



# HMS-årsrapport

2022



# Introduksjon

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

OUS skal behandle pasienter, utdanne helsepersonell, forske og lære opp pasienter og pårørende. Ansatte skal i dette arbeidet ha et fullt forsvarlig arbeidsmiljø når det gjelder fysiske, organisatoriske og psykososiale faktorer. OUS har som målsetning at arbeidssituasjonen til den enkelte skal være meningsfylt og helsefremmende. 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 aggregering 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. Til tross for flere utfordringer i sykehuset er det meningsfylt å påpeke at ansatte flest i OUS trives, at de synes de har engasjerende arbeidsoppgaver, opplever støtte og hjelp fra kollegaer, og er fornøyde med arbeidsplassen sin (ForBedring 2022).

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.

**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 Status, mål og tiltak for HMS i OUS .....	5
1.2 OUS´ største utfordringer innen HMS .....	26
1.3 OUS´ høyest prioriterte tiltak for HMS for 2023 .....	27
Del 2: HMS-faginstansene i OUS sine vurderinger av HMS-temaene .....	29
2.1 HMS-verktøy og -system .....	29
2.2 Medvirkning .....	38
2.3 Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring .....	42
2.4 Arbeidsbelastning .....	44
2.5 Sosial støtte .....	46
2.6 Psykologisk trygghet .....	48
2.7 Konflikt .....	50
2.8 Trakassering .....	52
2.9 Luftkvalitet .....	55
2.10 Støy .....	58
2.11 Lysforhold .....	61
2.12 Ergonomi og fysisk helse .....	63
2.13 Vold og trusler .....	67
2.14 Inkluderende arbeidsliv .....	73
a. IA-utvalget .....	76
b. Gravide ansatte .....	78
c. Rus- og avhengighetsproblematikk .....	79
2.15 Kjemikalievern .....	82
2.16 Smittevern .....	87
2.17 Strålevern .....	90
2.18 Brannvern .....	92
2.19 Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) .....	96
2.20 Ytre miljø .....	99
2.21 Elektro .....	101
2.22 Sentralt AMU .....	107
2.23 HMS-utvalget .....	107
2.24 Nye OUS .....	108
2.25 Vernetjenesten i OUS .....	112
Del 3: Klinikkenes HMS-årsrapporter .....	114
3.1 Akuttklinikken (AKU) .....	117
3.2 Barne- og ungdomsklinikken (BAR) .....	125
3.3 Direktørens stab (DST) .....	132
3.4 Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi (HHA) .....	138
3.5 Hjerte-, lunge- og karklinikken (HLK) .....	144
3.6 Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon (KIT) .....	150
3.7 Klinikk for laboratoriemedisin (KLM) .....	158
3.8 Kreftklinikken (KRE) .....	167
3.9 Klinikk for radiologi og nukleærmedisin (KRN) .....	173
3.10 Kvinneklinikken (KVI) .....	180
3.11 Medisinsk klinikk (MED) .....	186
3.12 Nevroklinikken (NVR) .....	192
3.13 Ortopedisk klinikk (OPK) .....	198

3.14	Oslo sykehusservice (OSS).....	203
3.15	Klinikk for psykisk helse og avhengighet (PHA).....	209
3.16	Prehospital klinikk (PRE).....	218
3.17	Teknologi- og innovasjonsklinikken (TIK).....	226
	Vedlegg .....	233
	Vedlegg 1: Sentral arbeidsgruppe som har utarbeidet del 1 av rapporten.....	233
	Vedlegg 2: HMS-faginstansene som har utarbeidet del 2 av rapporten.....	234
	Vedlegg 3: Arbeidsgruppene i klinikkene som har utarbeidet del 3 av rapporten .....	239
	Vedlegg 4: Medlemmer i sentralt AMU 2022.....	243
	Vedlegg 5: Oversikt over forkortelser.....	245

# Del 1: Overordnet HMS-årsrapport for OUS

## 1.1 Status, mål og tiltak for HMS i OUS

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
<a href="#">2.1</a>	HMS-verktøy og -system		<p>Gjennomføring av HMS runder, svarprosent på ForBedring og gjennomførte tilbakemeldingsmøter etter ForBedring er på omtrent samme nivå som i 2021. Det er på et akseptabelt nivå, men kan forbedres.</p> <p>Antall meldte HMS hendelser er 11% færre enn i 2021. Mest markante endring er at PHA har hatt en stor økning (33%), mens flere andre klinikker har færre meldte hendelser. KIT, KRE og MED har ca 40% nedgang. Noe av endringene kan forklares ved nedgang i registrerte hendelser i kategori smittevern etter Covid. Samtidig har det vært en kraftig økning i antall HMS hendelser i kategori vold og trusler. Sistnevnte kan henge sammen med økt oppmerksomhet om vold og trusler ved innføring av ny forebyggende systematikk med risikovurdering i Achilles</p>	<p>OUS har 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>Utarbeide felles prosess for HMS og pasientsikkerhet som erstatter og utvider HMS årsrapport. Den nye prosessen skal senest være klar for 2024</p> <p>Etablere risikovurderingsverktøy i Achilles som støtte ved omstilling. For å vurdere arbeidsmiljøkonsekvenser av omstillingen (fysisk, organisatorisk, psykososialt)</p> <p>Full utrulling av Microsoft 365, og dermed bruk av Teams, er ferdig i løpet av første halvår 2023. Dette vil bidra til at alle deler av sykehuset kan delta i relevante nettverk på Teams</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
<a href="#">2.2</a>	Medvirkning		<p>Vurdering av temaet avhenger både av strukturelle faktorer, som møtearenaer, og ansattes opplevelse av medvirkning, både direkte og kollektiv.</p> <p>Sykehuset går inn i krevende periode med tanke på økonomiske rammer, i tillegg til at virksomheten skal inn i nye bygg. De endrede rammevilkårene krever store endringer og omstillinger, og god medvirkning blir essensielt.</p> <p>10 klinikker har vurdert status til oransje. Klinikkene kommenterer i stor grad at ledere må minnes på viktighet av faste møter med TV/VO og at det skal sikres gode møteplasser/arenaer for direkte medvirkning. Tas opp som tema på ledersamlinger i flere klinikker.</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>Alle parter har en forent holdning til kjøreregler for medvirkning</p>	<p>Stille krav til at prinsipper for medvirkning følges på alle nivåer i organisasjonen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompetansekrav for ledere, verneombud og tillitsvalgte: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <a href="#">12 prinsipper for medvirkning i omstilling – Helse Sørøst (dok 47205)</a></li> <li>○ <a href="#">Informasjon, drøfting og forhandling med tillitsvalgte (dok 22389)</a></li> </ul> </li> <li>• Anbefale bruk av <i>Dialogduk om partssamarbeid</i> fra bransjeprogram IA i sykehus</li> </ul> <p>Det arrangeres eget møte på foretaksnivå med Spekter, LO og Unio der tema er forståelsen av hovedavtalens regler om medvirkning. Målsetningen er felles forståelse</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.3	Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		<p>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. Temaet er nytt i 2022, men er en videreføring og avgrensing av fjorårets tema «Organisatoriske forhold».</p> <p>Bruk av Det grønne korset og tavlemøter er et område hvor flere klinikker peker på forbedringsmuligheter.</p> <p>Det grønne korset; Hos noen er det lite i bruk, andre klinikker har innført det i seksjoner med pasientrettet arbeid, mens flere problematiserer bruken generelt</p>	OUS har en omforent holdning og praksis for daglig risikostyring og kontinuerlig forbedring	<p>Systematisk implementering av forbedringsnettverkets kompetansemøll</p> <p>Gjøre en vurdering og evaluering av Det grønne korset og tavlemøter i sykehuset</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.4	Arbeidsbelastning		<p>Arbeidsbelastning er et tema som OUS må følge nøye med på de nærmeste årene med omstilling, flytting og utvikling av fremtidens spesialistehelsetjeneste.</p> <p>Opplevelse av arbeidsbelastning er subjektiv, og modererende faktorer er blant annet sosial støtte og autonomi.</p> <p>Opplevelse av høy arbeidsbelastning handler ikke bare om antall timer på jobb eller krevende arbeidsoppgaver. Tilleggsfaktorer som kan øke opplevelse av negativt stress er organisering av arbeidet, kommunikasjon, psykososialt arbeidsmiljø, opplevelse av kontroll, opplevelse av kvalitet i pasientbehandlingen etc. Det handler totalt sett om hvordan arbeidet organiseres og gjennomføres.</p> <p>14 av 17 klinikker markerer temaet som oransje</p>	<p>Fra Utviklingsplan 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 oversikt over faktorer forbundet med arbeidsbelastning for alle enheter</p> <p>OUS har gjennomgående struktur for forsvarlighetsvurdering, inkludert prinsipper for risikoreduserende turnus</p> <p>OUS har gjennomgående god systematikk og lederkompetanse innen kompetanseplanlegging og oppgavedeling</p>	<p>Utarbeide indikatorer for arbeidsbelastning (objektive og subjektive faktorer) på seksjonsnivå</p> <p>Innføre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>nivå 1 retningslinje for forsvarlighetsvurdering av arbeidstidsplaner</li> <li>risikoreduserende turnus innføres som standard i sykehuset. (Prinsipper for risikoreduserende turnus skal vurderes og etterstrebes for alle arbeidstidsplaner)</li> </ul> <p>Koordinert arbeid for å støtte sykehusets evne til oppgavedeling og kompetanseplanlegging. Utvikling og implementering av verktøy, og kompetanseheving for ledere. Eks;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Implementering av 5 stegs prosess for oppgavedeling</li> <li>Verktøy for kartlegging av oppgaver og tilhørende kompetanse</li> <li>GAT verktøy for kategorisering av kompetanse</li> <li>Innføring av nye roller som forsyningsmedarbeider mm</li> </ul>



Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.5	Sosial støtte		<p>Konflikter, for høy arbeidsbelastning eller trakassering er eksempler på risikofaktorer for negativt stress, og dermed potensiell helseskade. Sosial støtte og anerkjennelse er derimot en beskyttelsesfaktor, siden forskning viser at det har en potensielt modererende påvirkning på de skadevirkningene som kan komme av risikofaktorene. Sosial støtte i arbeidsmiljøet kan ansees som en buffer eller ressursfaktor i arbeidsmiljøet.</p> <p>Alle klinikker vurderer temaet til grønn farge med bakgrunn i et spørsmål om kollegastøtte og to om støtte fra leder i ForBedring.</p> <p>Selv om temaet skrårer høyt er det svært viktig å ha et bevisst forhold til å opprettholde høy skår, og utvikle strukturelle kollegastøtteordninger</p>	<p>OUS har en retningslinje for kollegastøtte, inkludert selvhjelpsverktøy</p> <p>Opprettholde høy skår for temaet i ForBedring</p>	<p>«Sosial støtte som buffer mot stress» som tema på lederopplæring</p> <p>I 2023 kommer det anbefalinger fra Arbeidsmiljøavdelingen for kollegastøtteordninger ved OUS</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.6	Psykologisk trygghet		<p>Psykologisk trygghet handler om at man opplever å kunne være oppriktig og at det å komme med spørsmål, innspill, ideer eller meninger ikke innebærer en frykt for formelle eller uformelle sanksjoner i arbeidsmiljøet. 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 teamprestasjon</p> <p>Psykologisk trygghet har vært mye i fokus i OUS i 2022. Samlet anslår BHT å ha holdt rundt 100 foredrag om temaet i 2022, selv etter å ha avslått en del forespørslar. Etterspørselen tyder på at OUS anser psykologisk trygghet som et viktig tema på tvers av nivå, klinikker, profesjoner og arbeidsområder.</p> <p>De fleste klinikkene skårer temaet på gult</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>Implementere arbeid med psykologisk trygghet bredt i sykehuset</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrepet presenteres på nyansattdagen</li> <li>• Temaet er med i lederopplæringen</li> <li>• Temaet er med i HMS grunnopplæring for verneombud</li> <li>• Temaet tas inn i regional grunnopplæring for HMS og pasientsikkerhet</li> <li>• Selvhjelpsverktøy for enheter formidles i linjen</li> <li>• KAMU workshop om arbeid med psykologisk trygghet under Arbeidsmiljøuken</li> </ul>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
<a href="#">2.7</a>	Konflikt		<p>Når en uenighet begynner å oppleves fastlåst og vekke sterke negative følelser er det ikke lengre snakk om en nyttig og sunn meningsbryting, men konflikt.</p> <p>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 helseplager</p> <p>De fleste klinikkene har valgt gul markering for teamet, og fem har gått fra oransje til gult. Disse resultatene kan indikere en generell bedring ved sykehusets konfliktnivå, samtidig som det fortsatt jevnt over forekommer og må arbeides med. Endringen kan også komme av endret indikator.</p>	Alle ledere kjenner til N1 konflikthåndteringsprosedyre	Rask og systematisk implementering av konflikthåndteringsprosedyren som kommer i 2023

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.8	Trakassering		<p>Trakassering består av flere former for uønskede negative handlinger og ytringer som virker (eller har til formål å virke) krenkende, skremmende, fiendtlige, nedverdiggende eller ydmykende. 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. Dersom to parter behandler hverandre like dårlig, kan det kalles en konflikt heller enn trakassering.</p> <p>Klinikkene skårer seg selv gult og grønt på temaet, med små endringer fra foregående år. Det trekkes frem at det er krevende med tiltak når man ikke kjenner til om trakasseringen kommer fra andre ansatte eller pasienter</p>	Opprettholdt nulltoleranse for mobbing og trakassering	Påvirke revisjon av ForBedring spørsmålsbatteri til å skille mellom trakassering fra pasienter og kollegaer

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.9	Luftkvalitet		<p>Luftkvaliteten påvirkes av flere faktorer. De viktigste er temperatur, karbondioksidnivå og luftforurensninger. I OUS er det primært temperatur som oppleves utfordrende, mens de kjente luftforurensingen støv, fuktskadde bygninger og kirurgisk røyk.</p> <p>Luftkvaliteten rapporteres å være på gult nivå i 7 klinikker – øvrige klinikker rapporterer om oransje status. Egenvurderingene på klinikknivå samsvarer i stor grad med HMS-rundens data. Gammel bygningsmasse, utdaterte ventilasjonsanlegg, samt bruksendring av arealer og fortetning er noen av årsakene.</p>	<p>Bygg med fukt og råte fraflyttes eller saneres</p> <p>Forskriftsmessige prosessavsug er etablert der det er behov</p> <p>Ledere og ansatte i OUS kjenner til forebyggende tiltak for inneklime</p>	<p>Årsak til fuktskader må utbedres og skadede materialer må saneres</p> <p>Det bør prioriteres å etablere forskriftsmessige prosessavsug der det er behov for dette, f.eks. på operasjonsstuer med kilder til kirurgisk røyk.</p> <p>Forebyggende tiltak (rydding, renhold, solskjerming, varmekilder) gjøres kjent via Intranett og spesifiseres i N1 retningslinje</p> <p>Sikre tilstrekkelig ventilasjon i Nye OUS</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.10	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>De fleste klinikkene vurderer sine støyforhold til gult. Det forekommer sjelden hørselskadelig støy i OUS. Utfordringer gjelder hovedsakelig støy som forstyrrer arbeidet og til dels hindrer kommunikasjon. Arealfortetting og bruksendring av arealene mange steder på sykehusene er en av grunnene til støyutfordringene man har i dag.</p> <p>En del arbeidsplasser har unødvendig høye støynivåer som følge av at støy ikke vurderes eller prioriteres høyt nok ved anskaffelser av støyende utstyr.</p>	<p>Støy er etablert som krav i innkjøpsprosesser</p> <p>Støy er hensyntatt ved planlegging av flytting og nybygg</p> <p>Det er god informasjon og dialog med ansatte som berøres av støy fra byggearbeider</p>	<p>Nye kravspesifikasjoner med vektning av støynivå ved anskaffelser av MTU</p> <p>Sikre gode prosesser og medvirkning for å skape velegnede arealer og arbeidsplasser i byggeprosjekter samt ved flytting innenfor eksisterende arealer.</p> <p>Sikre god dialog mellom prosjekterende og ansatte som er berørt av støy fra byggearbeider. Støy fra byggearbeid er mindre sjenerende hvis de som er berørt vet når og hvor lenge det støyende arbeidet vil vare. Dette vil også gjøre det mulig å planlegge for når og hvor støysensitivt arbeid foregår og eventuelle andre tiltak.</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
<a href="#">2.11</a>	Lysforhold		<p>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.</p> <p>Flere klinikker melder om tilfredsstillende belysning og dagslysforhold. Det er også kommentarer knyttet til forventning om videre bedring av lysforhold ved nye sykehusbygg</p>	Gode og forskriftsmessige lysforhold er hensyntatt ved flytting og nybygg	Ivareta lysforhold ved nybygg og ombygging/rehabilitering av eksisterende lokaler.

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.12	Ergonomi og fysisk helse		<p>Ergonomi handler om tilpasningen mellom arbeidsmiljø, teknikk og menneske.</p> <p>Ifølge NAV er muskel- og skjelettplager den største årsaken til sykefravær på OUS og det er derfor svært viktig å jobbe forebyggende. Forebygging handler om riktige arbeidsteknikker og hjelpemidler, men også om fysiske helse – riktige treningstiltak i forhold til ulike yrkesbelastninger</p> <p>11 av 17 klinikker har markert temaet oransje. Hovedutfordringene som pekes på er</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• manglende ressurspersoner innen forflytning/fysisk helse</li> <li>• mangel på egnede hjelpemidler, spesielt ved forflytning av bariatriske pasienter</li> <li>• økt antall utstyr og utilstrekkelig lagringsplass</li> <li>• for lite og uhensiktsmessige areal mtp. dagens drift. Dårlig vedlikehold av lokalene.</li> </ul>	<p>OUS har et velfungerende nettverk av ressurspersoner innen forflytning/fysisk helse</p> <p>OUS i bevegelse er en kjent årlig kampanje som motiverer ansatte</p> <p>OUS har gode treningstilbud på alle hovedlokasjoner</p> <p>Nye OUS har planer for treningstilbud – og fasiliteter til ansatte</p>	<p>Opprettholde og utvide tilbud om kompetansehevende tiltak innen forflytning og fysisk helse</p> <p>Arrangere OUS i bevegelse med forbedringer</p> <p>Satse på OUS Bedriftsidrettslag og sørge for treningsfasiliteter på alle hovedlokasjoner</p> <p>Be om at Nye OUS avklarer planer for ansattes treningsfasiliteter i, eller i tilknytning til, de nye sykehusbyggene</p>



Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.13	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 antydningstrussel mot deres sikkerhet, helse eller velvære»</p> <p>OUS har de siste to årene utviklet en god forebyggende systematikk for risikovurdering med tiltak, og risikoklassifisering, for alle enheter i OUS. Nesten 400 enheter har gjennomført i januar 2023. Resterende gjennomføring og vedlikehold ligger på klinikknivå.</p> <p>En gjenstående mangel overordnet er opplæring og trening for somatiske enheter som har risiko for vold og trusler.</p> <p>OUS har økt antall HMS hendelser og skadetilfeller innen vold og trusler siste år, men ikke økt de alvorlige tilfellene. Vi tror at økningen primært skyldes mer oppmerksomhet om temaet etter gjennomføring av risikovurderinger mm, og at nivået fra 2022 er et mer realistisk nivå enn tidligere år.</p>	<p>OUS har en velfungerende implementert systematikk for forebygging av vold og trusler</p> <p>OUS har gode opplærings – og treningstilbud for ansatte i utsatte enheter</p> <p>Utsatte enheter utenfor PHA følges spesifikt opp</p>	<p>Klinikkene må følges opp jevnlig på fastsatte krav til risikovurderinger, forebyggende tiltak og organisering av opplæring og øvelser.</p> <p>Avklare løsning for opplæring, undervisning og trening av utsatte medarbeidere i somatikken.</p> <p>Spesifikk oppfølging av somatiske enheter som har omfattende utfordringer. Særlig fokus på</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nødvendige ressurser til å sikre at fastsatte forebyggende aktiviteter kan gjennomføres,</li> <li>• bygg/lokaler</li> <li>• muligheter for ytterligere sikkerhetstiltak.</li> </ul> <p>Alle utsatte medarbeidere (risikonivå 2-4) i sykehuset skal som et minimum gjennomgå tilgjengelige e-læringskurs på temaet frem til annet opplæringstilbud er etablert.</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
<a href="#">2.14</a>	<b>Inkluderende arbeidsliv (IA)</b>		<p>Inkluderende arbeidsliv inngår som en integrert 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.</p> <p>Hovedmålene i IA avtalen er:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykefraværet skal reduseres med 10 prosent sammenlignet med årsgjennomsnittet for 2018</li> <li>• Frafallet i arbeidslivet skal reduseres.</li> </ul> <p>Status er endret i negativ retning i 4 klinikker. Dette gjelder KLM, KRE, OPK og PRE. Samtidig er risikovurderingene endret i positiv retning for MED, KVI og HLK. Det er større variasjoner mellom klinikkene enn foregående år. 5 klinikker har IA arbeid eller sykefraværarbeid på listen over største utfordringer for 2023 og høyest prioriterte områder for 2023</p>	<p>Alle ledere i OUS er kjent med, og bruker, sentral prosedyre for oppfølging av sykefravær</p> <p>Alle ledere i OUS er kjent med Gravid og trygg i jobb og Akan</p> <p>OUS benytter bransjesatsninger for IA i sykehus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• «Der skoen trykker»</li> <li>• «Tidlig og tett på»</li> </ul> <p>OUS jobber målrettet og kontinuerlig for å beholde ansatte</p>	<p>HR stab, i samarbeid med HR ledere, tar ansvar for implementering og oppfølging av</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kjennskap til Gravid og trygg i jobb</li> <li>- Kjennskap til Akan</li> <li>- IA bransjesatsninger – tilbud til aktuelle enheter/avdelinger</li> </ul> <p>«Arbeidsgiverprofilering» i regi av HR stab øker innsats og synlighet av tiltak for å beholde ansatte</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
<a href="#">2.15</a>	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 risikovurdering, utforming og tilrettelegging, opplæring, substitusjon, oppbevaring, vernetiltak og målinger av forurensninger i arbeidsatmosfæren. Som verktøy i dette arbeidet brukes løsningen til EcoOnline.</p> <p>De fleste av klinikkens egenvurdering er lik 2021. Ett unntak er Klinikken for laboratoriemedisin som går fra gul til oransje. De har utfordringer med prosessavsug ved arbeid med formaldehyd, samt gjennomføringer av risiko- og substitusjonsvurderinger. Tiltak er iverksatt for å forbedre dette.</p> <p>Overordnet: Elektronisk stoffkartotek finnes for tiden i to versjoner, en gammel og en ny versjon, og brukere må benytte begge for ulike formål.</p>	<p>Det finnes kjemikaliekontakt på klinikknivå og i alle relevante underenheter</p> <p>Elektroniske stoffkartotek finnes i en versjon med tilfredsstillende brukergrensesnitt</p>	Påvirke/øke farten for anskaffelse av nytt elektronisk stoffkartotek
<a href="#">2.16</a>	Smittevern		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	Armbånds- og håndsmykker brukes ikke ved pasientkontakt i OUS	Etterlevelse av basale smittevernrutiner løftes i Ledelsens Gjennomgang (LGG)

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
			<p>pasientbeskyttende tiltak trekkes fram av flere klinikker.</p> <p>Håndhygienen 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.</p> <p>Det har lenge 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.</p> <p>Sykehuset har fortsatt et forbedringspotensial når det gjelder å kommunisere om smitte, slik at sykehusets medarbeidere kan iverksette nødvendige tiltak for å unngå smitte.</p> <p>Til tross for at mange klinikker velger grønn markering velges gult overordnet. Årsaken er beskrevet over.</p>	<p>OUS har et poliklinisk tilbud til ansatte med MRSA</p> <p>OUS har etablert hensiktsmessig kommunikasjon om smittefare og -merking til alle fag- og servicegrupper som arbeider med pasienter i sykehuset</p>	<p>Partssammensatt arbeidsgruppe, ledet av Avdeling for smittevern, anbefaler tiltak for bedret smittekommunikasjon</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.17	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 med mer.</p> <p>Strålebruk er regulert gjennom lover, forskrifter og interne prosedyrer. Det stilles krav til systematisk internkontrollarbeid som innebærer bl.a. risikovurdering, avvikhåndtering, opplæring, revisjon, kvalitetskontroll, optimalisering, rapportering, merking av arealer, og bruk av egnet verneutstyr.</p> <p>Koordinering av sykehusets strålevernarbeid er lagt til Avdeling for fysikk og bildeanalyse, Klinikk for radiologi og nukleærmedisin. Strålevernkoordinator har også et tett samarbeid med Arbeidsmiljøavdelingen</p> <p>Klinikkenes vurdering av egen status innen strålevern er stort sett uendret fra 2021 til 2022. Tall fra 2022 viser at svært få ansatte har persondosimeteravlesninger opp mot grenseverdiene gitt i strålevernforskriften</p>	OUS har et velfungerende strålevernarbeid for ansatte og pasienter	<p>OUS i samarbeid med HSØ fortsetter arbeidet med supplerende e-læring innen strålevern,</p> <p>Opprette eget skjema for risikovurdering av strålebruk i Achilles</p> <p>Oppfølging av strålevern aspekter ved oppføring av nybygg</p> <p>Delta i arbeidsgruppe for regional avtale om persondosimetri</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.18	Brannvern		<p>Brannvern har hatt en systemmessig forbedring ved digitalisering i Achilles og Kompetanseportalen i 2022. Samtidig er alle rutiner oppdatert.</p> <p>Antall brannalarmer i 2022 økt fra 2021, dette skyldes trolig økt aktiviteten på sykehuset etter koronaperioden. OUS hadde 151 brannalarmer 2022, av disse var 11 reelle branner.</p> <p>Etter innføringen av kompetanseportalen har antall ansatte som har gjennomført brannopplæringen økt betraktelig, men er fremdeles ikke som ønsket.</p> <p>Klinikkene gir seg selv høyere skår enn anbefalt fra faginstansen i sykehuset</p>	OUS har et velfungerende brannvern	<p>Verktøyet for egenkontrolldokumentasjon i Achilles implementeres.</p> <p>Utvikle og oppdatere e-læringskurs for ansatte</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.19	Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		<p>Ved OUS er det per utgangen av 2022 registrert totalt 38.800 enheter medisinsk-teknisk utstyr (MTU) som det gjøres jevnlig service og vedlikehold på i henhold til gjeldende lov- og forskriftskrav.</p> <p>HMS i forbindelse med MTU handler primært om riktig opplæring og god ergonomi. I tillegg er total støybelastning og plasshensyn relevant. Med en aldrende utstyrspark er det også en psykososial faktor involvert ved eksempelvis engstelse for sammenbrudd av utstyret, og mangel på tilgjengelig utstyr.</p> <p>Klinikkenes egen vurdering for HMS-temaet medisinsk-teknisk utstyr er noe forbedret fra foregående år. Alle klinikker er i 2022 på grønt nivå bortsett fra 4 klinikker (KLM, KRE, KVI og NVR) som er på gult nivå. Forbedringen forklares primært ved at klinikkene er fornøyde med opplæringsrutiner og dokumentasjon av disse. For de klinikker som ikke er på grønt nivå i 2022, er hovedkommentaren at de har mye gammelt og utdatert MTU som det er manglende mulighet for planlagt utskifting av («alle utbyttinger ... gjøres på breakdown»).</p>	<p>OUS har gode opplæringsrutiner for MTU</p> <p>HMS krav som ergonomi og støy er implementert i ved nye anskaffelser av MTU</p>	<p>Synliggjøre utskiftingsbehov for MTU også i forhold til HMS-området</p> <p>Implementere kravspesifikasjoner med vektning av støynivå og ergonomi ved anskaffelser av MTU.</p>

Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.20	Ytre miljø		<p>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. Helseforetaket arbeider målrettet for å minimere miljøbelastningen og er sertifisert i henhold til den internasjonale standarden ISO 14001:2015.</p> <p>Klinikkenes vurdering av egen status innen ytre miljø er stort sett uendret fra 2021 til 2022. Største utfordringer som klinikkene trekker frem i sine egenvurderinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kildesortering.</li> <li>• Strømsparing</li> </ul>	OUS har omfattende og godt implementert miljøledelse	<p>Drive eksisterende system videre for økt implementering og eierskap i hele sykehuset</p> <p>Synliggjøre gode tiltak og løsninger på intranett og via miljønettverket</p>



Kapittel i del 2	Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Mål	Forbedringstiltak for OUS sentralt
2.21	Elektro		<p>Elektro fagområdet er regulert gjennom lover, forskrifter, interne prosedyrer og instruksjoner. HMS-lovgivningen stiller krav til internkontroll, risikovurdering, avvikshåndtering, opplæring, revisjon, kvalitetskontroll, optimalisering, rapportering, merking av arealer, og bruk av egnet verneutstyr. I tillegg har OUS egen prosedyrer.</p> <p>Elektroområdet har forbedret internkontrollen de siste årene, primært på disse områdene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obligatorisk e læring for alt personell i medisinske områder</li> <li>- Kontroll av gruppe 1 og 2 rom</li> <li>- Lukking av TG3 avvik</li> <li>- Klassifisering av rom for hensiktsmessig teknisk infrastruktur</li> </ul>	OUS har god internkontroll på elektroområdet	<p>Få på plass sensorteknologi for å overvåke de viktigste heisene</p> <p>Effektivisere standardiserte arbeidsmetoder og systematikk</p>

## 1.2 OUS' største utfordringer innen HMS

Nr.	Tema	Utfordring
1	Arbeidsbelastning	Arbeidsbelastning er et tema som OUS må følge nøye med på de nærmeste årene med omstilling, flytting og utvikling av fremtidens spesialisthelsetjeneste. 14 av 17 klinikker markerer status på temaet som oransje. Opplevelse av arbeidsbelastning er subjektiv, og påvirkes av mange flere faktorer enn antall timer på jobb eller travelhet. Kollegial støtte, opplevelse av autonomi, psykologisk trygghet, pasientsikkerhet, ledelse og organisering av arbeidet er blant mange faktorer som påvirker den enkelte arbeidstagers opplevelse av negativt stress. Sykehuset må overordnet legge til rette for at den enkelte klinikk har oversikt over indikatorer for arbeidsbelastning, og at alle ledere har verktøy og kompetanse for å prioritere, planlegge og organisere driften til det beste for både ansattes og pasienters helse.
2	Medvirkning	Sykehuset går inn i en krevende periode med tanke på økonomiske rammer, i tillegg til at virksomheten skal inn i nye bygg. De endrede rammevilkårene krever store endringer og omstillinger, og god medvirkning blir essensielt. Arbeidsgiver- og arbeidstakersiden har behov for felles forståelse for medvirkning, som innebærer samarbeid om best mulige løsninger for sykehuset, og en åpen og velmenende dialog for å spille hverandre gode og sikre lojalitet til beslutninger som er fattet
3	Psykologisk trygghet	Psykologisk trygghet handler om at man opplever å kunne være oppriktig og at det å komme med spørsmål, innspill, idéer eller meninger ikke innebærer en frykt for formelle eller uformelle sanksjoner i arbeidsmiljøet. Begrepet ses som en grunnleggende faktor for både sikkerhetskultur og innovasjon/utvikling. OUS har allerede brukt ledersamlinger og Pasientsikkerhetsuka til å innføre begrepet som et sentralt krysningpunkt for HMS og pasientsikkerhet. Neste steg bør være en helhetlig innføring av psykologisk trygghet som grunnleggende faktor i hele sykehuset.

## 1.3 OUS' høyest prioriterte tiltak for HMS for 2023

1. Arbeidsbelastning	
Mål	Forbedringstiltak
<p>Fra Utviklingsplan 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 oversikt over faktorer forbundet med arbeidsbelastning for alle enheter</p> <p>OUS har gjennomgående struktur for forsvarlighetsvurdering, inkludert prinsipper for risikoreduserende turnus</p> <p>OUS har gjennomgående god systematikk og lederkompetanse innen kompetanseplanlegging og oppgavedeling</p>	<p>Utarbeide indikatorer for arbeidsbelastning (objektive og subjektive faktorer) på seksjonsnivå</p> <p>Innføre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>nivå 1 retningslinje for forsvarlighetsvurdering av arbeidstidsplaner</li> <li>risikoreduserende (helsefremmende) turnus innføres som standard i sykehuset. (Prinsipper for risikoreduserende turnus skal vurderes og etterstrebes for alle arbeidstidsplaner)</li> </ul> <p>Koordinert arbeid for å støtte sykehusets evne til oppgavedeling og kompetanseplanlegging. Utvikling og implementering av verktøy, og kompetanseheving for ledere. Eksempelvis;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Implementering av 5 stegs prosess for oppgavedeling</li> <li>Verktøy for kartlegging av oppgaver og tilhørende kompetanse</li> <li>GAT verktøy for kategorisering av kompetanse</li> <li>Innføring av nye roller som forsyningsmedarbeider m.m.</li> </ul>

2. Medvirkning	
Mål	Forbedringstiltak
<p>Fra Utviklingsplan 2040: Arbeidsmiljø-perspektivet 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>Alle parter har en forent holdning til kjøreregler for medvirkning</p>	<p>Stille krav til at prinsipper for medvirkning følges på alle nivåer i organisasjonen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kompetansekrav for ledere, verneombud og tillitsvalgte: <ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">12 prinsipper for medvirkning i omstilling – Helse Sør-øst (dok 47205)</a></li> <li><a href="#">Informasjon, drøfting og forhandling med tillitsvalgte (dok 22389)</a></li> </ul> </li> <li>Anbefale bruk av <i>Dialogduk om partssamarbeid</i> fra bransjeprogram IA i sykehus</li> </ul> <p>Det arrangeres eget møte på foretaksnivå med Spekter, LO og Unio der tema er forståelsen av hovedavtalens regler om medvirkning. Målsetningen er felles forståelse.</p>

3. Psykologisk trygghet	
Mål	Forbedringstiltak
<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>Implementere arbeid med psykologisk trygghet bredt i sykehuset</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Begrepet presenteres på nyansattdagen</li> <li>• Temaet er med i lederopplæringen</li> <li>• Temaet er med i HMS grunnopplæring for verneombud</li> <li>• Temaet tas inn i regional grunnopplæring for HMS og pasientsikkerhet</li> <li>• Selvhjelpsverktøy for enheter formidles i linjen</li> </ul> <p>Klinikk-AMU workshop om arbeid med psykologisk trygghet under Arbeidsmiljøuken</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 jobbrelaterte helseplager og arbeidstakere som er friske og motiverte lønner seg.

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

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

#### ForBedring

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

Gjennomføringen består av en anonym spørreundersøkelse som blir sendt til alle ansatte ved OUS (med noen få unntak) på e-post. Etter gjennomført undersøkelse får leder tilsendt en resultatrapport

som skal legges frem i lokale tilbakemeldingsmøter med gjennomgang og diskusjon av resultatene. Ansattgruppen blir i møtet enige om sine forbedrings- og bevaringsområder, og tiltak. Prinsippene om lokalt forbedringsarbeid og bred medvirkning er sentrale for OUS. Det er et mål at alle medarbeidere på alle nivå skal uttale seg under kartleggingen, delta/ha innflytelse på valg av forbedrings- og bevaringsområder, utarbeidelse og oppfølging av tiltak, samt være informert om gjennomføringen av tiltak.

