvakter og vekter, det jobbes med å få MAP instruktør innført i somatikken	Påminne i lederlinjen om prosedyre i e-håndbok om vold og trusler og følge opp seksjoner som har lav score. Fokus om tema i ulike møtefora. Følge opp statusrisikovurdering
Inkluderende arbeidsliv (IA)		Noe bedring i sykefravær, god oppfølging av sykemeldte samt tilretteleggingsbehov	Fortsette med arbeidet med " der skoen trykker", fokus på gode turnuser, implementere sjekklister fra BHT og jobbe for at verneombudene er en aktiv del av turnusprosessen
Kjemikalievern			Sikre nødvendig opplæring for kjemikaliekontakter. Oppdatere elektronisk stoffkartotek og informere om kjemikalievern i ulike møtefora
Smittevern		Få en oversikt over antall influensavaksinerte i klinikken	Sikre at alle ansatte har informasjon om yrkesvaksinasjon ved å bruke ulike møtefora, intranett og epost. Øke antall vaksinasjoner i Medisinsk klinikk. Minne om e-læringsprogram om smittevern

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Strålevern		Få avdelinger i klinikken er utsatt for "stråling"- lite aktuelt for de fleste	
Brannvern		Tall hentet fra kompetanseportalen	Sikre informasjon ut til ledere og ansatte om årlig e-læringskurs samt brannøvelser
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Budsjettmessige utfordringer med investering av nytt MTU- utstyr. Mye gammelt utstyr i Ous	
Ytre miljø		Ansatte ønsker å kildesortere plast - det har vært flere piloter om hva slags type plast vi kan kildesortere	Få bedre kildesortering i seksjonene ved å sortere det som er mulig. Kildesortere batterier etter rett prosedyre,

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Arbeidsbelastning	Stramme budsjett og krav til økt effektivitet gir høy arbeidsbelastning. Mye smitte og behov for fastvakter
2	Ergonomi og fysisk helse	Manglende informasjon om viktigheten av bruk hjelpemidler, ansatte bruker ikke hjelpemidler som fins og at de ikke brukes på rett måte. Viktig med god opplæring
3	Medvirkning	Veldig mange endringsprosesser som pågår samtidig som krever deltagelse av ansatte. Lav deltagelse i ForBedringsundersøkelsen
4	HMS-verktøy	HMS- vernerunde gjennomføres ikke på alle seksjoner, manglende signering i Achilles
5	Brannvern	Lav prosent på gjennomføring av brannøvelse

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Arbeidsbelastning	Fokus på å beholde ansatte for å sikre kompetanse, kontinuitet og stabilitet. Sikre god prosess og riktig oppgaveglidning mellom yrkesgruppene. Sikre gode rutiner, struktur og organisering for å redusere arbeidsbelastningen. Forsvarlighetsvurdering av turnus, det må sikres at VO involveres i turnusprosesser.
2	Ergonomi og fysisk helse	Motivere til kurs i forflytning og risikoreduserende turnus. Oppmuntre til å ta trappa, sykle til jobb/ gå til jobben, gjøre enkle øvelser som bøy, tøy og strekk. Øke antall helsemotivatorer i klinikk.
3	Medvirkning	Fokus på psykologisk trygghet i hele klinikken. Informere og gjøre ansatte kjent med hvilke ressurser som finnes tilgjengelig i OUS ifht HMS-arbeid. Regelmessige møter med tillitsvalgte og verneombud for alle seksjoner for å sikre informasjon og dialog.
4	HMS-verktøy	Fokus på at ledere gjennomfører både HMS-runde og fullfører tilbakemeldingsmøter, samt signering i Achilles. Oppfordre ansatte til å svare på ForBedringsundersøkelsen. Tas opp som tema på oppfølgingsmøter med avdelingene. Bedre organisering med årshjul i AMU. Rydde og gjennomgå inaktive verneområder. Oppfordrer ledere, AMU medlemmer og VO til å delta på HMS-grunnopplæring som gir opplæring i temaer i blant annet psykologisk trygghet, støy, smittevern osv.
5	Brannvern	Sikre informasjon ut til ledere og ansatte om årlig e-læringskurs samt brannøvelser.

3.12 Nevroklinikken (NVR)

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Samme utfordringer som 2022. Vi igangsetter tiltak som vi tror skal ha effekt.	Oppfølging av HMS-runder (signerte/ikke signerte) i august 2024. Ta opp HMS-årsrapport (tiltaksplan) i KAMU.
Medvirkning		Ønsker å rette fokus mot hver enkelt medarbeiders mulighet til å påvirke sin hverdag (medarbeidersamtaler - hva ønsker hver medarbeider å ha fokus på?). Overordnet nivå (omstilling ol) fokus på lederstøtte.	Ønsker å rette fokus mot hver enkelt medarbeiders mulighet til å påvirke sin hverdag (medarbeidersamtaler - hva ønsker hver medarbeider å ha fokus på?). Overordnet nivå (omstilling ol) fokus på lederstøtte.
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		Blir ett av fokusområdene for 2024.	Etableres en "forbedringsgruppe" - en videreføring av klinikkens Achilles-gruppe.
Arbeidsbelastning		Variasjon i klinikken, med enkelte seksjoner som grenser mot rødt nivå.	Følge opp utsatte seksjoner tett. Lokale tiltak (Der skoen trykker- NAV). Organisering av arbeidet (forbedringsarbeid).
Sosial støtte			BHT tar med arbeid om kollegastøtte inn til klinikkens AMU.
Psykologisk trygghet		Bedring fra forrige år.	Kontinuerer fokus på meldekultur og psykologisk trygghet.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Konflikt		Jobbes kontinuerlig med å håndtere kjente konflikter.	Se kommentar.
Trakassering		Klinikken har null-toleranse på trakassering.	Alle ansatte skal være kjent med prosedyren for å melde ifra om trakassering.
Luftkvalitet		Vektes oransje grunnet byggearbeid Nye OUS og rokader.	
Støy		Kommer mer støy knyttet til byggearbeid - Nye OUS	Samle alle forbedringstiltak som ulike enheter lager slik at flere i klinikken kan benytte seg av disse.
Lysforhold			
Ergonomi og fysisk helse			Kartlegge antall forflytningsveileder i klinikken.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Vold og trusler		Alle enheter må gjennomføre risikovurderingsmodulen i Achilles.	Samme som over,
Inkluderende arbeidsliv (IA)		IA-gruppen jobber med tiltak.	
Kjemikalievern		Kjemikaliekontakter meldes inn i Teams-kanal.	
Smittevern		Kontinuere fokus på smittevern.	
Strålevern		Risikoen for å utsettes for skadelig stråling er lav i Nevroklinikken.	Hovedverneombudet snakker med verneombudene angående strålevern i klinikken.
Brannvern		Tall er hentet fra Kompetanseportalen og det er opp til hver ansatt å krysse av på gjennomført kurs.	Fokus på at alle gjennomfører i løpet av 2024
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)			

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Ytre miljø			

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Arbeidsbelastning	Enkelte seksjoner scorer høyt på den samlede punktet arbeidsbelastning i ForBedring.
2	Medvirkning	Ansatte føler ikke de har tilstrekkelig medvirkning i sin arbeidshverdag, samt god nok informasjon i omstillingsprosesser.
3	IA	Økende sykefravær i klinikken.
4	Psykologisk trygghet	
5	Vold og trusler	Ikke alle har fylt ut risikovurderingsmodulen i Achilles.

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Arbeidsbelastning	Følge opp utsatte seksjoner tett. Lokale tiltak (Der skoen trykker- NAV). Organisering av arbeidet (forbedringsarbeid).
2	Medvirkning	Ønsker å rette fokus mot hver enkelt medarbeiders mulighet til å påvirke sin hverdag (medarbeidersamtaler - hva ønsker hver medarbeider å ha fokus på?). Overordnet nivå (omstilling ol) fokus på lederstøtte.
3	IA	IA-gruppen jobber med ulike aspekter til sykefraværsoppfølgingen.
4	Psykologisk trygghet	Fokus på ytringsklima - økt bevissthet i klinikken rundt temaet.
5	Vold og trusler	Alle enheter gjennomfører risikovurderingsmodul i Achilles.