## HMS-runde

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

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

## HMS-handlingsplan

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

## HMS-hendelser

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

## Risikovurderingsverktøy i Achilles

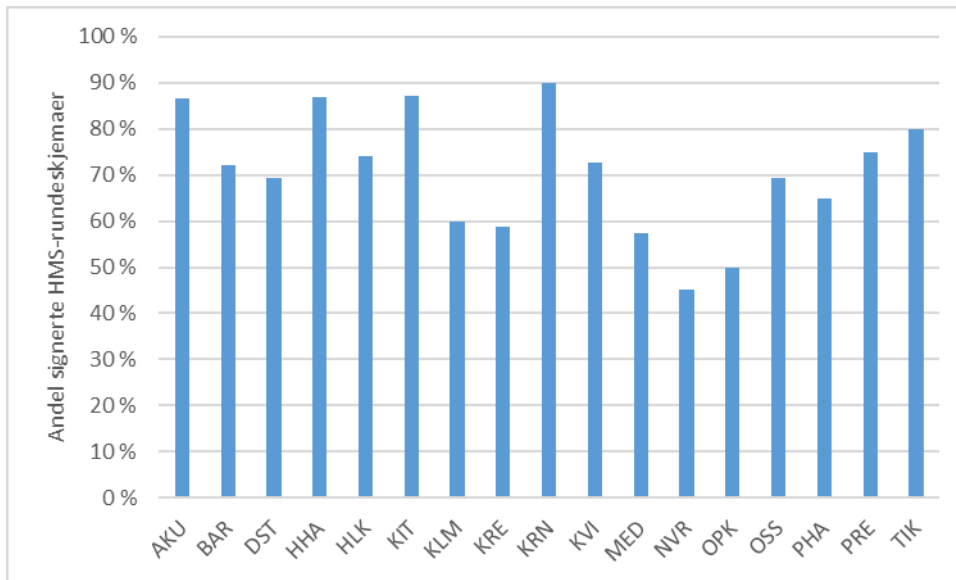
Achilles har en modul for at lokale enheter skal gjennomføre risikovurderinger. Foreløpig er skjema for vurdering av risiko for vold og trusler rullet ut, og andre temaer og en standard tom mal kommer også etter hvert.

## Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
HMS-verktøy	2022																	
	2021																	
	2020																	
	2019																	
	2018																	

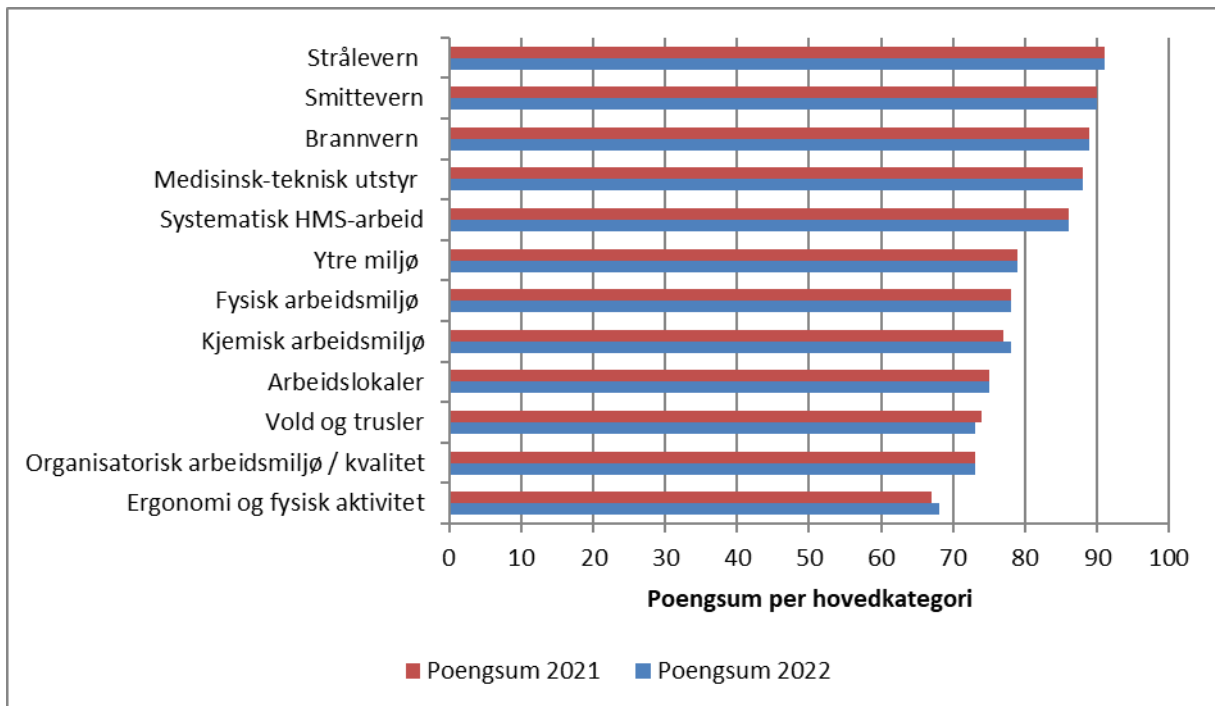
Det er noen endringer i klinikkens vurderinger av seg selv på temaet «HMS-verktøy», men ikke store. Forverring/forbedring i gjennomføring av HMS-runder, ForBedring, og avholdelse av tilbakemeldingsmøter i etterkant av ForBedring er hovedgrunnene til endrete vurderinger.

## Status for HMS-runder



**Figur 1: Andel verneområder som har fullført HMS-runder**

I 2022 ble det gjort en endring i måten HMS-runder regnes som gjennomført på. Tidligere måtte både leder og verneombudet signere HMS-rundeskjemaet elektronisk i Achilles for at verneombudets runde skulle registreres som gjennomført. Fra 2022 ble det endret til at det holder at leder har signert skjemaet, da det er leder som har ansvaret for gjennomføring av runden og at verneombudet er med. Dette kombinert med økt informasjon i linjen har ført til at flere klinikker har en høyere gjennomføringsgrad enn tidligere. Totalt i OUS er rundt 71% av HMS-rundene gjennomførte.

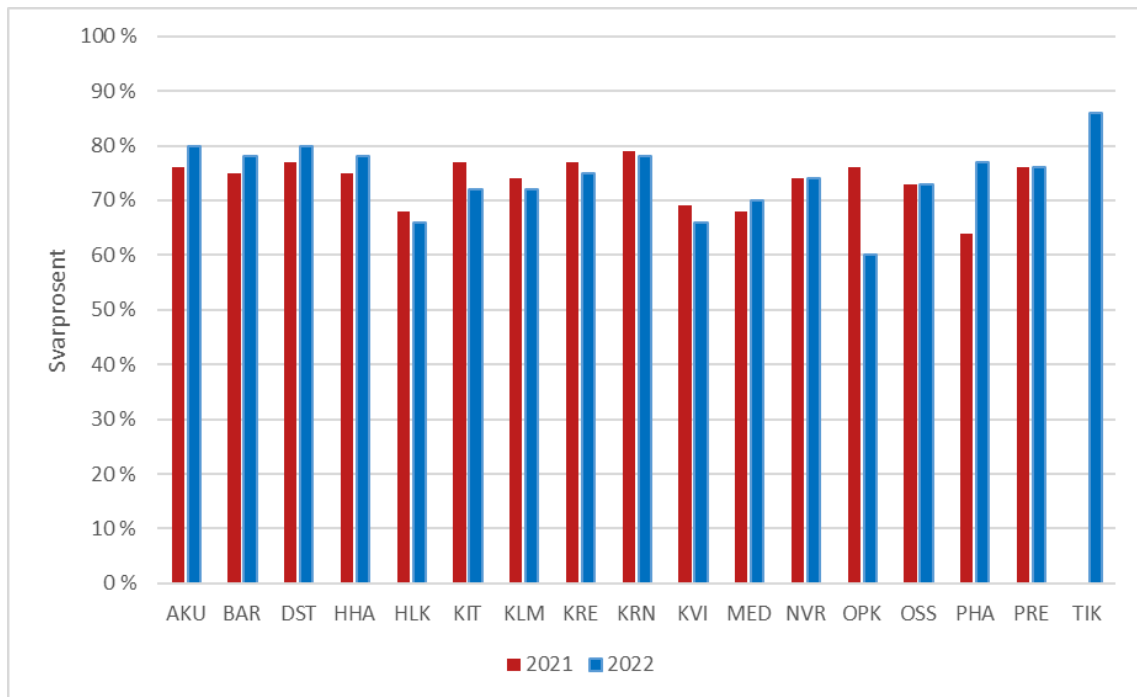


**Figur 2: Resultater fra HMS-runden 2021 og 2022. Vurderingene i HMS-runden er gjort om til en poengskala fra 0 til 100, hvor et høyere tall betyr at statusen er bedre enn ved et lavere tall.**

Verneområdene i OUS skårer seg lavest på temaet «Ergonomi og fysisk aktivitet», mens strålevern er et tema med god statusvurdering. Det er praktisk talt ingen endringer totalt sett for hele OUS på temaene fra 2021 til 2022, 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.

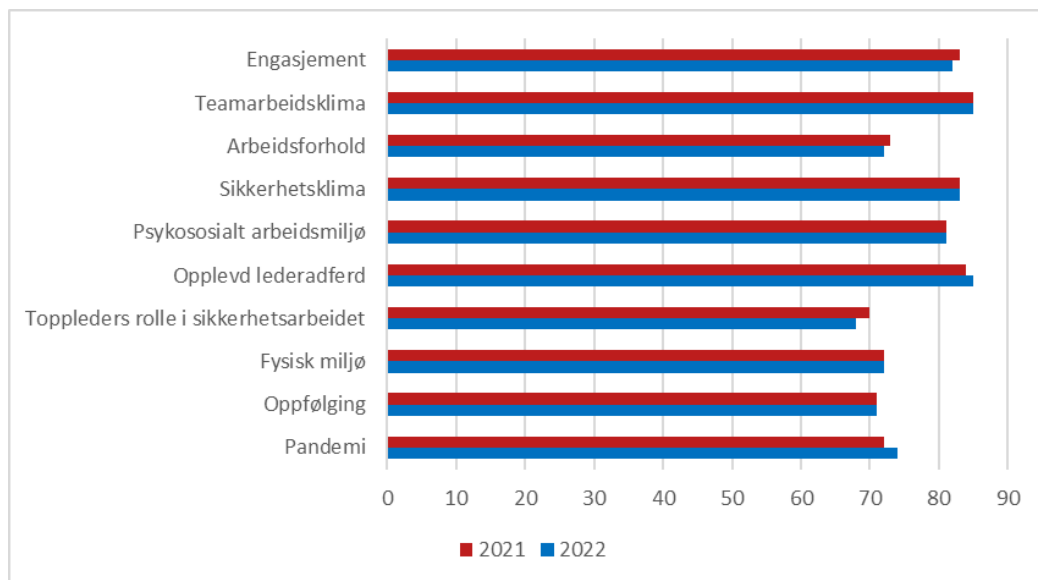
### Status for ForBedring





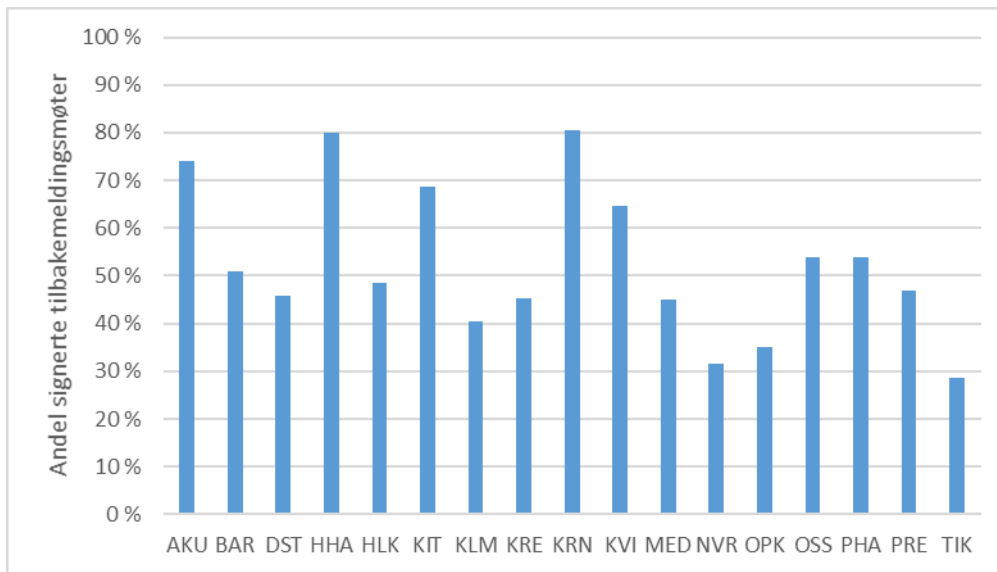
**Figur 3: Svarprosent på ForBedring 2021 og 2022, fordelt på klinikk**

Svarprosenten på ForBedring i OUS var i 2022 74%, som er det samme som det var i 2021. Av 20 397 ansatte som fikk muligheten til å svare, benyttet 15 135 seg av muligheten.



**Figur 4: Score på nøkkelfaktorene i ForBedring i 2021 og 2022**

Det er lite endringer fra 2021 til 2022 når det gjelder hva de ansatte har svart samlet sett for hele OUS. Mellom klinikkene er det en del variasjon i deres resultater. Resultatene fra ForBedring har blitt brukt som del av underlaget for deres HMS-årsrapporter.



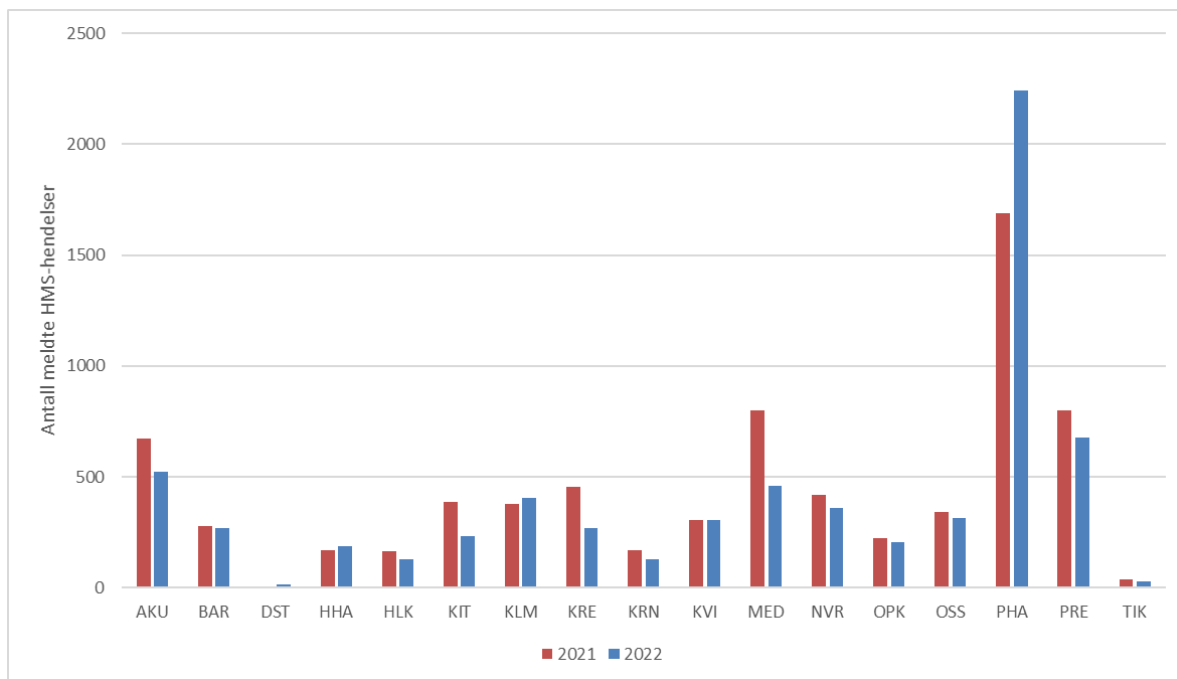
**Figur 5: Andel signerte skjemaer for fullført tilbakemeldingsmøte**

Etter at undersøkelsen er gjennomført, skal leder avholde et tilbakemeldingsmøte for sin personalgruppe hvor resultatene skal gjennomgås og man sammen skal finne forbedrings- og bevaringsområder og tiltak. I likhet med HMS-runder ble det i 2022 endret kriterium for hva som regnes som fullført tilbakemeldingsmøte. Dersom leder har signert i Achilles regnes møtet som gjennomført, selv om verneombud ikke har signert.

### **HMS-hendelser registrert i 2022**

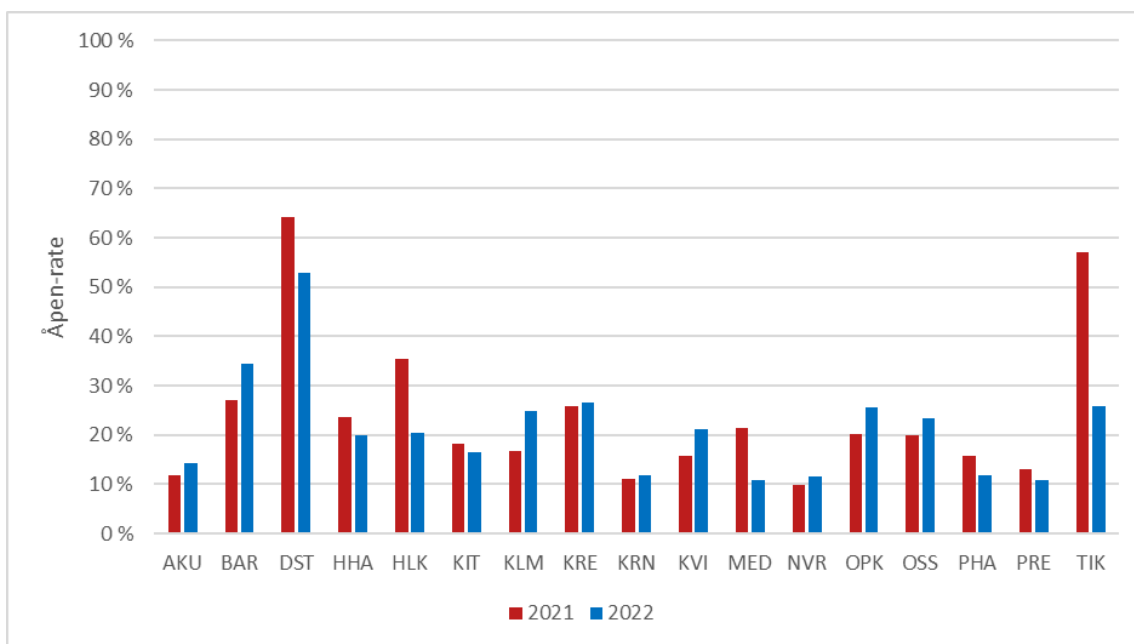
En viktig del av det systematiske HMS-arbeidet er å registrere uønskede hendelser / risikoforhold og skader, analysere bakenforliggende årsaker og sette inn forbedringstiltak der det er nødvendig. HMS-hendelser er i OUS er definert som "Hendelser eller forhold som påvirker arbeidsmiljøet, ansattes helse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

Det ble i 2022 registrert 6744 HMS-hendelser av medarbeidere i OUS (hvorav 738 av dem er skader). Dette er 11% færre registrerte HMS-hendelser enn i 2021 (7280 HMS-hendelser). I 2020 ble det registrert 7011 HMS-hendelser, og i 2019 6956.



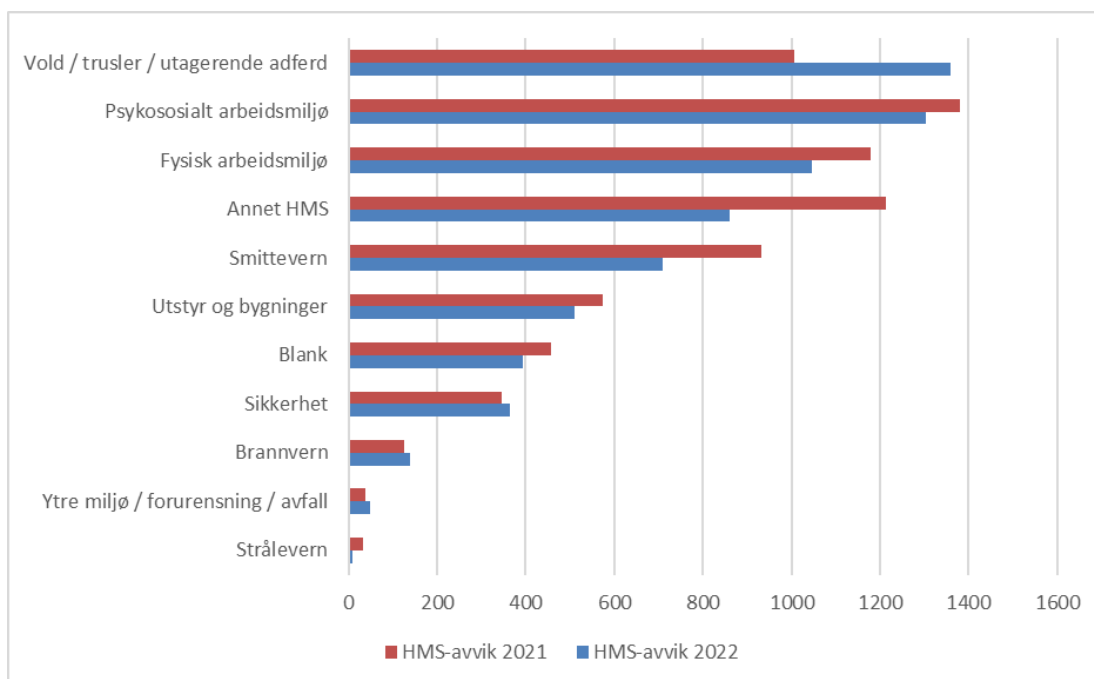
**Figur 6: Antall HMS-hendelser registrert i 2021 og 2022 per klinikk**

KIT, KRE og MED har registrert rundt 40 % færre HMS-hendelser i 2022 enn i 2021, mens PHA har hatt en stor økning på 33%.



**Figur 7: Åpenrate på HMS-hendelser 2021 og 2022: (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.

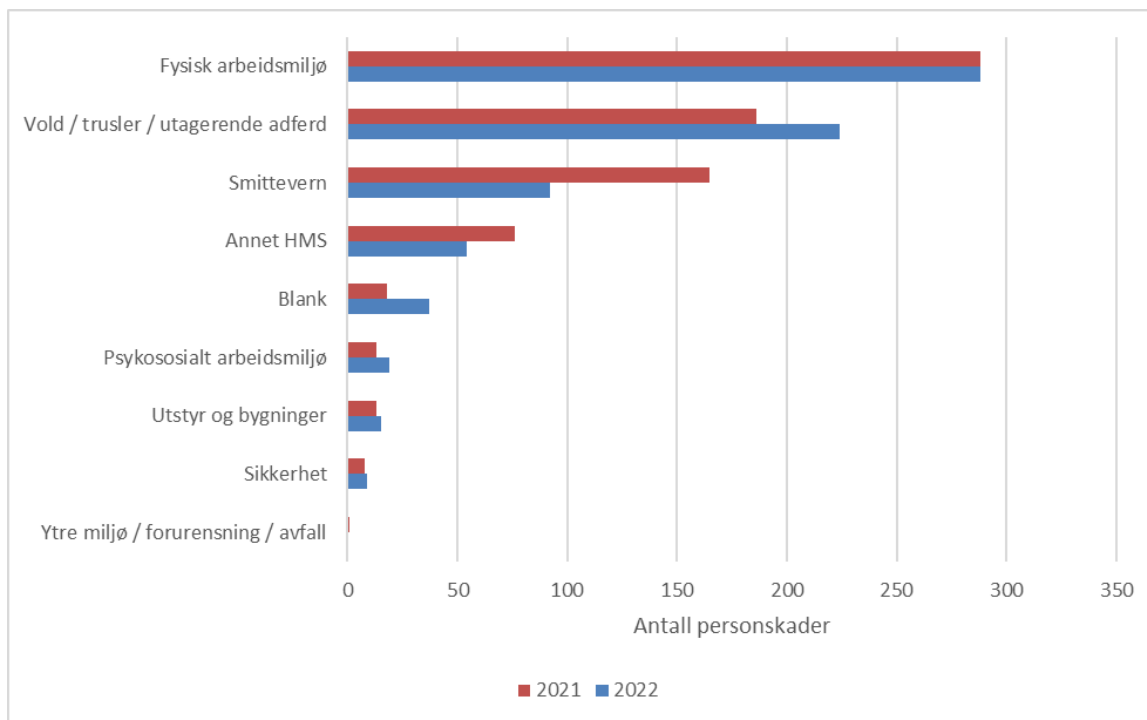


**Figur 8: Antall HMS-hendelser registrert på hovedkategoriene i 2021 og 2022**

Antall registrerte HMS-hendelser innen «Vold/trusler/utagerende adferd» har gått kraftig opp i 2022. I 2022 ble alle enheter i OUS pålagt å gjennomføre risikovurdering av vold og trusler, som sannsynligvis har ført til mer økt fokus og med det flere innmeldte saker. HMS-hendelser innen «Smittevern» har gått kraftig ned, som er forventet med tanke på covid-pandemien i stor grad regnes som over i Norge. «Annet HMS» har også hatt mange færre registreringer i 2021.

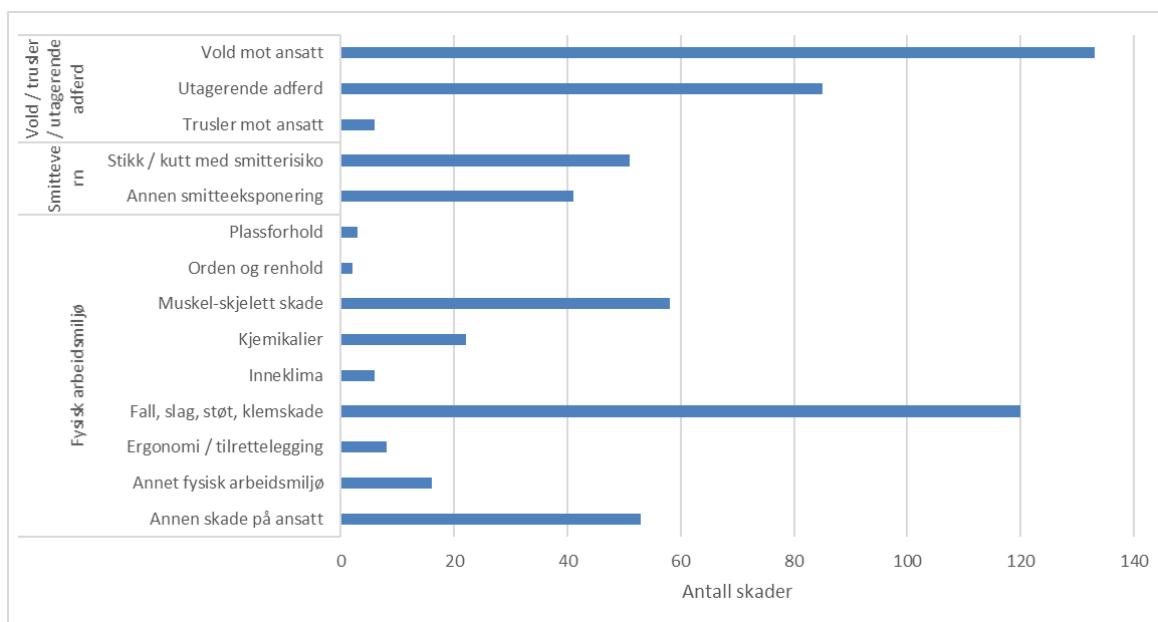
### Skader i OUS i 2022

Det ble i 2022 registrert 738 skader i OUS, hvorav 266 av dem var fraværsskader (skader som fører til fravær neste dag / skift). I 2021 ble det registrert 761 skader i OUS, hvorav 340 var fraværsskader.



**Figur 9: Antall skader i OUS i 2021 og 2022 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». «Smittevern» har langt færre skader enn forrige år, noe som skyldes færre saker som omhandler covid. «Vold / trusler / utagerende adferd» har hatt en økning i antall skader.



**Figur 10: Antall skader i OUS i 2022 delt på underkategoriene til de tre største hovedkategoriene**

Det er rundt samme fordeling innenfor de tre største hovedkategoriene det registreres skader på i 2022 som i 2021. «Annen smitteeksponering» har gått ned, da det er færre saker som omhandler

smittevern i forbindelse med covid-19. 168 av 224 (75%) av skadene i kategorien «Vold / trusler / utagerende adferd» er registrert av ansatte i PHA, som betyr at det også er et betydelig antall skader som skjer innen temaet i somatikken.

## Satsing og tiltak for forbedring fremover

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

- Klinikkenes HMS-handlingsplan gjennomgås i klinikk-AMU og i klinikkens ledermøte jevnlig for å se på status og fremdrift
- Oppfordring fra klinikkledelse til alle enheter om å legge bedre til rette for at ansatte kan få besvart ForBedring-undersøkelsen, evnt. få undersøkelsen sendt til privat e-post.
- Oppfølging av HMS-runde og/eller ForBedring skal tas opp i ledersamtaler på alle nivåer i aktuelle oppfølgingsmøter.
- Ved alvorlige hendelser sendes informasjon ut til alle fagmiljøer slik at andre også kan lære.

HMS-gruppen i Arbeidsmiljøavdelingen anbefaler for OUS følgende satsingsområder for 2022 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.
- Etablere risikovurderingsverktøy i Achilles som støtte ved omstilling. For å vurdere arbeidsmiljøkonsekvenser av omstillingen (fysisk, organisatorisk, psykososialt).

## 2.2 Medvirkning

Medvirkning omfatter ansattes muligheter og ressurser til å komme med synspunkter og innspill på arbeidsplassen, både individuelt og kollektivt.

- Ved individuell (direkte) medvirkning kan den enkelte arbeidstaker selv påvirke beslutningene som har betydning for arbeidssituasjonen.
- Individuell medvirkning skal sikre arbeidstakernes muligheter for blant annet faglig og personlig utvikling, selvbestemmelse og innflytelse.
- Kollektiv (indirekte) medvirkning ivaretas ved at ansattrepresentanter deltar og har innflytelse gjennom strukturert samarbeid med arbeidsgiver.
- Kollektiv medvirkning bidrar til at alle arbeidstakere får de samme mulighetene og at goder og ulemper fordeles på en rettferdig og legitim måte.

## Status i OUS

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

Status for medvirkning baseres på vurdering tre kriterier:

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

Temaet «Medvirkning» er nytt i 2022. Rundt halvparten av klinikkene oppgir dette temaet som en av de største arbeidsmiljøutfordringene. Vurderingene er i tråd med klinikkens tidligere vurdering av det tidligere temaet «Stress, medvirkning og støtte».

### 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. Direktørens stab og TIK har høye score på involvering, mens PRE scorer lavt på ansattes opplevelse av å bli oppmuntret til å delta i viktige avgjørelser.

### 2. Strukturelle og formelle 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 og vurderinger av status:

- Forpliktelse til å ivareta ø-hjelp kan føre til uforutsigbar aktivitet
- Informasjon trenger å spres på forskjellige måter for å nå flere ansatte
- Utfordringer med involvering i endringsprosesser og deltagelse i viktige avgjørelser
- Lav score på gjennomføring av tilbakemeldingsmøter etter ForBedring
- Organisatoriske forhold påvirker mulighet for reell medvirkning. Formelle og uformelle møteplasser er viktig for å bli kjent og bygge tillit. Leder er en viktig kulturbærer.
- Det er lite struktur på hvordan informasjonsflyten går begge veier.
- Lite reell medvirkning, heller informasjon som deles
- Fortsatt fokus på trygg og god kommunikasjon mellom arbeidsgiver, arbeidstaker, VO og TV på alle nivåer

### 3. Strukturelle og formelle 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.

Klinikkenes kommentarer til og vurderinger av status:

- Lite systematisk møtestruktur kan føre til at mange synes de mangler informasjon
- De formelle og strukturelle betingelsene virker å være til stede, men lokal opplevelse av medvirkning er ulik ute på avdelingene.
- Fortsatt fokus på involvering av TV og VO, og at alle forstår hva medvirkning innebærer.
- Alle strukturer er på plass og skal fungere, men det trengs en opplæring i «medvirkning i praksis» for nye ledere, TV og VO.
- Mange og krevende medvirkningsarenaer knyttet til nye bygg kan bli et vedvarende problem hvis det fører til at medarbeidere vegrer seg for å delta.
- Manglende jevnlig møtearenaer mellom leder, TV og VO på alle nivåer.
- Manglende møter for å gi direkte informasjon
- Informasjon og måten det informeres på betyr mye for opplevelse av medvirkning.
- God medvirkning på klinikknivå, men noe lavere lokalt. Utfordrende å få samlet TV og VO lokalt

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

Flere klinikker ønsker å gi ledere opplæring om psykologisk trygghet slik at de kan bidra til å øke ansattes opplevelser av å komme med tilbakemeldinger og medvirke i egen arbeidshverdag.

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

- Flere klinikker trekker også frem at faste møtepunkter og møtestruktur på flere nivåer som et viktig tiltak for å sikre direkte og indirekte medvirkning:
  - Alle enheter i klinikken skal ha jevnlig og faste møter med tillitsvalgte og verneombud. I den enkelte avdeling anbefales det møter minimum 4 ganger årlig, mens det på seksjonsnivå anbefales månedlige møter.
  - Påse bedre medvirkning ved at det etableres fast møtestruktur mellom TV/VO i enhetene.
  - Opprettelse av regelmessige faste personalmøter (der det mangler) for å sikre informasjonsflyt.
  - Allmøter minimum 2 ganger pr år
  - Gjennomføre regelmessige møter og informere ansatte om tidspunktet.
- Vurdere behov for nyhetsbrev fra seksjon eller avdeling.
- 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
- Sette «medvirkning» på agendaen på ledermøter og i møter med TV/VO (på klinikk og avdelingsnivå).



- Hvis medvirkning blant ansatte mangler; forventningsavklaringer om hva som motiverer til å påta seg verv.
- Klinikken må lage en strategi/handlingsplan for involvering og samhandling.
- OUS sine skjemaer for endringsledelse implementeres i klinikken
- Det gjennomføres hyppige møter hvor ansatte involveres i klinikkens prosjekter
- Fokuserer på informasjonsflyt og dialog i digitale og fysiske møtearenaer.

Andre tiltak som bør prioriteres:

- Stille krav til at prinsipper for medvirkning følges på alle nivåer i organisasjonen
- Konkretisere hvordan "medvirkning i praksis" gjennomføres i OUS
- Øke kompetanse om psykologisk trygghet med praktiske øvelser for større medvirkningsgrupper (for eksempel ved bruk av gjør-det-selv verktøy)

## 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. Temaet er nytt i 2022, men er en videreføring og avgrensning av fjorårets tema «Organisatoriske forhold».