3.13 Ortopedisk klinikk (OPK)

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Til tross for gjentatte oppfordringer om å fylle ut Achilles så er det mange enheter/seksjoner/ledergrupper som ikke har gjennomført dette.	Følge opp at ledere har oppfølgingsmøte etter spørreundersøkelsen. Leder må oppfordre ansatte om å svare på undersøkelsen. HR i klinikk sørger for at ledere kan systemet i Achilles.
Medvirkning		Opplæring av ledere	Sørge for at ledere er kjent med lov og avtaleverk ifbm. medvirkning.
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		Grønne korset	OPK velger å se bort fra denne måten å jobbe på. Er ikke egnet for driften vår.
Arbeidsbelastning		På klinikken er det rapportert høy arbeidsbelastning knyttet til noen områder: Spisepauser Slitasje og utmattelse Klinikken skal ha gode bemanningsplaner som ivaretar aktivitetsbehovet og tar vare på arbeidstakernes helse.	Klinikken må lage en plan på hvordan få til rett oppgavedeling i samarbeid med ledere i linjen i tråd med sykehusets oppdrag og oppgave til rett person. Se på mulighet for et system for kollegastøtte/debrief og veiledning.
Sosial støtte			

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Psykologisk trygghet			
Konflikt			
Trakassering		Det er nulltoleranse på trakassering. Endring i positiv retning.	
Luftkvalitet		Avdeler i OPK har fått nye lokaler. Brakke 97 er kondemnert/revet og Aker er åpnet.	
Støy		Avdekke hvor støyen er og sette inn tiltak deretter.	HR og KHVO sjekker hvor støyen er rapportert.
Lysforhold			

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Ergonomi og fysisk helse		OPK har 10 forflytningsveiledere og dette er tilstrekkelig. Erkjenner at det er orange i år, men vi ser for oss at ny bygning på Aker vil løse noe.	
Vold og trusler		Det ser ut som det i for liten grad gjennomføres risikovurderinger i linjen.	Tiltak må gjøres lokalt iht. eHåndboksprosedyren
Inkluderende arbeidsliv (IA)			
Kjemikalievern		Betydelig nedgang på punktene. Klinikken avventer anbudsrunder på nytt system	Hvis vi får nytt system må det gis opplæring i dette.
Smittevern		Gul score er nære grønt og klinikken jobber godt med temaet	
Strålevern			
Brannvern		Kun 8% har gjennomført brannøvelse. Det må opp. Alle ansatte skal gjennomføre dette innen oktober hvert år. Alle ansatte skal også gjennomføre e-læringskurs "Brannvern ved OUS"	HR i klinikk sender ut påminnelse til ledere om at de må sørge for at brannøvelse og e-læringskurs gjennomføres. Fokus på at dette arbeidet i september hvert år. Lage en plakat som kan henges opp i hele klinikken.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)			
Ytre miljø			

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Brannvern	Kun 8% har gjennomført brannøvelse. Det må opp. Kun 53 % har gjennomført elæringskurs i brannvern OUS
2	Arbeidsbelastning	På klinikken er det rapportert høy arbeidsbelastning knyttet til noen områder: Spisepauser Slitasje og utmattelse
3	HMS-verktøy	Til tross for gjentatte oppfordringer på å fylle ut Achilles så er det mange enheter/seksjoner/ledergrupper som ikke har gjennomført dette.

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Brannvern	Alle ansatte skal gjennomføre brannøvelse og e-læringskurs i brannvern innen oktober hvert år. Leder må sjekke Kompetanseportalen og kjøre rapport. HR i klinikk sender ut påminnelse til ledere om at de må sørge for at dette gjennomføres. HR i klinikk lager en oppskrift på hvordan man kjører slike rapport i Kompetanseportalen. Fokus på dette arbeidet i september hvert år. Lage en plakat som kan henge opp i hele klinikken.
2	Arbeidsbelastning	Klinikken må lage en plan på hvordan få til rett oppgavedeling i samarbeid med ledere i linjen i tråd med sykehusets oppdrag og oppgave til rett person. Tiltak for å beholde ansatte. Se på mulighet for system for kollegastøtte/debrief og veiledning.
3	HMS-verktøy	Følge opp at ledere har oppfølgingsmøter etter spørreundersøkelsen. Ledere må oppfordre ansatte om å svare på undersøkelsen. HR i klinikk sørger for at ledere kan systemet i Achilles

3.14 Oslo sykehuservice (OSS)

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		De fleste gjennomfører HMS runde og tilbakemeldingsmøte etter ForBedring. Men det er varierende kvalitet på dokumentering av arbeidet.	Informasjon om opplæring i forkant opplæring i forkant av HMS runde og ForBedring. Sende ut jevnlig påminnelser før de ulike fristene går ut. Tilby informasjonsmøte med ledere som har behov for det i forkant av ForBedringsundersøkelsen. HMS avvik i AMU og kvalitetsutvalg.
Medvirkning		I OSS har vi en god kultur og system for dialog og samarbeid med verneombud og tillitsvalgte på klinikknivå. Dette ønsker vi skal gjenspeile seg ut i organisasjon. Vi mener det er viktig å legge til rette for bred medvirkning. OSS er rigget for å være på grønt, men vi trenger å få breddet det ut i hele organisasjon.	Opprettholde dialogmøter en gang i uken på klinikknivå. Minne om partssamarbeid på ledersamlingene og oppfordre til å ta med tillitsvalgte og verneombud tidlig i prosesser.
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		Innføring av det grønne korset har vært et tiltak alle foregående år uten at flere har begynt å bruke det. I 2023 har vi hatt en questback hvor vi kartlagt bruk av tavlemøter og det grønne korset. Vi ser bruk av grønne korset har gått litt opp fra i fjor men er fremdeles på rødt. Tavlemøter er mer brukt. Spørsmålet er om dette er riktige verktøy for OSS. De som bruker dette er kjøkken, enheter i renhold og innkjøp og logistikk.	Oppfordre de om bruker tavlemøter i dag om også bruke/prøve ut det grønne korset.
Arbeidsbelastning		Se kommentarer under IA	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Sosial støtte		Ingen endring fra i fjor.	
Psykologisk trygghet			Der det er kjente utfordringer blir dette fulgt opp.
Konflikt		Klinikken ønsker å heve kompetansen på konflikthåndtering hos lederne.	Vi må sørge for at nye ledere blir meldt på lederutviklingsprogrammet.
Trakassering			Gjøre nye varslingsrutinene for OUS kjent i OSS.
Luftkvalitet			
Støy			

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Lysforhold			
Ergonomi og fysisk helse			Få oversikt over Helsemotivatorer og Forflytningsveiledere i OSS.
Vold og trusler			Sende ut informasjon til alle enheter om risikovurdering for vold og trusler. Sende ut lenke til Arbeidsmiljøavdelingen sin introduksjonsfilm om hvordan vi gjennomfører risikovurdering. Minne om at det krysses av i HMS runde modulen om a t risikovurdering er gjort.
Inkluderende arbeidsliv (IA)		OSS har i driftsavdelingene, samt enkelte enheter i AFF, høyt sykefravær. Dette gjelder både kort og langtidsfravær. Videre er det høy gjennomsnittsalder på ansatte i renhold og kjøkken som medfører mer aldersbetinget sykdom. Videre rapporteres det om høyt arbeidspress.	Vi viderefører prosjektet Der skoen trykker. Få oversikt over antall langtidssykemeldte (utover maksdato) for å få en avklaring og tilby lederstøtte til ledere som trenger det. Få oversikt over sykefravær i sammenlignbare bransjer. (SSB) Tilby kurs i kommunikasjon og konflikthåndtering. Opprette IA utvalg i klinikken.
Kjemikalievern			
Smittevern			

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Strålevern			
Brannvern		Vi mener det jobbes godt med brannvern. Men vi må bli flinkere til å dokumentere dette i kompetanseportalen.	
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)			
Ytre miljø		OSS jobber aktivt med reduksjon i energibruk tilsvarende 10-20 mill pr år med dagens priser.	

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Inkluderende arbeidsliv (IA)	OSS har i driftsavdelingene, samt enkelte enheter i AFF, høyt sykefravær. Dette gjelder både kort og langtidsfravær. Videre er det høy gjennomsnittsalder på ansatte i renhold og kjøkken som medfører mer aldersbetinget sykdom. Videre rapporteres det om høyt arbeidspress.

2	HMS-verktøy	De fleste gjennomfører HMS runde og tilbakemeldingsmøte etter ForBedring. Men det er varierende kvalitet på dokumentering av arbeidet.
---	-------------	--

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Inkluderende arbeidsliv (IA)	Vi viderefører prosjektet Der skoen trykker. Få oversikt over antall langtidssykemeldte (utover maksdato) for å få en avklaring og tilby lederstøtte til ledere som trenger det. Få oversikt over sykefravær i sammenlignbare bransjer. (SSB) Tilby kurs i kommunikasjon og konflikthåndtering. Opprette IA utvalg i klinikken.
2	HMS-verktøy	Informasjon om opplæring i forkant opplæring i forkant av HMS runde og ForBedring. Sende ut jevnlig påminnelser før de ulike fristene går ut. Tilby informasjonsmøte med ledere som har behov for det i forkant av ForBedringsundersøkelsen. HMS avvik i AMU og kvalitetsutvalg.
3	Medvirkning	Opprettholde dialogmøter en gang i uken på klinikknivå. Minne om partssamarbeid på ledersamlingene og oppfordre til å ta med tillitsvalgte og verneombud tidlig i prosesser.