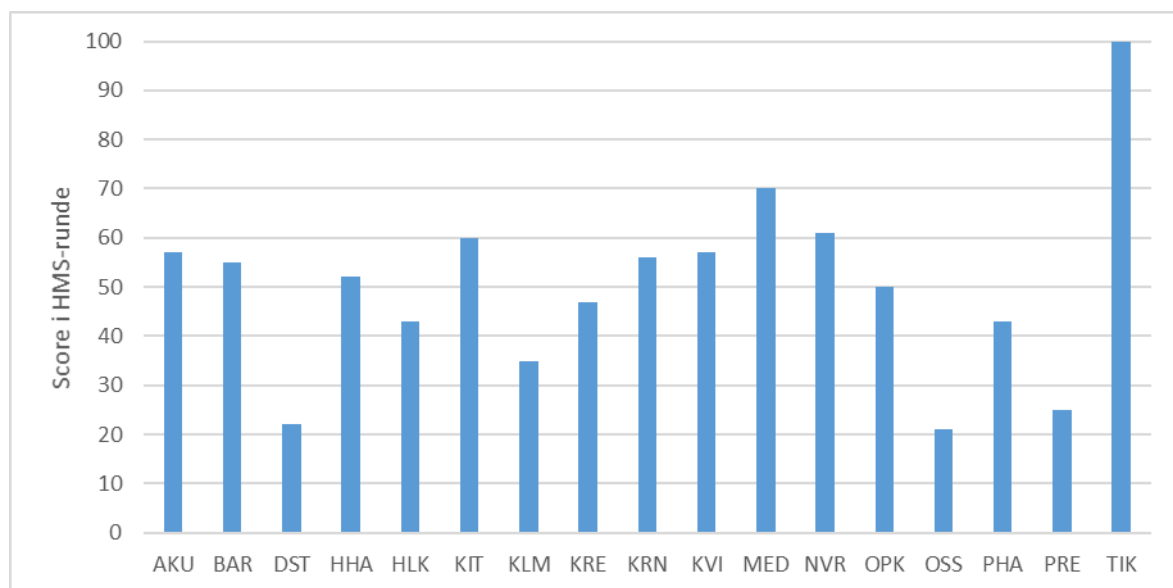
OUS har gode verktøy til bruk for forbedring og risikostyring. Indikatorer er hentet fra HMS-runden og dekker tema som prioritering, bruk av bemanningsplan, gjennomføring av tavlemøter, bruk av Det grønne korset, systematiske evalueringer og arenaer for intern samhandling.

I tillegg 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	2022																	

Bruk av Det grønne korset og tavlemøter er et område hvor flere klinikker peker på forbedringsmuligheter. Hos noen er det lite i bruk, andre klinikker har innført det i seksjoner med pasientrettet arbeid, mens flere problematiserer bruken av verktøyet.



**Figur 11: Oversikt over verneområdene i klinikkene sin score i HMS-runden på spørsmålet "Utføres daglig risikostyring (Det grønne korset e.l.) i enheten?"**

Det er stor forskjell i bruken av Det grønne korset i klinikkene. Spesielt klinikker med lite direkte pasientkontakt bruker verktøyet i liten grad.

Klinikkenes kommentarer til og vurderinger av status:

- Klinikken jobber fortsatt med innføring på alle seksjoner som har pasientrettet arbeid

- Det er ikke alle enheter som bruker det grønne korset
- Det grønne korset er lite i bruk i klinikken da vi har lite pasientrettet arbeid, men tavlemøter gjennomføres i større grad.
- Klinikken sliter med å innføre tavlemøter og det grønne korset inn i arbeidshverdagen
- Vi jobber systematisk med intern evaluering og samhandling
- Klinikken jobber systematisk med bemanningsplanlegging opp mot redusert tilgang til fagressurser, samdrift mellom enheter og ansettelse
- Det grønne korset har vært forsøkt, men erfaringen er at dette tar mye tid og endrer fokus bort fra pasienten.
- En klinikk beskriver at de ikke lykkes med å innføre det grønne korset i alle enheter selv om var tiltak i HMS-årsrapport de siste to årene. Det må kartlegges hvorfor de ikke har greid det, og om det fortsatt skal være et verktøy alle skal bruke.

### Satsing og tiltak for forbedring fremover

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:

- Intern undervisning for ledere. Oppfordre ledere til å delta på forbedringsnettverkets kurs.
- Implementere verktøy lokalt i samarbeid med klinikk-kontakt for kontinuerlig forbedring.
- Alle seksjoner, enheter og avdelinger skal jobbe systematisk med kontinuerlig forbedringsarbeid
- Kontinuerlig forbedring må forankres i N3 gruppen som må ansvarliggjøre lederlinjen.
- Kartlegging av hvordan tavlemøter og det grønne korset brukes.
- Ledere må være mer bevisste på å evaluere egne møtестrukturer, større møter og arrangementer
- Det arrangeres en halvdagssamling for alle verneombud og tillitsvalgte i klinikken med informasjon om budsjettprosess, samarbeid, roller, ForBedring og Det grønne korset. Tema kan evt. gjentas på ledersamlingen.

Andre tiltak som bør prioriteres:

- Systematisk implementering av forbedringsnettverkets kompetansemodell
- Gjøre en vurdering og evaluering av hvordan bruk av Det grønne korset og tavlemøter presenteres for bruk i sykehuset

## 2.4 Arbeidsbelastning

Temaet er nytt i HMS årsrapport-sammenheng. Arbeidsbelastning har tidligere år blitt belyst i temaet «Stress, medvirkning og støtte», med indikatorer fra ForBedring. I 2022 prosessen for HMS årsrapport er arbeidsbelastning vurdert som et eget tema, 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. Det hadde eksempelvis vært nyttig å ha indikatorer som pleietyngde og «vakt ikke dekket» i tillegg. Klinikkenes arbeidsgrupper er bedt om å vurdere nytteverdien av denne fremstillingen, og tilbakemeldingen vil være førende for neste års prosess.

Opplevelsen av arbeidsbelastning er subjektiv, og ulike individer trives med ulik grad av belastning. Dessuten kan kollegial – og lederstøtte, samt opplevelse av autonomi 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

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

Siden temaet er nytt finnes ikke sammenligningsgrunnlag. Opplevelse av høy arbeidsbelastning finnes i alle klinikker, representert ved oransje fargeskår i 14 av 17 klinikker. Typiske årsaker til opplevd høy arbeidsbelastning er samtidighetskonflikter, fravær av kompetent arbeidskraft (på grunn av sykefravær eller lav tilgang på enkelte yrkesgrupper), mange ressurskrevende pasienter/oppgaver samtidig, belastende turnus, eller opplevd lav grunnbemanning.

### Satsing og tiltak for forbedring fremover

Med vissheten om at sykehuset står foran større omlegginger av driften for å møte økonomiske rammer, og før innflytting i nye bygg, er arbeidsbelastningen viktig å følge med på. 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. Uten andre effektive tiltak kan situasjonen utvikle seg til en negativ spiral.

### Klinikkenes tiltak

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

- Opplæring i forsvarlighetsvurdering av arbeidstidsordninger, og overvåking av slike i KAMU
- Innføring av risikoreduserende/helsefremmende turnus for alle enheter
- Kartlegge faktorer som påvirker arbeidsbelastning på enhetsnivå
- Sørge for rett kompetanse på rett sted. Teamenes sammensetning av kompetanse er også viktig
- Se på organisering av arbeidet mellom faggrupper, og også på tvers av enheter, seksjoner og avdelinger (klinikker). Arbeidsglidning bør også utredes.
- Gjennomgå indikatorene for «Arbeidsbelastning» på avdeling/seksjon/enhetsnivå for å kunne identifisere forbedringsmuligheter
- Kartlegge årsaker til turnover i klinikken og utarbeide tiltak for å beholde medarbeidere.

### 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 avdelingsnivå i denne rapporten bør videreføres til enhetsnivå. 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.

#### Forslag til tiltak på sykehusnivå

- Skaffe klinikkene best mulig data om arbeidsbelastning (objektive og subjektive faktorer) på enhetsnivå slik at de kan sette i gang arbeid med forbedring, prioritering, organisering av arbeid på tvers av enheter, arbeidsglidning etc der det er mest nødvendig.
- Innføre nivå 1 retningslinje for forsvarlighetsvurdering av arbeidstidsplaner, og risikoreduserende turnus som standard i sykehuset
- Utvikle metoder/veiledning som setter ledere i stand til å planlegge både langsiktig og kortsiktig (per vakt) kompetansesammensetning
- Utarbeide handlingsplan for å redusere innleie – alltid kompetent personell på vakt
- Utvikle verktøy for pleiekategorisering

## 2.5 Sosial støtte

Hvorvidt en arbeidssituasjon oppleves som negativt stressende (og dermed risikabelt for helsen) avhenger av flere faktorer, for eksempel risikofaktorer som konflikter, for høy arbeidsbelastning eller trakassering. Sosial støtte og anerkjennelse er derimot en beskyttelsesfaktor, siden forskning viser at det har en potensielt modererende påvirkning på de skadevirkningene som kan komme av risikofaktorene.<sup>1</sup> Det vil si at sosial støtte i arbeidsmiljøet kan ansees som en buffer eller ressursfaktor i arbeidsmiljøet. Dette temaet er basert på 3 indikatorer fra ForBedring.<sup>2</sup>

Noe man gjerne glemmer ved snakk om sosial støtte er at det kan ta mange former - å vise omsorg (emosjonell), å gi praktisk hjelp (instrumentell), å dele det man vet (informativ) og å gi tilbakemeldinger (evaluativ).<sup>3</sup> Det er rimelig å anta at hvilken type sosial støtte som er best for hver enkelt kan variere individuelt. En problemstilling som da kan oppstå er at kolleger forsøker å støtte hverandre på den måten som passer for dem selv, men mottageren ikke opplever det som hjelpsomt. Dette er grunnen til at man bør ha kjennskap til disse 4 formene for sosial støtte – både for å huske at ikke alle trenger det samme som en selv, men samtidig å ansvarliggjøre hver enkelt til å kommunisere ut hva de har behov for.

Et annet ofte undervurdert aspekt ved sosial støtte er at å oppleve seg støttet av ledelsen er spesielt viktig.<sup>4</sup>

### Status i OUS

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

Samtlige klinikker har fargekodet «Sosial støtte» som grønn. Siden dette temaet er en nykommer i HMS-årsrapporten, kan ikke fargen sammenlignes med tidligere år.

### Satsing og tiltak fremover

Ingen klinikk har satt temaet på sin liste over største arbeidsmiljøutfordringer eller over høyest prioriterte tiltak. Basert på det klinikkene har meldt inn kan man anta at det foregår mye god sosial støtte ved sykehuset.

Forbedringstiltak som trekkes frem av klinikkene:

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> «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»

<sup>3</sup> Ducharme & Martin 2000: 226; Langford, Bowsher, Maloney & Lillis 1997: 96

<sup>4</sup> 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.

- Opprettholde og videreutvikle synlig ledelse i klinikken, viktig å se ansatte i hverdagen. Delta i lunsj, vaktskifte, delta på morgenmøter mm. Enkle grep kan gi gode effekter. Se mulighetene som evt. ligger i "Råbra". Tema på ledersamling.

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

Flere av klinikkene er inne på viktigheten av å fortsatt fokusere på temaet til tross for grønn farge, siden det er et viktig område for å nå OUS sine mål om økt aktivitet og stabilitet i fremtiden. Vi sier oss enig og minner at å satse på temaet er nyttig også fordi det er en sterk bufferfaktor mot belastninger – med andre ord, hvis man har arbeidsmiljøutfordringer det er vanskelig å utbedre kan det være en idé å rette litt innsats mot sosial støtte som en bufferfaktor, selv hvis området allerede er grønt. Dette kan potensielt styrke ansattgruppens evne til å kompensere for de negative påvirkningene av arbeidet, for eksempel hvis det er sterke emosjonelle belastninger, ved at de gir hverandre sosial støtte. Slik ønsker man å komme i en slags positiv spiral, hvor sosial støtte gjør at man lettere takler utfordringer og ha økt overskudd– osv. Motsatt kan man risikere å havne i negative spiraler også, hvor påkjenninger gjør at man i mindre grad har overskudd til å støtte kolleger, som gjør at hverdagen blir tyngre å takle – osv. Med andre ord kan arbeidsmiljøfaktorer være gjensidig påvirkende.

Ofte er tiltak rettet både mot organisatoriske rammer og det sosiale miljøet nyttig for å stimulere til sosial støtte i kollegafellesskapet. Man kan oppnå direkte effekt med å tilrettelegge for felles pauser, at ansatte blir godt kjent, opplære ledere i viktigheten av sosial støtte og ta opp temaet i kollegagruppen. Indirekte effekter oppnås gjerne med mer organisatorisk rettede tiltak, som for eksempel å etablere en "buddy"/fadder-ordning så alle har en kollega de kan oppsøke og bli oppsøkt av, passe arbeidsbelastning og bemanning, gode samhandlingsrutiner i arbeidet og nok kompetanse.

I tillegg kommer potensialet som ligger i mer formaliserte kollegastøtteordninger – PRE er per dags dato eneste klinikken med en klinikkovergripende ordning (EFOK), men vi er kjent med at flere andre fagmiljø ved sykehuset er interessert i å utvikle et system for sin egen del i fremtiden.

Noen aktuelle tiltak kan være:

- "Sosial støtte som buffer mot stress" som tema på seminarer, samlinger og lederopplæring
- Klinikkledelelsen utforsker hver klinikks behov og muligheter for innføring av kollegastøtteordninger, eventuelt andre måter å stimulere til økt sosial støtte
- OUS vil lene seg på kommende publikasjoner fra Ukom og evt Helsedirektoratet. Utarbeidelse av tilpasset veileder for OUS – hvordan legge til rett for kollegial støtte

## 2.6 Psykologisk trygghet

Indikatorer for dette temaet er spørsmål fra medarbeiderundersøkelsen ForBedring<sup>5</sup>. Et arbeidsmiljø preget av psykologisk trygghet er et viktig grunnlag for arbeid med de andre HMS-temaene og med pasientsikkerhet.

De siste årene har forskningen på psykologisk trygghet, av Harvard-professor Amy Edmondson, fått økt fokus. Psykologisk trygghet handler om man opplever å kunne være oppriktig og at det å komme med spørsmål, innspill, ideer eller sine meninger ikke innebærer en frykt for formelle eller uformelle sanksjoner i arbeidsmiljøet<sup>6</sup>. Flere studier gjort i medisinske miljøer peker på at graden av psykologisk trygghet har påvirkning på pasientsikkerhet, både på et individuelt nivå ved utførelse av arbeidet og på resultatet et team rundt en pasient leverer.<sup>7</sup>

### Status

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

Temaet psykologisk trygghet har erstattet temaet «Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt». Det er stort overlapp mellom ForBedring-spørsmålene disse temaene består av. Noen av indikatorene er imidlertid byttet ut for å gi en mer valid og presis måling av psykologisk trygghet. Når vi ser på resultatene finner vi at det tre klinikker har gått fra grønn skåre til gul. Majoriteten vurderer skåren som gul, med unntak av to klinikker. Det er en nedgang fra tre grønne vurderinger til to, sammenlignet med tidligere års skåre på temaet «Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt». Noen klinikker presiserer at de har hatt nedgang eller oppgang sammenlignet med 2021. Det kan imidlertid være feilkilder ved direkte sammenligning på grunn nevnte endringer i indikatorene fra temaet «Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt». To av klinikkene har satt psykologisk trygghet som én av sine hovedutfordringer.

Psykologisk trygghet har vært mye i fokus i OUS i 2022. Bedriftshelsetjenesten har undervist om temaet på ledersamlingen i Tønsberg for 250 ledere på nivå 1-3, i egne ledersamlinger for ledergruppene i Medisinsk klinikk, Akuttklinikken og Nevrologiklinikken, i Sentralt Kvalitetsutvalg, på fredagsmøter på Radiumhospitalet og på Rikshospitalet, i Arbeidsmiljøuka, på verneombudssamlinger, internundervisninger, LIS-undervisning samt på etterspørsel i store og små fagmiljøer spredt over hele sykehuset. Samlet anslår psykososial faggruppe å ha holdt rundt 100 foredrag om temaet i 2022, selv

<sup>5</sup> [1] *Teamarbeidsklimate*: Her er det lett å spørre når det er noe jeg ikke forstår, *Teamarbeidsklimate*:

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

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

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

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

*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*

<sup>6</sup> Edmondson, Amy C, The Fearless Organization, 2019

<sup>7</sup> Se for eksempel forskning av A. Edmondson, M. West, J. Braithwaite og Riskin et al.



etter å ha måttet avslått en del forespørslar. Etterspørselen tyder på at OUS 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 de avdelingene som har dårlig skåre. En klinikk sier de har involvert BHT der de vet skåren er dårlig. Akuttklinikken presiserer at det er en sammenheng mellom psykologisk trygghet og pasientsikkerhet og flere klinikker setter sammenheng mellom psykologisk trygghet og meldekultur – å bli tatt på alvor, sett og hørt. Et par klinikker har satt *medvirkning* som sine hovedutfordring og har foreslått tiltak om opplæring om psykologisk trygghet, for å fremme mer medvirkning fra ansatte – dette illustrerer at arbeidsmiljøtema samspiller med hverandre.

Tiltak som klinikkene beskriver er bl.a.:

- Det oppfordres til å ta opp psykologisk trygghet på personalmøter
- Lederfokus på trygt yringsklima / psykologisk trygghet. Dette påvirker pasientsikkerheten
- Fokus på tilbakemeldingskultur til ansatte som melder inn HMS- og pasientavvik. Bli sett og hørt
- Opplæring i psykologisk trygghet til ledere slik at ansatte kan komme med tilbakemeldinger og medvirke

### 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 kommunikasjon, medvirkning, meldekultur og konflikter som hovedutfordringer. For disse utfordringene kan det være aktuelt å jobbe med psykologisk trygghet som én vei mot målet.

Fordi enkelte klinikker påpeker under andre tema at de vil jobbe med å få til bruk av Det Grønne Korset, vil vi også stille oss bak at det og lignende verktøy kan være nyttig for å skape arenaer for diskusjon om pasientsikkerhet. Man kan også dra inn aspekter som samarbeid og kommunikasjon ved valg av fargesetting i «Det grønne korset». Slike verktøy kan «øve» oss i refleksjon rundt egne arbeids- og kommunikasjonsformer og slik øke psykologisk trygghet.

Det arrangeres åpne kurs i Psykologisk trygghet hvert halvår. Arbeidsmiljøavdelingen har også laget en egen selvhjelps-presentasjon som ledere eller andre ressurspersoner kan gjennomføre selv etter minimalt med forberedelsestid. Denne ligger på intranett.

## 2.7 Konflikt

Det kan være vanskelig å vite hvor grensen mellom sunn meningsbrytning og uhensiktsmessig konflikt ligger. Typisk pleier vi å si at når en uenighet begynner å oppleves fastlåst og vekke sterke negative følelser så er det ikke lengre snakk om en nyttig og nødvendig utviklingsprosess, men konflikt. Da vil det ofte begynne å oppleves som personlig også etter hvert, og ikke lenger bare en saklig uenighet. 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 helseplager<sup>891011</sup>.

Det er rimelig å anta at mange konflikter ved OUS, både mellom individer og mellom grupper, kunne vært unngått ved forebygging. I tillegg ser vi langvarige konflikter som trolig kunne vært løst tidligere dersom ansatte, ledere, HR, tillitsvalgte og vernetjenesten hadde tilstrekkelig konflikthåndteringskompetanse. Det holdes åpne kurs i konflikthåndtering hvert halvår.

Dette temaet er basert på indikator fra ForBedring. Før har det bestått av 2 spørsmål<sup>12</sup>, men det ble i år endret til 1<sup>13</sup> – man bør ha med seg ved sammenligning med tidligere års resultater at man i år ikke har med spørsmålet om opplevd konflikthåndtering.

### Status

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK	
Konflikt	2022																		
	2021																		
	2020																		
	2019																		
	2018																		

Tre klinikker har satt fargekoden oransje, 13 gul og 0 grønn. Fem klinikker har endret fargen fra oransje til gult i år, og ingen klinikker har endret fra gul til oransje, som betyr at ingen klinikk opplever å ha et høyere generelt konfliktnivå i 2022 enn i 2021. Disse resultatene kan indikere en generell bedring ved sykehusets konfliktnivå, samtidig som det fortsatt jevnt over forekommer og må arbeides med.

### Satsing og tiltak fremover

Tre klinikker har ført opp temaet på sin liste over største arbeidsmiljøutfordringer og listen over høyest prioriterte tiltak. Konkrete tiltak som kan trekkes fram:

- Ledere må ha verktøykasse for å kunne løse konflikter på et tidlig stadium

<sup>8</sup> Forebygging og håndtering av konflikter på arbeidsplassen, Stami 2013. Hanne Heen og Robert Salomon, 2018

<sup>9</sup> Varme konflikter i arbeidslivet. Organisatoriske perspektiver og håndteringsmetoder.

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

<sup>10</sup> Håndtering av konflikter og trakassering i arbeidslivet, Einarsen et al., 2007.

<sup>11</sup> Effects of adverse social behaviour at the workplace on subsequent mental distress: a 3-year prospective study of the general working population in Norway, 2021. Tom Sterud og Therese N. Hanvold.

<sup>12</sup> Når konflikter oppstår her blir de håndtert på en god måte

<sup>13</sup> 1) Har du lagt merke til forstyrrende konflikter i din enhet?

- Velge ut 2-3 enheter som scorer lavt for videre oppfølging
- Diskuteres på lederseminar. Hvordan forebygge fremfor brannslukking?

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

Forekomsten av forstyrrende konflikter og kvaliteten på konflikthåndtering vil variere innad i klinikkene. I arbeidet med å forbedre skårer på temaet er det derfor viktig å identifisere hvilke arbeidsmiljø som har de største utfordringene og iverksette tiltak der. For Bedringsundersøkelsen er et egnet verktøy for dette, men det forutsetter også at klinikkene har rutiner for å fange opp og følge opp stedene som skiller seg ut. Klinikker uten slike rutiner bør etablere det. Generelle tiltak rettet mot bedring av det psykososiale arbeidsmiljøet vil også være relevante tiltak for å forhindre forstyrrende konflikter. For de klinikkene som vil jobbe med "Psykologisk trygghet" og "Sosial støtte" som tema vil kunne oppnå indirekte positiv effekt på trakassering også og forebygge konflikter. Dette ettersom de fleste elementer i arbeidsmiljøet som stjeler krefter vil kunne øke risikoen for konflikt, ved å stjele ansattes mentale overskudd så de har mindre igjen til å møte kolleger på en så god måte som mulig. Mer konkret viser forskning at det er en sammenheng mellom opplevd rollekonflikt og forstyrrende konflikter<sup>14</sup>. En rollekonflikt kjennetegnes av motstridende krav eller forespørsler i jobben, og det å måtte prioritere mellom ulike krav i arbeidet, samt manglende ressurser til å utføre arbeidsoppgavene på en tilfredsstillende måte. Dermed vil det være gevinster å hente i form av færre forstyrrende konflikter ved blant annet å jobbe med opplæring og kompetanseheving, tiltak rettet mot arbeidsbelastning, og organisering av arbeidet.

En nivå 1-prosedyre i konflikthåndtering er også under utvikling, som forhåpentligvis vil kunne bidra til økt kompetanse og mer enhetlig konflikthåndtering i OUS.

---

<sup>14</sup> Fakta fra STAMI – konflikter på arbeidsplassen, 2017.

## 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.

Det kan være vanskelig å vite nøyaktig hva trakassering er, hvilket forhold det har til mobbing og hva som er forskjellen på trakassering og konflikt. Trakassering består av flere former for uønskede negative handlinger og ytringer som virker (eller har til formål å virke) krenkende, skremmende, fiendtlige, nedverdiggende eller ydmykende.<sup>15</sup> 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.<sup>12</sup> Forebyggende arbeid mot trakassering er derfor også en viktig innsats for å sikre pasientsikkerhet.

Studier viser at følgende arbeidsmiljøfaktorer ofte har sammenheng med mobbing i arbeidslivet: 1) uklar eller dårlig arbeidsorganisering, 2) inkompetent eller fraværende ledelse, 3) offeret er i en sosialt utsatt posisjon, 4) et negativt/fiendtlig sosialt klima, og 5) en kultur som belønner eller tillater mobbing.<sup>3</sup>

### Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
Trakassering	2022	Grønt	Grønt	Grønt	Gult	Gult	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Gult	Gult	Grønt	Gult	Grønt
	2021	Grønt	Grønt	Grønt	Gult	Gult	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	Gult	Gult	Gult	Gult
	2020	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Gult	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Gult	Gult	Gult	Oransje	Gult
	2019	Grønt	Grønt	Grønt	Gult	Gult	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Gult	Gult	Grønt	Gult	Gult
	2018	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Gult	Gult	Grønt	Gult	Gult

Temaet er basert på indikatorer fra ForBedring, uten endringer fra i fjor.<sup>16</sup> Svarene kan derfor sammenlignes med tidligere resultater. Samlet sett er fargekodene ganske sammenfallende tilbake til 2019. Tre klinikker har endret farge fra i fjor: to i positiv retning fra gult til grønt og én fra grønt til gult. Flere klinikker presiserer at nulltoleransen for trakassering gjør at de opprettholder gul farge for å søke

<sup>15</sup> [Trakassering \(arbeidstilsynet.no\)](https://www.arbeidstilsynet.no)

<sup>16</sup> «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»

ytterligere forbedringer. Én klinikk påpeker at det forekommer noe trakassering, men at svært lite av det består av seksuell trakassering. Flere løfter frem klarheten om trakasseringen kommer fra pasienter/pårørende eller kolleger, og én klinikk påpeker viktigheten av å bruke tilbakemeldingsmøtene etter ForBedring til å utforske dette, siden det krever ulike tiltak.

Resultatene gir ikke konkret informasjon om hvor stort omfang mobbing/trakassering oppleves å være da det måles på en enig-uenighets skala og ikke frekvens-skala. Det er ofte stor variasjon i resultater mellom ulike enheter i klinikkene. Det er derfor viktig å rette tiltak spesifikt mot de enhetene i klinikken som har lav skåre på spørsmålene. Ingen av klinikkene har satt trakassering alene på listen over sine fem største arbeidsmiljøutfordringer, men én har slått det sammen med konflikt som ett punkt.

## Satsing og tiltak fremover

Mange klinikker oppgir at de har fokus på dette temaet i leder- og personalmøter for å tydeliggjøre varslingsprosedyren og retningslinjene. Videre ansees det å være behov for å jobbe med å utvikle meldekulturen og å kvalitetssikre forståelsen av god og rask oppfølging. Trygge arenaer og møteplasser hvor ansatte kan si ifra om forhold som gjelder arbeidsmiljø og pasienthendelser blir nevnt som forebyggende tiltak.

Forbedringstiltak som trekkes frem av klinikkene:

- Alle må bli flinkere og tryggere på å melde/varsle om trakassering
- Gjennomgang månedlig også i 2023. Tas opp som sak på ledermøter angående gjennomføring for å sette ytterligere fokus på videreformidling
- Saken sees i forhold til konflikt og psykologisk trygghet
- Tema på personalmøter
- Gjennomgang av retningslinjer for mobbing/trakassering. Kvalitetssikre forståelsen av dette
- Det gjennomføres spesifikke undersøkelser i avdelingene med lav skår både innenfor mobbing/trakassering og seksuell trakassering. Oppfølging til seksjoner med lav skåre
- Ledere får nødvendig opplæring

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

Vi støtter klinikkens initiativ om å sørge for kontinuerlig fokus på å sikre informasjon og opplæring av ledere, HR og ansatte i sykehusets trakasseringsprosedyre samt varslingsprosedyren. At klinikkledelsen setter temaet på dagsordenen jevnlig på ledermøter gir god forankring i linjen. I tillegg vil trygge møtearenaer med god kommunikasjonskultur og psykologisk trygghet kunne gjøre det lettere å fange opp trakassering på et tidligere tidspunkt. Som vist til over viser forskning at å jobbe med øvrige organisatoriske og psykososiale faktorer kunne virke forebyggende mot trakassering; eksempelvis å forebygge konflikt er derfor også en forebygging av trakassering, selv om det er to forskjellige ting, siden begge forekommer hyppigere i vanskeligstilte psykososiale arbeidsmiljø<sup>17</sup>. Ved lav skåre på ForBedring er det hensiktsmessig å sikre at ledelsen får støtte til å gjennomføre tilbakemeldingsmøtet på en god måte, samt tilrettelegge for at så mange ansatte som mulig får deltatt - særlig hvis de lave

---

<sup>17</sup> Håndtering av konflikter og trakassering i arbeidslivet, Einarsen og Pedersen, 2007

skårene har vedvart over tid. I tillegg vil det være nødvendig å få tak i hvorvidt trakasseringen kommer fra pasienter eller kolleger, da dette vil ha betydning for hvilke tiltak som bør igangsettes.

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:** CO<sub>2</sub> nivået kan bli for høyt hvis luftbyttene er for små i forhold til personbelastningen. Dette kan føre til konsentrasjonsproblemer, hodepine og trøtthet.

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

- *Ubehagelig lukt*
- *Irritasjon i øyne og luftveier*
- *Forverret astma og allergireaksjoner*
- *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 fuktskader og håndtering av kirurgisk røyk tydelig regulert når det gjelder krav til utbedring og vernetiltak.

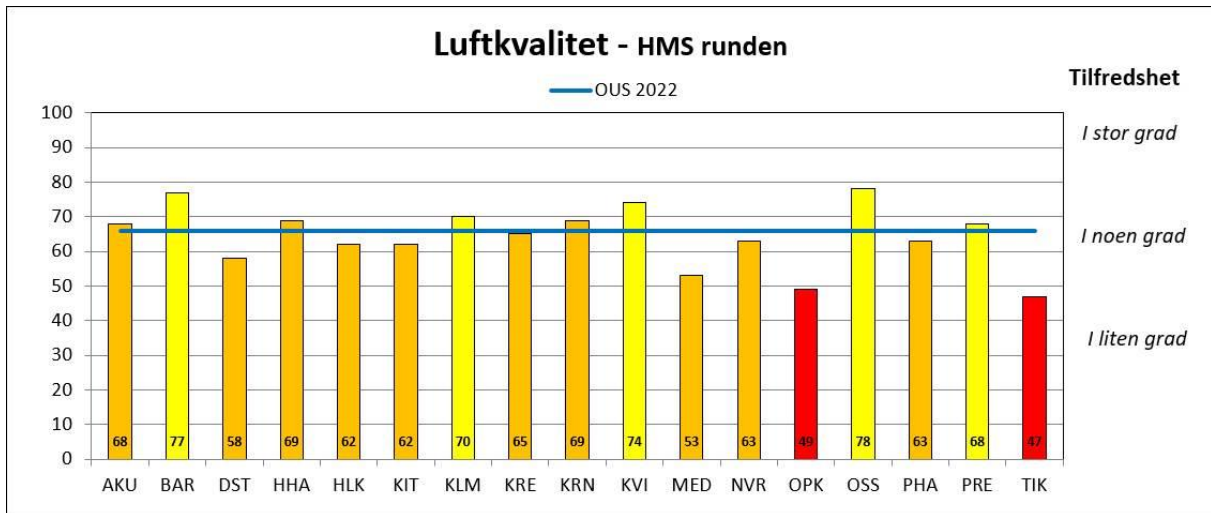
Eksponering for kirurgisk røyk og fuktrelaterte forurensninger kan gi betydelige helseeffekter, spesielt hos personer med kjente luftveissykdommer som allergi og astma. Tørr luft og høy lufttemperatur forsterker plager av luftforurensning.

### Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
Luftkvalitet	2022																	
	2021																	
	2020																	
	2019																	
	2018																	

Luftkvaliteten rapporteres å være på gult nivå i AKU, BAR, HHA, KLM, KVI, NVR og OSS – øvrige klinikker rapporterer om oransje status. HHA har endret fra oransje til gul. De resterende klinikkene rapporterer om tilsvarende status som i 2021. Det er uansett flertall som rapporterer oransje og luftkvalitet er 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, spesielt på Radiumhospitalet. Det er viktig å merke seg at TIK og OPK havner under kriterie for rødt og rapporterer om at luftkvaliteten i liten grad er tilfredsstillende.



Figur 12: Oversikt over skår i HMS-runden 2022

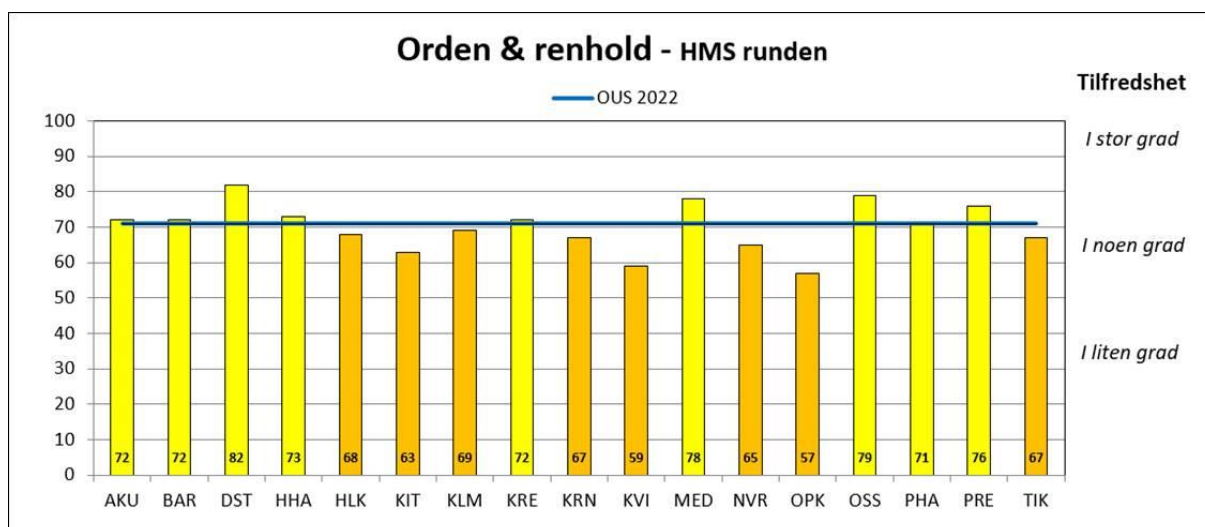
Verneområdene i KIT, MED, OPK, TIK, MED, DST og PHA scoret *temperatur* dårligst, et sted imellom *noen grad* og *liten grad* tilfredsstillende. BAR, HHA, HLK, KVI og OSS rapporter imellom *I stor grad* og *I noen grad* tilfredsstillende. De resterende klinikkene rapporterer omtrent på OUS gjennomsnittet,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

Innen tema luftkvalitet har OUS størst utfordring med lufttemperaturen. Dette skyldes i mange tilfeller manglende eller mangelfull luftutsiftning 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 13: Oversikt over skår i HMS-runden 2022**

### 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 gjentagende 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:

- Ha ryddekampanje i klinikken. På papir og klær/uniformer
- Årlig revisjon av lagring og organisering av utstyr. Diverse kasserte utstyr må ryddes/kastes.
- Gjennomføre kartlegging der det foreligger avvik.

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 solavskjerming hvis dette mangler.
- Der det er kilder til luftforurensing som fuktskader, trafikkforurensing, eller på steder med betydelige støvkilder f.eks. papp, papir og tekstiler er det spesielt viktig med gode rutiner og tilrettelegging for orden og renhold.

## 2.10 Støy

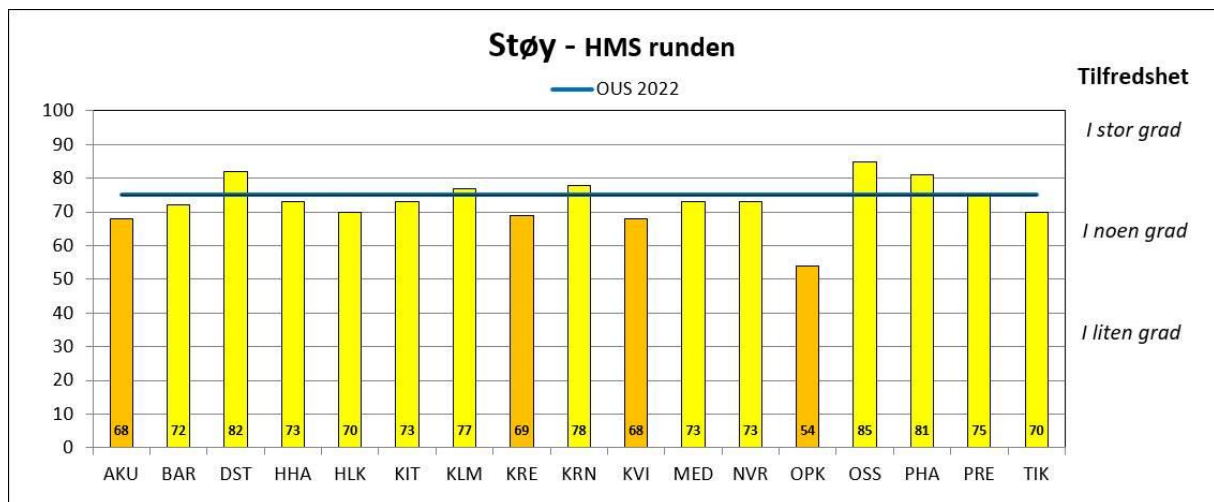
Støy på arbeidsplassen er regulert i arbeidsmiljølovens forskrifter som setter krav til utforming av arbeidsplasser og utførelsen av arbeidet. Alle skal beskyttes mot helseskadelig støy. Det settes skjerpede krav til støynivået når arbeidstakere utfører vedvarende kommunikasjons- og konsentrasjonskrevende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

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

### Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
Støy	2022	Oransje	Gult	Gult	Gult	Gult	Gult	Gult	Oransje	Gult	Oransje	Gult	Gult	Oransje	Grønt	Gult	Gult	Gult
	2021	Oransje	Gult	Gult	Gult	Gult	Gult	Gult	Oransje	Gult	Gult	Gult	Gult	Oransje	Grønt	Gult	Gult	Gult
	2020	Oransje	Gult	Gult	Gult	Gult	Oransje	Gult	Oransje	Gult	Gult	Gult	Gult	Oransje	Grønt	Gult	Gult	Gult
	2019	Gult	Gult	Gult	Gult	Gult	Oransje	Gult	Oransje	Gult	Gult	Gult	Gult	Oransje	Grønt	Gult	Oransje	Gult
	2018	Gult	Gult	Gult	Grønt	Gult	Oransje	Gult	Gult	Gult	Gult	Gult	Gult	Gult	Grønt	Gult	Gult	Gult

De fleste klinikker vurderer sine støyforhold til gult, AKU, KRE, KVI og OPK vurderer forholdene til oransje, mens OSS vurderer støyforholdene som grønt. Alle klinikkene er uendret og rapporterer også skriftlig at lite er endret fra 2021 til 2022.



Figur 14: Oversikt over skår i HMS-runden 2022

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

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

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

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

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

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

### Satsing og tiltak for forbedring fremover

Fremover bør klinikkene sette tydelige krav og vurdere støy når nye arbeidsplasser skal planlegges i nye bygg. Bedriftshelsetjenesten bør inkluderes i byggemøter når det er nødvendig. 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:

- 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.
- PRE sier at de er bekymret for om støyskjerming fra pasienter blir tilstrekkelig hensyntatt i nye bygg, dette bør følges opp. Lov og forskrift sier at eksponering fra støy skal vurderes når arbeidsplasser og arbeidslokaler utformes slik at unødig støy ikke oppstår.
- God dialog mellom prosjekterende og ansatte som er berørt av støy fra byggearbeider er viktig. Støy fra byggearbeid er mindre sjenerende hvis de som er berørt vet når og hvor lenge

det støyende arbeid vil vare. Dette vil også gjøre det mulig å planlegge for når og hvor støysensitivt arbeid foregår og eventuelle andre tiltak.

- Det er 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 rådgi 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<sup>18</sup>.

Tilfredsstillende belysning er i seg selv en viktig del av tilretteleggingen av en arbeidsplass<sup>19</sup>.

Dagslys påvirker *lykke-, stress- og våkenhetshormoner* i kroppen, dette er av betydning for helse, trivsel og produktivitet. Kunstig lys kan ikke erstatte behovet for dagslys. Dette er bakgrunnen for lovkrav om dagslys og utsyn på arbeidsplassen<sup>20</sup>.

### Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
Lysforhold	2022																	
	2021																	
	2020																	
	2019																	
	2018																	

Belysning oppleves stort sett ikke som noen stor utfordring i OUS, og klinikkens vurdering av egen status innen lysforhold er stort sett uendret fra 2021 til 2022. KRN og OPK har de siste 5 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.

Flere klinikker melder om tilfredsstillende belysning og dagslysforhold. Det er også kommentarer knyttet til forventning om videre bedring av lysforhold ved nye sykehusbygg. Ingen av sykehusets klinikker har satt lysforhold som klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer eller klinikkens høyeste prioriterte tiltak.

### Satsing og tiltak for forbedring fremover

Klinikkene har nevnt følgende tiltak for forbedringer:

---

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

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

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

- Bevisstgjøre ansatte på bruk av dagslyslamper der det ikke finnes naturlig dagslys.
- Innstallering av lysvinduer ved manglende tilgang til dagslys.
- Vurdere døgnrytmestyrte belysning i forbindelse med nybygg.
- Fortsette å ha fokus på lysforhold ved nybygg og ombygging/rehabilitering av eksisterende lokaler.

Ved arbeid i lokaler uten daglys eller ved nattarbeid 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. Derfor bør klinikkene jobbe for å finne løsninger hvor ansatte får tilgang til daglys og utsyn. Selv om arbeidets art i enkelte klinikker krever mørkere lokaler, bør det være tilgjengelige lokaler og pause- og spiserom med tilgang på dagslys.

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 døgnrytmestyrte 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<sup>21</sup>. I tillegg til ergonomiske faktorer kan både organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljøfaktorer bidra til å utvikle eller forverre muskel- og skjelettplager.

Det er ikke bare ansatte med arbeidsoppgaver som kjennetegnes som 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 utforming<sup>22</sup>. Det skal være mulig å variere arbeidsstilling og utføre arbeidet med hensiktsmessige bevegelser. Fortetting kan påvirke også 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 form<sup>23</sup>. 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 den 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 ol. 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.

---

<sup>4</sup> Arbeidsrelaterte muskel- og skjelettplager (arbeidstilsynet.no)

<sup>22</sup> Universell utforming er utforming av produkter og omgivelser på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker, i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpassing og en spesiell utforming.

<sup>23</sup> Holtermann et al. 2012: *The health paradox of occupational and leisure-time physical activity*

## 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	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	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
	2020	Orange	Orange	Grønn	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Grønn	Orange	Orange
	2019	Orange	Orange	Grønn	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Grønn	Orange	Orange
	2018	Orange	Grønn	Grønn	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange

Klinikkenes vurdering av egen status innen ergonomi og fysisk helse er nærmest uendret fra 2021 til 2022. MED har endret status fra oransje til gult. Dette betyr ikke at de ikke har tung belastning og utfordringer når det kommer til forflytning av pasienter. Men med bakgrunn i at de i klinikken jobber systematisk med forflytning, har mange forflytningsveiledere, opprettet arbeidsgruppe som ser på hjelpemiddelbehovet i klinikken med tanke på bariatriske (+150 kg) pasienter og i tillegg har også kjøpt inn en heis som tåler de aller tyngste pasientene. Derfor mente arbeidsgruppen at MED burde gå fra oransje til gult på dette området. MED har fortsatt stort fokus på forflytning, og satt opp "fokus på hjelpemidler i klinikken" som et konkret tiltak i klinikkens handlingsplan for 2023.

11 av 17 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.

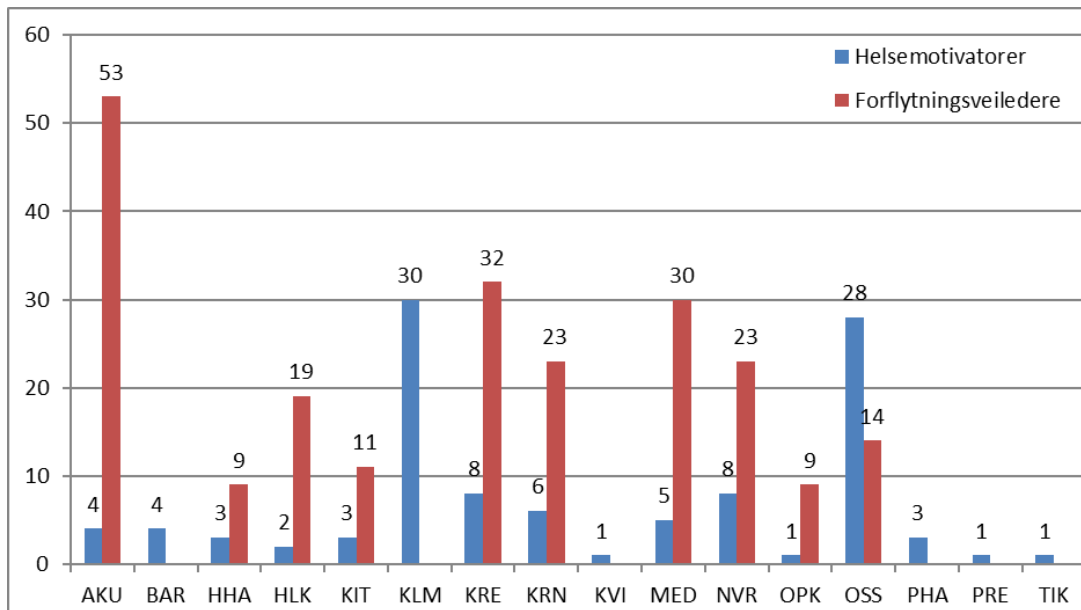
Største utfordringer som klinikkene trekker frem i sine egenvurderinger:

- Mangel på opplæring og kompetanse innen ergonomi og arbeidsteknikk.
- Mangel på egnede hjelpemidler, spesielt ved forflytning av bariatriske pasienter.
- Økt antall utstyr og utilstrekkelig lagringsplass skaper utfordringer for plassforhold og ergonomisk arbeidsmiljø.
- For lite og uhensiktsmessige areal mtp. dagens drift. Dårlig vedlikehold av lokalene.

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. Halvparten 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 25 nye forflytningsveiledere og 6 nye helsemotivatorer i 2022, og etterspørsel etter opplæring av nye forflytningsveiledere var stor spesielt i siste halvdel av året. Dette kan ha sammenheng med at det ikke var mulig å ha fysiske kurs under pandemien.

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





**Figur 15: Oversikt over veiledere på slutten av 2022. 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 2021.**

### 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, da fortsatt samtlige klinikker scorer dårlig på dette. Herunder vil det være viktig å ha rutine på dette og ha nok interne ressurspersoner/veiledere innenfor relevante områder 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 obligatorisk opplæring av alle ansatte, inkludert kompetanseplanen til nyansatte.
- 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 bedriftshelsetjenesten.
- Kartlegge hva som finnes av forflytningsutstyr og -hjelpemidler i klinikken. Synliggjøre eksisterende utstyr og sørge for opplæring i bruk av disse, slik at man også kan benytte utstyret på tvers av avdelinger ved behov.
- Gjennomføre prosjekter tilknyttet arealutfordringene i klinikken.

Andre tiltak som bør prioriteres:

Satse på OUS bedriftsidrettslag og treningstilbud for ansatte slik at tilbudet bedre tilsvarer informasjonsarbeidet som gjøres for å fremme fysisk aktivitet i OUS (for eksempel OUS i bevegelse –

kampanjen). Det vil være en fordel å ha et fungerende trimrom for ansatte på alle sykehuslokasjonene og finne erstattende lokaler for trimrom som må stenges for eksempel pga. byggearbeid.

## 2.13 Vold og trusler

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK	
Vold og trusler	2022	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Orange	Yellow	
	2021	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Orange	Yellow	
	2020	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Yellow
	2019	Yellow	Yellow	Green	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Yellow
	2018	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Orange	Green	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Yellow

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». 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:

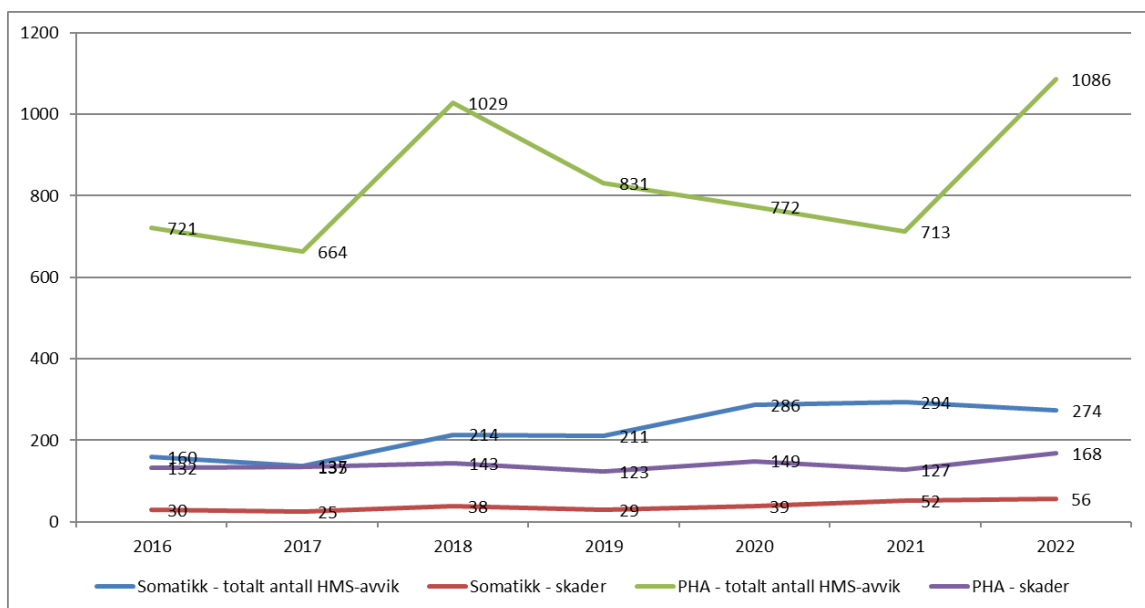
- Arbeidsgiver skal kartlegge hvilken risiko det er for at arbeidstakerne kan bli utsatt for vold eller trusler, og sørge for at risikoen så langt som mulig fjernes eller reduseres.
- Arbeidstakere skal få nødvendig opplæring i forebygging og håndtering av volds- og trusselsituasjoner.
- Arbeidstakerne 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	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK	
Vold og trusler	2022	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Orange	Yellow	
	2021	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Orange	Yellow	
	2020	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Yellow
	2019	Yellow	Yellow	Green	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Yellow
	2018	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Orange	Green	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Yellow

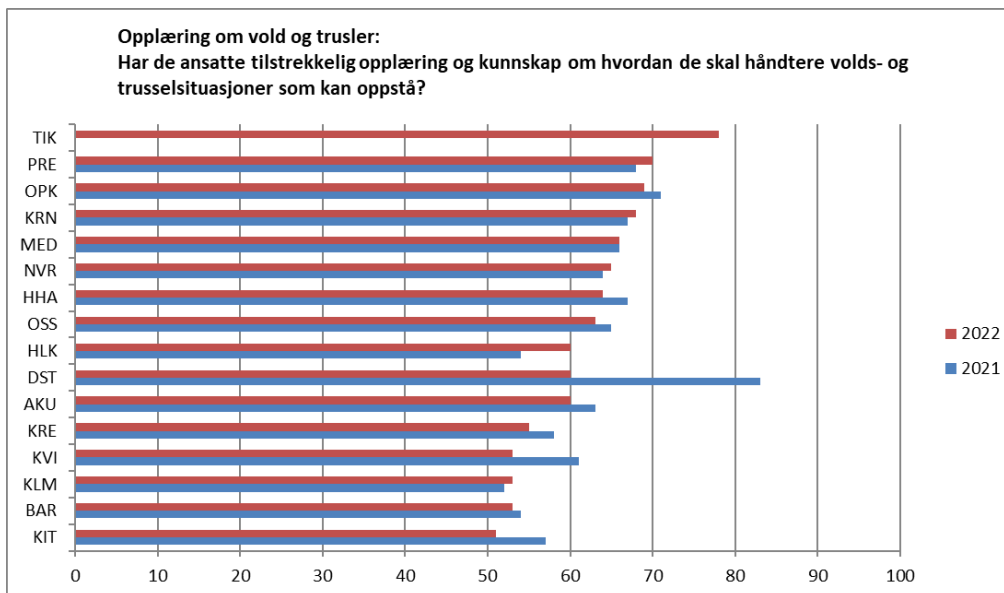
Statusvurderingene innen temaet «vold og trusler» er relativt stabilt, men har endret seg noe i negativ retning for enkelte klinikker fra 2021 til 2022. Klinikker med endringer har oppgitt følgende som årsak:

- **AKU:** Risikovurderingsmodulen i Achilles ble tatt i bruk i år men har ikke vært godt nok informert om fra N3 og nedover i klinikken. Tiltak: Alle seksjoner skal gjennomføre risikovurdering av vold og trusler i Achilles og treffe tiltak avhengig av resultat jfr. E-håndbok. Oppfordre ledere og ansatte til å ta relaterte kurs.
- **HLLK:** Alle ledere med flere og vernetjenesten har fått informasjon om dette. Det er nå gjennomført 18 risikovurderinger, det er 56%. Tiltak: Stimulerer enhetene til å gjennomføre kartlegging / risikovurdering av vold og trusler i enhetene. Demonstrere dette i Helsefagledermøtet og HLLK's ledermøte
- **KLM:** Få enheter i klinikken har direkte pasient kontakt, derfor er ikke opplæring rundt like relevant for alle. Vi ser ikke en sammenheng mellom de som rapporterer manglende opplæring, med de som faktisk rapporterer om opplevde vold og trusler. Samtidig så har klinikken null toleranse for slike hendelser. Enkelte enheter har flere ansatte som melder om opplevde uheldige hendelser. Tiltak: Disse må kartlegges og risikovurderes. Generell informasjon om Achillesmodul på vold og trusler i klinikken, samt rettet oppfølging av enheter som melder om vold og trussel hendelser i ForBedring.
- **KRE:** Mangler risikovurderinger. KRE ligger lavt. Melding om risikovurdering er kommet sent. Tiltak: HR ta opp som ledermøtesak.
- **KVI:** Alle har svart ut risikovurdering, men tidsfrist holdt dessverre ikke. Liten risiko i KVI. Tiltak: Alle ansatte i KVI bør ta E-læringskurset Vold og Trusler i Læringsportalen.
- **OPK:** Det erkjennes at klinikken er dårlig på risikovurdering. Tiltak: Intern opplæring av ledere. Klinikkhovedverneombud har også avsatt et halvdagseminar på tema.



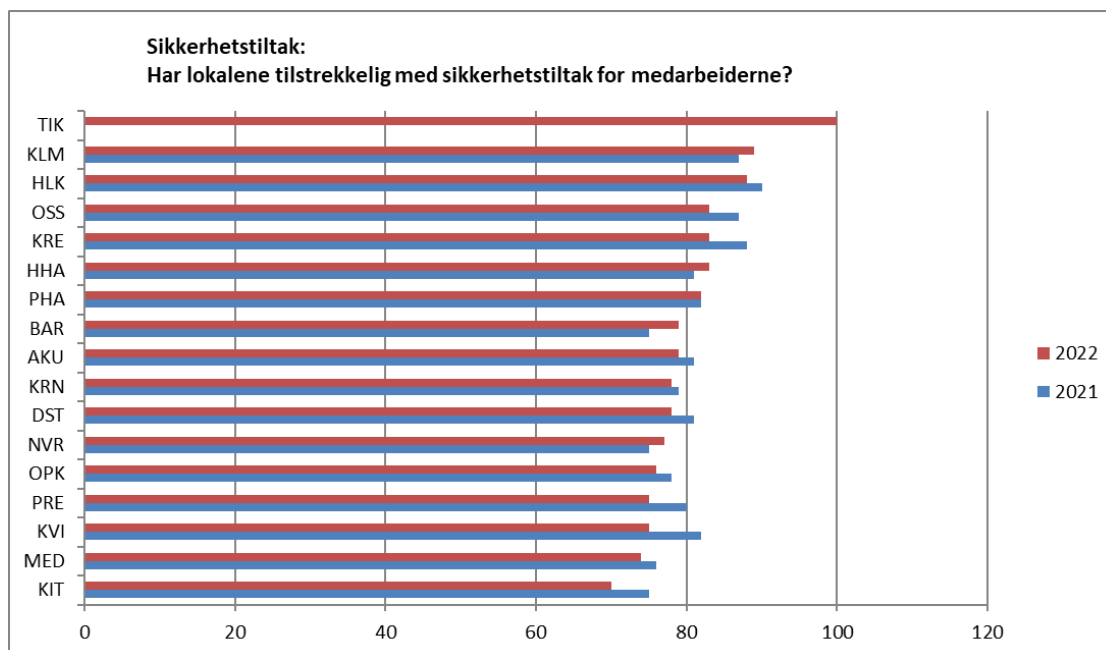
Figur 16: For enkelhets skyld er alle klinikker som ikke er PHA samlet som "somatikk" i oversikten.

Det ble i 2022 meldt inn 1360 HMS-avvik om vold og trusler. PHA står for rundt av 80 % av HMS-avvikene innen temaet. PHA har i 2022 en oppgang på 35% totalt i innmeldte HMS-avvik knyttet til vold, trusler og utagerende atferd og 25 % økning hva gjelder alle typer skader relatert til dette.



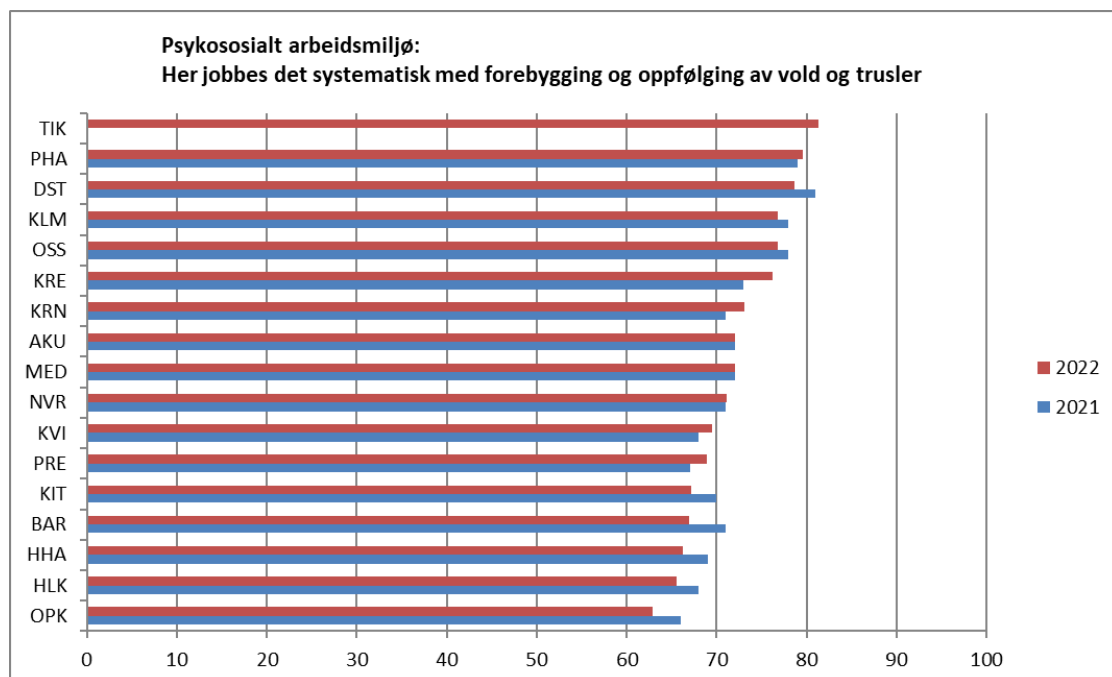
**Figur 17: Resultater fra HMS-runder fordelt på klinikk**

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



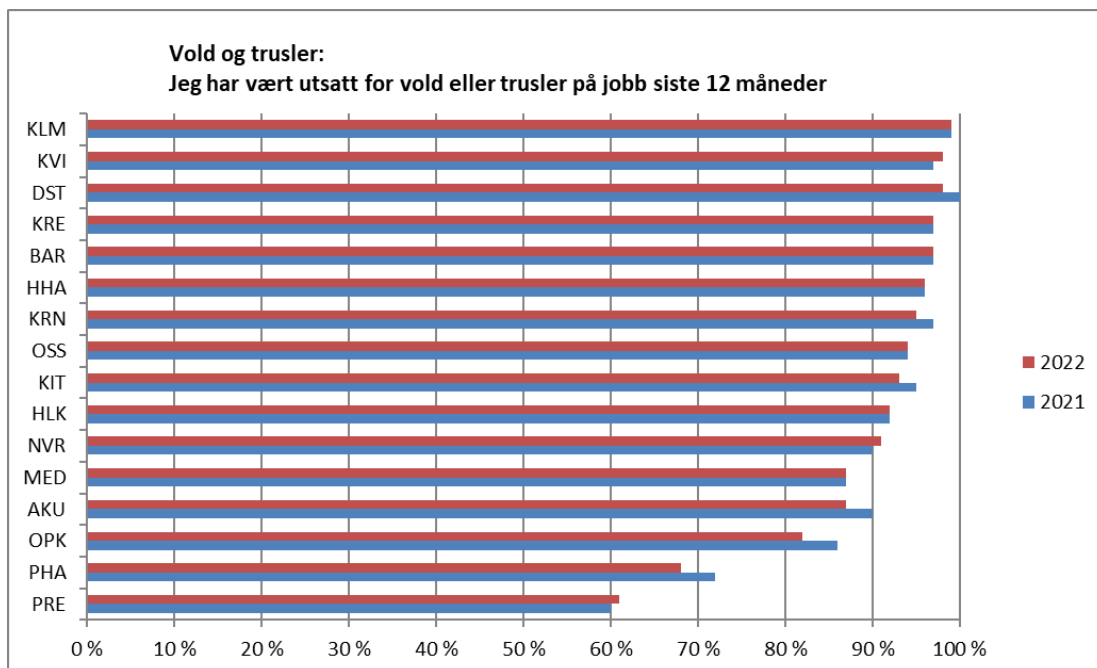
**Figur 18: Resultater fra HMS-runder fordelt på klinikk**

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



**Figur 19: 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 20: 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:

- AKU 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.
- KIT Alle enheter skal gjennomføre risikovurdering av vold og trusler i vernerundene Mål for 2023 er 75% gjennomføring. Opprettholder mnd. tema i klinikken for implementering i enhetene.
- KLM Generell informasjon om Achillesmodul på vold og trusler i klinikken, samt rettet oppfølging av enheter som melder om vold og trussel hendelser i ForBedring.
- KRE HR ta opp som ledermøtesak.
- KRN De som ikke har svart ut risikovurderingen om vold og trusler må følges opp videre så de får gjort ferdig denne.
- MED Gjøre ledere kjent med gjeldende prosedyrer i E-håndbok og risikoanalyse i Achilles. Fortsette å melde avvik i Achilles, gjennomføre e-læringskurs
- NVR Det er stor variasjon mellom avdelingen og behov for tiltak. Mathias Van der Harst har informert om den nye voldsmodulen i Achilles i flere fora i klinikken. Det er også laget et samarbeid med PHA for opplæring i de mest utsatte enhetene.
- PHA Forbygging og håndtering av uønskede hendelser "Evaluere gjennomføringsarbeidet, med fokus på hva som skal til for å lykkes med vedtatt målsetting i klinikken.

- PHA Planlegge og iverksette nye aktivitetstiltak iht. de funn man gjør i evalueringen." Sikkerhet ved oppdrag utenfor klinikkens lokaler "Kartlegge og risikovurdere utfordringsbilde ved oppdrag som skjer utenfor klinikkens lokaler. Planlegge og iverksette aktivitetstiltak med bakgrunn i dette."
- PHA Ivaretagelse av ansatte etter uønskede hendelser "Tydeliggjøre hvem som har hvilket ansvar, når en ansatt blir utsatt for en alvorlig uønsket hendelse. Informere ledere og medarbeidere om dette. Følge opp føringer som kommer i ""nasjonal veileder"" for oppfølging av ansatte etter uønskede hendelser. Vurdere om kollegastøtte kan/bør prøves ut ved noen enheter/seksjoner."
- PRE Gjennomgå SIPA kurs før tjensteproduksjon og repetisjonskurs minimum hvert 5 år. Det gjennomføres simuleringsscener og Amk skal delta i noen av disse øvelsene. Samhandlingsutvalget mellom ambulanseavdelingen og AMK videreføres. Mal for refleksjon samtaler etter vold og trusler hendelser innføres i klinikken (under arbeid). Det gis regelmessig opplæring i Achilles for å kunne melde uønskede hendelser.

### **På sykehusnivå i 2023**

1. Klinikken 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.
4. Alle utsatte medarbeidere (risikonivå 2-4) i sykehuset bør som et minimum gjennomgå tilgjengelige e-læringskurs på temaet hvis ikke annet opplæringstilbud er etablert.



## 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 sammenlignet 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 2022 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	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	White
	2020	Green	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	White
	2019	Green	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	White
	2018	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	White

Som det fremgår er risikovurderingene endret i negativ retning i 4 klinikker. Dette gjelder KLM, KRE, OPK og PRE. Samtidig er risikovurderingene endret i positiv retning for MED, KVI og HLK. Det er større variasjoner mellom klinikkene enn foregående år.

5 klinikker har IA arbeid eller sykefraværarbeid på listen over største utfordringer for 2023 og høyest prioriterte områder for 2023 (AKU, HHA, OPK, NVR og OSS)

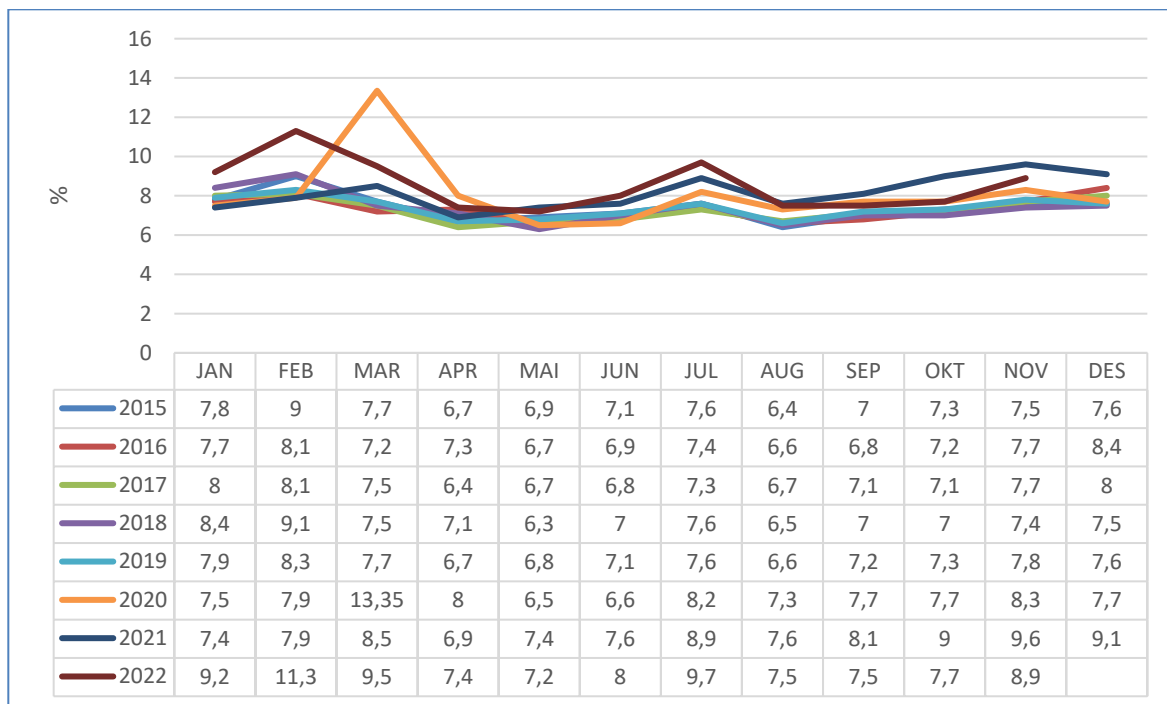
Pandemien nevnes av flere som en årsak til fravær – særlig der det er høy slitasje på personalet og langtidseffekter av påvirkning fra pandemien. Andre momenter som kommer frem er vanskeligheter for ledere med oppfølging av personalet under pandemien, og ønske om økt bruk av ordningen med bedriftsjordmødre.

Tabell 1.

Akkumulert fravær for perioden 1 januar til og med November 2022.