3.15 Klinikk for psykisk helse og avhengighet (PHA)

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Den lave svarprosenten viser en økende utfordring i klinikken når det gjelder arbeidet med systematisk HMS-arbeid. Det fører også til at indikatorene i arbeidet med HMS-årsrapport er mangelfulle og ikke viser et korrekt bilde av status. At systematisk, forebyggende HMS-arbeid nedprioriteres er spesielt bekymringsfullt i en tid med mye omstilling, stort arbeidspress, høyt sykefravær og rekrutteringsutfordringer.	Alle verneområder skal gjennomføre HMS-runde innen fristen i juni. Alle enheter som mottar rapport fra ForBedring skal gjennomgå resultatene med ansatte og iverksette nødvendige forbedringstiltak.
Medvirkning		Alle medvirkningsstrukturer er satt i system og skal fungere. Det er behov for at ledere, TV og VO har en felles forståelse av medvirkning i praksis, på alle nivå i klinikken. Stort arbeidspress og behov for medvirkning knyttet til både omstilling og nye bygg, kan bidra til at ledere og ansatte vegrer seg for å delta i lokale medvirkningsgrupper.	Informasjonsplan skal utarbeides og formidles i alle omstillingsprosesser. Sørge for at ledere, TV og VO har tilstrekkelig kompetanse til å gjennomføre gode omstillingsprosesser. Prioritere budsjettmidler slik at man kan frikjøpe noe ressurser i perioder med stort behov for medvirkning.
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		Nivå 1 har gjennomført en kartlegging knyttet til etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, med fokus på hvordan ledere i sengeposter følger opp uønskede hendelser og risikoforhold. Oppsummering av funn legges fram i ledergruppen på nyåret. Ellers er dette et tema med store variasjoner mellom enhetene i klinikken og må derfor ivaretas lokalt.	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Arbeidsbelastning		<p>Det meldes om økning i henvisninger, både på DPS og BUP. Opplevd arbeidsbelastning varierer og gjelder alle ansattgrupper, men det meldes i større grad enn tidligere om utfordringer i behandlergruppen, både i HMS-avvik, sykefraværsoppfølging og via de som har kjennskap til driften. Det er også enkelte steder rekrutteringsutfordringer og problemer med å skaffe kvalifiserte vikarer.</p> <p>Høyt sykefravær gjelder alle grupper og fører til økt arbeidsbelastning på de som er på jobb.</p>	<p>Påvirke aktivt for å synliggjøre behovet for økte ressurser til psykiatrien.</p> <p>Enheter med svært høy arbeidsbelastning bør kartlegge de faktiske årsakene til belastningen, med formål å vurdere og iverksette tiltak som kan føre til bedring.</p>
Sosial støtte		<p>Svært positivt, en viktig buffer i opplevelsen av høy arbeidsbelastning</p>	
Psykologisk trygghet		<p>Dette er et område med store forskjeller mellom enheter. Det forutsettes at man iverksetter tiltak der det er behov for det. Dette er et viktig område, både for arbeidsmiljø og pasientsikkerhet, det er derfor bekymringsfullt når bare 50% har gjennomført tilbakemeldingsmøter etter ForBedringsundersøkelsen.</p>	
Konflikt		<p>Konflikter oppstår som regel som personkonflikter, faglige uenighet som ender som konflikt eller uenighet og manglende respekt for roller og beslutninger som er fattet.</p> <p>Konflikter følges opp i linja, om nødvendig med bistand fra HR og/eller BHT.</p>	
Trakassering		<p>Det er en utfordring at man ikke skiller mellom trakassering fra pasient og trakassering fra leder/kollega, da disse trenger forskjellig behandling.</p> <p>Uønskede hendelser behandles lokalt, om nødvendig med bistand fra HR og/eller BHT.</p>	<p>Handlingsplan "mangfold, likestilling og inkludering": PHA avventer føringer og kompetansemateriell fra nivå 1. PHA stiller seg positive til å bidra ved behov for pilotering.</p>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Luftkvalitet		Luftkvalitet er en vedvarende utfordring ved flere enheter, p.t er den største utfordringen i bygg 32/35 på Ullevål. Det er også målt utfordringer i temperatur i Gjerdrumsvei. Utfordringer på Mortensrud og bygg 37 på Ullevål er løst i løpet av året.	Det er registrert utfordringer med orden og renhold i flere HMS-runder. Dette er forhold som kan bedres lokalt og i dialog med de som har ansvaret for daglig renhold. I tillegg må det vurderes om det er behov for hovedrengjøring. Mulighet for solskjerming vurderes, i lokaler som ikke har dette.
Støy		Støy er knyttet til utagerende pasienter i lokaler som ikke er tilpasset dette. Bruk av ørepropper/hørselvern anbefales, der driften gjør dette mulig.	
Lysforhold			
Ergonomi og fysisk helse		Fysiske utfordringer knyttes til utageringssituasjoner, vold og alarmutrykning. Ansatte kan i liten grad skjermes for pasienten som er primæroppgaven og driften pågår blant fysisk oppegående pasienter. I situasjoner må alle bidra for å sikre egen og kollegaers sikkerhet. Dette gir manglende tilretteleggingsmuligheter, noe som på enkelte steder kan påvirke sykefraværet.	Avdelinger/seksjoner bør vurdere om de kan ha nytte av kompetanse fra en helsemotivator. Denne kan bistå enhetene i å øke fokus og iverksette tiltak på forebygging av muskel og skjelett plager og andre fysiske belastninger som bl.a. fører til økt sykefravær.
Vold og trusler		Det er en utfordring å få alle enheter til å gjennomgå og oppdatere sin risikovurdering og risikoreduserende tiltak minst en gang i året. Dette reduserer klinikkens sikkerhetsnivå og øker risikoen for skader og evnen til å håndtere uønskede hendelser. Det er utfordrende å prioritere tid til opplæring og trening. Som forventet, ser man at dagens opplegg ikke er	Verneutstyr og alarm ved ambulerende tjeneste. Implementere tiltak som vi vet kommer i oppdrag og bestilling for 2024, spesifiseres når det mottas. Implementere føringer fra Helsedirektoratet på oppfølging av ansatte etter hendelser/trusler/vold. HR-rådgiver er sertifisert til å bistå mindre enheter i innføring av MAP. Delta i forum og samarbeid med andre virksomheter, slik

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
		<p>tilstrekkelig for de enhetene som har de mest voldskrevende pasientene. Her må det vurderes andre virkemidler i samarbeid med de som har ansvar for pasientbehandlingen.</p> <p>OUS/ PHA har ikke tilstrekkelige ressurser med kompetanse til å bistå og støtte ledere i oppfølging av ansatte etter hendelser knyttet til trusler og vold.</p>	<p>at forskning og ny kunnskap kan brukes til å forbedre ansattes sikkerhet.</p>
Inkluderende arbeidsliv (IA)		<p>Dette er et område som omfatter så forskjellige tema, at det er vanskelig å gjøre en felles vurdering. Punkt 1 er omtalt tidligere. Vi vurderer at punkt 2 og 4 er det viktigst å vektlegge her.</p>	
Kjemikalievern		<p>De tre første punktene er lite relevante i PHA. Da klinikken i hovedsak har vaskemidler, kan det bli lite fokus på hvilke skadevirkning disse kan ha dersom pasienter får tilgang til dem og f.eks. drikker det. Det er en risiko for at ansatte ikke vet hva de skal gjøre i en slik situasjon.</p>	<p>Oppdatere kjemikalieoversikten. Minne om gjeldende prosedyre og viktigheten av at vaskepersonalet har tilstrekkelig kunnskap om tilgang til vaskemidler..</p>
Smittevern			
Strålevern			
Brannvern		<p>Brann er en risikofaktor som kan gi store konsekvenser hvis det skjer. PHA har en ekstra risiko knyttet til pasienter. Det er derfor ikke godt nok at 42% har gjennomført obligatorisk e-læringskurs og bare 9% har gjennomført obligatorisk årlig brannøvelse. Årlig sjekk av brann/ slukkeutstyr gjøres av OSS.</p>	<p>Leder skal legge til rette for og påse at alle ansatte gjennomfører e-læringskurset i 2024. Følges opp som sak i KAMU på første møte etter sommerferien. Brannøvelser prioriteres på døgnavdelingen, leder ber om nødvendig bistand fra OSS ved behov, slik at man kan gjennomføre iht. retningslinjene ved OUS.</p>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
		Det er lite ressurser avsatt til praktisk brannvern ved OUS, dette er helt nødvendig bistand hvis ledere skal kunne ta ansvar for dette.	
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)			
Ytre miljø		PHA har 40 biler, hvorav 39 er leaset. 25 er elektriske og 4 er hybrid som stort sett kjøres elektrisk i Osloområdet. Man anser derfor at målet om 75% er nådd. Klinikken har for stort matsvinn.	Leder for kjøkkenavdelingen ved OUS er invitert til å redegjøre for utfordringer og forbedringsmuligheter i klinikkens ledergruppe, så snart som mulig.

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Trusler og vold	Klinikken har ikke nådd måltallet for systematisk vedlikehold av risikovurderinger og gjennomføring av risikoreducerende tiltak. Det meldes om manglende tid og tilgjengelig personale til å gjennomføre nødvendig opplæring og trening. Mangler tilgjengelige ressurser med kompetanse til å bistå leder med oppfølging av ansatte etter hendelser. Behov for andre virkemidler for ytterligere risikoreduksjon på enheter i risikogruppe 4 og 5, i tillegg til det man allerede har.

2	Arbeidsbelastning	<p>Årsaken til opplevd økt arbeidsbelastning er varierende og har flere forskjellige årsaker, bl.a;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enhetsledere opplever å ha for mange oppgaver og for mye å gjøre, i den grad at det går ut over tid til å organisere og lede. - Stor økning i henvisninger, særlig ved DPS og BUP. - Høy emosjonell belastning av forskjellige årsaker, knyttet til pasientbehandling. - Høyt sykefravær er både en årsak og en konsekvens, utfordringer med å få faglig kvalifiserte vikarer. - Turnover og utfordringer med å rekruttere tilstrekkelig fagkompetanse. - Opplevelse av at pasientgruppen endrer seg og krever mer enn tidligere, både fysisk og emosjonelt. - Medvirkning i prosjekter og arbeidsgrupper, skal utføres i tillegg til vanlig drift.
3	Medvirkning	<p>Stor arbeidsbelastning og mange medvirkningsarenaer knyttet til omstilling og nye bygg, kan bidra til at både ledere og ansatte vegrer seg for å delta i lokale medvirkningsgrupper.</p> <p>Behov for at ledere, VO og tillitsvalgte i klinikken har en felles forståelse av hva medvirkning betyr på forskjellige arenaer og prosesser.</p>
4	Brannvern	<p>Manglende prioritering av e-læringskurs og gjennomføring av obligatorisk årlig brannøvelse.</p>
5	Egnede lokaler	<p>Mange kjente utfordringer på flere av lokalitetene, luft, støy, lokaler lite egnet til driften, slitasje og lang ventetid på vedlikehold og nødvendig oppgradering.</p>

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Trusler og vold	Vedtatte forebyggende sikkerhetstiltak må gjennomføres og følges opp i daglig drift, konkretiseres når føringer foreligger i oppdrag og bestilling for 2024. Systematisk og god oppfølging av ansatte etter alvorlige hendelser, konkretiseres når retningslinjer fra Helsedirektoratet foreligger. Utarbeide opplegg og iverksette en pilot i tråd med "pasientsikkerhetsvisitter" Utrede bruk av verneutstyr, både på sengepost og ved ambulerende tjeneste.
2	Arbeidsbelastning	Påvirke aktivt for å synliggjøre behovet for økte ressurser til psykiatrien. Enheter med vedvarende høy arbeidsbelastning bør kartlegge og identifisere de faktiske årsakene til belastningen, med formål å vurdere og iverksette tiltak som kan føre til bedring.
3	Medvirkning	Tema medvirkning skal gjennomgås av ledere, VO og TV i alle seksjonsforum e.l. i løpet av første halvår 2024. Prioritere budsjettmidler slik at man kan frikjøpe noe ressurser i perioder med stort behov for medvirkning.
4	Brannvern	Brannøvelse på døgnenheter og i spesielt utsatte bygg prioriteres. Alle skal gjennomføre e-læringskurs og sjekkliste brannvern - følges opp i KAMU første møte etter sommerferien.
5	Egnede lokaler	Når det oppstår problemer knyttet til lokaler, skal disse fortløpende meldes til Oslo Sykehusservice. Det er vesentlig at det dokumenteres hvilke konsekvenser lokalene gir, både for pasienter og ansatte.

3.16 Prehospital klinikk (PRE)

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Det er feil i rapportering i forhold til antall gjennomført HMS runder. Scoren er bedre enn rapporten viser. Tema er endret fra oransje til grønn. Begrunnelse er blant annet at vi har endret fargekode i positiv retning er bedre oppfølging av HMS arbeid, systematisk oppfølging av innmeldte HMS avvik og resultater av HMS runder i KAMU. KAMU fikk statusrapport (2022) med oversikt over antall avvik registrert med kvantitative data som var brukt til å måle H verdien, åpen raten, forskjell på meldeprosent på de ulike seksjoner og til å lage årsaksanalyse. Resultatene fra avviksrapporten (2023) legges fram for KAMU i første kvartal i 2024. Det har vært mye fokus på å synliggjøre utvikling av HMS arbeid. HMS rådgiver fortsetter med HMS nyhetsbrev til å informere om HMS arbeid.	Oppdatering av HMS årshjul (eHåndboksID: 146106) for kommende periode på intranettet med forslagene i HMS årsrapport. Fortsatt med oppfølgings av tidligere tiltak fra HMS runder. Uønskede hendelser må så langt som mulig forebygges gjennom god planlegging. Ferdigstilt avviksprosedyre for klinikken. Tilpass skjemaet/sjekkliste for kjøretøyets HMS-runden.
Medvirkning		Klinikken har skåret lavt på medvirkning gjennom mange år. Klinikken skal fortsette med å følge opp tema lokalt gjennom arbeidet med ForBedring på hver seksjon. Ansatte skal oppfordres til å melde avvik på medvirkning. Tema medvirkning må sees i sammenheng med psykologisk trygghet.	Klinikken skal iverksettes lokale tiltak. Bruk av handlingsplan (medvirkning) og strategi plan (punkt 2) som verktøy for forbedring i 2024. Tiltakene skal evalueres undervis gjennom HMS årshjul/KAMU. Spesifikk oppfølging av enheter som skårer lavt. Oppfordre ledere og ansatte til å ta relaterte kurs. Sørg for ansettes medvirkning i ulike prosesser i alle nivåer. Bedre informasjonsflyt spesielt viktig siden vi jobber spredt over flere lokasjoner. Klinikken skal bruke de 12 prinsippene for medvirkning i omstilling (ID: dok 47205).

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		Tavlemøter brukes ikke i klinikken, vurderes ikke hensiktsmessig. Fortsatt leveres AML status til KAMU. Vurdering av risiko for nye prosjekter basert på HMS risikovurderingsmetoder. Klinikken fortsetter jobber systematisk med evaluering via rapportering/risikovurdering. Alle seksjoner jobber kontinuerlig med styring av bemanningsplan og sørger for helsefremmende turnus. Over jul skal klinikken bruk skadedata til å utarbeide ROS analyse som skal brukes i forebygging arbeid. Målsettingen i PRE er å få ned antall ulykker og få økt personskaderapportering. Fortsetter med å oppfordre medarbeidere til å fortsette å melde uheldige hendelser i Achilles.	Tavlemøter brukes ikke i klinikken, men det bør finnes alternative metoder for daglig risikostyring. Hver avdeling utreder hva som er hensiktsmessig risikostyring. Systematisk oppfølging og evaluering av risiko og hvordan kan utvikling forbedres ytterligere med fokus på informasjonsflyt og fysiske møtearenaer. Gjennomgang av Achilles på møter. Fokus på at ansatte skriver avvik på nesten uhell. Lage standardisering sjekklister for forsvarlighet evaluering av turnus. HMS rådgiver sørger for å gjennomføre system for HMS revisjoner på avdelings og seksjoner.
Arbeidsbelastning		Fortsatt utfordringer på sykefraværet og stor arbeidsbelastning og for liten medvirkning og involvering. Pauseavvikling er en av de største underkategoriene i Achilles. Det er opprettet arbeidsgruppe på seksjoner/avdelinger som har en høyere arbeidsbelastning pga pause. De meldte HMS hendelsene i Achilles skal fortsatt brukes til å få bilde om faktorene som er utfordringene innen arbeidsbelastning. For sykefraværet se punkt om sykefraværet under IA.	KAMU gjennomgå arbeidsbelastningsindikatorer for å finne tiltak og lager årsaker/sammenhenger analyser. Avdeling lager en gode planer for faktorer som påvirker arbeidsbelastningen og kartlegge arbeidsmiljøfaktorer som har sammenheng med arbeidsbelastning områder. Ha HMS inn i beredskapsplaner.
Sosial støtte		Scoren er god for teamarbeidsklima og støtte fra kollegaer.	Klinikken skal fortsatt finne forbedringspotensial for opplevd lederatferd. Mer fokus på det psykososiale arbeidsmiljøet.
Psykologisk trygghet		Det har vært en liten forbedring fra forrige år. EFOK skal fortsatt brukes aktivt i forhold til å motvirke psykiske belastninger. Fortsette å oppfordre ansatte til å melde avvik og følge opp avvik på en involverende måte slik at ansatte opplever psykologisk trygghet. Tema går sammen med medvirkning.	Gi opplæring til ledere om psykologisk trygghet og informerer ansatte om opplæringstilbudet om psykologisk trygghet. For involvering se forslagene under medvirkning.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Konflikt		Både arbeidsgiver og arbeidstaker samarbeid til å finne løsninger på konflikten. Avdelingslederne må påse at det iverksettes tiltak på enheter der dette er en utfordring. Tydeliggjøre forventning om klinikkets etiske standard (Nivå 1 prosedyren).	Bedre oppfølging av avdeling med lav score. Det er ønskelig med løsninger på lavest mulig nivå. Oppfølging av opplæring i psykososialt arbeidsmiljø. Kulturplakat.
Trakassering		Seksjoner som har lavt skår på spørsmål om mobbing og/eller trakassering i ForBedring får oppfølging. Fortsatt sørge for rask handling fra ledere. Opplæring i prosedyren «Trakassering - håndtering av mobbing og seksuell trakassering».	Fortsette å følge opp og sikre at konkrete mobbe-/trakasseringssaker i klinikken håndteres på en forsvarlig og god måte. Tiltak slik at ansatte kunne melde trygt om seksuell trakassering, og fokus på varslingsrutiner.
Luftkvalitet		Største utfordring klinikken har er gamle lokaler med dårlig ventilasjon og trange forhold. HMS runde avdekket mange fysiske forhold som var ikke bra. Mycoteam gjennomført befaring på mange steder men fortsatt for oppfølging av vedlikehold av ventilasjon og fuktskader. Oppgradering av ventilasjonssystemer AMK/SPAT. Mange saker omhandler for høy temperatur i lokalene på sommerhalvåret. For lavt temperatur på vinterhalvåret. Tema følges kontinuerlig gjennom avvik i Achilles.	Fortsetter med vedlikehold av eldre bygningsmasse som krever vedlikehold og rapportering av fysisk arbeidsmiljø. Det jobbes kontinuerlig med målinger og oppgradering av ventilasjon. KAMU følger opp effekten av tiltakene.
Støy		Det ble gjennomført en helhetlig risikovurdering og støyeksponeringskartlegging for ambulansarbeidere med samarbeid med Arbeidsmiljøavdelingen. Rapport om målemetodikk og problemstilling var diskutert i KAMU. Det ble sendt i etterkant anbefaling til utstyrsrådet for innkjøp av hørselsvern og ørepropper. Da det ble konkludert at en ny type ørepropper og hørselsvern for spesielt gruppe skal bestilles for AMB. AMK har opplevd mye støyproblematikk. Alle støy avvik registeres under fysisk arbeidsmiljø kategorien. Fysisk arbeidsmiljø er den største kategorien med avvik (25% av alle innmeldte avvik). Kontinuerlig oppfølging av saken.	Fortsette å oppfordre melde konkrete avvik i Achilles. KAMU følger opp AMK rapporterer om støyende forhold (AMK) og kjøper støyskjerming /støyplater. Sette kravspesifikasjoner ved flytting..