	Sykefraværslengde for perioden 1. januar til November 2022						
	Korttid (1-16 dager)			Langtid (17+ dager)			Totalt sykefravær
	1-3 dager	4-16 dager	Sum korttids-fravær	17-56 dager	> 56 dager	Sum langtids-fravær	
<b>Oslo universitetssykehus HF</b>	1.5%	2.0%	3.5%	1.5%	3.4%	5.0%	8.5%
<b>Prehospital klinikk</b>	1.4%	1.9%	3.3%	1.8%	5.4%	7.2%	10.5%
<b>Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi</b>	1.7%	2.1%	3.9%	1.5%	4.0%	5.5%	9.4%
<b>Ortopedisk klinikk</b>	1.4%	1.7%	3.1%	1.6%	3.0%	4.7%	7.8%
<b>Klinikk for radiologi og nukleærmedisin</b>	1.7%	2.2%	3.9%	1.4%	2.5%	3.9%	7.8%
<b>Klinikk for laboratoriemedisin</b>	1.7%	2.0%	3.7%	1.3%	2.5%	3.8%	7.5%
<b>Kvinneklinikken</b>	1.3%	2.0%	3.3%	1.8%	3.7%	5.5%	8.9%
<b>Barne- og ungdomsklinikken</b>	1.2%	1.8%	3.1%	1.6%	3.2%	4.8%	7.9%
<b>Kreftklinikken</b>	1.4%	1.9%	3.3%	1.4%	3.0%	4.5%	7.8%
<b>Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon</b>	1.5%	2.0%	3.4%	1.4%	3.1%	4.5%	8.0%
<b>Nevroklinikken</b>	1.4%	1.8%	3.3%	1.1%	3.0%	4.0%	7.3%
<b>Klinikk psykisk helse og avhengighet</b>	1.7%	2.2%	3.9%	1.8%	4.3%	6.1%	10.1%
<b>Medisinsk klinikk</b>	1.5%	1.9%	3.4%	1.3%	3.0%	4.3%	7.7%
<b>Hjerte-, lunge- og karklinikken</b>	1.5%	2.0%	3.5%	1.5%	2.9%	4.4%	7.9%
<b>Akuttklinikken</b>	1.5%	1.9%	3.5%	1.6%	3.7%	5.3%	8.8%
<b>Kreftregisteret</b>	0.9%	0.8%	1.7%	1.0%	2.4%	3.4%	5.0%
<b>Oslo sykehusservice</b>	1.7%	2.6%	4.3%	2.1%	4.7%	6.8%	11.1%
<b>Direktørens stab</b>	0.4%	0.7%	1.1%	0.9%	1.5%	2.3%	3.4%
<b>Teknologi- og innovasjonsklinikken</b>	1.1%	1.4%	2.5%	0.8%	1.6%	2.4%	4.9%

Høyest akkumulert fravær finner vi i PRE (10,5%) og OSS (11,1%) For de fleste klinikkene har fraværet økt fra 2021 til 2022. Kun to klinikker har lavere fravær i 2022 sammenliknet med 2021. (OPK og DST) For enkelte klinikker har fraværet økt med over et prosentpoeng fra 2021 til 2022 (PHA og KRE) Høyest korttidsfravær finner vi i OSS, PHA og HHA. En mulig forklaring på økningen i korttidsfravær kan være svingninger i pandemien og at ansatte i større grad enn tidligere holder seg hjemme ved luftveissymptomer. For sykehuset totalt har det akkumulerte fraværet for perioden økt fra 7,8% i 2021 til 8,5% i 2022.



Figur 21: Variasjoner i totalt sykefravær i OUS knyttet til sesong 2015 – nov 2022

Av figur 1 ser vi hvordan koronapandemien har påvirket fraværet fra 2020. Før 2020 ser vi en betydelig samvariasjon knyttet til sesong. I 2020 økte fraværet på vårparten – særlig mars/april. I 2021 ser vi at det gamle fraværmønsteret er tilbake men med en betydelig stigning frem mot slutten av året. Denne stigningen fortsatte inn i 2022 og skyldes sannsynlig Omikron smitten. Fra April 2022 er det gamle mønsteret i samvariasjon tilbake, men med en økning også i juni.

## 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 2022 avholdt 5 møter i IA-utvalget.

#### **Særskilte saker som har vært i IA-utvalgsmøtene i 2022:**

- Det var nedsatt en gruppe for å jobbe med en metode for oppfølging av gjentakende sykefravær. Utvalget har kommet til at OUS bør følge en trinnvis modell i dette arbeidet og det ble besluttet at trinn 1 skal arbeides videre med;

Implementering av sykefraværprosedyre ID 139 216:  
Digitalt e-læringskurs som alle ledere, VO, TV bør ta – hvert år? Nyansatte i hele sykehuset også? Noe som kan inngå i Kompetanseportalen?

- NAV har orientert IA-utvalget om virkemidler i inkluderingsdugnaden.
- Det er nedsatt en gruppe som har begynt å jobbe med oppdatering av IA-utvalgets intranettside.
- IA-utvalget har blitt løpende orientert om «Der skoen trykker»-prosesser i sykehuset.
- HR lederne fra PRE og NVR har presentert klinikkens IA-arbeid for IA-utvalget.

### Satsing og tiltak for forbedring fremover

Flere klinikker har IA-arbeid som satsingsområde. Dette gjelder AKU, HHA, OPK, NVR og OSS. Av tiltak som nevnes er nærmere oppfølging fra HR av enkeltenheter, prosjekter med NAV arbeidslivssenter og kursvirksomhet for ledere, tillitsvalgte og vernetjenesten. Noen klinikker samarbeider med NAV arbeidslivssenter og tilbyr verktøyet «der skoen trykker» til utvalgte enheter. Dette er en metode for å jobbe med arbeidsmiljø som er utviklet av partene i arbeidslivet som et ledd i satsingen på IA arbeid i

sykehus. Flere klinikker nevner også «Gravid og trygg i jobb» som en viktig del av deres IA-arbeid, eller at man ønsker å gjøre ordningen mer kjent i klinikken.

## 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 samtaler er den gravides helse, behov og muligheter for tilrettelegging, og diverse tema innenfor arbeid, helse og graviditet. Den gravide utstyres ved første møte med nøkkelbånd og drikkeflaske med gjenkjennelig «Gravid og trygg i jobb» slik at kollegaer og andre kan være informerte og ta hensyn.
2. Temalunsjer: Bedriftsjordmor arrangerer jevnlig møteplasser der de gravide kan ta med matpakken, møte andre gravide, og få kompetansepåfyll innenfor et tema som berører graviditet. Mosjon under graviditeten og stressmestring er eksempler på temaer som blir presentert.

### Status

I løpet av snart syv år i drift har over 1300 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. Det blir også arrangert temalunsjer for gravide. I tillegg samarbeider bedriftsjordmor med bedriftsfysioterapeutene på deres forflytningsveilederkurs, med fokus på gravide og forflytning.

Gjennomsnittlig avholdes det 12 temalunsjer i året, med flere ulike tema, for gravide i OUS. Oppslutningen rundt disse har vært god, og tilbudet blir verdsatt og etterspurt av de gravide selv. Pga pandemien har disse utgått en lengre periode, men tas opp igjen i løpet av 2023.

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 2023 vil gjøre tiltak for å gjøre «Gravid og trygg i jobb» bedre kjent for sine ansatte.

## 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 oppnå kontinuitet i oppfølgingen.

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

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

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

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.

Blant de klinikker som har holdt et høyt nivå på Akan-arbeidet i 2022 kan særlig KIT fremheves.

### **Informasjonsmøter/tilrettelagt undervisning**

Det er til enhver tid et tilbud til klinikkene om informasjonsmøter/tilrettelagt undervisning ved faginstansene Akan-hovedkontakt og Arbeidsmiljøavdelingen, Bedriftshelsetjenesten. Det er i 2022 blitt avholdt 32 møter/undervisninger. Dette er noe mer enn i 2021, da det ble avholdt 27 slike møter. Og en betydelig økning fra 2020, da det bare ble avholdt 12 møter, pga. korona-situasjonen det året.

### **Akan-utvalget**

Akan-utvalget er et underutvalg av sentralt AMU. Akan-utvalget har i 2022 hatt til sammen 8 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**

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

Hovedmålsettingen for 2022 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.

Akan er fra 2018 tema i sykehusets lederprogram. I 2022 har det imidlertid ikke vært slik lederopplæring.

Fra høsten 2021 er Akan en del av HMS-grunnopplæringens tema IA og helsefremmende arbeidsmiljø. Det er blitt forelest ved HMS-grunnkurset 3 ganger i løpet av våren 2022.

### **Antall Akan-avtaler**

Ved årsskiftet 2022/23 var det 12 avtaler. Tilsvarende tall for 2021/22 var 18. Det er tilkommet 3 nye avtaler i løpet av 2022. 10 avtaler er gjennomført vellykket.

### **Intranett-oppgradering**

Akan-utvalgets hjemmeside på OUS' intranett er forbedret også i 2022.

### **Deltagelse på eksterne seminarer**

Medlem av Akan-utvalget har deltatt på en Alor-nettverkssamling (Arbeidsliv og rusnettverk) i løpet av 2022.

### **Utfordringer som klinikkene trekker fram i sine egenvurderinger**

- Bruk av Akan-avtaler påvirkes i stor grad av tilfeldigheter, grunnet få tilfeller på klinikknivå.



- Generasjonsskifte i holdninger, der dagens unge ansatte ikke har så store utfordringer mot alkohol, som holdninger rundt bruk av og hva som ansees som «lette» narkotiske rusmidler.

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

- 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.

#### **Andre tiltak som bør prioriteres**

- Oppfordre avdelingene til å ta opp tematikken på personalmøter. Undersøke muligheten for digitale informasjonsmøter om nødvendig.
- Invitere Akan-hovedkontakt til personalmøter eller ha det som tema.
- Fokus og tema på ledersamlinger. Dialog med verneombud og tillitsvalgte er viktig. Den enkelte avdeling/seksjon 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 risikovurdering, utforming og tilrettelegging, opplæring, substitusjon, oppbevaring, vernetiltak og målinger av forurensninger i arbeidsatmosfæren. Som verktøy i dette arbeidet brukes løsningen til EcoOnline. På grunn av forsinkelser i anskaffelse, eksisterer denne løsningen i to versjoner i 2022, en gammel og en ny versjon.

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

- være primærkontakt for kjemikalierelaterte problemstillinger.
- vedlikeholde elektronisk stoffkartotek.

Vedkommende vil delta i nettverket for kjemikaliekontakter. Nettverket kommuniserer og samarbeider innad og på tvers av klinikker og sykehus via teamet «Kjemikaliekontakter» i Microsoft Teams.

### Status i OUS

De fleste av klinikkene vurderinger av egen status innen kjemikalievern er det samme som 2021. Ett unntak er Klinikk for laboratoriemedisin som har utfordringer med prosessavslutt ved arbeid med formaldehyd, samt gjennomføringer av risiko- og substitusjonsvurderinger. Tiltak er iverksatt for å forbedre dette.

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
Kjemikalievern	2022	Orange	Orange	Grå	Grønn	Grønn	Grønn	Orange	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn
	2021	Orange	Orange	Grå	Grønn	Grønn	Grønn	Orange	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Orange	Grønn	Grå	Grønn	Grønn
	2020	Grønn	Orange	Grå	Grønn	Grønn	Orange	Orange	Grønn	Grønn	Grønn	Orange	Orange	Orange	Grønn	Grønn	Orange	Grønn
	2019	Grønn	Orange	Grå	Grønn	Grønn	Orange	Orange	Orange	Grønn	Grønn	Orange	Orange	Orange	Grønn	Grønn	Orange	Grønn
	2018	Grønn	Orange	Grå	Grønn	Grønn	Orange	Orange	Orange	Grønn	Grønn	Orange	Orange	Orange	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn

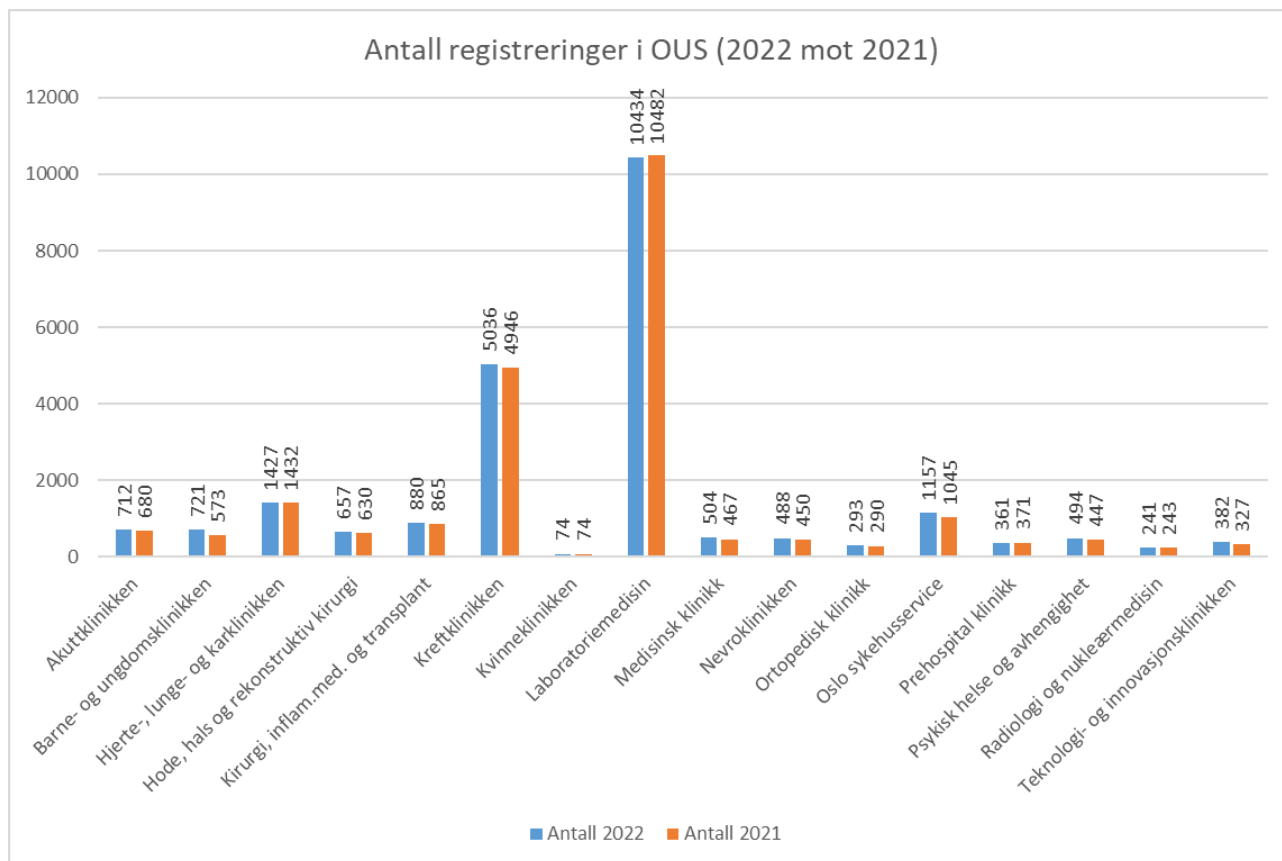
### Utfordringer klinikkene trekker frem i sine egenvurderinger:

- For stor arbeidsmengde til å få gjennomført risiko- og substitusjonsvurderinger.

### Elektronisk stoffkartotek

#### Antall registreringer\*

Det er **23 861** registreringer i stoffkartoteket. Fordelingen på klinikkene er vist i **figuren under**.

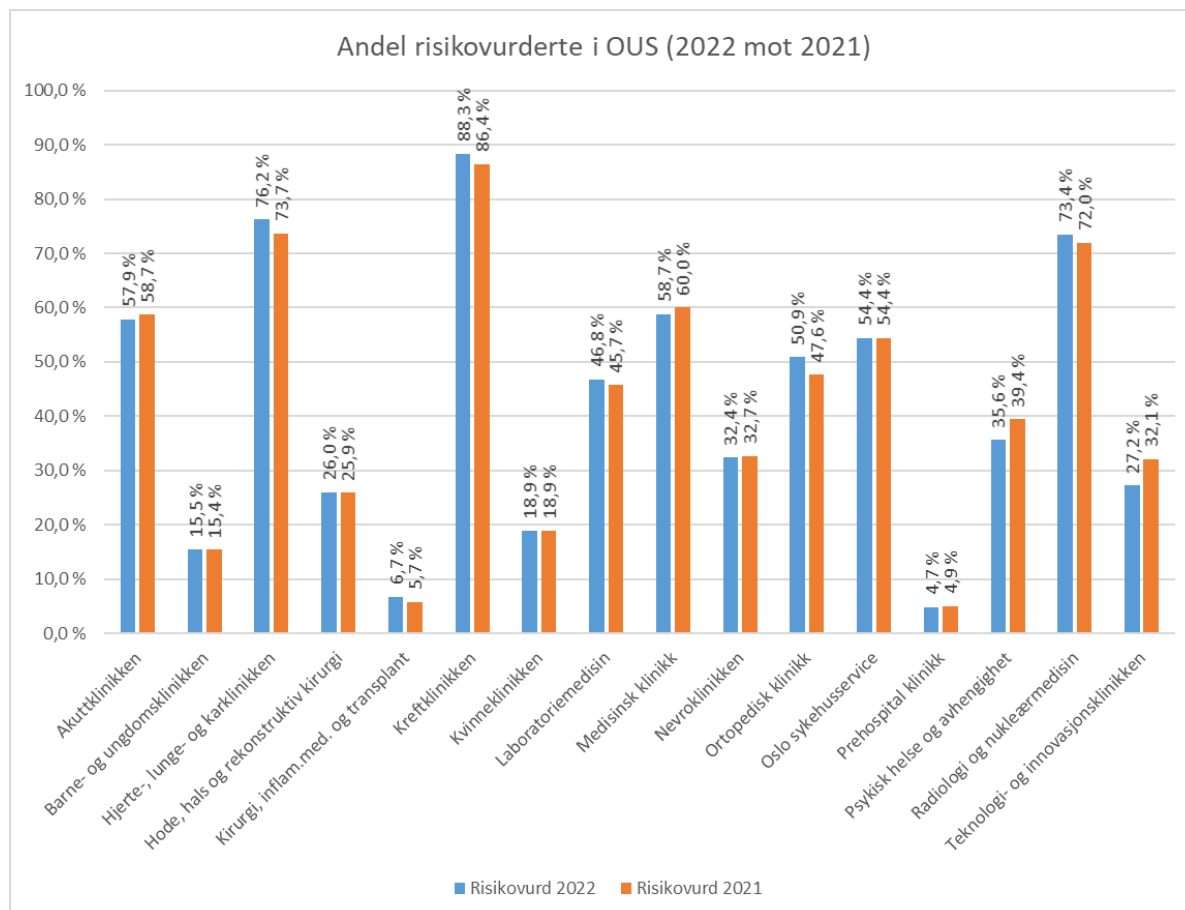


**Figur 22: Antall registreringer fordelt på klinikker i OUS**

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

## Andel risikovurderinger

Av **23 861** registreringer har **12 890 (54 %)** en dokumentert risikovurdering. Dette er omtrent på samme nivå som fjoråret (53,3 %). Det er behov for vedlikehold av, og opprydning i, stoffkartoteket (risikovurdering eller arkivere sikkerhetsdatablader for kjemikalier som ikke brukes lenger o.l.).



Figur 23: Andel risikovurderte fordelt på klinikker i OUS

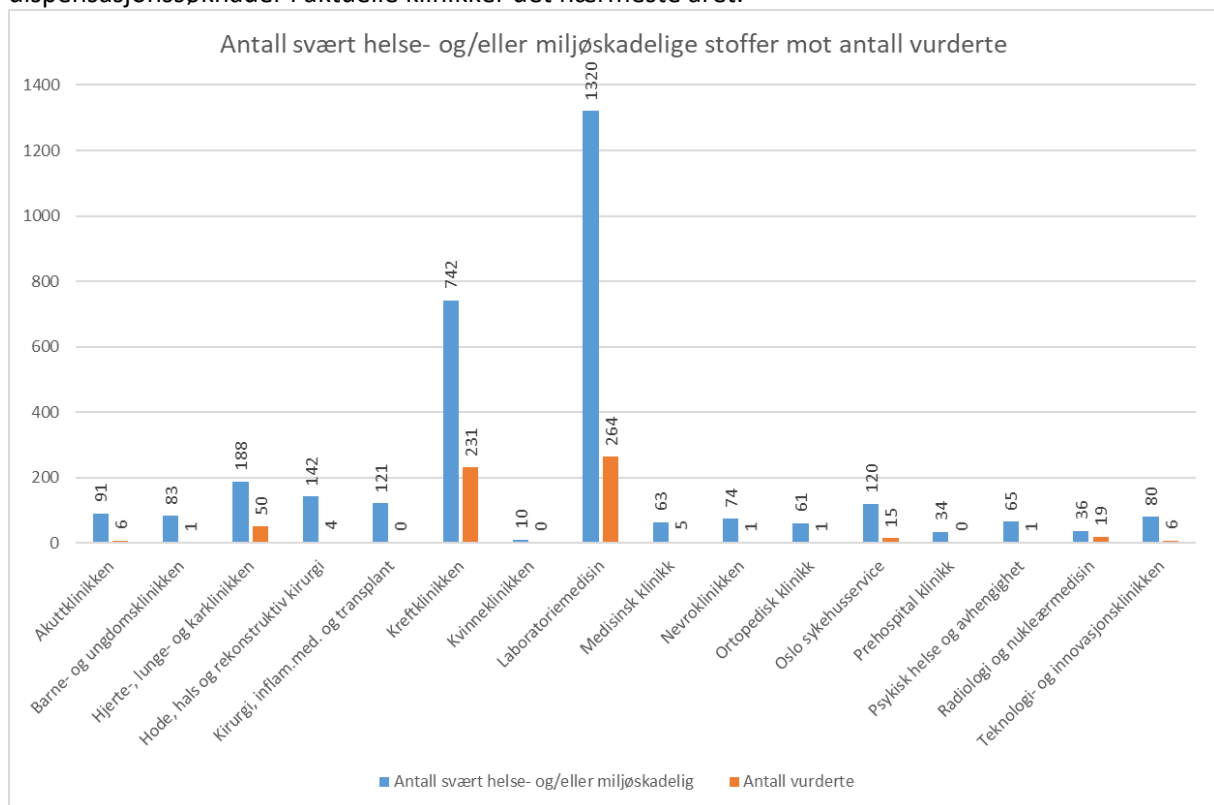
**Mål for risikovurdering i OUS: 80 %**

## 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 **3230 (3211 i 2021)** registreringer som regnes som svært helse- og/eller miljøskadelige har **18,7 %** dokumentert substitusjonsvurdering. Andelen substitusjonsvurderte kjemikalier er uendret fra 2021

Fordelingen av substitusjonsvurderingene på klinikkene er vist i figur 4. Noen registreringer i kriteriegruppe 1 (Forbudte stoffer, eksplosiver etc.) mangler godkjent dispensasjonssøknad for videre bruk. Klinikken med stoffer i kriteriegruppe 1 er: HLK (1), BAR (1), NVR (1), KRE (4), KIT (2), KLM (40). Totalt er det **49** stoffer i kriteriegruppe 1 (53 i 2021).

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



**Figur 24: 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 5 kurs året 2022:**

**Elektronisk stoffkartotek for kjemikaliekontakter**

- **19. mai:** 14 deltakere.
- **21. oktober:** 25 påmeldte. 23 deltakere.
- **9. desember:** 17 påmeldte. 14 deltakere.

**Kjemikaliehåndtering – fra innkjøp til farlig avfall**

- 27. januar: 8 deltakere.
- 9. september: 13 deltakere.

## HMS-hendelser

Det ble registrert **96** HMS-hendelser med sakstype «kjemikalier» i 2021 (64 i 2020).

- 11 hendelser er registrert med **betydelig faktisk konsekvens** og omhandler formaldehydeksponering i Avdeling for patologi.
- 28 hendelser er registrert med **moderat faktisk konsekvens** og omhandler hovedsaklig formaldehydeksponering i Avdeling for patologi.
- 32 hendelser er registrert med **mindre alvorlig konsekvens**.
- 23 er registrert **med ingen/ubetydelig konsekvens**.

Av hendelsene merket med høyt risikonivå, har 28 status «i arbeid».

Totalt har 39 av hendelsene status «i arbeid».

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

- Rydde i kjemikaliekontakter, opplæring av de som er det. Økt fokus på substitusjonsvurdering. Felles møte med Arbeidsmiljøavdelingen og kjemikaliekontaktene
- Oppfordre ledere til å ha fokus på substitusjonsvurdering når innkjøp gjennomføres. Kjemikaliekontakter har eget digitalenetverk (teams område) i OUS, koble på klinikkens kjemikaliekontakter i dette nettverket.
- Arbeidsgruppen anmoder om økte ressurser, for å bistå avdelingene med risiko- og substitusjonsvurderinger av kjemikalier. Det skal sjekkes om det er gode lagringsforhold på alle lokalisasjoner hvor kjemikaliene befinner seg. Risikovurdering av kjemikalier /EcoOnline. HMS- rådgiver i klinikken blir klinikkens kjemikaliekontakt.
- Opprette liste over kjemikaliekontakter i TIK og sikre at alle kjemikalier er oppført i EcoOnline.

## Andre tiltak som bør prioriteres:

- Redusere formaldehydeksponering til et minimum ved hjelp av prosessavsug.
- Etablere kjemikaliekontakter. Delta i nettverket for kjemikaliekontakter i Microsoft Teams.
- Øke deltakelse på kurs. Innføre obligatorisk kurs i kjemikalievern via ompetanseplan.
- Rydde opp i gamle kjemikalier.
- Søke om godkjent bruk for stoffer i kriteriegruppe 1 (kontakt Arbeidsmiljøavdelingen for oversikt).

## 2.16 Smittevern

### Status i OUS

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK	
Smittevern	2022	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Gult	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	
	2021	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	
	2020	Grønt	Gult	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Gult	Grønt	Gult	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Gult	Grønt	
	2019	Grønt	Gult	Grå	Grønt	Gult	Gult	Gult	Gult	Gult	Gult	Grønt	Gult	Gult	Gult	Gult	Grønt	Gult	Grønt
	2018	Gult	Grønt	Grå	Gult	Gult	Gult	Gult	Gult	Gult	Oransje	Gult	Grønt	Oransje	Oransje	Gult	Gult	Gult	Grønt

Flertallet av klinikker er på grønt, 4 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.

### Korona

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

Alle ansatte fikk i løpet av 2021 tilbud om 3 vaksinasjonsdoser, som langt de fleste takket ja til. Det er så langt ikke iverksatt tilbud om en 4. dose på generelt nivå til de ansatte.

### Basale smittevernrutiner

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

Håndhygienen 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 ringe. Reglene for håndhygiene og bruk av armbåndsur og håndsmykker må formidles tydelig i linjen slik at både lederansvaret og det individuelle ansvaret blir klart.

### Resistente bakterier

Vi mangler god statistikk. Det er allikevel, på bakgrunn av de strenge smitteverntiltakene i forbindelse med Covid-19 pandemien, grunn til å tro at smitte med resistente bakterier til ansatte har gått ned de siste årene. I 2022 fikk tematikken påny økt fokus i og med etableringen av Medevac.

Det har lenge 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.

Prosedyrene sier klart at en avdeling som sender en smitteførende pasient til andre avdelinger eller undersøkelsesenheter skal melde fra om smitte på forhånd til transportpersonell, portørtjenesten og til mottakende avdeling. Denne informasjonen blir ikke alltid formidlet. Det er når pasienter hentes til og fra undersøkelser og behandling, at informasjon ikke blir formidlet til transportpersonell og ansatte på undersøkelsesenheter.

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

## **Stikk- og kuttskader**

Til tross for mange stikkskader i 2022, ble ingen ansatte smittet av hepatitt eller HIV.

Ved OUS ble det i 2022 registrert 311 meldinger i Achilles av sakstype «Stikk/kutt med smitterisiko». Tallet for 2019 var 403, i 2020 var tallet 450 i 2020, og i 2021 394. Det reelle tallet 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.

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

I følge tall fra OSS Innkjøpsavdeling var andelen stikksikre venekanyler 39 % i 1. halvår 2019, tallet økte til 59 % i 2. halvår 2019. Økningen fortsatte: 1. halvår 2020 var andelen kommet opp i 78 %. Leveringssituasjonen for 2021 og 2022 har på sin side dessverre vært slik at det er vanskelig å få frem sikre tall og prosentandeler.

## **Yrkesvaksinasjon**

Med yrkesvaksinasjon menes vaksiner gitt pga. økt smitterisiko i jobbsituasjonen. Det er tilbud om dette ved bedriftshelsetjenestens vaksinasjonspoliklinikker på de ulike sykehusene i OUS. I 2022 ble det satt 2677 yrkesvaksiner. 1555 av disse var hepatittvaksiner, 998 var kombinasjonsvaksiner mot difteri, tetanus, kikhoste og poliomyelitt. Øvrige vaksiner var bl.a. MMR-vaksiner (meslinger, kuma, rubella) og varicella-vaksiner.

## **Influensavaksinering av OUS-ansatte**



Influenza er en sykdom som i stor grad kan forebygges ved vaksinasjon. Dermed hindres smitte fra OUS-ansatte til sårbare pasienter. I 2016/2017 var vaksinasjonsdekningen i OUS på 30 %, og i 2017/2018 på 54 %. Etter systematisk motivasjonsarbeid fra Avdeling for smittevern har det vært gradvis økning av vaksinedekningen, og i 2021/22 var den på 92 %. Det gode resultatet er oppnådd ved hjelp av god forankring i ledelsen, uttalt undervisning og ved hyppig gjentakende, tydelig og synlig informasjon.

### **TBC-eksponering**

Det var 3 smitteoppsporinger hos ansatte etter TBC-eksponering i OUS i 2022. Antall eksponerte var i alt 8 ansatte.

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

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

- Aktiv bruk av stikkskade- informasjonsvideo når denne blir klar. Vise den på leder- og personalmøter.
- Testsett for MRSA tilgjengelig på alle seksjoner.
- Sørge for at alle har kjennskap til eHåndboksdok. 11242 (Basale smittevernrutiner), 58 (Stikkskadeoppfølging) og 11088 (MRSA hos ansatte)

#### **Andre tiltak som bør prioriteres:**

- Fortsatt gode rutiner og smitteverntiltak mot SARS-Cov-2 og andre luftveisinfeksjoner.
- Tiltak mot resistente bakterier.
- 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-vaksinering og oppdatering av andre aktuelle vaksiner.

## 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	2022	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2021	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2020	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2019	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2018	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Klinikkenes vurdering av egen status innen strålevern er stort sett uendret fra 2021 til 2022. Tall fra 2022 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 rom for bedre systematisering og dokumentasjon av strålevernsopplæringen, der er Kompetanseportalen et egnet verktøy.

### Klinikkenes satsning og tiltak for forbedring fremover

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

## 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 strålevern
- Oppfølging av avvikssaker/uønskede hendelser innen strålevern
- Årsrapportering til Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA)
- Risikovurdering av områder med strålebruk, opprette egen modul i Achilles
- Oppfølging av strålevernaspekter ved oppføring av nybygg
- Deltagelse i arbeidsgruppe vedr regional avtale om persondosimetri

## 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 2022 har enhet for forebyggende brannvern hatt fokus på digitalisering av brannperm. I forbindelse med dette har alle rutiner innenfor brannvern blitt oppdatert. Brannperm er nå erstattet med brandokumentasjon i kompetanseportalen og Achilles.

Det er nå lettere for klinikkene å ha oversikt på hvem som har gjennomført obligatorisk opplæring og øvelser. Krav til opplæring og øvelser er endret og likt for alle ansatte.

Gjennomføring av Egenkontroll brannvern er redusert til en gang per år for alle og skal dokumenteres i Achilles i forbindelse med HMS-runden.

### **Status i OUS**

Antall brannalarmer i 2022 økt fra 2021, dette skyldes trolig økt aktiviteten på sykehuset etter koronaperioden. OUS hadde 151 brannalarmer 2022, av disse var 11 reelle branner.

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

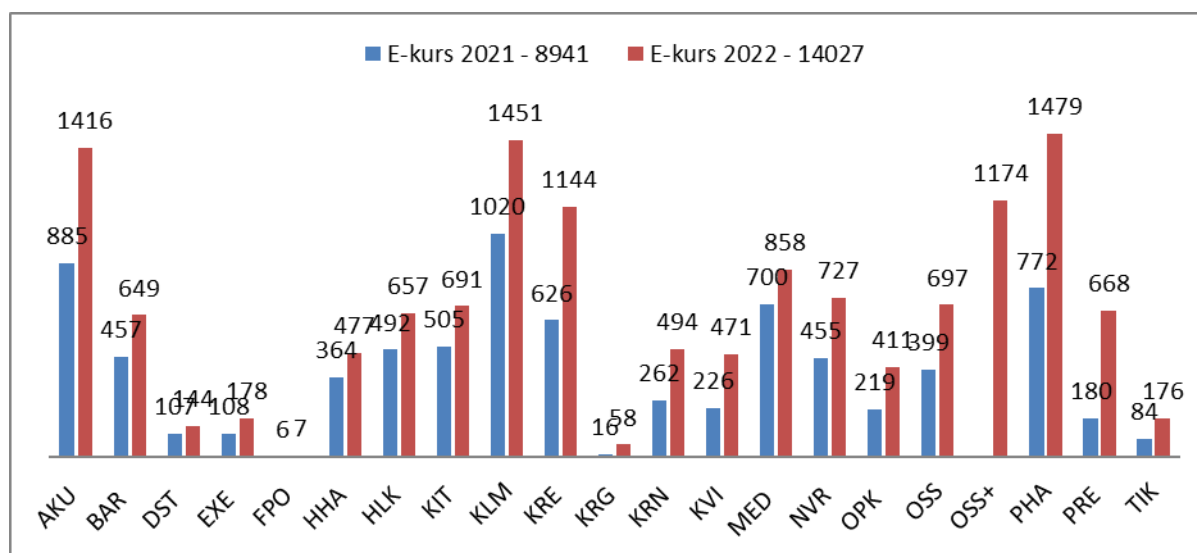
Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
Brannvern	2022	Grønt	Gult	Grønt	Gult	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	Gult	Gult	Gult	Gult	Gult	Gult
	2021	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	Gult	Gult	Gult
	2020	Grønt	Gult	Rødt	Gult	Gult	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Oransje	Gult	Oransje	Rødt	Grønt	Grønt	Oransje	Gult
	2019	Grønt	Grønt	Gult	Gult	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Gult	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Gult
	2018	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Grønt	Oransje	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt

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 læringsportalen og bruker indikatorene opp mot antall ansatte i en klinikk er det kun én klinikk som kommer på gult nivå, og ingen havner på grønt nivå! Enhet for forebyggende brannvern har innhentet tall på antall ansatte fra sentral HR-stab som underlag til denne utregningen/vurdering.