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Lysforhold		Klinikken har ikke utfordring med lysforhold.	Beholde vurdering av lys som punkt i nye byggprosjekter.
Ergonomi og fysisk helse		Klinikken har utfordringer med tungt arbeid og forflytning av pasienter, dette viser i Achilles. Klinikken informerte ansatte med Arbeidsmiljøavdeling intranettside på ergonomi og oversikt over ergonomi og tiltak var sendt til lederne, men likevel er det fortsatt behov for videre arbeid med disse tema. Klinikken skal se på tema i sammenheng med ergonomi som årsaker til sykefravær over jul. Klinikken undersøkt ergonomi i forbindelse med psykososiale miljø.	Kartlegging av hjelpemidler. Planlegges fagdager i avdelingen med fokus på forflytning. Revidert oversikt over forflytningsveiledere. Sørge for repetering og øving innen forflytning via kompetanseportal. Kontor alle arbeidsstasjoner har hev og senk pult /skjerme pause. Minne de ansatte på at OUS har rabattert medlemskap på helsestudio. Synliggjøre det vi har av utstyr og opplæring av dette. Kontakt Arbeidsmiljøavdeling for å få et tilrettelagt kurs i forflytningsveiledning for vår klinikk. Måttet arbeid fra klinikknivå for å oppfølge HMS rundene som skal brukes til å risikovurdere ergonomi forholdene både i pasientforflytning og stillesittende arbeid.
Vold og trusler		11% av innmeldte hendelser i Achilles i 2023 gjelder vold og trussel hvor 50 % av 11% er i kategori utagerende pasienter. Dette viser at utagerende pasienter hendelser er langt høyere enn trusler og vold mot ansatte. Det skyldes mest til økt bruk av rusmidler og psykisk sykdom. Vold og trussel er den fjerde største kategorien i Achilles. Kontinuerlig oppfølging av tema på KAMU og ledersamling. Følges kontinuerlig opp i Achilles.	Kompetanseheving innen håndtering av utagerende pasienter via Sipa kurs og casebasert læring. Undersøke muligheten for bruk av sikkerhetsutstyr / forebyggende tiltak. Vi skal fortsetter med oppfølging av eksponerte ansatte som har opplevde fysisk og psykisk helse belastning og vurderer forebyggende tiltak. Mer fokus på årsaksanalyse for alle forebygg bare tiltak. Oppfølging av prioritert tiltak i HMS årsrapport 2022. Sørge for at Risikovurdering av vold og trusler blir gjort i Achilles. Sikre bedre overføring av informasjon fra AMK til AMB om vold/trussel.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Inkluderende arbeidsliv (IA)		<p>Klinikken skårer dårlig på sykefravær pga korttidsfraværet. Vi opplever korttidsfraværet er utfordring men langtidsfraværet er stabilt. Rekrutteringsutfordringer i sommer. Ikke alle de gravide benytter seg av OUS sitt tilbud om bedriftsjordmødrene, siden de går ut i permisjon i uke 16. Klinikken har ikke så mange tilretteleggingsmuligheter.</p>	<p>Det skal vurderes sammenheng mellom overtid og sykefravær over jul. KAMU vurderer slitasje på langtidseffekter av sommeravtaler overtid. KAMU planlagt å sette arbeidsgruppe som ser på IA - arbeid over jul. kartlegging av sykefraværet som kan skyldes muskel skjelett problemer. Tiltak for å redusere sykefraværet: mer oppfølging av ansatte med hyppig korttidsfraværet og /eller mye fravær, kartlegging hva som medfører overtidsarbeid/sykefravær. Opplæring av 'Informasjon om rusmidler og AKAN' som er lagt inn i kompetanseportalen. Sykefraværet opplæring for ledere.</p>
Kjemikalievern		<p>Det er en fremgang i arbeidet i klinikken, men det kreves en innsats videre. Det er noe bedring i kjemikaliearbeidet. Men ytterligere bedring må gjøres:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Gjennomførte substitusjonsvurdering •Risikovurdering og/eller kartlegging (fremdeles arbeid med det) •Risikovurdering og kartlegging av eksponering av CBRN-agens var sendt til KAMU (Klinikken har tatt kontakt med Nicolai Bach i Arbeidsmiljøavdelingen for å få bistand med CRBNE kjemikalier kartlegging) •Gjennomførte kartlegging av konsekvens av storulykke det inngår ett eller flere farlige kjemikalier, som oppstår i en storulykkevirksomhet (fremdeles arbeid med det) 	<p>Internrevisjon innen i kjemikaliesikkerhet og kjemisk arbeidsmiljø i EcoOnline. Etablere flere tiltakskort i Bliksund. Oppfølging av Miljøledelse – ISO 14000 rapport på det som gjelder kjemikalier og eksponering i ytre miljø. Praktisk tiltak: spillbrett under fat for å oppdage lekkasje, bygge av lager ved behov og merking av rom. Oppfølging av kartlegging av indre/ytre miljø. Dette punkt må sees i sammenheng med tema (ytre miljø).</p>
Smittevern		<p>Klinikken jobber kontinuerlig med smittevern. Fortsatt ha fokus på smittevernrutiner. PRE fikk tilbakemelding på god kontroll på Covid - 19 i klinikken. Det er få avvik i smitte som meldes i Achilles så langt er det 3,91% av alle innmeldte avvik som er under denne kategorien.</p>	<p>Kartlegging/tiltakskort av virus og bakterie må følges opp videre. Bedre rutiner mellom intern/ekstern enheter for å informasjonsoverføring om smitte (For eks. pasienter med bla. MRSA). Tidlig informasjon om influensavaksinering. Klinikken har et mål å bruke</p>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
			mindre verneutstyr/plast, dette punkt må sees i sammenheng med tema (ytre miljø).
Strålevern		Personell i prehospital klinikk jobber primært ikke i områder hvor man blir utsatt for stråling. Prehospital klinikk har en CBRN enhet som brukes ved ulykker og hendelser i situasjoner der man kan bli utsatt for stråling. Det arbeidet med oppdatert risikovurdering og kartlegging av eksponering av CBRN kjemikalier /stråling i Bliksund er i gang. Det var sendt til KAMU og Nicolai Bach i Arbeidsmiljøavdelingen for å få bistand.	Oppfølging av kartlegging/risikovurderingsarbeid.
Brannvern		Vi jobber med å kartlegge behov for brannvernøvelse. Veldig få avvik som meldes under brannvern, så langt er det 0,68 % av alle innmeldte avvik som er under denne kategorien.	Oppdatere brannperm. Følge opp ansatte som ikke har gjennomført e-læring via kompetanseportal og sender ut påminnelser etter behov i brannvern. Økning i antall ansatte som gjennomfører obligatorisk, årlig brannvernkurs (data fra kompetanseportal følges). Mer fokus på brannvernkontakt i den enkelte seksjon. Klinikken skal sørge at alle gjennomføre brannvernede runder som skall integreres med HMS runde. Alle arbeidsområder skal ha brannøvelse hvert år. Tydeliggjøre nivå 1 prosedyre.
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Klinikken scorer høyt på tema men skal fortsatt sørge at HMS-avvikene som gjelder MTU faller inn under OUS sin definisjon av MTU. Klinikken innførte ny retningslinje for EL sikkerhet (eHåndboksID: 149193). Det har vært tilsyn på flere steder. Informasjon var sendt ut om ny e-Håndboks prosedyre.	Opplæringsplan ved innføring av nytt utstyr. Opprettholde fokus på MTU.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Ytre miljø		Det ble gjennomført interne revisjoner i miljøledelse og det ble godkjent at klinikken etablerer, implementerer og styrer de prosessene, som er nødvendig for oppfylle kravene i ledelsessystemet for miljø (ISO 14001:2015). Det jobbes fortsatt med iverksetting av forbedringstiltak ift (ISO 14001:2015) og innføringen av miljøledelsessystemet (grønt sykehus). PRE jobber med kartlegging av plastbruk og hvordan vi kan bruke mindre og resirkulere mer og forebygging av miljøforstyrrelse fra produkter. HMS rådgiver er PRE representant i miljøkoordinator OUS nettverk.	Oppdatering av kildesortering oversikten for stasjoner i internatet (ID:81907). Identifisering av ytre miljø og miljøpåvirkninger og finne bærekraftige løsninger. Følge opp OUS overordnede mål med plastgjenvinning. Klinikken oppfordrer ansatte til å melde inn avvik rundt miljø og kommer med forbedringsforslag i Achilles.

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	AMK	Dagens AMK sentral har utfordringer i forhold til både støy og temperatur regulering. Sentralen er også delt over flere rom som gjør det vanskelig og koordinere sentralen som en enhet.
2	Arealutfordringer i klinikken	Manglende arealer, dårlig lager/garderober forhold på stasjoner. Fortetting av arealet gir mer støy i AMK
3	Vold og trusler	Økende oppdrag og endring i samfunn gir klinikken økende utfordringer

4	Medvirkning	Lav skår på medvirkning i ForBedringsundersøkelsen. Klinikken må fortsatt ha fokus å følge opp medvirkning samt benytte klinikkens handlingsplan og strategiplan
5	Kjøretøy	Mye gamle og uslitte kjøretøy. Manglende levering av ambulanser

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	AMK	AMK sin lokaler er delt opp i flere rom. Et midlertidig tiltak som gjennomføres nå er etablere ytterlig rom. Det er uhensiktsmessig i forhold til å drift sentral som en enhet. Det er kritisk for fremtidig drift at vi får etablert en ny enhetlig sentral.
2	Arealutfordringer i klinikken	Det må ses på arealløsning for hele klinikken og se på pågående prosjekter i sammenheng. Vurdering er rødt på bakgrunn av veksten er større enn tilgangen på areal og dårligere arbeidsforhold. På langt sikt skal klinikken ha plan for videre fremdrift i prosjektet. På kort sikt skal det finnes midlertidig tiltak.
3	Vold og trusler	Viderefører forbedringstiltak fra HMS rapport 2022: 1)Gjennomgå to dagers SIPA kurs og repetisjon minimum hvert 5 år Alle ansatte bør fullføre E-læringskurset Vold og Trusler i Læringsportalen (i tillegg til sipa kurs) Tilgang til egnede lokaler for SIPA kurs må etableres 2)Det gis regelmessig opplæring i Achilles for å kunne melde uønskede hendelser Ivaretagelse av medarbeidere etter uønskede hendelse 3)Gjøre en vurdering på sikkerhetsutstyr (stikksikker vest, hansker mm). 4)Det gjennomføres simuleringsscener og AMK skal delta i noen av disse øvelsene 5)Mal for refleksjon samtaler etter vold og trussel hendelser innføres i klinikken

		<p>6)Samhandlingsutvalget videre følges</p> <p>7)Mer oppfølging av enheter med høyt risiko</p>
4	Medvirkning	<p>1)Hver seksjon skal lage handlingsplan med fokus på det psykososiale og involvering som er basert på handlingsplan /medvirkning) og strategiplan (punkt 2) med fast møter før oppfølging.</p> <p>2)Etterspørre de som fått lav skår tiltak om hvordan det jobbes med tiltakene.</p> <p>3)Oppfordre ledere og ansatte til å ta relaterte kurs.</p> <p>4)Fokusere på informasjonsflyt og dialog i digitale og fysiske møtearenaer.</p> <p>5)Klinikken skal følge involvering i endringsprosesser og deltagelse i viktige avgjørelser.</p> <p>6)Klinikken skal bruke de 12 prinsippene for medvirkning i omstilling (ID: dok 47205).</p> <p>7)Alle ledere følger opp tiltak fra forbedringsundersøkelsen i de oppfølgingsmøtene.</p> <p>8)Definere kriterier for når ambulanspersonell ikke skal involveres i oppdrag hvor det foreligger risiko for vold og det ikke er mulig å få støtte fra politiet</p>
5	Kjøretøy	<p>På bakgrunn av store leveringsforsinkelser av ambulanser fra leverandører har vi nå en bilpark med mye gamle og uslitte kjøretøy. Dette medfører hyppigere driftsstans og høyere risiko for svikt i bilens sikkerhetsfunksjoner. Tiltak: det skal gjennomføres en ROS-analyse for å metodisk kartlegge problemstillingen og identifisere risikoreduserende tiltak.</p>

3.17 Teknologi- og innovasjonsklinikken (TIK)

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Etter reorganisering ved avdelinger passer skjemaer utarbeidet iht. tidligere organisering til ny organisasjonsstruktur. I tillegg var flere sent ute med å planlegge og gjennomføre HMS-runde innen fristen oppgitt i ForBedring. Fortsatt lav meldefrekvens på egne HMS-hendelser ved klinikken i Achilles. Årsak til dette kan være at HMS-hendelser tas opp i andre fora, og at hendelser i noen tilfeller registreres som andre avvik eller pasientavvik. Klinikken har flere åpne HMS-hendelser som er registrert ved andre steder i sykehuset til behandling.	Sikre at organisasjonsstrukturen er tilpasset i modul for HMS-runde, at vold og trusler er risikovurdert, og at leder signerer etter gjennomføring. Utarbeide og implementere insentiver for å følge opp verktøyet ForBedring. Fokus på saksbehandlingsflyt og arbeid med å få ned restanseliste (åpne hendelser). Møte opp i avdelingene (TIK VO, -TV, -kvalitet)
Medvirkning		Ingen signifikant endring i skår på om ansatte oppmuntres til å delta i viktige avgjørelser. Klinikken følger egne handlingsplaner for godt medarbeiderskap, ledelse og lederutvikling. Tiltakene understøtter og styrker bl.a. medvirkning.	
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		Angående skår på måling og justering av bemanningen i forhold til behov: det er ingen turnus-/vaktordninger for stillinger i klinikken. Bemanningsplan for uke / dag justeres lokalt ved f.eks. endringer i forventet leveranse som igjen påvirker behov.	
Arbeidsbelastning		Noe turnover kan skyldes reorganisering ved avdelinger. Mer spesifikk, flytting av personell internt og jobbtillbud fra private bedrifter. Klinikken har startet en prosess for bedre utnyttelse av kompetanse. Prosessen kan bidra til å redusere uønsket turnover, sykefravær o.l.	Gjøre det mer attraktivt å jobbe i TIK ved å markedsføre internt og eksternt. Fokus på god rekruttering, bedre utnyttelse av kompetanse og psykologisk trygghet.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Sosial støtte			
Psykologisk trygghet		Psykologisk trygghet var tema under samling for klinikkens ledergruppe i høst. Fokus på psykologisk trygghet i relevante prosesser for å utnytte kompetanse på tvers i samråd med bedriftshelsetjenesten.	Linjeledere tar opp temaet psykologisk trygghet med sine ansatte. Grunnlag / verktøy gjennomgås med lederne og sendes ut av klinikkens stab til gjennomgang, med støtte fra bedriftshelsetjenesten (den gode dialogen).
Konflikt			
Trakassering			
Luftkvalitet		Kjente utfordringer i eldre bygg. Behov for å følge opp forskrift om kontorareal.	Opprette lokale tiltak for å bevare orden og renhold (f.eks. i kjøkkentjeneste). Undersøke hvilke ytterligere tiltak som kan gjøres lokalt i samråd med klinikkens verneombud. Arbeide systematisk for å sikre at vi overholder gjeldende retningslinjer for kontor.
Støy		Kjent utfordring før flytting i Forskningsveien (åpne kontorlandskap). Det er blitt laget kulturplakater for åpne kontorlandskap. Materialer plassert i miljø for lydemping.	Kjøre inn nødvendige materialer til miljø for lydemping der det ikke er blitt gjort.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Lysforhold			
Ergonomi og fysisk helse		Flere pulter med hev-senk-funksjon og nye kontorstoler er installert i Forskningsveien. Behov for dette kartlegges også ved Rikshospitalet. Ved større samlinger og møter i klinikken er det også et fokus på å utføre aktiviteter.	Undersøke hvilke konkurranser og felles aktiviteter som er mulig å kjøre lokalt og på klinikknivå (f.eks. DYTT, Holmenkollstafetten, gruppe/-sirkeltrening på huset, stolpejakt, orientering). Fokus på aktiviteter på samlinger og i lengre møter. Lokale kontakter. Kommunisere / markedsføre hvilke ulike tilbud som finnes ved sykehuset.
Vold og trusler		Risikovurdering av vold og trusler (via link fra HMS-modul) er ikke utført ved alle verneområder. Vi ser at det krysses av for ja og det ikke er opprettet risikovurdering.	Følge opp bruken av risikovurderingsskjema for vold og trusler i Achilles, samt sikre at opplæring og øvelser står i tråd med besluttet risikonivå ved enhetene. Gjøre retningslinjene bedre kjent blant ledere og verneombud.
Inkluderende arbeidsliv (IA)		Forbedret modul i Personalportalen vil sikre oppfølging av langtids- og hyppige fravær. Fokus på AKAN-arbeid i 2022-2023 har gjort ansatte mer kjent med tilbudet.	Gjøre tilbudet om «Gravid og trygg i jobb» med bedriftsjordmor bedre kjent i klinikken, samt oppfordre til å benytte tjenesten. Ta opp tilbud for gravide som tema i verneombudslinjen og invitere bedriftsjordmødre til å snakke om tema på enhetene / verneombudssamling.
Kjemikalievern			Temaet kjemikalievern tas opp i verneombudslinjen. Fokus på å revidere risikovurderinger.
Smittevern		Ingen signifikant endring i skår på om det arbeides godt med smittevern.	0