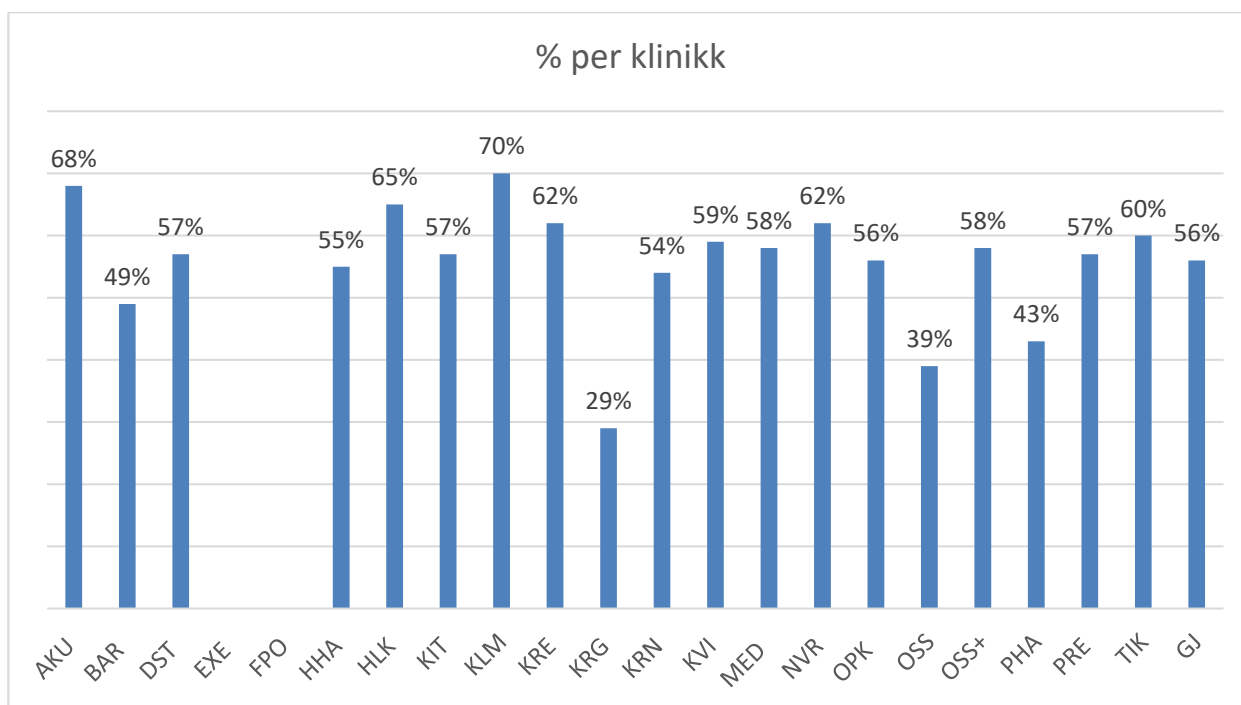
### E-læring

I 2022 har 14027 ansatte gjennomført og bestått e-læringskurs i brannvern. I 2021 var tallet 8941. Dette er en kraftig økning fra 2021 på 11,1%. Beregningene for 2022 er gjort på 24683 ansatte mens tallene fra 2021 er gjort på 19500 ansatte. Dersom vi beregningen ut fra like mange ansatte i 2021 som i 2022 er økningen på 20,6%.

OUS har nå kommet opp i 56,8% gjennomføring, dette er bra, men vi har fortsatt et stykke igjen for å komme opp på grønt nivå. Vi må ha en ytterligere økning på 6000 ansatte som gjennomfører kurset for å treffe grønt nivå (85%) i sykehuset.

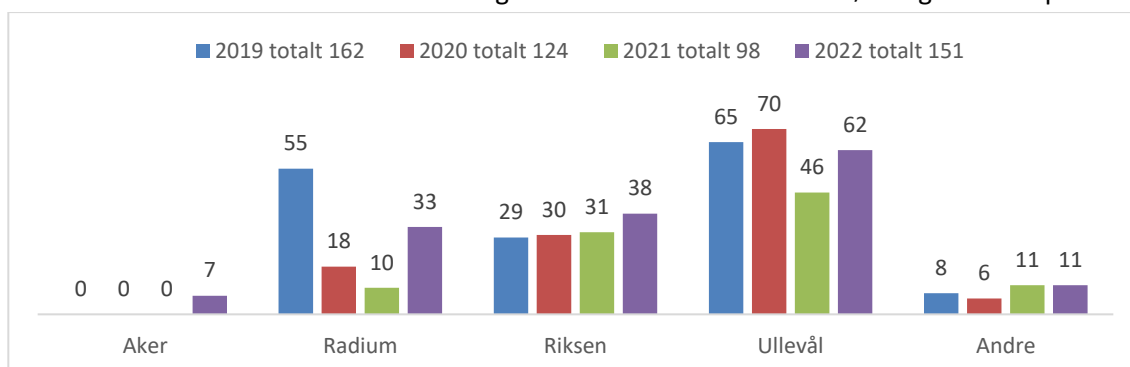


**Figur 25: Tabellen viser antall ansatte pr. klinikk som har gjennomført e-læringskurset i 2022.** De røde søylene viser 2022, mens de blå viser 2021. (kilde: Enhet for forebyggende brannvern i OUS).



**Figur 26:** Tabellen viser den prosentvise gjennomføringen pr. klinikk.

**Antall brannalarmer** i 2022 er det 151 registrerte alarmer. Dette er en økning fra 2021 på 54 %.



**Figur 27:** Antall brannalarmer (kilde: Enhet for forebyggende brannvern i OUS).

## Branntilsyn 2022

I løpet av året har OUS har kvartalsmøter med tilsynsmyndighetene for brann i Oslo og videre hadde OUS et oppsummeringsmøte 9.12.21.

Som et resultat av disse møtene fikk OUS 2 avvik som gikk ut på mangelfull dokumentasjon på ettersyn og vedlikehold.

## Satsing og tiltak for forbedring fremover

I 2023 vil enhet for forebyggende brannvern ha fokus på å videre drift av dokumentasjonsverktøyet i kompetanseportalen og Achilles. Verktøyet for egenkontrolldokumentasjon i Achilles er utarbeidet men ikke publisert fra sentralt hold.

Enhet for forebyggende brannvern vil også prioritere å utvikle og oppdatere e-læringskurs for ansatte og ledere.

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

Enhet for forebyggende brannvern og elektroenheten ser at det er et behov for samarbeid rundt informasjon som går ut til ansatte i sykehuset om bruk av elektrisk utstyr.

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

Klinikkenes forbedring i 2023 er 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 så tidlig på året.

Enhet for forebyggende brannvern ønsker at klinikkene dokumentere hendelser i Achilles mer enn det som gjøres i dag. 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, leverandørenes brukerveiledere, klasseromsundervisning, simuleringstrening og lignende. MTA kan på noen områder gi eller koordinere opplæring på forespørsel.

### Status i OUS

Ved OUS er det per utgangen av 2022 registrert totalt 38.800 enheter medisinsk-teknisk utstyr som det gjøres jevnlig service og vedlikehold på i henhold til gjeldende lov- og forskriftskrav. I 2022 gjennomførte MTA i underkant av 23.000 serviceoppdrag i tilknytning til sykehusets MTU-park. MTA gjennomførte ca. 500 MTU-anskaffelsesprosjekter med en samlet anskaffelseskostnad på ca. 534 millioner kroner (anskaffelser regnskapsført i 2022, inkl. øremerkede midler og utstyr til ny Oslo storbylegevakt). Per 31.12.2022 var gjennomsnittsalderen for sykehusets MTU-park ca. 9,6 år, en økning med ca. 0,4 år fra utgangen av 2021.

I «Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr», sist oppdatert 25.6.2022, 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. 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 og 2022.

Klinikkenes egenrevisering for HMS-temaet medisinsk-teknisk utstyr er noe forbedret fra foregående år. Alle klinikker er i 2022 på grønt nivå bortsett fra 4 klinikker (KLM, KRE, KVI og NVR) som er på gult nivå. Dette er en forbedring fra 2021 der 5 klinikker lå på gult nivå (KLM, KRE, KRN, KVI OG OPK) og 1 klinikk lå på oransje nivå (NVR). Det betyr at 3 klinikker melder om en forbedring på HMS-temaet



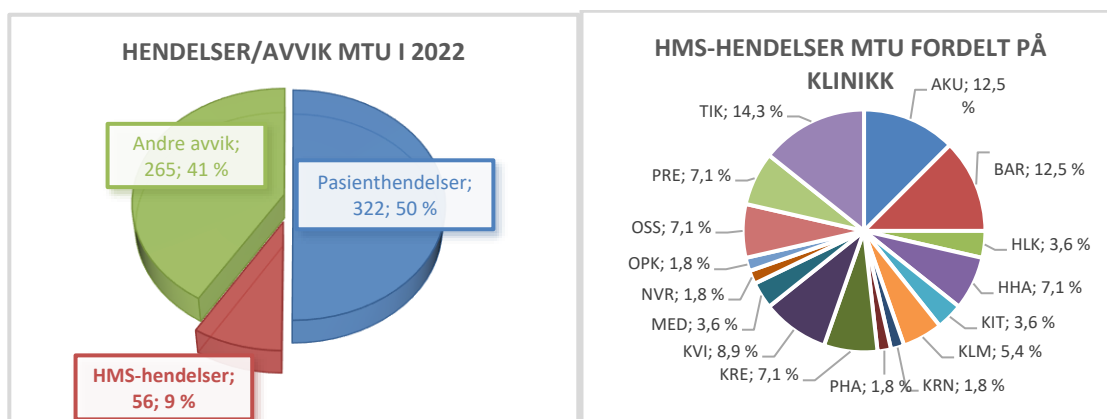
medisinsk-teknisk utstyr fra 2021 til 2022: KRN går fra gult til grønt, NVR går fra oransje til gult og OPK går fra gult til grønt. (Se status og utvikling i tabell 1.)

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)	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	Gult	Gult	Gult	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt
	2019	Grønt	Grønt	Grå	Grønt	Grønt	Gult	Gult	Gult	Gult	Gult	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt
	2018	Grønt	Gult	Grå	Grønt	Gult	Rødt	Gult	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	Gult	Grønt	Grønt	Grå	Grønt	Grønt

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 2022, er hovedkommentaren at de har mye gammelt og utdatert MTU som det er manglende mulighet for planlagt utskifting av («alle utbyttinger ... gjøres på breakdown»). 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 28: HMS-avvik for MTU i 2022 fordelt på klinikk

Figur 29: Fordeling av alle MTU-avvik i 2022

I 2022 ble det totalt registrert 643 hendelser i forbedringssystemet Achilles under sakstypen medisinsk-teknisk utstyr (MTU). Av disse var kun 56 saker registrert som HMS-hendelser, se figur Figur 28: HMS-avvik for MTU i 2022 fordelt på klinikk. 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 Teknologi- og innovasjonsklinikken (TIK, 8 saker), Akuttklinikken (AKU, 7 saker), Barneklubben (BAR, 7 saker) og Kvinneklinikken (KVI, 5 saker), se detaljer i figur Figur 29: Fordeling av alle MTU-avvik i 2022. Ser man nærmere på disse HMS-hendelsene, er det stor spredning i årsaken til avviksmeldingene og hvilket utstyr som er involvert. Ca. 27 % (15 saker) av HMS-avvikene som er knyttet til MTU faller ikke inn under OUS sin definisjon av MTU. Dette er f.eks. autoklaver, strømtilførsel (teknisk infrastruktur), diverse forbruksmateriell (eks. infusjonssett, undersøkeshansker, 3-veiskraner), gassflasker, uttakssentraler og PC'er. Ser man bort i fra disse 15 «ikke-MTU»-sakene, og bare ser på HMS-avvikene som er knyttet til faktisk MTU, er ca. 37 % (15 saker) knyttet til *utstyrsfeil*, ofte på eldre utstyr. Ca. 22 % (9 saker) er knyttet til *mangel på utstyr og/eller eldre utstyr med mangelfull funksjonalitet* sammenlignet med nyere utstyr. De siste ca. 41 % (17 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 systemisert, 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 0,4 år i løpet av 2022 og er hele 9,6 år per 31.12.2022. 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 at de vil gjøre:

- Fokus på ergonomi og fysisk plass i tilknytning til lagring og bruk av utstyr
- Opplæring og veiledning i ergonomi knyttet til arbeidsteknikk og utstyr
- Fokus på støy fra MTU, stille tydelig støykrav ved innkjøp av utstyr
- Sikre at avdelingenes MTU-ansvarlige kontinuerlig oppdaterer seg på nye MTU-rutiner
- Tydelig planer for MTU-opplæring og sertifisering i Kompetanseportalen
- Informere om hvem som er MTU-kontakter i klinikken, evt. opprette MTU-kontakter

Andre tiltak som bør prioriteres:

- Synliggjøre utskiftingsbehov for MTU også i forhold til HMS-området

## 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	2022	Orange	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn
	2021	Orange	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Orange	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn
	2020	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Orange	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Orange	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn
	2019	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Orange	Orange	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Orange	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn
	2018	Orange	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Orange	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn	Grønn

Klinikkenes vurdering av egen status innen ytre miljø baserer seg på resultater fra HMS-runden og ForBedringsundersøkelsen og er stort sett uendret fra 2021 til 2022. Ingen klinikker har vurdert ytre miljø som en av de 5 største arbeidsmiljøutfordringene, en nedgang fra foregående år. Største utfordringer som klinikkene trekker frem i sine egenrevisjoner:

- 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). 11 klinikker deltok. Tilbakemeldingen fra revisor er at Ledelsessystemet for ytre miljø fremstår som vedlikeholdt og at relevante krav i lover, forskrifter og revisjonsstandarder er tatt hensyn til. Videre at de fleste klinikker som ble intervjuet fremviste god oversikt over hvordan arbeidet med ytre miljø er organisert og hvordan de ulike miljømålene følges opp. Det ble funnet 7 avvik, 7 merknader og 3 forbedringstiltak. Det arbeides videre med å følge opp funnene fra revisjonen fram til planlagt revisjon 2023.

En del ansatte ønsker at det legges bedre til rette for kildesortering ved OUS og dette vil være et fokus også i 2023. I løpet av 2022 er det gjort forbedringer i kildesorteringen, bl.a. for fraksjonene glass og metall og matavfall ved SSE, Dikemark og kantiner på Radiumhospitalet og Ullevål. OUS har som målsetting å øke mengde avfall sendt til materialgjenvinning med 50 % innen 2025. Flere klinikker har gjennomført energieffektiviseringstiltak i løpet av 2022.

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 instruks. 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).

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:**

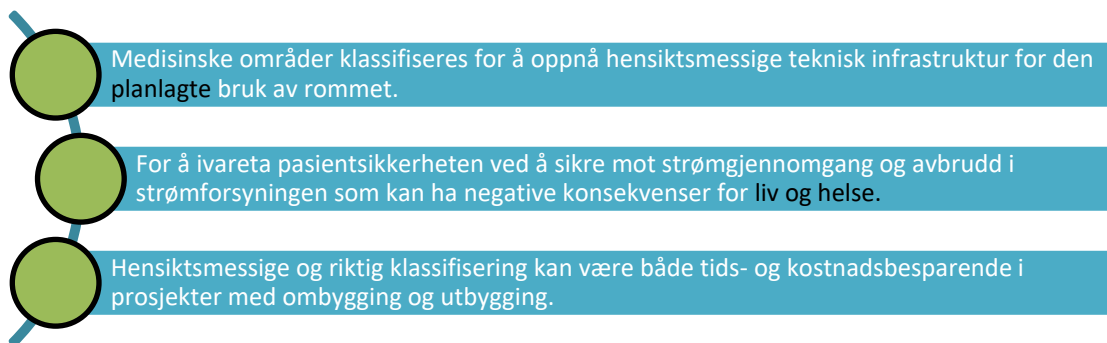
Faglig ansvarlig for elektro: har ansvar for og skal sørge for et systematisk HMS – arbeid (internkontroll) innen følgende områder:

- 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

For mer informasjon, se Instruks Overordnet styring og kontroll på elektroområdet (Nivå 2 dokument dok.id 6975). Internkontroll oppgaver er regulert av lover og kategorisert i vedlegg til ID.6975. Vedlegget er risikovurdert i 2020 og tilpasset driften i OUS.

### **OUS Klassifisering av medisinske områder**

Elektroområdet v / Drift og Vedlikehold i Eiendom har i 2022 utført mange nye klassifiseringer på medisinske områder for å oppnå:



**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 for 2022 og 2023

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 2022 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 2022.

### 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

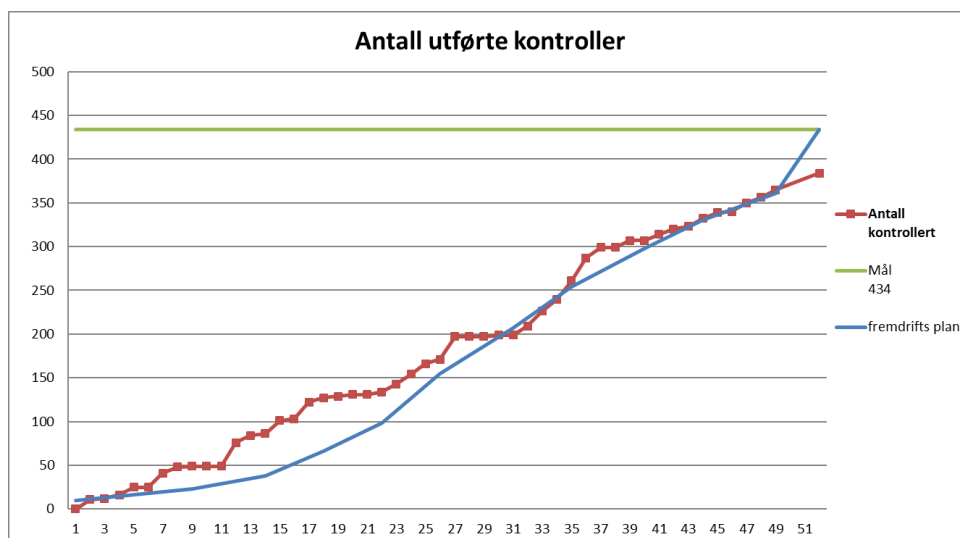
### Rom gruppe 2

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

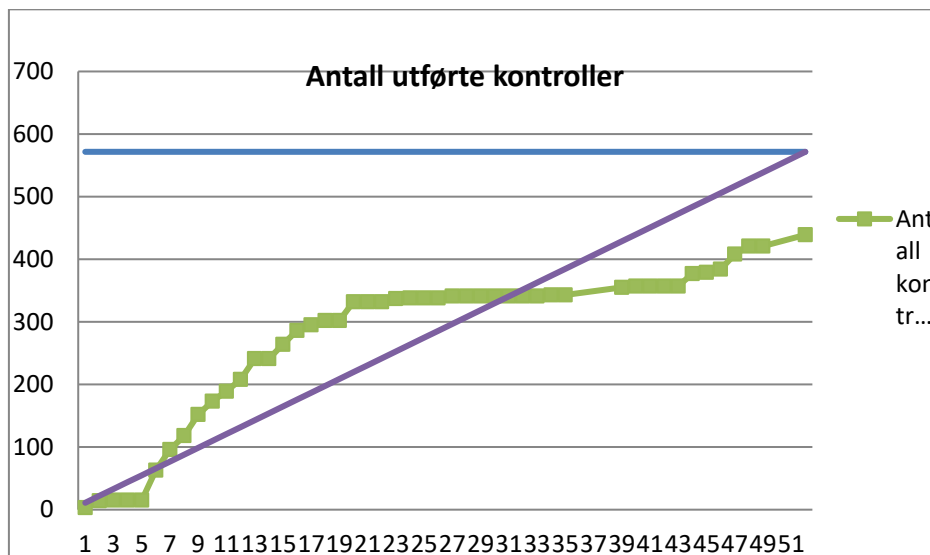
### Fokusområder på elektro i 2022

Ledelsen i OSS har i samarbeid med faglig ansvarlig elektro blitt enige om å fokusere spesielt på tre internkontroll områder i 2022, 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 2022 har vi 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 2023. Tabeller under, viser trender og måltall for de tre fokus områdene beskrevet over.



Figur 30: Kontrollerte GR 2 rom i 2022



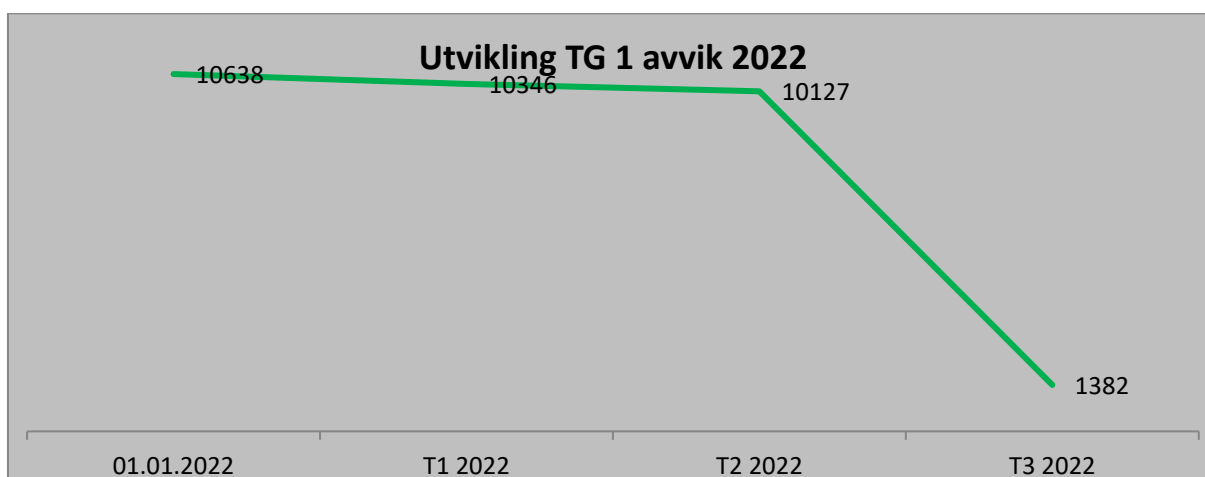
Figur 31: Kontrollerte GR 1 rom i 2022

### Lukkede avvik 2022

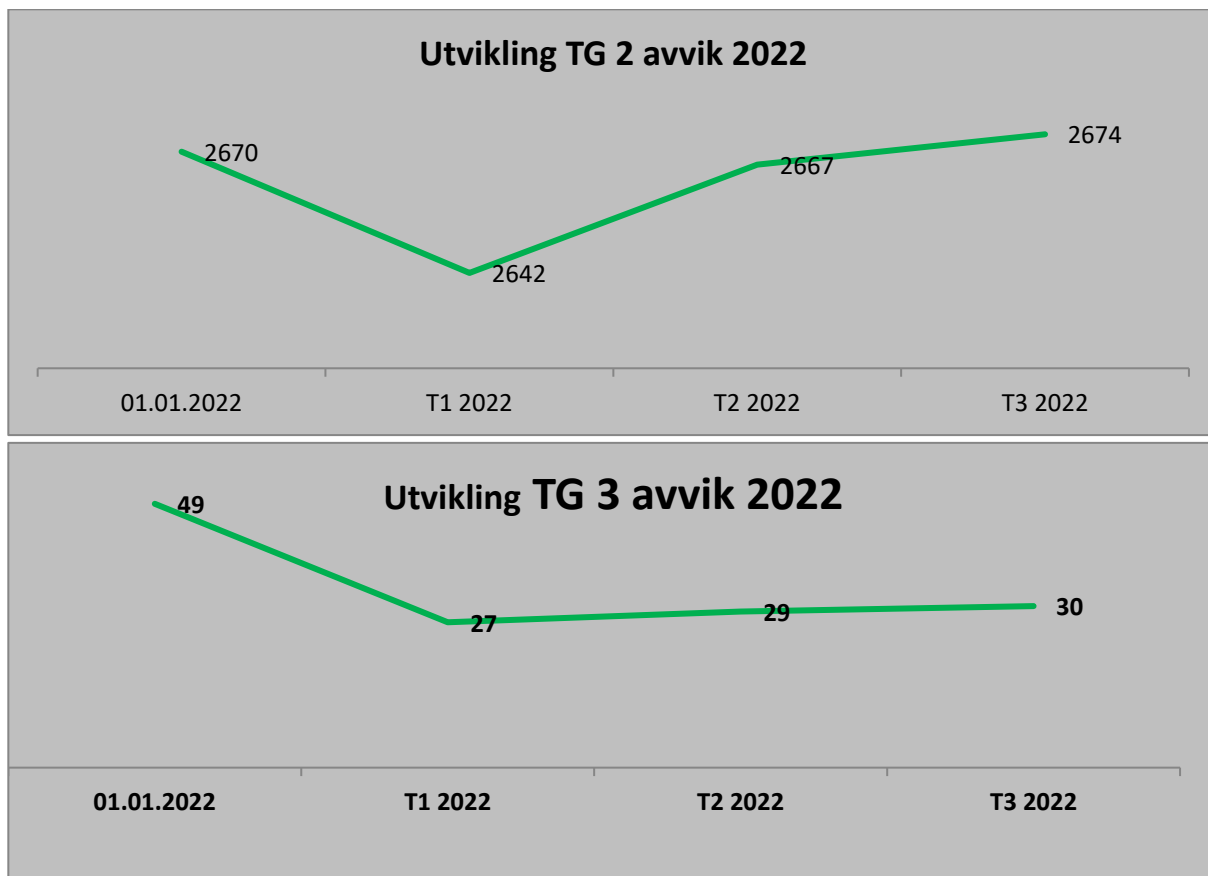
Lukking av avvik er en dynamisk oppgave da det oppdages nye under kontroller daglig, måltallene står fast og det arbeides effektivt med å lukke avvik så fort de oppstår, dette gjelder spesielt TG3 men vi arbeider også med å få ned det totale avvikstallet anmerket av DSB i et avvik fra 2019.

Den 01.01.2021 hadde OUS 4086 avvik på elektroområdet fordelt på TG1 – TG 3.

I T3 2022 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.







**Figur 32: Lukkede TG avvik 2022**

### DSB tilsyn

DSB (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap) har i 2022 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

Det har fra det lokale el. Tilsyn blitt utført tilsyn med flere virksomheter i OUS i 2022 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.

### **Heis**

OTIS heis AS har også i 2022 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.

Det arbeides med å få på plass sensor teknologi for å kunne overvåke alle de viktigste heisene i OUS kontinuerlig, dette vil hjelpe drift i å kunne ha kortere nede tid på heisene, samtidig vil vi kunne forutse en eventuelle unaturlig endring i heisens status. Heisen vil da alarmere drift om servicebehov, dette vil gjøre at vi ikke trenger fast ettersyn men kan gå over til behovs relatert service.

### **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 2023 arbeides videre med å effektivisere og standardisere arbeidsmetoder og skjematikk.

Drift og vedlikehold seksjonene i OUS vil i 2023 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

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

Sentralt AMU består av 8 representanter fra arbeidsgiver (hvorav administrerende direktør er fast medlem), 8 representanter fra arbeidstakerne (hvorav foretakshovedverneombudet er fast medlem) og 1 representant fra bedriftshelsetjenesten (uten stemmerett). I 2022 hadde arbeidsgiversiden ledervervet. Oversikt over medlemmene i AMU er i vedlegget til denne rapporten, samt på intranettsiden til sentralt AMU ([Medlemmer i sentralt AMU \(ous-hf.no\)](https://ous-hf.no)).

Sentralt AMU holdt 12 møter og hadde 66 saker på agendaen i løpet av 2022.

## 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 2022 ble 3 møter avholdt og 29 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
- Byggeprosjektenes påvirkning av ansattes hverdag (rokader, støy, støv, adkomst m.m.) – dette beskrives ikke nærmere her

### Status i de seks bygge- og utviklingsprogrammene

- Storbylegevakten(2023): Det utarbeides detaljert slutfaseplan, overtagelse av bygget i mai 2023, innflytting og oppstart i november 2023
- Nye Radiumhospitalet (2024): Oppstart slutfase mars 2023. Bygging, testing og prøvedrift, utforming av arbeidsprosesser, organisasjonsutvikling og HR –prosess flytt bemanning. Gradvis innflytting begynner i 2023.
- Ny Sikkerhetspsykiatri (2025): Forprosjektrapporten skal behandles av styret i OUS i april 2023 og i HSØ i juni 2023. Parallelt med dette starter arbeidet med detalj- og gjennomføringsfasen. Oppstart bygging tredje kvartal 2023.
- OUS i Livsvitenskapsbygget (2026): Styrebehandling av romfunksjonsprogram/forprosjekt for KLM i Livsvitenskapsbygget, våren 2023. Arbeid med råbygg fortsetter.
- 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. Detaljeringsprosjekt starter i 2023.

### Medvirkning

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

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

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

Medvirkning i programmene skjer gjennom to akser. Den ene akse er mot Helse Sør-Øst gjennom prosjektstyrer. I prosjektstyrene utøves medvirkning ved at tillitsvalgte (TV) og verneombud (VO) er

ansattes representanter. Den andre aksen er i OUS sin egen prosjektorganisasjon, med porteføljestyre som øverste beslutningsnivå. Hvert program/bygg har et eget programstyre.

Medvirkningsprosessene i Nye OUS hjemles i gjeldende bestemmelser i Arbeidsmiljøloven, Hovedavtaler, de «13 prinsipper for brukermedvirkning på systemnivå»<sup>24[1]</sup>, i Helse Sør-Øst sine 12 prinsipper for mobilisering av medarbeidere og ledere [12 prinsipper for medvirkning i omstilling](#) og samhandlingsprosedyren mellom OUS HF og HSØ PO<sup>[2]</sup>. Styrene i OUS og Helse Sør-Øst har videre også vektlagt betydningen av reell medvirkning i sine vedtak tilknyttet prosjektet.

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

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.

Medvirkningsprosessen knyttet til Nye Rikshospitalet og Nye Aker 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.

Medvirkningsmøtene er gjennomført etter en syklus som omfatter forberedelsesmøter, utsendelse av underlag, referat, tilbakemeldingsskjema fra medvirkningsgruppene med kommentarer fra Nye OUS, samt avklaringsmøter. Som følge av koronapandemien ble medvirkningsmøtene gjennomført som digitale møter fra oppstart mars 2021 frem til våren 2022. De to siste møteseriene i medvirkningsprosessen har vært gjennomført som fysiske møter.

---

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

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

Medvirkningsprosessen er inndelt i fem hovedaktiviteter, med følgende innhold og tema:

- Hovedaktivitet A: Informasjon om forprosjektets innhold, mål og rammer, og gjennomføring av medvirkningsprosessen. Hensikten var å sørge for at gruppedeltakerne var informert om hvilke forventninger og rammer som gjelder for medvirkning i forprosjektet.
- Hovedaktivitet B: Gjennomgang og drøfting av funksjonskrav og standardrom. Standardrom utgjør en stor andel av rommene i sykehuset, og har stor betydning for standardisering, fleksibilitet og pasientsikkerhet i bygget. Utarbeidelse av skisser for felles prinsipper for enkelte funksjonsområder.
- Hovedaktivitet C: Drøfting og forslag til plassering og fordeling av funksjoner i bygget. Formålet var å sørge for gode kliniske funksjonssammenhenger som understøtter effektiv drift. Arbeidet var en kvalitetssikring av konseptfasen, hensyntatt de endringer som er kommet i etterkant.
- Hovedaktivitet D: Kvalitetssikring av planløsningen innenfor de enkelte funksjonsområdene, dvs. om rommene er riktig plassert i forhold til hverandre. Planløsninger innenfor de enkelte funksjonene (f.eks. døgnområder, operasjonsområder, bildediagnostikk m.fl.) ble drøftet og fastlagt.
- Hovedaktivitet E: Avsluttende informasjon om resultatet av medvirkningsprosessen, status i prosjektet og om videre planprosess.

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

Arbeidsgruppens første hovedoppgave er å utforme samtykkesøknad til Arbeidstilsynet for Nye Aker og Nye Rikshospitalet. Sjekklisen for denne søknaden er omfattende. Arbeidet består blant annet av løpende dialog med Arbeidstilsynet om oppstyking og gjennomgang av prosjektene ut fra hensiktsmessig omfang, dialog med OUS og spesielt sentralt AMU, om presentasjon av søknadens ulike deler, og prinsippdiskusjoner om løsninger der dette er påkrevd.

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

## 2.25 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.

Det var i 2022 registrert 922 verneombud/stedfortredende verneombud i OUS. I løpet av året gjennomførte 159 personer den 40-timers HMS-grunnopplæringen som er obligatorisk for alle verneombud og stedfortredende verneombud.

### Gjennomførte seminarer og arrangementer på foretaksnivå

Arbeidsmiljøuka 2022 er vernetjenestens største arrangement med samlinger for verneombud, amu-medlemmer, åpne samlinger for alle, konkurranser og utdeling av arbeidsmiljøprisen. Årets tema omhandlet helsefremmende arbeidsplasser. Det har blitt avholdt to verneombudssamlinger, fire fagdager for hovedverneombud, strategisamling for hovedverneombud og gitt opplæring i hovedverneombudsrollen for alle klinikkhovedverneombud med kursbevis fra Arbeidsmiljøseneteret.

### 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 arbeidsgruppa for varslingsutvalg. Disse utvalgene er en del av det systematiske 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 underviser i HMS grunnkurs, kurs for AMU medlemmer, lederopplæringen og helsefremmende turnus.

### Saker av spesiell interesse på foretaksnivå

Vernetjenesten har brukt mye tid på å jobbe ut en ny strategiplan for kommende periode. Strategiplanen er forankret i hele vernetjenesten. Det er brukt tid på å analysere behov for verneombud, og finne treffende tiltak. Vernetjenesten har sett at mange uttrykker en usikkerhet på egen verneombudsrolle. Mange opplever å ikke få tid til å være verneombud og at arbeidet ikke utføres planmessig. Vernetjenesten ser at nye utfordringer krever en evne til å holde relevant kompetanse oppe. I tillegg til opprettholdelse av generell HMS kunnskap, trenger vernetjenesten blant annet å tilegne seg kunnskap om prosjekter, i særdeleshet byggeprosjekter, endringskompetanse, organisatorisk arbeidsmiljø med vekt på arbeidsbelastning og helsefremmende arbeid. Konkrete tiltak det jobbes med ut i fra strategiarbeidet er blant annet:



For å få mer kunnskap om verneombudenes behov er det laget en spørreundersøkelse for verneombud.

Vernetjenesten er opptatt av at verneombudenes rolle skal synes og anerkjennes. Det er derfor opprettet en verneombudspris, som oppleves som et godt mottatt tiltak.

Vernetjenesten ønsker å være synlige i HMS-årsrapporten til sykehuset, et tiltak innført for årsrapport 2022.

Planlegging av videre kompetanseutvikling er i gang. Casebaserte workshops med fokus på verneombudets rolle og oppgaver er et forslag vi ønsker å videreutvikle. I tillegg er det foreslått modulbasert utvikling, men her gjenstår mye planlegging.

Vernetjenesten kommer til å fortsette å jobbe med saken om opprettelse av varslingsutvalg ved OUS. Dette er en sak vernetjenesten har engasjert seg i siden 2016 og som det fortsatt ikke er kommet en løsning på. Vernetjenesten mener et varslingsutvalg gir en merverdi til virksomheten blant annet ved å bidra til kunnskap om varsling i OUS, mer ensartet behandling av varslingsaker, kunnskap om betydningen av et trygt yringsklima som forebyggende tiltak, legitimitet med mer.

## Del 3: Klinikkenes HMS-årsrapporter

Dette kapitlet omhandler klinikkenes individuelle HMS-arbeid.

Produksjonen av klinikkenes del for 2022 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 2022. Klinikkenes rapporter ble også brukt som underlag i utarbeidelsen av del 1 og 2.