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Strålevern		Det er etablert strålevernkontakt ved avdeling Intervensjonssenteret.	
Brannvern		Ikke alle enheter i klinikken arbeider systematisk i og med Kompetanseportalen.	Fokus på brannvernkurs og -øvelser, samt bruk av Kompetanseportalen. Oppdatere klinikkens oversikt over lokale brannvernkontakter. Klinikkenes verneombud videreformidler beskjeder på området i verneombudslinjen, til kontakter og ledelse
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)			
Ytre miljø		Klinikken har en overordnet handlingsplan for klima og miljø.	Gjøre klinikkens handlingsplan for klima og miljø kjent for alle ansatte i klinikken og utfordre enhetene på å opprette lokale, prioriterte tiltak på området.

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	HMS-verktøy	Etter reorganisering ved avdelinger passer skjemaer utarbeidet iht. tidligere organisering til ny organisasjonsstruktur. I tillegg var flere sent ute med å planlegge og gjennomføre HMS-runde innen fristen oppgitt i ForBedring. Fortsatt lav meldefrekvens på egne HMS-hendelser ved klinikken i Achilles. Årsak til dette kan være at HMS-hendelser tas opp i andre fora, og at hendelser i noen tilfeller registreres som andre avvik eller pasientavvik. Klinikken har flere åpne HMS-hendelser som er registrert ved andre steder i sykehuset til behandling.

2	Arbeidsbelastning	Noe turnover kan skyldes reorganisering ved avdelinger. Mer spesifikk, flytting av personell internt og jobbtilbud fra private bedrifter. Klinikken har startet en prosess for bedre utnyttelse av kompetanse. Prosessen kan bidra til å redusere uønsket turnover, sykefravær o.l.
3	Luftkvalitet	Kjente utfordringer i eldre bygg. Behov for å følge opp forskrift om kontorareal.

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	HMS-verktøy	Sikre at organisasjonsstrukturen er tilpasset i modul for HMS-runde, at vold og trusler er risikovurdert, og at leder signerer etter gjennomføring. Utarbeide og implementere insentiver for å følge opp verktøyet ForBedring. Fokus på saksbehandlingsflyt og arbeid med å få ned restanseliste (åpne hendelser). Møte opp i avdelingene (TIK VO, -TV, -kvalitet)
2	Arbeidsbelastning	Gjøre det mer attraktivt å jobbe i TIK ved å markedsføre internt og eksternt. Fokus på god rekruttering, bedre utnyttelse av kompetanse og psykologisk trygghet.
3	Luftkvalitet	Opprette lokale tiltak for å bevare orden og renhold (f.eks. i kjøkkentjeneste). Undersøke hvilke ytterligere tiltak som kan gjøres lokalt i samråd med klinikkens verneombud. Arbeide systematisk for å sikre at vi overholder gjeldende retningslinjer for kontor.

Vedlegg

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

Kapittel 1.1 og 1.2: Overordnet HMS-årsrapport for OUS	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Sølvi Andersen	Direktør Stab Pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling
Susanne Flølo	Direktør for HR og personal
Jørgen S. Michelsen	Tillitsvalgt Den norske legeforening
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

(Navn er gjengitt i alfabetisk rekkefølge)

Kapittel 2.1: HMS-verktøy og -system	
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

Kapittel 2.2: Medvirkning	
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

Kapittel 2.3: Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring	
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

Kapittel 2.4: Arbeidsbelastning	
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

Kapittel 2.5: Sosial støtte	
Faggruppe: Psykososial faggruppe (Bedriftshelsetjenesten, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Ida Kristensen	Arbeids- og organisasjonspsykolog
Kia Caroline Flemmen	Organisasjonspsykolog

Kapittel 2.6: Psykologisk trygghet	
Faggruppe: Psykososial faggruppe (Bedriftshelsetjenesten, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Ida Kristensen	Arbeids- og organisasjonspsykolog
Kia Caroline Flemmen	Organisasjonspsykolog

Kapittel 2.7: Konflikt	
Faggruppe: Psykososial faggruppe (Bedriftshelsetjenesten, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Ida Kristensen	Arbeids- og organisasjonspsykolog
Kia Caroline Flemmen	Organisasjonspsykolog

Kapittel 2.8: Trakassering	
Faggruppe: Psykososial faggruppe (Bedriftshelsetjenesten, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Ida Kristensen	Arbeids- og organisasjonspsykolog
Kia Caroline Flemmen	Organisasjonspsykolog

Kapittel 2.9: Luftkvalitet	
Faggruppe: Yrkeshygienikere (Bedriftshelsetjenesten, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Frida Bårdsen	Yrkeshygieniker
Frøydis Aune	Yrkeshygieniker

Kapittel 2.10: Støy	
Faggruppe: Yrkeshygienikere (Bedriftshelsetjenesten, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Frida Bårdsen	Yrkeshygieniker
Frøydis Aune	Yrkeshygieniker

Kapittel 2.11: Lysforhold	
Faggruppe: Bedriftsfysioterapeutene (Bedriftshelsetjenesten, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Anne Aschehoug Loftu	Bedriftsfysioterapeut
Marit Ingeborg Kvernmoen	Bedriftsfysioterapeut
Sindi Oksman	Bedriftsfysioterapeut

Kapittel 2.12: Ergonomi og fysisk helse	
Faggruppe: Bedriftsfysioterapeutene (Bedriftshelsetjenesten, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Anne Aschehoug Loftu	Bedriftsfysioterapeut
Marit Ingeborg Kvernmoen	Bedriftsfysioterapeut
Sindi Oksman	Bedriftsfysioterapeut

Kapittel 2.13: Vold og trusler	
---------------------------------------	--

Faggruppe: HR stab, PHA	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Mathias van der Harst	HMS-rådgiver, vold og trusler

Kapittel 2.14 og 2.14a: Inkluderende arbeidsliv	
Faggruppe: IA-utvalget v/Pål Brenno	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Elise Marie Næss	Bedriftsoverlege
Pål Brenno	Bedriftsoverlege

Kapittel 2.14b: Gravide ansatte	
Faggruppe: Bedriftsjordmødrene (Bedriftshelsetjenesten, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Ruth C. B. Enne	Bedriftsjordmor
Stine Løken Olsen	Bedriftsjordmor

Kapittel 2.14c: Rus- og avhengighetsproblematikk	
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

Kapittel 2.15: Kjemikalievern	
Faggruppe: Kjemisk arbeidsmiljø (HMS-seksjonen, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Nicolai Bach	HMS-rådgiver, kjemikalier
Tore Havellen	HMS-rådgiver, kjemikalier

Kapittel 2.16: Smittevern	
Faggruppe: Smittevernsavdelingen Smitteverngruppen (Bedriftshelsetjenesten, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Torunn Nygård	Seksjonsleder, Smittevern
Trond Erik Bakkerud	Bedriftsoverlege

Kapittel 2.17: Strålevern	
Faggruppe: Avdeling for diagnostikk fysikk	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Tanja Østgård Holter	Strålevernkoordinator

Kapittel 2.18: Brannvern	
Faggruppe: Brannvernseksjonen, Sikkerhetsavdelingen	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Paal Lunde	Brannvernkonsulent
Robert Nylund Derås	Brannvernleder / sikkerhetsrådgiver

Kapittel 2.19: Medisinsk-teknologisk utstyr (MTU)	
Faggruppe: Medisinsk-teknologisk avdeling	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Lars Flatmoen	Spesialrådgiver

Kapittel 2.20: Ytre miljø	
Faggruppe: Seksjon for ytre miljø og bærekraft. Arbeidsmiljøavdelingen	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Nina Due	Leder ytre miljø

Kapittel 2.21: Elektro	
Faggruppe: Drift og vedlikehold, Eiendom	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Stephen Trotter	Seksjonsleder
Willy Simble	Faglig ansvarlig Elektro

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

(Navn er gjengitt i alfabetisk rekkefølge)

Kapittel 3.1: AKU	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Agnethe Lauritsen Østlie	Klinikkhovedverneombud
Ann Wigdis Møster	HR-Leder
Janne-Kirsti Nafstad	HR-rådgiver
Marit Ingeborg Kvernmoen	Spesialfysioterapeut BHT
Victoria Lenngren	Foretakstillitsvalgt NSF
Øystein Fahre	Kvalitetsleder

Kapittel 3.2: BAR	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Astrid Sandvold Østreng	HR-leder BAR
Berit Line Midttun	Seksjonsleder BAR
Ruth Camilla Breiby Enne	Arbeidsmiljøavdelingen OUS
Sindi Oksman	Arbeidsmiljøavdelingen OUS
Terje Høgberg	Kvalitetsleder BAR
Thea Røiseland Engelsen	Tillitsvalgt NSF

Kapittel 3.3: DST	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Anee Hvass	DST fung. hovedverneombud
Pål Brenno	Overlege ARB/BHT
Susanne Flølo	HR-direktør
Sølvi Andersen	Dir pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling

Kapittel 3.4: HHA	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Anne Kristin Solheim	HR rådgiver
Arve V. Fonneland	Klinikkontakt Arbeidsmiljøavdelingen
Marianne H. Martinussen	Administrasjonsleder/Kvalitetsrådgiver
Sture S. Borgen	HR leder
Vegard Andreas Jacobsen	Klinikkstillitsvalgt NSF
Aase Marie Buer	Klinikkhovedvernombud

Kapittel 3.5: HLK

<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Anne Gro Valla	Klinikk VO
Hilde Tambudplass	Kvalitetsleder HLK
Kristoffer Solvang	KlinikkTV NSF
Marit Frogner	HR-leder
Trond E. Bakkerud	Kontaktperson ARB

Kapittel 3.6: KIT

KIT utarbeidet ikke HMS-årsrapport i 2023, siden KIT skal opphøre som klinikk.

Kapittel 3.7: KLM

<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Anne Aschehoug Loftu	ARB
Bjørn Tjønnås	Fag og kvalitet, KLM stab – Observatør i AMU
Hanne Norunn Sigdestad	KHVO – AMU medlem
Ole Andreas Gresholt	AMU medlem
Tone Jensen	HR i KLM – Fast sekretær i AMU

Kapittel 3.8: KRE

<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Anne-Marie Rønning Nilsen	HR leder
Astrid Marie Dalsgaard	Klinikk HVO
Bente Nyhuus	HR rådgiver
Christer Ofigsbø-Leite	Klinikk HVO
Eli Benedikte Skorpen	Klinikk TV
Pål Brenno	BHT
Tom Ole Lindefjeld Hagen	Klinikk TV

Kapittel 3.9: KRN

<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Bjørn Brox	HR rådgiver
Brian Yu	HMS-seksjonen
Frida Bårdsen	BHT
Trude Sjøholt-Hawkins	Klinikk hovedverneombud

Kapittel 3.10: KVI	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Anne Helle	KTV NSF
Anne Lid Øvre	Kvalitetsrådgiver
Brit S. Carlsen	KVO
Grethe Wiegels	HR rådgiver
Gro Olavesen	HR-leder
Nina Merete Andersson	ARB

Kapittel 3.11: MED	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Brian Yu	HMS-seksjonen
Frøydis Aune	BHT
Heidi Kolstad	KHVO
Kristin Thomassen	Kvalitetsrådgiver
Morten Mowe	Klinikkleder
Rita Helen Jensen	KHTV -NSF

Kapittel 3.12: NVR	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Elise Marie Næss	Kontakt fra Arbeidsmiljøavdelingen
Line B. Nyborg	HR-leder
Marie Holmseth	Klinikktiltitsvalgt NSF
Stian Austad Haug	Hovedverneombud

Kapittel 3.13: OPK	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Geir Halvorsen	Rådgiver - Adm.
Johanne Lie Engelsjord	KHVO
Linda Lindviksmoen	HR-leder
Marie Holmseth	NSF
Reidun Schou	Arbeidsmiljøavdelingen
Reidun Skodje	HR-rådgiver og sekretær KAMU

Kapittel 3.14: OSS	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Beate Haakonsen	Kvalitetsrådgiver
Frederik Samuelson	Klinikkhovedtillitsvalgt Fagforbundet
Geir Teigstad	Klinikkdirektør
Liv Inger Homleid Helland	Klinikkhovedverneombud
Liv Marit Strand	Arbeidsmiljøavdelingen
Morten Sommerstad	Klinikkhovedtillitsvalgt NSF
Ramona E. Braanen	HR-leder

Kapittel 3.15: PHA	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Berit Averstad	TV NSF
Christian Smestad Torp	HVO
Elisabeth Grytten	Rådgiver Fag/kvalitet
Ellinor Lønnå	TV Fagforbundet
Mathias Van Der Harst	HR-rådgiver
Mona Hafeld	HR-rådgiver
Trond Tangnes	Seksjonsleder

Kapittel 3.16: PRE	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Egil Johannessen	Avdelingsleder PRE Pasientreiser
Gunne Morgan Knai	Klinikkverneombud- Prehospital Klinikk
Helen Hodø	Klinikk-kontakt fra bedriftshelsetjenesten (ARB)
Selvea Antoun	HMS Rådgiver-Prehospital Klinikk

Kapittel 3.17: TIK	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Anne Marthe Aassve Eriksen	HR-leder (arbeidsgiversiden)
Kia Caroline Flemmen	Klinikk-kontakt fra bedriftshelsetjenesten
Kjartan Andreas Grønnevik	Klinikkhovedverneombud (arbeidstakersiden)
Mari Eide Frey	Kvalitetsleder (arbeidsgiversiden)
Morten Sommerstad	Klinikktillitsvalgt (arbeidstakersiden)

Vedlegg 4: Medlemmer i sentralt AMU

Leder for AMU i 2023: Bjørn Wølstad-Knudsen

Arbeidstakerrepresentanter	Tittel eller org.tilhørighet	
Line Helme Blystad	Foretakshovedverneombud	Medlem
Espen Grønland Madsen Vollan	Stedfortredende FHVO	Vara
Svein Erik Urstrømmen	NSF	Medlem
Rolf-André Oxholm	NSF	Vara
Anne Grethe Hauan Helle	NSF	Medlem
Tom Ole Lindefjeld Hagen	NSF	Vara
Berit Averstad	NSF	Medlem
Therese Heggedal	NSF	Vara
Bjørn Wølstad-Knudsen	Fagforbundet	Medlem
Ellen Britt Homleid Tønsager	Fagforbundet	Vara
Else Lise Skjæret-Larsen	Fagforbundet	Medlem
Frederik Braaten Samuelsen	Fagforbundet	Vara
Anne Marit Wang Førland	Dnlf	Medlem
Erik Høiskar	Dnlf	Vara
Jonathan Ricardo Olivares Faundez	NITO	Medlem
Kajsa Madelene Liljefors	Delta	Vara
Arbeidsgiverrepresentanter	Tittel eller org.tilhørighet	
Bjørn Atle Lein Bjørnbeth	Administrerende direktør	Medlem
Morten Reymert	Viseadm.direktør	Vara
Susanne Flølo	HR-direktør	Medlem
Øystein Solheim Lien	Assisterende HR-direktør	Vara
Sølvi Andersen	Direktør Stab pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling	Medlem
Aina Therese Presthus	Avdelingsleder revisjoner og tilsyn, DST	Vara
Jill Jahrmann	HMS-leder, OSS	Medlem
Thomas Jørgensen Riiser	Avd. For kvalitet, virksomhets- og risikostyring, DST	Vara
Øyvind Skraastad	Klinikkleder, AKU	Medlem
Morten Tandberg Eriksen	Klinikkleder, KIT	Vara
Kjersti Langmoen	Avdelingsleder, HHA	Medlem
Terje Hellerud Kluften	Avdelingsleder, AKU	Vara
Eva Bjørstad	Klinikkleder, NVR	Medlem
Andreas Albert Matussek	Klinikkleder, KLM	Vara
Geir Teigstad	Direktør, OSS	Medlem
Anne Marthe Aassve Eriksen	HR-leder, TIK (tidl. OSS)	Vara
Bedriftshelsetjenesten	Tittel eller org.tilhørighet	
Arve Vernum Fonneland	Leder for BHT, OSS	Medlem
Trond Erik Bakkerud	Bedriftsoverlege i BHT, OSS	Vara
Sekretariat	Tittel eller org.tilhørighet	
Ingrid Nødtvedt	HMS-rådgiver, OSS	Medlem
Brian Chun Yin Yu	HMS-systemkoordinator, OSS	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 sykehusservice
PRE	Prehospital klinikk
TIK	Teknologi- og innovasjonsklinikken
ARB	Arbeidsmiljøavdelingen
BHT	Bedriftshelsetjenesten