## Oversikt over klinikkens egenvurdering av status på HMS for 2022

Hver klinikk har gjort en vurdering av status på deres klinikk innenfor 20 HMS-temaer. For hvert tema har klinikkene satt en statusfarge, hvor skalaen går fra rød, oransje, gul til grønn. Rød betyr at det er store mangler innenfor temaet, mens grønn er at temaet er under god kontroll. I tillegg finnes grå, som betyr «ikke relevant» eller «ikke vurdert grunnet manglende vurderingsgrunnlag».

Det ble gjort noen endringer i temaene for 2022. Det er for å i størst mulig grad forhindre overlapp, rendyrke og klargjøre hva temaene handler om, for at det ikke skal bli for mange temaer, og for at temaene skal få rett fokus i forhold til risikoen de utgjør.

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
HMS-verktøy	2022	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Red	Green	Green	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Orange
	2021	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
	2020	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Yellow	Yellow	Orange
Medvirkning	2022	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring	2022	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Yellow
Arbeidsbelastning	2022	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
Sosial støtte	2022	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Psykologisk trygghet	2022	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green
	2021	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
	2020	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Konflikt	2022	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
	2021	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Yellow
	2020	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Yellow
Trakassering	2022	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green
	2021	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
	2020	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Yellow
Luftkvalitet	2022	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange
	2021	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Yellow
	2020	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Yellow	Orange	Yellow	Yellow

Tema	År	AKU	BAR	DST	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE	TIK
Støy	2022	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Green	Yellow	Yellow	Yellow
	2021	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Green	Yellow	Yellow	Yellow
	2020	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Green	Yellow	Yellow	Yellow
Lysforhold	2022	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green
	2021	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green
	2020	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green
Ergonomi og fysisk helse	2022	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
	2021	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange
	2020	Yellow	Yellow	Green	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Orange	Yellow	Green	Orange	Orange
Vold og trusler	2022	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange
	2021	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Orange	Orange
	2020	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Orange
Inkluderende arbeidsliv	2022	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Green	Green	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Orange	Green
	2021	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	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
Kjemikalievern	2022	Orange	Orange	Grey	Green	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow
	2021	Orange	Orange	Grey	Green	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Green	Grey	Yellow	Yellow
	2020	Yellow	Orange	Grey	Green	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Yellow	Green	Orange	Orange
Smittevern	2022	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Green
	2021	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow
	2020	Green	Yellow	Green	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow
Strålevern	2022	Green	Green	Grey	Grey	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Grey	Green	Green
	2021	Green	Green	Grey	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Grey	Green	Yellow
	2020	Green	Green	Grey	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Grey	Green	Yellow
Brannvern	2022	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
	2021	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow
	2020	Green	Yellow	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Red	Green	Green	Orange	Orange	Yellow
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)	2022	Green	Green	Grey	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Green
	2021	Green	Green	Grey	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Orange	Yellow	Green	Green	Green	Yellow
	2020	Green	Green	Grey	Green	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Yellow
Ytre miljø	2022	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Orange	Yellow
	2021	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow
	2020	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Green	Yellow	Yellow

### 3.1 Akuttklinikken (AKU)

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Klinikkens egen HMS-gruppe følger opp HMS-hendelser (statistikk og enkeltsaker) på sine møter som holdes annen hver måned. HMS-runde og ForBedring vil være tema på verneombudssamling i forkant av undersøkelsen.	Gi gamle og nye ledere opplæring i behandling av HMS-hendelser i Achilles. Opplæring av verneombudene i ForBedring og oppfølging av denne, samt gjennomføring av HMS-runde. Sørg for at Risikovurdering av vold og trusler blir gjort i Achilles. 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).
Medvirkning		Opprykk fra gul til grønn status på indikatoren hvordan ansatte opplever oppmuntring fra ledere om å uttrykke egne meninger (ForBedring). Også en liten økning i skår når det gjelder involvering som jo er positivt. Merk at ansatte kan ha ulik tolkning av begrepet "rimelig innflytelse" og det er derfor usikkert hva dette skåret egentlig betyr. I forhold til arbeidsmengde er sykehuset forpliktet til å ivareta Ø-hjelp, i denne forbindelse må man som ansatt forholde seg til uforutsigbar aktivitet.	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 og stress.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring</b>		Uforandret skår på bruk av Tavlemøter og Det grønne korset. Klinikken jobber fortsatt med innføring på alle seksjoner som har pasientrettet arbeid. Intern samhandling blir viktig fremover i forhold til økt oppgaveglidning og samhandling.	Fortsatt fullt fokus på implementering av Tavlemøter og Det grønne korset i gjenstående seksjoner og avdelinger.
<b>Arbeidsbelastning</b>		Liten økning i total sykefraværspersent som medfører økt belastning på resterende personell. Noen seksjoner har høyere grad av arbeidsbelastning enn andre grunnet de tilhørende arbeidsoppgavers natur. Det blir derfor mest riktig å se på temaet avdelingsvis. Skårene baseres delvis på subjektive svar og mennesker takler stress ulikt. Det ligger likevel en forventning om at personell er forberedt på å tåle høy arbeidsbelastning. Det er viktig å tilby et støtteapparat som står parat i motgang og medgang. Godt arbeidsmiljø og en støttende leder kan fungere som buffer for en stressende hverdag. Både TV og VO er med i alle prosesser på alle nivå i klinikken.	Informere om hverdagen i AKU på nyansattdag i klinikken. Ha som tema på fagdager hvordan takle høy arbeidsbelastning. Bestrebe riktig ressursfordeling i forhold til oppgaver.
<b>Sosial støtte</b>		Selv med en hektisk arbeidshverdag er det fint å se at de ansatte føler at de får støtte fra arbeidsmiljøet.	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Psykologisk trygghet		Liten økning i fem av syv skår. Det jobbes bra med pasientsikkerhet men det er fortsatt ting å ta tak i. Klinikken har hatt flere kurs på psykologisk trygghet i løpet av det siste året.	Fortsatt fokus på trygt yringsklima (psykologisk trygghet), 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).
Konflikt		Positiv trend i årets skår for klinikken. Meningsbrytning er bra men man må sørge for at uenighet ikke fører til konflikt.	Forebygging av konflikt: forebyggende tiltak følges opp både i lokale handlingsplaner og på personalmøter. Ruste ledere og ansatte for å kunne forebygge at uoverenstemmelser utvikler seg til konflikter.
Trakassering		Skår uforandret fra i fjor.	Seksjoner som har lavt skår på spørsmål om mobbing og/eller trakassering i ForBedring får oppfølging.
Luftkvalitet		Noen av fjorårets tiltak (ombygging robotstuer RAD) viste seg ikke å kunne gjennomføres. Nytt sykehus RAD 2024 blir løsningen, ellers ad hoc tiltak frem til nye lokaler.	Luftkvalitet følges opp i hele klinikken. Det igangsettes tiltak der det er mulig.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Støy		Uforandret situasjon.	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.	Bevisstgjøre ansatte på bruk av dagslyslamper der det ikke finnes naturlig dagslys.
Ergonomi og fysisk helse		Hva de ansatte legger i å fremme fysisk aktivitet på seksjonen/verneområdet er uklart. Klinikken har for tiden 4 helsemotivatorer og 56 forflytningsveiledere. Arbeidsdagen til mange er preget av tung fysisk belastning. På enkelte seksjoner kreves det i tillegg mye statisk arbeid. Økt bruk av robotkirurgi utfordrer et forsvarlig arbeidsmiljø både når det gjelder plassering av utstyr og fysisk tilrettelegging av arbeidet for å forebygge muskel- og skjelettplager.	Avklare med leder og VO hvordan tolke det å fremme fysisk aktivitet på seksjonen før vernerunden gjennomføres. Minne de ansatte på at OUS har rabatterte medlemskap på helsestudio. Informere ledere og ansatte om Arbeidsmiljøavdelingens intranettside på ergonomi med mye nyttig informasjon delt inn etter kategori.
Vold og trusler		Risikovurderingsmodulen i Achilles ble tatt i bruk i år men har ikke vært godt nok informert om fra N3 og nedover i klinikken.	Alle seksjoner skal gjennomføre risikovurdering av vold og trusler i Achilles og treffe tiltak avhengig av resultat jfr Ehåndbok. Oppfordre ledere og ansatte til å ta relaterte kurs.



Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>Inkluderende arbeidsliv (IA)</b>		Sykefravær har gått noe opp. Klinikken vil holde øye med muskel- og skjelettplager i forhold til økt bruk av robotkirurgi for de ulike yrkesgrupper.	Informere gravide og ledere om å ta kontakt med bedriftsjordmor så tidlig som mulig for å forebygge sykefravær. Ta opp Akan-arbeidet i klinikk-AMU hvert år. Ta opp på alle nivå hvordan melde fra dersom man oppdager at en kollega har et rusproblem. Informere om kursene "Helsefremmende turnus" og "Grenser for tilrettelegging" (Læringsportalen).
<b>Kjemikalievern</b>		Lite fokus på dette i klinikken etter innføring i 2018. Liste for kjemikaliekontakter er delvis oppdatert og jobbes videre med.	Alle ledere skal ha kunnskap om og tilgang til EcoOnline. Alle seksjoner skal ha en kjemikaliekontakt der det er nødvendig. Alle kjemikalier skal registreres i EcoOnline. Det er et mål om at minst 80% av kjemikaliene skal være risikovurdert og at 100 % av de farligste kjemikaliene er substitusjonsvurdert.
<b>Smittevern</b>		Klinikken har fortsatt høyt fokus på smittevern etter flere år med pandemi.	Smittevernfokus videreføres. Vise stikkskadekonvolutt demovideo på leder- og personalmøter når denne er klar.
<b>Strålevern</b>		Dersom det er behov for informasjon om strålevern skal det tas kontakt med strålevernkoordinator. Klinikken er oppmerksom i forhold til gravide og at de ikke er til stede der stråling kan forekomme.	Oppfordre ansatte til å ta e-læringskurs i strålevern.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Brannvern			Alle får påminnelse om å ta obligatorisk e-læringskurs via Kompetanseportalen.
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		AKU har MTU ansvarlige i alle avdelinger hvor dette er aktuelt. Gode opplæringsrutiner for både faste og midlertidige ansatte. Klinikken en egen person i Stab som ivaretar sykehusets og klinikkens koordineringsbehov for MTU. I tillegg har klinikken et eget teknologinettverk.	Sikre at MTU-ansvarlige kontinuerlig oppdaterer seg på nye rutiner.
Ytre miljø		Korrekt kildesortering skal bestrebes. Smitteavfall koster sykehuset vesentlig mer enn ordinært avfall. Hertil ligger det en jobb med å endre ansattes holdninger til/vaner rundt sorteringspraksis. Klinikken skal jobbe med miljøledelse og opprette handlingsplan for miljø i 2023.	Legge til rette for at avfall sorteres riktig. Påse at alle ansatte har tilstrekkelig og oppdatert kunnskap om avfallshåndtering. Ha avfallssortering/Ytre miljø som eget tema på klinikkens nyansattdag.

### Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
-----	------	---------------------------

<b>1</b>	Sykefravær	Høyt fravær har konsekvens for de som er igjen på arbeidsplassen og man frykter for deres helse og motivasjon.
<b>2</b>	Psykologisk trygghet	Internt samarbeid på tvers blir viktig fremover i forhold til økt oppgavedeling og samhandling. Fortsatt fokus på trygt ytringsklima (psykologisk trygghet) noe vi vet påvirker pasientsikkerheten.
<b>3</b>	Ergonomi	Mange arbeidsplasser har utfordrende arbeidsforhold. Arbeidsprosesser med pasienter og utstyr medfører ulike fysiske tilnærminger.
<b>4</b>	Støy	En arbeidsplass har mange støykilder.
<b>5</b>	Vold og trusler	Pasienter kan være i delir, ruset og/eller er psykiatiske 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		Achilles HMS hendelser og oppfølgingsmøter etter forbedring håndteres administrativt.	
Medvirkning		Ansattes opplevelse av medvirkning fra Forbedring viser lave score (Oppmuntring til å delta i viktige avgjørelser, opplevelse av å bli tilstrekkelig involvert i endringsprosesser, ha rimelig innflytelse over arbeidssituasjonen)	
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring			Intern undervisning for ledere. Oppfordre ledere til å delta på forbedringsnettverkets kurs og implementere lokalt i samarbeid med klinikkontakt for kontinuerlig forbedring.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Arbeidsbelastning		Forbedring viser at mange ansatte opplever å ha en stor arbeidsbelastning.	
Sosial støtte			
Psykologisk trygghet		Ulikt fordelt i klinikken, bør vurdere lokale tiltak. Temaet er overlappende med tema "Medvirkning" der ansattes opplevelse av medvirkning scorer lavt.	
Konflikt		Endret farge fra oransje til gul fra i fjor. Noen avdelinger bør fokusere på dette i arbeidet knyttet til ForBedring.	
Trakassering			
Luftkvalitet			

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Støy			
Lysforhold			
Ergonomi og fysisk helse		Mangelfull opplæring og veiledning i ergonomi som går på arbeidsteknikk og utstyr samt bruk av veiledere ute i enhetene.	
Vold og trusler			
Inkluderende arbeidsliv (IA)		Endret farge fra i fjor(grønn), marginelle endringer. Sykefravær og oppfølging av bedriftsjordmor er fortsatt oransje.	Økt bruk av bedriftsjordmor i samtale med gravide. Systemisk sykefraværsoppfølging i regi av leder.
Kjemikalievern		Ikke tilstrekkelig risikovurderinger og substitusjonsvurderinger i relevante enheter.	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Smittevern	Grønn		
Strålevern	Grønn		
Brannvern	Gul	Endret fra i fjor da den var grønn. Under pandemien har det ikke vært enkelt å følge opp fullt ut ift. krav om opplæring og øvelser.	Et viktig område som det må jobbes systematisk med lokalt.
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)	Grønn		
Ytre miljø	Gul		



## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring.	Tavlemøter for daglig styring og Det Grønne Korset benyttes i varierende grad. Brukes verktøyene på en hensiktsmessig måte?
2	Ergonomi og fysisk helse.	Mangelfull opplæring og veiledning i ergonomi som går på arbeidsteknikk og utstyr samt bruk av veiledere ute i enhetene.
3	Medvirkning.	Ansattes opplevelse av medvirkning fra Forbedring viser lave score(Oppmuntring til å delta i viktige avgjørelser, opplevelse av å bli tilstrekkelig involvert i endringsprosesser, ha rimelig innflytelse over arbeidssituasjonen)
4	Arbeidsbelastning.	Forbedring viser at mange ansatte opplever å ha en stor arbeidsbelastning.
5	Kjemikalievern.	Ikke tilstrekkelig risikovurderinger og substitusjonsvurderinger i relevante enheter.



## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring.	Intern undervisning for ledere. Oppfordre ledere til å delta på forbedringsnettverkets kurs og implementere lokalt i samarbeid med klinikkontakt for kontinuerlig forbedring.
2	Ergonomi og fysisk helse.	Behov for forflytningsveiledere og helsemotivatorere i klinikken. Må følges opp videre. Invitere fysioterapeut fra Arbeidsmiljøavdelingen.
3	Medvirkning.	Gi opplæring til ledere om psykologisk trygghet, slik at de kan bidra til å øke ansattes opplevelse av å kunne komme med tilbakemeldinger og medvirke i sin arbeidshverdag. Følge opp at alle ledere gjennomfører utviklingssamtaler og følger opp i etterkant.
4	Arbeidsbelastning.	Opplæring i forsvarlighetsvurderinger av arbeidstidsordninger, KAMU følger opp at turnusene blir vurdert. Oppfordre seksjonene til å ha regelmessig tilbud om "debrief", ikke bare ved akutte alvorlige hendelser. Rekruttere og beholde kompetanse.
5	Kjemikalievern.	Øke antall risiko- og substitusjonsvurderinger.

### 3.3 Direktørens stab (DST)

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Møter er bekreftet delvis gjennomført men leder har ikke signert sammen med verneombud To vannlekkasjer og brann i microovn ble ikke meldt i Achilles Ikke avsluttede HMS-avvik	Minne hverandre på at hendelsen meldes i Achilles Avslutte HMS-runder og saker på riktig måte
Medvirkning			
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		Det er ikke relevant med bruk av Grønne korset i DST Tavlemøter brukes i daglig styring der det er relevant	Ledere må være mer bevisste på å evaluere egne møttestrukturer og større møter og arrangementer
Arbeidsbelastning			
Sosial støtte			

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Psykologisk trygghet		Gjennomgående lavere skåring i DST sammenlignet med 2021	
Konflikt			
Trakassering			
Luftkvalitet		Inneluften er fortsatt veldig dårlig. Noen ansatte blir så preget av dårlig inneluft at de må jobbe annet sted.	Utredning om flytting til nye arealer
Støy			
Lysforhold			

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Ergonomi og fysisk helse			
Vold og trusler		Ingen konkrete hendelser rapportert	Gjennomføre vold- og trusselkartlegging gjennomføres i alle stabsenheter
Inkluderende arbeidsliv (IA)			
Kjemikalievern			
Smittevern			
Strålevern			

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

### Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Luftkvalitet bygg 1 og bygg 2	Uaksptabelt luftkvalitet
2	Manglende systematisk melding om uønskede hendelser (herunder også plager pga dårlig luftkvalitet)	Helseutfordring for ansatte
3		
4		
5		



### Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Vesentlig forbedret luftkvalitet	Forpliktende plan for utbedring av luftforholdene
2		
3		
4		
5		

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

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Fortsette som tidligere år. Balnt annet i KAMU	Ved alvorlige hendelser sendes informasjon ut til alle fagmiljøer slik at andre også kan lære. Beholder fristen for Handlingsplan i Achilles, HMS-runder og Risikovurdering av Vold og trusler. 1.7.2023r
Medvirkning		Klinikken har en del å gå på når det gjelder medvirkning. Dette må forbedres med opplysning og oppfølging. Møtestrukturen må systematiseres da mange synes de mangler informasjon	Alle enheter i klinikken skal ha jevnlige og faste møter med tillitsvalgte og Verneombud
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		Det er ikke alle enheter som bruker det grønne korset og/eller forbedringstavler. Dette må framsnakkes	Det arrangeres en halvdagssamling for alle verneombud og tillitsvalgte i klinikken. Med informasjon om budsjettprosess, samarbeid, roller, ForBedring og Det grønne korset. Tema på ledersamlingen også?
Arbeidsbelastning		Skal vi koble inn KAMU? Forbedringsprosesser i enheter som opplever utfordringer?	Gjennomføre et prosjekt med aktivitets- og bemanningsplaner. Sammen med VO Og TV.
Sosial støtte			

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Psykologisk trygghet		Dårlig score på tre avdelinger!	Lage trygge arenaer / meldekultur. Scoren tas opp på den enkelte avdeling og følges jevnlig opp på oppfølgingsmøtene
Konflikt		Dette er noe av det vi har hatt fokus på i 2022. Det har blitt noe bedre. Kanskje mest etter at ForBedring var svart ut	
Trakassering			Alle må bli flinkere og tryggere på å melde/varsle om trakassering
Luftkvalitet		Vi skulle hatt en ryddekampanje	Ha en ryddekampanje i klinikken. På papir og klær/uniformer
Støy		Vi har en god del kontorer hvor flere ansatte sitter samlet	
Lysforhold			

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Ergonomi og fysisk helse		Antalle må økes. Det er pt registeret 3 helsemotivatorer og 2 forflytningsveiledere i klinikken. Dette er ikke bra. Antallet må økes	Det må informeres ut om fordelene med å ha en eller flere forflytningsveiledere og en eller flere helsemotivatorer. OG at de må brukes!
Vold og trusler		Vil påpeke at risikovurderingen for Vold og trusler ble foretatt etter at ForBedring var svart ut.	Tiltak? Øvelse, informasjon? Gjennomføring av risikovurderingen
Inkluderende arbeidsliv (IA)			
Kjemikalievern			
Smittevern			
Strålevern			

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Brannvern		Ingen fysiske øvelser under korona-årene. Til tider enkelte rømningsveier som er blokkert	
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)			
Ytre miljø			

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Medvirkning	Det er lite struktur på hvordan informasjonsflyten går, begge veier. Manglende jevnlig møtearenaer mellom leder, TV og VO på alle nivåer. Også for ansatte. Det er lite reel medvirkning, men heller informasjon
2	Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring	Det er ikke alle enheter som bruker det grønne korset og/eller forbedringstavler.
3	Arbeidsbelastning	Utfordringen er helgebelastning, turnus og bemanning.
4	Konflikt	Dette er en individuell følelse. Det er en kontinuerlig utfordring. Tenker her også på psykologisk trygghet.
5	Inkluderende arbeidsliv (IA)	Dette temaet vil være et kontinuerlig arbeid og forlenges dermed også dette året. I tillegg er det ønskelig å avdekke flere AKAN-saker da vi har avtaler med kun en promille av de ansatte i klinikken

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Medvirkning	Alle enheter skal ha jevnlige og faste møter med TV, VO og ansatte slik at medvirkning fra ansatte sikres.
2	Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring	Alle seksjoner, enheter og avdelinger skal jobbe systematisk med kontinuerlig forbedringsarbeid
3	Arbeidsbelastning	Identifisere og forbedre faktorer som påvirker arbeidsbelastningen.
4	Konflikt	Ledere må ha verktøykasse for å kunne løse konflikter på et tidlig stadium
5	Inkluderende arbeidsliv (IA)	Sykefravær på maksimum 7%. Hindre frafall, øke tilstedeværelse og tilrettelegge for bruk av restarbeidsevne

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

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>HMS-verktøy</b>		Alle er enige om at Forbedring og Achilles er et forbedringsområde	<p>HMS-handslingsplanen gjennomgås i klinikk-AMU og HLK's ledermøte 2 ganger i året for å se på status og fremdrift.</p> <p>Be om at enheter legger bedre til rette for at ansatte kan få besvart undersøkelsen, evt få undersøkelsen sendt hjem</p> <p>Arbeide aktivt for at alle enheter får en svarprosent på over 70%. Alle enheter over 75% svar får kake</p> <p>Oppfølging av HMS-runde og / eller ForBedring skal tas opp i ledersamtaler på alle nivåer i aktuelle oppfølgingsmøter.</p>
<b>Medvirkning</b>		Hvordan kan informasjonen bli bedre? Informasjon på flere nivåer - hvordan sikre det? Flott me 82 på nr 4,	<p>Allmøter minimum 2 ganger per år</p> <p>"Kurs" i psykologisk trygghet for alle ledere, alternativt tema på Sundvolden</p> <p>Informere om innholdet i HLK's intranett</p>
<b>Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring</b>		Viktig at det sees på endringen i punkt 5. Større bevissthet på hva er evaluering?	Informasjon / opplæring i daglig risikostyring (tavlemøter) herunder E-læring



Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Arbeidsbelastning		HLK er en utdanningsklinikk, 10,4 % på turnover er ikke høyt og burde vært satt på "gult".	Hvilke tanker har AMU om tiltak i denne sammenheng? Risikovurdering av turnus hvert
Sosial støtte		Vi har en god kultur for sosial støtte i klinikken	
Psykologisk trygghet		Se linje 6, kan det være behov for tiltak?	Alle enheter oppfordres til å ha jevnlig dialogmøter med sine ansatte Jevnlige møter med TV og VO
Konflikt		Hvordan ta tak i de konfliktene som er? Hvilke tiltak skal iverksettes hvor?	Velge ut 2-3 enheter som scorer lavt for videre oppfølging
Trakassering		Jobbe videre med de steder vi kjenner til konflikter. Idebank..	Jobbe videre med de steder vi kjenner til konflikter
Luftkvalitet		Fysisk dårlige lokaler, hva kan bedres?	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Støy		Hvor kan det settes i verk tiltak?	
Lysforhold		Sjette ut at alle enhetene har lys etter behov?	
Ergonomi og fysisk helse			Oppdatere liste forflytningsveiledere, sikre at flere tar kurs og bruker kompetansen. Inspirere flere til å bli "Helsemotivator"
Vold og trusler		Alle ledere med flere og vernetjensten har fått informasjon om dette. Det er nå gjennomført 18 risikoveruderinger, det er 56%.	Stimulerer enhetene til å gjennomføre kartlegging / risikovurdering av vold og trusler i enhetene Demonstrere dette i Helsefagledermøtet og HLK's ledermøte
Inkluderende arbeidsliv (IA)		Det tilrettelegges mye i mange seksjoner	
Kjemikalievern			Rydde i kjemikaliekontakter, opplæring av de som er det. Økt fokus på substitusjonsvurdering. Felles møte med N Bach og kjemikaliekontaktene

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Smittevern		Fortesette det gode arbeidet	
Strålevern			
Brannvern		Hvem har tyatt brannvernkurs i år?	
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Oppfølgingsrevisjon?	
Ytre miljø		Viser til gjennomført revisjon.	MF Arbeide for bedre prosedyrer for sorteing av plast

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	HMS-verktøy	HLK har lav score på ForBedring og for dårlig oppfølging i mange enheter. Det er for mange HMS-avvik som behandles for sent
2	Konflikt	Konflikter kan være ødeleggende for et godt arbeidsmiljø
3	Merdvirkning	Ansatte oppfatter ikke at det er reell medvirkning
4	Ergonomi og fysisk helse	Ergonomi og fysisk helse for de ansatte må få et større fokus flere steder
5	Arbeidsbelastning	Det oppleves av mange at det er en stor arbeidsbelastning

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	HMS-verktøy	<p>HMS-handslingsplanen gjennomgås i klinikk-AMU og HLK's ledermøte 2 ganger i året for å se på status og fremdrift.</p> <p>Be om at enheter legger bedre til rette for at ansatte kan få besvart undersøkelsen, evt få undersøkelsen sendt hjem</p> <p>Arbeide aktivt for at alle enheter får en svarprosent på over 70%. Alle enheter over 75% svar får kake</p> <p>Oppfølging av HMS-runde og / eller ForBedring skal tas opp i ledersamtaler på alle nivåer i aktuelle oppfølgingsmøter.</p>
2	Konflikt	<p>Velge ut 2-3 enheter som scorer lavt for videre oppfølging</p>
3	Merdvirkning	<p>Allmøter minimum 2 ganger per år</p> <p>"Kurs" i psykologisk trygghet for alle ledere, alternativt tema på Sundvolden</p> <p>Informere om innholdet i HLK's intranett</p>
4	Ergonomi og fysisk helse	<p>Oppdatere liste forflytningsveiledere, sikre at flere tar kurs og bruker kompetansen.</p> <p>Inspirere flere til å bli "Helsemotivator"</p>
5	Arbeidsbelastning	<p>Hvilke tanker har AMU om tiltak i denne sammenheng? Risikovurdering av turnus hvert år</p>

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

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>HMS-verktøy</b>		Antall tilbakemeldingsmøter/oppfølging av forbedring er høyere enn her angitt. det kan virke som ledere ikke har signert alt i Achilles. Følges opp videre i klinikkens avdelinger inn mot dette området i 2023	Opprettholde fokus på forbedring og oppfølging av denne inkl. handlingsplan for 2023. Tetter oppfølging av enkeltledere for gjennomføringen av tilbakemeldingsmøter og handlingsplaner. Jobbe videre med både forbedring og vernerunder, inkl. risikovurdering av vold og trusler i vernerunden. Tettere oppfølging og rask tilbakemelding av ansattes avviksmeldinger, for å skape trygghet for å melde fra om aktuelle saker.
<b>Medvirkning</b>		Ser en svak endring i positiv retning for 2022, ønsker videre fokus på dette området. Ingen endring i farge	Opprettelse av regelmessige faste personalmøter der man ikke har dette. Viktig i forhold til økonomi, nye sykehus og informasjonsflyt/medvirkning. Treparts møte er viktig i den enkelte avdeling anbefales min. fire ganger i året. På seksjonsnivå anbefales denne type møter min. 1 gang i mnd. Vurdere behov for nyhetsbrev fra avdelingen/seksjonen. Informasjonsskriv Nye OUS opprettholdes også i 2023.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring</b>		velger å sette på gult for å opprettholde fokus bl.a. på tavlemøter og det grønnekorset	Gjennomføring av tavlemøter og det grønnekorset jevnlig. Oppfordre enhetene/seksjonene å invitere noen fra OUS/klinikken kontinuerlig forbedringsnettverk for å få en gjennomgang og tips til hvordan dette kan gjennomføres. Forøvrig er det gode prosedyrer i e-håndbok og kurs i læringsportalen som en kan melde seg på.
<b>Arbeidsbelastning</b>		Opprettholder farge fra 2021 med bakgrunn i endringer som OUS og klinikken skal inn i. Dette for å opprettholde fokus også i 2023	Klinikken ønsker å se på mulighet for oppgavedeling mellom de ulike yrkesgrupper. Det å ha rett kompetanse til å utføre de ulike oppgavene, viktig med sammensetning av teamene. Utarbeide kompetanseplaner for den enkelte seksjon/enhet. Klinikken har i 2022 hatt høyt fokus på sykefravær og vil fortsette arbeidet som er påbegynt i 2022 også inn i 2023. Faglig utvikling/påfyll er viktig for trivsel og en pust i bakken. Fortsette arbeidet i kontorseksjonene med fokus på tilstedeværelse, tilhørighet og viktighetene som ligger i at kontorgruppen er på jobb - skape arbeidsglede.
<b>Sosial støtte</b>		Setter farge grønt, men det tilsier ikke at man skal la saken ligge. Dette er et viktig området for å nå målene til OUS, med økt aktivitet og stabil arbeidskraft (turover/sykefravær).	Opprettholde og videreutvikle synligledelse i klinikken, viktig å se ansatte i hverdagen. Delta i lunsj, vaktskifte, delta på morgenmøter mm. Enkle grep kan gi gode effekter. Se mulighetene som evt. ligger i "Rå bra". Tema på ledersamling.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Psykologisk trygghet		Opprettholder samme farge som tidligere år, for å opprettholde fokus på besvarelse av HMS avvik og andre avvik i Achilles. Skape gode rutiner for oppfølging.	Meldekultur - HMS avvik og pasientavvik: Fokus på tilbakemeldingskultur til ansatte som melder inn saker - opplevelse av å bli sett og hørt. Det vil i løpet av 2023 bli utarbeidet et selvhjelpsverktøy for ledere for å benytte i seksjoner/enheter i forhold til psykologisk trygghet.
Konflikt		Endrer til gult, da vi ser positiv utvikling. Endringen skal ikke tilsi at det ikke skal være fokus videre.	Opprettholde fokus på å ta tak i konflikter før de eskalerer. Tema i årshjulet også i 2023
Trakassering		Opprettholder gult som farge, for å søke ytterligere forbedringer	Gjennomgang mnd.tema opprettholdes også i 2023. Tas opp som sak på ledermøtet i forhold til gjennomføring for å sette ytterligere fokus på videreformidling.
Luftkvalitet		Opprettholder farge	Ledere oppfordres til å ha fokus på hva ansatte kan gjøre selv for å forbedre trivsel og ryddighet for å bedre luftkvalitet. Seksjon/enhet kan koble på yrkeshygeniker for kartlegging og innspill på forbedring. Bevisst på fortetting av kontorplasser, luftkvaliteten blir dårligere om overbooket på kontor.
Støy		Opprettholder nivå med bakgrunn i endringene og byggingene vi nå går inn i	Fokus inn mot perioden med støy inn mot bygging av nye Aker og RH. Videre oppfølging av støy rundt bygging av Nye RAD



Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Lysforhold	Green	Opprettholde farge	0
Ergonomi og fysisk helse	Orange	Opprettholder farge	Klinikken har mange enheter med statisk arbeid, og vil ha fokus på forebygging av muskel og skjelett plager i mnd. tema. Oppfordre avdelinger til å benytte både Arbeidsmiljøavdelingen, helsemotivatorer og forflytningsveiere. Synliggjøre muligheter både i eksterne treningsselskaper samt egne lokaler via bedriftsidrettslaget.
Vold og trusler	Yellow	Opprettholder farge	Alle enheter skal gjennomføre risikovurdering av vold og trusler i vernerundene Mål for 2023 er 75% gjennomføring. Opprettholder mnd. tema i klinikken for implementering i enhetene.
Inkluderende arbeidsliv (IA)	Yellow	opprettholder farge	Opprettholde IA-fokus. Kjenngjøre mulighet for oppfølging av jordmor og evt. bedriftslege ved behov. Ett tema i mnd. tema som inneholder IA, Gravid, Akan og rus.
Kjemikalievern	Yellow	opprettholder status	Oppfordre ledere til å ha fokus på substitusjonsvurdering når innkjøp gjennomføres. Kjemikaliekontakter har eget digitalenetverk (teams område) i OUS, koble på klinikkens kjemikaliekontakter i dette nettverket.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Smittevern	Grønn	Opprettholder farge, uendret	Fortsetter fokus på smittevern i alle enheter/seksjoner. Informasjon fra lederlinje ut i organisasjonen.
Strålevern	Gul	Opprettholder status for ytterligere fokus	Oppfordre til å gjennomføre E-lærings kurs vedr. strålevern for alle som er berørt. Kurset bør være tilgjengelig i kompetanseportalen.
Brannvern	Gul	Opprettholder status, ytterligere fokus på brannvern i seksjonene	Minne om E-læringsprogram i kompetanseportalen som er en årlig gjennomgang, inkl. årlig brannvernøvelse. Fokus på brannvernkontakt i den enkelte seksjon/enhet.
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)	Grønn	opprettholder status	
Ytre miljø	Gul	Opprettholder status, svak økning fra 2021	

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Medvirkning	Manglende møter i enhetene for medviktning og direkte informasjon. Utfordringer rundt informasjonsflyt for å sikre medvirkning
2	Arbeidsbelastning	Stor arbeidsbelastning gjør at klinikken ser behov vurderinger for oppgaveglindning. Rett kompetanse til rett oppgavenivå. Mye bruk av innleie/overtid og merarbeid. Manglende pleiekategoriseringsverktøy gir utfordringer i forhold til vurdering av pasienttyngde.
3	Psykologisk trygghet	Manglende oppfølging av HMS avvik og tilbakemelding på dette.
4	Ergonomi og fysisk helse	Muskel og skjellettplager. Fysisk belastende arbeid. Sykefravær er meget høyt i enkelt avdelinger.
5	Vold og trusler	Manglende gjennomføring av risikovurdering i vernerundene hva gjelder vold og trusselbildet i den enkelte avdeling/seksjon/enhet.

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Arbeidsbelastning	<p>Klinikken ønsker å se på mulighet for oppgavedeling mellom de ulike yrkesgrupper. Det å ha rett kompetanse til å utføre de ulike oppgavene, viktig med sammensetning av teamene. Utarbeide kompetanseplaner for den enkelte seksjon/enhet. Klinikken har i 2022 hatt høyt fokus på sykefravær og vil fortsette arbeidet som er påbegynt i 2022 også inn i 2023.</p> <p>Faglig utvikling/påfyll er viktig for trivsel og en pust i bakken.</p> <p>Fortsette arbeidet i kontorseksjonene med fokus på tilstedeværelse, tilhørighet og viktighetene som ligger i at kontorgruppen er på jobb - skape arbeidsglede.</p>
2	Medvirkning	<p>Opprettelse av regelmessige faste personalmøter der man ikke har dette. Viktig i forhold til økonomi, nye sykehus og informasjonsflyt/medvirkning. Treparts møte er viktig i den enkelte avdeling anbefales min. fire ganger i året. På seksjonsnivå anbefales denne type møter min. 1 gang i mnd. Vurdere behov for nyhetsbrev fra avdelingen/seksjonen. Informasjonsskriv Nye OUS opprettholdes også i 2023.</p>
3	Psykologisk trygghet	<p>Meldekultur - HMS avvik og pasientavvik: Fokus på tilbakemeldingskultur til ansatte som melder inn saker - opplevelse av å bli sett og hørt. Det vil i løpet av 2023 bli utarbeidet et selvhjelpsverktøy for ledere for å benytte i seksjoner/enheter i forhold til psykologisk trygghet.</p>
4	Vold og trusler	<p>Alle enheter skal gjennomføre risikovurdering av vold og trusler i vernerundene Mål for 2023 er 75% gjennomføring. Opprettholder mnd.tema i klinikken for implementering i enhetene.</p>

5	Ergonomi og fysisk helse	Klinikken har mange enheter med statisk arbeid, og vil ha fokus på forebygging av muskel og skjelett plager i mnd. tema. Oppfordre avdelinger til å benytte både Arbeidsmiljøavdelingen, helsemotivatorer og forflytningsveieldere. Synliggjøre muligheter både i eksterne treningsselskaper samt egne lokaler via bedriftsidrettslaget.
---	--------------------------	--

### 3.7 Klinikk for laboratoriemedisin (KLM)

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Lav gjennomføringsgrad av HMS-runden, men 3% høyere enn i fjor. Noe lavere svardeltakelse på ForBedringsundersøkelsen, ned 2%. Få rapporterer om avholdte tilbakemeldingsmøter (40%). Gjennomføring og oppfølging av dette vektet tungt. Det rapporteres at risikoinformasjon og -håndteringen i klinikken er god.	Få ferdigstilt prosedyren for HMS-arbeid i KLM. Denne inneholder roller, ansvar og myndighet, årshjul for HMS-aktivitetene i KLM, hjelpelisten linkes inn her mm. Denne er viktig for at alle i KLM skal ha en enkel oversikt over hvem de skal kontakte for hva, når ulike aktiviteter foregår osv. OUS sin prosedyre dekker ikke alle aktiviteter i KLM og viser til det overordnede ansvaret i OUS. Det er noen gjengangere i KLM som sjelden gjennomfører disse aktivitetene. Disse bør lederlinja følge opp spesielt. Må få ryddet i antallet verneområder og rapporteringer i Achilles. Gjennomgang av HMS-handlingsplan på annenhvert AMU.
Medvirkning		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.	KHVO og vara tar en samarbeidssamtale 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.
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		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.	Sende en ny henvendelse til forbedringsnettverket rundt hvordan det er forventet at det grønne korset skal implementeres.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Arbeidsbelastning		Flere av indikatorene fra forbedrings undersøkelsen viser en opplevelse av arbeidspress. Arbeidspress er den fjerde 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.	Enkelte seksjoner i blant annet MBK, PAT og IMM skiller seg negativt ut når det gjelder arbeidsbelastning. AMU vil gjenngå på seksjonsnivå arbeidsbelastningsindikatorne for å kunne utarbeide målrettede tiltak.
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 skiller seg negativt ut i klinikken. Det er allerede igangsatt et samarbeid BHT sine organisasjonspsykologer i avdeling for patologi. Disse har også deltatt på N3-5 ledersamling og forelest om psykologisk trygghet.	Psykologisk trygghet settes opp som tema på verneombudsmøte.  Lederopplæring i psykologisk trygghet, dette for å etablere en god tilbakemeldingskultur. Ledere lokalt må lage en god struktur for informasjon med mulighet for medarbeiderne til å gi innspill og tilbakemeldinger, ved endringsprosesser.
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.	Sette i gang et arbeid rundt oppstartssamtale med nyansatte hvor temaet er kultur, roller, konfliktforebygging og forventningsavklarings (medvirkningsplikt og arb.givers styringsrett). AMU setter ned en gruppe som skal arbeidet med en sjekkliste/hjelpeskjema for dette

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Trakassering		Det rapporteres om noen forekomster av mobbing og/eller trakassering. Det er i svært liten grad rapportert om seksuell trakassering i klinikken.	Saken ses i sammenheng med konflikt og psykologisk trygghet. Se tiltak i disse fanene.
Luftkvalitet		Temperatur ser ut til å være den viktigste årsaken til at luftkvaliteten ikke er tilfredstillende alle steder. Det ser ut til at flere av enhetene som rapporterer at luftkvaliteten ikke er tilfredsstillende har mye kontor virksomhet og/eller stort forbruk av kjemikalier (formalin). I forhold til prosjekt som gjennomgår ventilasjon og strømsforsyningen i bygg 25 er vi usikre på om effekten av dette er synlig enda.	Amu følger opp effekten av iverksatte tiltak i bygg 25.
Støy		Det er ingen vesentlig endring på overordnet nivå med tanke på støy. Enkelte enheter rapporterer om støyende forhold.	Arbeidsgiver anmoder seksjoner som scorer lavt på HMS runden om å få forholdene kartlagt/vurdert av Bedriftshelsetjenesten samt følger opp deres foreslåtte tiltak.
Lysforhold		De fleste er tilfreds med belysning og dagslysforholdene.	
Ergonomi og fysisk helse		Utfordringsbilde for klinikken er relativt uendret fra i fjor. Mange enheter har en stor mengde repeterende og statisk manuelt arbeid som kan medføre muskel og skjelett plager. Per dags dato har vi 29 helsemotivatorer i KLM (av 85 enheter), det er flest av OUS sine klinikker.	For å forebygge ytterligere belastninger ønsker klinikken at alle enheter skal ha en helsemotivator. KLM andmoder at de verneområdene som har svart "ikke tilfredsstillende" på HMS runden risikovurderer forholdene og ber BHT om vurdere og dokumentere forholdene.



Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Vold og trusler		Få enheter i klinikken har direkte pasient kontakt, derfor er ikke opplæring rundt like relevant for alle. Vi ser ikke en sammenheng mellom de som rapporterer manglende opplæring, med de som faktisk rapporterer om opplevde vold og trusler. Samtidig så har klinikken null toleranse for slike hendelser. Enkelte enheter har flere ansatte som melder om opplevde uheldige hendelser. Disse må kartlegges og risikovurderes.	Generell informasjon om Achillesmodul på vold og trusler i klinikken, samt rettet oppfølging av enheter som melder om vold og trusel hendelser i ForBedring.
Inkluderende arbeidsliv (IA)		Det rapporteres om god kjennskap til IA arbeid og prosedyrer rundt rusmiddelproblematikk. Rundt 10% av de gravide benytter seg av OUS sitt tilbud om bedriftsjordmødrene. Bruk av AKAN avtaler påvirkes i stor grad av tilfeldigheter, grunnet få tilfeller på klinikknivå.	
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% riskiovurdert (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". Arbeidsmengden kjemikaliekontaktene står ovenfor i kjemikalietunge avdelinger virker uoverkommelig i 100 % stilling i drif. Kjemikalierelaterte HMS avvik er den største underkategorien i Achilles og har den største andelen avvik med høy risiko. Arbeidsgruppen har vektlagt tallene fra EcoOnline og Achilles.	Arbeidsgruppen anmoder om økte ressurser, for å bistå avdelingene med risiko- og substitusjonsvurderinger av kjemikalier.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Smittevern		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-avikene at fargen bør være gul for å synliggjøre smittevernsproblematikken i klinikken.	
Strålevern		Få verneområder som håndterer strålekilder. Der de håndteres er vernetiltak og opplæringen vurdert som god.	
Brannvern		Klinikken skårer godt på indikatorene og arbeidsgruppen vurderer det slik at brannverns arbeidet er tilfredstillende.	
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. Samtidig oppfattes MTU situasjonen utfordrende med tanke på manglende mulighet til å planlegge fremtidige investeringer. Alle utbyttinger vil for 2023 gjøres på breakdown, det gir ingen muligheter til forbedringer innen produksjonseffektivitet, ergonomi, støyreduksjon mm. Klinikken har ikke handlingsrom til å løse denne situasjonen alene.	AMU oppfordrer til å melde inn saker om problemstillinger rundt HMS problemer knyttet til MTU.

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.	

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	HMS-Verktøy	Lav gjennomføringsgrad av HMS-runden, men 3% høyere enn i fjor. Noe lavere svardeltakelse på ForBedringsundersøkelsen, ned 2%. Få rapporterer om avholdte tilbakemeldingsmøter (40%). Gjennomføring og oppfølging av dette vektet tungt. Det rapporteres at risikoinformasjon og -håndteringen i klinikken er god.
2	Arbeidsbelastning	Flere av indikatorene fra forbedrings undersøkelsen viser en opplevelse av arbeidspress. Arbeidspress er den fjerde 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.
3	Ergonomi og fysisk helse	Utfordringsbilde for klinikken er relativt uendret fra i fjor. Mange enheter har en stor mengde repeterende og statisk manuelt arbeid som kan medføre muskel og skjelett plager. Per dags dato har vi 29 helsemotivatorer i KLM (av 85 enheter), det er flest av OUS sine klinikker.
4	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% riskiovurdert (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". Arbeidsmengden kjemikaliekontaktene står ovenfor i kjemikalietunge avdelinger virker uoverkommelig i 100 % stilling i drif. Kjemikalierelaterte HMS avvik er den største underkategorien i Achilles og har den

		største andelen avvik med høy risiko. Arbeidsgruppen har vektlagt tallene fra EcoOnline og Achilles.
5	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. Samtidig oppfattes MTU situasjonen utfordrende med tanke på manglende mulighet til å planlegge fremtidige investeringer. Alle utbyttinger vil for 2023 gjøres på breakdown, det gir ingen muligheter til forbedringer innen produksjonseffektivitet, ergonomi, støyreduksjon mm. Klinikken har ikke handlingsrom til å løse denne situasjonen alene.

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	HMS-Verktøy	Få ferdigstilt prosedyren for HMS-arbeid i KLM. Denne inneholder roller, ansvar og myndighet, årshjul for HMS-aktivitetene i KLM, hjelpelisten linkes inn her mm. Denne er viktig for at alle i KLM skal ha en enkel oversikt over hvem de skal kontakte for hva, når ulike aktiviteter foregår osv. OUS sin prosedyre dekker ikke alle aktiviteter i KLM og viser til det overordnede ansvaret i OUS. Det er noen gjengangere i KLM som sjelden gjennomfører disse aktivitetene. Disse bør lederlinja følge opp spesielt. Må få ryddet i antallet verneområder og rapporteringer i Achilles. Gjennomgang av HMS-handlingsplan på annenhvert AMU.
2	Arbeidsbelastning	Enkelte seksjoner i blant annet MBK, PAT og IMM skiller seg negativt ut når det gjelder arbeidsbelastning. AMU vil gjenngå på seksjonsnivå arbeidsbelastningsindikatorene for å kunne utarbeide målrettede tiltak.
3	Ergonomi og fysisk helse	For å forebygge ytterligere belastninger ønsker klinikken at alle enheter skal ha en helsemotivator. KLM andmoder at de verneområdene som har svart "ikke tilfredsstillende" på HMS runden risikovurderer forholdene og ber BHT om vurdere og dokumentere forholdene.
4	Kjemikalievern	Arbeidsgruppen anmoder om økte ressurser, for å bistå avdelingene med risiko- og substitusjonsvurderinger av kjemikalier.
5	Vold og Trusler	Generell informasjon om Achillesmodul på vold og trusler i klinikken, samt rettet oppfølging av enheter som melder om vold og trusel hendelser i ForBedring.

### 3.8 Kreftklinikken (KRE)

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Kre ligger lavt på gjennomførte HMS runder - meldefrekvens og åpenrate. Noe bedring fra i fjor. Registreringen? E-læring?	Tema på ledersamling. Opplæring i Achilles for ledere. Tema på samling i februar
Medvirkning		Noe bedring fra i fjor. Viktig tema. Informasjon og måten det informeres på betyr mye for opplevelse av medvirkning. Lav score på andel tilbakemeldingsøter etter for bedring	Endringsledelse som tema på ledersamling
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		Tiltak fra i fjor gjennomført? Tall fra bruk av tavlemøter og grønne korset. Ikke aktuelt for alle.	
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	Arbeidsgruppen lager sak til KAMU - første møte over jul.
Sosial støtte		KRE ligger høyt også sml med andre klinikker	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Psykologisk trygghet		KRE ligger ganske godt an sml med andre klinikker	Psykologisk trygghet som tema VO og TV KVO + fredagsmøte. Invitere psykolog fra arbeidsmiljøavdelingen
Konflikt		Tiltak må settes inn lokalt der det er behov	HR følger opp
Trakassering		Vært tema tidligere. Kre ligger godt an	
Luftkvalitet		Kjent utfordring på grunn av byggevirksomhet. Eget VO for nybygg har vært tiltak før.	Egen sak i KAMU - Invitere noen fra byggegruppene til KAMU. Informasjon i linjen om kontakt med yrkehygieniker fra arbeidsmiljøavdelingen
Støy		Kjent utfordring på grunn av byggevirksomhet	Samme som luft
Lysforhold		Biometrisk belysning i forbindelse med nybygg ?	



Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Ergonomi og fysisk helse		Klinikken har mange forflytningsveiledere og noen helsemotivatorer.	Ny runde i linjen med oppfordring om å skaffe flere helsemotivatorer. Ansvar HR
Vold og trusler		Mangler risikovurderinger. KRE ligger lavt. Melding om risikovurdering er kommet sent.	HR ta opp som ledermøtesak.
Inkluderende arbeidsliv (IA)		Instituttet trengher mer informasjon om gravid og trygg i jobb. Invitere bedriftsjordmor til info på nettside for instituttet. Informasjon om arbeidsmiljøavdelingen på forskernett og IKI. Mye av sykefraværsøkning skyldes korona	Informasjon på forskernett/IKI om BHT - ansvar klinikk-kontakt. Klinikken/HR har systemer for oppfølging
Kjemikalievern		Instituttet jobber fint med kjemikalier. Lav risiko for de kliniske avdelingene	HR ta opp med kvalitetsleder
Smittevern		Mye fokus i pandemien gir trygge ansatte	
Strålevern			

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Brannvern		Punkt 4?	
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Mye utdatert utstyr	
Ytre miljø		Gode nok systemer for kildesortering? (Særlig plast/glass/metall)	KAMU sende sak til hovedAMU? I så fall må saken settes opp i KAMU. Behandles i AU

## 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
2	Medvirkning	Informasjon og måten det informeres på betyr mye for opplevelse av medvirkning. Lav score på andel tilbakemeldingsmøter etter for bedring
3	HMS verktøy	Kre ligger lavt på gjennomførte HMS runder - meldefrekvens og åpenrate. Noe bedring fra i fjor. Registreringen? E-læring?
4	Vold og trusler	Vedvarende utfordring som klinikken jobber med. Mangler risikovurderinger. KRE ligger lavt. (Melding om risikovurdering er kommet sent)
5	Luftkvalitet og støy	Kjent utfordring på grunn av byggevirkosomhet. Eget VO for nybygg har vært tiltak før.

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Arbeidsbelastning	Først utrede årsaker/sammenhenger - Egen sak til KAMU - første møte over jul.
2	Medvirkning	Endringsledelse som tema på ledersamling
3	HMS verktøy	Tema på ledersamling. Opplæring i Achilles for ledere. Tema på samling i februar
4	Vold og trusler	HR ta opp som ledermøtesak.
5	Luft og støy	Egen sak i KAMU - Invitere noen fra byggegruppene til KAMU. Informasjon i linjen om kontakt med yrkeshygieniker fra Arbeidsmiljøavdelingen

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

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Vi synes vi har jobbet godt og fått resultater deretter i 2022. Målet neste år er å gjenta det gode arbeidet.	
Medvirkning		De formelle og strukturelle betingelsene virker å være tilstede i KRN. Dog ser vi på indikatorene at ansattes opplevelse av medvirkning har lokale forskjeller ute på avdeling.	
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		Vi ser at vi sliter med å tolke tavlemøter og det grønne korset inn i vår hverdag. Men når vi ser hva de lokale enhetene gjør konkret så er det innarbeidete rutiner som ivaretar mye av dette arbeidet. Vi jobber systematisk med intern evaluering og samhandling	
Arbeidsbelastning		KRN har jevnt over en opplevd høy arbeidsbelastning. Flere avdelinger har mye overtid, høy turnover og sykefravær, men i klinikken som helhet jevnes dette ut.	Vi tror at det kunne vært et godt diskusjonstema for enheter og seksjoner om alle fikk fremstilling av skår på objektive og subjektive indikatorer.=Mal!C4

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Sosial støtte	Green	vi er fornøyd.	
Psykologisk trygghet	Yellow	Vi kjenner igjen noen enheter som det jobbes aktivt med fra før. Ellers er det en stor spredning i resultatene mellom avdelingene.	
Konflikt	Yellow	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	Yellow	Det er viktig at det diskuteres i tilbakemeldingsmøtene om opplevelsene av mobbing/trakassering og seksuell trakassering er mellom kolleger og/eller om det er utfordringer i forhold til pasienter og pårørende. Dette gir jo forskjellige tiltak. Vi er ikke fornøyd med å være i gul sone.	Trakassering sees i sammenheng med konflikter og diskuteres på samme lederseminar. Har vi noen forslag til å forebygge, ikke bare brannslukke? =Mal!C4
Luftkvalitet	Orange	De med dårligst skår på luftkvalitet er alle lokalisert på Ullevål. Her vet vi at det er store problemer med ventilasjonsanlegget, men det prioriteres ikke i budsjettet til Eiendom.	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Støy		<p>Det er startet noen forbedringer i lokalene til STAB KRN. Enhet for leger Nukleærmedisin, RAD har opplevd mye støyproblematikk i forbindelse med bygging av Nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet. Her går prosjektet nå inn i en mer rolig fase med mindre byggestøy. Men dette gir oss gode erfaringer fram mot byggingen av nytt RH. Utført noen støymålinger i klinikk, med høye utslag på CT spesielt.</p>	<p>Følge opp støyproblematikk i Forskningsveien hos STAB. Dersom gode erfaringer, videreføre løsning til flere kontorer. Sikre at støy er tilstebet under 60 dB ved bruk som en del av kravspek ved innkjøp av nytt MTU.</p>
Lysforhold		<p>Mange demonstrasjonsrom blir benyttet til heldags granskningsplasser pga plassforhold. Demrom har ikke vinduer. I gammel bygningsmasse har ikke radiologi tradisjonelt sett fått prioritet mot vindusvegger. Ved ombygginger prøver man å kompensere noe ved å innstallere lysvindu, uten at dette er en fullgod erstatning. Tilgang på dagslys og utsyn har hatt bra fokus i byggeprosjektene.</p>	
Ergonomi og fysisk helse		<p>Vi har litt forbedring på alle indikatorene sammenlignet med i fjor. BDS jobber mot at flere ansatte skal bli helsemotivatorer i tiden fremover. Klinikken har flere steder store utfordringer med plassforhold.</p>	
Vold og trusler		<p>Vi ser at de med høyest svarprosent på opplevd utsatt for vold og trusler har ikke fullført risikovurderingen. De har hatt oppfølging under ForBedringsprosessen. Vi er fornøyd med en av de høyeste gjennomføringsprosentene på risikovurderingen.</p>	<p>De som ikke har svart ut risikovurderingen om vold og trusler må følges opp videre så de får gjort ferdig denne.</p>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>Inkluderende arbeidsliv (IA)</b>		Klinikken har heller ikke i år noen aktive AKAN-avtaler. Vi tenker dog på om AKAN har møtt et generasjonsskifte der dagens unge ansatte ikke har så store utfordringer mot alkohol som holdninger rundt bruk av og hva som ansees som "lette" narkotiske rusmidler. Vi hadde mål om å senke sykefraværet i klinikken som helhet i 2022. Dette har vi ikke klart. Vi ser at legeseksjonene har opplevd større sykefravær enn tidligere historisk sett. Dette gir store utfordringer. Vi er fornøyde med at gravides bruk av bedriftsjordmor har økt med ny metode for utregning.	Videre arbeid med sykefravær. Tilstrebe at så mange ansatte som mulig fullfører planen 'Informasjon om rusmidler og AKAN' som er lagt inn i kompetanseportalen for alle ansatte i KRN. Nå som klinikken får en fast representant i AKAN-utvalget, vil også mer AKAN-informasjon nå ut til KRNs ledere enn tidligere.
<b>Kjemikalievern</b>		Vi har over flere år jobbet med systematikken rundt kjemikalier. Vi ser nå resultater av dette og vil fortsette det gode systematiske arbeidet vi nå har kommet i gang med. Risikobildet generelt i klinikken er lavt.	
<b>Smittevern</b>		Vi er fornøyde med at alle på sykehuset har fått bedre smittevern gjennom coronaperioden.	
<b>Strålevern</b>			
<b>Brannvern</b>			



Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
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.	
Ytre miljø		Avfallssorteringen blir nok ikke bedre før det finnes mottakssystem for dette innad i OUS.	

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Fysisk arbeidsmiljø (Luftkvalitet, Støy og lysforhold)	På Ullevål er det mange som rapporterer dårlig luftkvalitet, og dette er meldt til Eiendom, men vi ser ikke andre løsninger innenfor vårt handlingsrom. På Radiumhospitalet håper vi at støyen på Nukleærmedisin fra byggeprosjektet nå vil roe seg. Tiltak i Forskningsveien hos Stab følges opp. Støymålinger på CT viser vanskelig å føre samtale på enkelte MTU under skanning.
2	Konflikt og trakassering	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. I forhold til trakassering ser vi at det er viktig å avklare om trakasseringen kommer fra kolleger eller pasient/pårørende.
3	Vold og trusler	Vi ser at de med høyest svarprosent på opplevd utsatt for vold og trusler har ikke fullført risikovurderingen.
4	Inkluderende arbeidsliv	Klinikken har heller ikke i år noen aktive AKAN-avtaler. Vi hadde mål om å senke sykefraværet i klinikken som helhet i 2022. Dette har vi ikke klart. Vi ser at legeseksjonene har opplevd større sykefravær enn tidligere historisk sett. Dette gir store utfordringer. Vi er fornøyde med at gravides bruk av bedriftsjordmor har økt med ny metode for utregning.
5	Arbeidsbelastning	KRN har jevnt over en opplevd høy arbeidsbelastning. Flere avdelinger har mye overtid, høy turnover og sykefravær, men i klinikken som helhet jevnes dette ut.

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Fysisk arbeidsmiljø (Luftkvalitet, Støy og lysforhold)	Følge opp støyproblematikk i Forskningsveien hos STAB. Dersom gode erfaringer, videreføre løsning til flere kontorer. Sikre at støy er tilstrebent under 60 dB ved bruk, som en del av kravspek ved innkjøp av nytt MTU.
2	Konflikt og trakassering	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 sees i sammenheng med konflikter og diskuteres på samme lederseminar. Har vi noen forslag til å forebygge, ikke bare brannslukke?
3	Vold og trusler	De som ikke har svart ut risikovurderingen om vold og trusler må følges opp videre så de får gjort ferdig denne.
4	Inkluderende arbeidsliv	Videre arbeid med sykefravær. Tilstrebe at så mange ansatte som mulig fullfører planen 'Informasjon om rusmidler og AKAN' som er lagt inn i kompetanseportalen for alle ansatte i KRN. Nå som klinikken får en fast representant i AKAN-utvalget, vil også mer AKAN-informasjon nå ut til KRNs ledere enn tidligere.
5	Arbeidsbelastning	Vi tror at det kunne vært et godt diskusjonstema for enheter og seksjoner om alle fikk fremstilling av skår for arbeidsbelastning på objektive og subjektive indikatorer.

### 3.10 Kvinneklubben (KVI)

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Korrigert fra gult til grønt ,da alle verneomruder og Handlingsplan er utført, men ikke signert da det ble utført etter frist grunnet arbeidspress	Sende påminnelser til ledere og VO om frist. Kunne vært fint å ha denne fristen f eks i sept
Medvirkning		KVI har fortsatt fokus på involvering av TV/VO og ansatte. Viktig å jobbe videre med dette slik at ansatte, TV og VO forstår hva involvering og medbestemmesle betyr.	Settes opp på agendaen på ledermøter og møter med TV og VO. Både på klinikk og avdeleingsnivå.
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		Bemanningsplaner; Ved Føden UL jobbes det nå med bemanningsplaner sett opp mot jordmorutfordring, samdrift med enheter og ansettelse av sykepl	Tavlemøter /puls møter benyttes i de fleste enheter daglig. Sette fokus på dette.
Arbeidsbelastning		Det er et høyt gjennomsnitt iht overtid/merarbeid. Dette begrunnet i sykefravær og ikke minst manglende jordmorkompetanse og opr sykepl ved Føden og gyn opr. Det regr stor arbeidsbelastning på jordmor og opr sykepl, samt på Helsefagarbeidere/barnepleiere	Det jobbes nå kreativt og kontinuerlig for å beholde og rekrutere opr sykepl og jordmødre til KVI. Samt helsefagarbeidere med videre utd innen spedbarn-og barsel
Sosial støtte		Viktig å bevare tryggheten og god sosal støtte	Kontinuerlig prosess

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Psykologisk trygghet		En liten forbedring fra 2021 iht pkt 6	Fortsette med fokus på psykologisk trygghet i KVI på alle nivåer. Tema på ledersamlinger
Konflikt		En liten forbedring fra 2021	Tema er oppe på ledermøter og personalmøter i samarbeid med TV/VO
Trakkasering		Dette er tema på perosnalmøter og ledermøter. KVI har 0 tolleranse for mobbing og trakkasering	Tema på personalmøter. Gjennomgang av retningslinjer for mobbin/trakkasering. Kvalitetssikre forståelsen av dette
Luftkvalitet		Noe bedring fra 2021. Knyttet til bygningsmasse. Byttet ut noen vinduer og dører som gir en forbedring	
Støy		Støy er fra maskiner tilknyttet en avdeling. Slår ut med samme score hver år.	
Lysforhold		Det er ikke dagslys på Ultralyd poliklinikkene i KVI. Må screene i mørke rom uten dagslys	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Ergonomi og fysisk helse		Punkt 1: Forespørsel til klinikkens N4 ledere om vurdering av ergonomi kontakt til enhetene. Punkt 6: Det er stor slitasje på ansatte ved føden og gyn opr. Behov for utskiftning av f.eks fødesenger, annet med tekn utstyr på opr.stuene. Utskiftning av div utstyr tar unødvendig lang tid grunnet økonomi som igjen gir en økt belastning på ansatte	Få inn ergonomikontakt
Vold og trusler		Punkt 5: Mail ble sendt rundt. Alle har svart ut risikovurdering, men tidsfrist holdt dessverre ikke. Liten risiko i KVI	Punkt 5; Alle ansatte i KVI bør ta E-læringskurset Vold og Trusler i Læringsportalen
Inkluderende arbeidsliv (IA)		Fotsette med det gode arbeidet i ht IA og sykefraværsoppfølging. KVI benytter i lav grad bedriftsjordmor. Mulig fordi den største andel ansatte er jordmødre.	AKAN er fortsatt et tema som settes opp på ledermøter og HR forum i KVI. Lederopplæring og oppfølging av IA
Kjemikalievern		Punkt 2; KVI benytter få helse-og miljø farlige stoffer	Kvalitetssjekke at informasjon om substitusjon er kjent og håndteres korrekt i KVI. Alt må regr i stoffkartoteket. Kontaktperson?
Smittevern		Kontinuerlig prosess i klinikken	Gjennomgang på den enkelte seksjon. VO med i prosess
Strålevern		Kontinuerlig prosess. Scorer orange Fysisk miljø. Pkt 5. Spørsmålet er nok besvart av få. Det er lite arbeid i KVI knytte til strålevern	0

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Brannvern		Brannvern følges opp.	Det er avtalt fysisk brannøvelse for stab i februar. Vil jobbe for tilsvarende kurs i hele KVI
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Kontinuerlig prosess.	Følges opp i samtaler med ansatt (Kompetanseportalen)
Ytre miljø		Forbedring på pkt 2. Fra gult til grønt. Må gjøre prosedyrer mer kjent i klinikken	Forbedringstiltak vil tas opp i de avdelinger dette ikke håndteres korrekt

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Arbeidsbelastning	Stor slitasje på ansatte. Vurdere ergonomikontakt til enheter spesielt ved Gyn og Føde. Mange slitte fødesenger, annet med tek utstyr
2	Rekruttering og beholde kompetanse	Manglende jordmor, opr.sykepl. og Helsefagarbeider med videreutdanning innen føde -og barsel
3	Arbeidspress	KVI har utfordringer ihht drift ved Fødeavdelingene, RMA,FMA og Gyn avdeling. Det er stort arbeidspress på avdelingens leger, sykepl/jordmødre og helsefagarbeidere. Økt antall induksjoner.Stor belastning på RMA og FMA.
4	Kommunikasjon/ medvirkning	Fortsatt fokus på en god og trygg kommunikasjon / dialog mellom arbeidsgiver, arbeidstaker og tillitsvalgte/VO på alle nivåer, samt øke medvirkning på alle enheter i klinikken



## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Arbeidsbelastning	Vurdere ergonomikontakt til enheter spesielt ved Gyn og Føde. Sørge for regelmessig vedlikehold av fødesenger/bytte ut når de er ødelagte. Sørge for at utstyr er plassert på en slik måte at det skaper minst mulig belastning for ansatte. Arbeide for at styrke arbeidsmiljøet og fremsnakke arbeidsplassen. Bruke Det grønne korset" daglig .Samarbeid på tvers av seksjoner/lokalisasjoner
2	Rekruttering og beholde kompetanse	Lage gode planer for kompetansemobilisering for ulike yrkesgrupper. Regelmessige fagutviklende aktiviteter der man legger til rette for at ansatte får deltatt. Samarbeid på tvers av enheter/lokalisasjoner slik at man kan nyttiggjøre seg fagutvikleres kompetanse på best mulig måte.
3	Arbeidspress	Kartlegge arbeidsflyter og flaskehalsar og se på muligheter for oppgaveglidning. Involvere ansatte i arbeidet slik at man får bred informasjon om prosessene og hvilke konsekvenser de har. Gjennomgang av bemanningsplaner
4	Kommunikasjon/ medvirkning	Fortsatt fokus på en god og trygg kommunikasjon / dialog mellom arbeidsgiver, arbeidstaker og tillitsvalgte/VO på alle nivåer, samt øke medvirkning på alle enheter i klinikken.
5	Oppgavedeling	Prosjekt igangsatt på Gyn operasjon og ved Fødeavdelingens seksjoner. Kartlegge kompetanse og kompetanseheving hos laboranter, Helsefagarbeider og sykepleiere

### 3.11 Medisinsk klinikk (MED)

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Følge opp på avdelingsvise oppfølgingsmøter og i ledermøte.	Følge opp på avdelingsvise oppfølgingsmøter og i ledermøte.
Medvirkning		Vurderes neste år	
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring			
Arbeidsbelastning		Overtid - kommer flere int.spl tilbake fra utd.	
Sosial støtte			

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Psykologisk trygghet	Green	Fokus i klinikken	
Konflikt	Yellow		
Trakassering	Green		
Luftkvalitet	Orange	Temp er noe klin må fortsette å ha fokus på	
Støy	Yellow		
Lysforhold	Green		

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Ergonomi og fysisk helse			
Vold og trusler		Klinikken skal påminne i linjen og i aktuelle møtefora,	
Inkluderende arbeidsliv (IA)		Har gjennomført "der skoen trykker" ved en seksjon og skal i gang med 1 til i samarbeid med NAV	
Kjemikalievern			
Smittevern			
Strålevern			

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

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Arbeidsbelastning	Klinikken har høyt gjennomsnittlig belegg% med krevende og komplekse pasienter, mye smitte og behov for fastvakter. Høy turnuover.
2	Vold og trusler	Klinikken har en del krevende og utagerende pasienter og det oppleves at problemet er økende. Det brukes mye ressurser på at ansatte skal beskyttes mot vold/trusler; vektere og fastvakter. E-læringskurs har blitt mye brukt på de enheter som er mest utsatt.
3	HMS-verktøy	Fokus på at ledere gjennomfører både HMS-runde og fullfører tilbakemeldingsmøter, samt signerer i Achilles
4	Luftkvalitet og støy	Det er dårlig luftkvalitet i klinikkens arealer, løse aircondition tar mye plass - ikke alle kan bruke det pga smitte/sterile prosedyrer.
5	Ergonomi og fysisk helse	Økende utfordring med hjelpemidler til bariatriske pasienter, og mangelfulle arealer til lagring av disse.

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Arbeidsbelastning	Oppfordre ledere og VO til å delta på kurs i risikoreduserende turnus. Klinikken skal se på oppgaveglidning mellom yrkesgrupper.
2	Vold og trusler	Gjøre ledere kjent med gjeldende prosedyrer i E-håndbok og risikoanalyse i Achilles. Fortsette å melde avvik i Achilles, gjennomføre e-læringskurs
3	HMS-verktøy	Følges opp i ulike møtefora i klinikken.
4	Luftkvalitet og støy	Fortsette å bruke Arbeidsmiljøavdelingen til å lage rapporter for å få kartlagt luft/støy i lokalene. Arbeidsgiver/arealkontakt anmoder at involverte i arealprosjekter gjennomfører Arbeidsmiljøavdelingens kurs: HMS ved flytting og ombygging.
5	Ergonomi og fysisk helse	Gjøre en kartlegging over hva som finnes av forflyttningsutstyr og hjelpemidler i klinikken. Synliggjøre det vi har av utstyr og opplæring av dette, slik at man kan dele på dette og bruke på tvers ved behov.

### 3.12 Nevroklinikken (NVR)

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy			Påse at ledere signerer i achilles, av VO og leder
Medvirkning			Påse bedre medvirning ved at det etableres fast møtestruktur mellom ledere og VO /TV i enhetene.
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		Klinikken ønsker tiltak fra forbedringsundersøkelsen i de månedlige oppfølgingsmøtene.	
Arbeidsbelastning			Se på organisering av arbeidet mellom faggrupper og også på tvers av enheter, seksjoner og avdelinger (klinikker) Arbeidsglidning bør også utredes.
Sosial støtte			



Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Psykologisk trygghet			BHT har informert /foredatt om viktighet og eksempler på psykologisk trygghet. Oppfordre enheter om å ta opp temaet i en av perosnlamøtene gjennom året.
Konflikt			Tydeliggjøre lederlinjene og rollefordeling. Samtidig sikre at ansatte vet hvor man melder hva. Det er ønskelig med løsninger på lavest mulig nivå.
Trakassering			Klinikken ønsker nulltoleranse. Viktig at de ansatte er kjent med hvor og hvordan de melder saker.
Luftkvalitet			Årlig revisjon av lagring og organisering av utstyr. Diverse kasserte utstyr må ryddes vekk eller kastes.
Støy		Fortsett å melde inn avvik, slik man kan se etter løsninger lokalt	
Lysforhold			

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Ergonomi og fysisk helse			Gjennomgå hvor mange veiledere klinikken har. Oppfordre til nye kurs til veiledere.
Vold og trusler		Det er stor variasjon mellom avdelingen og behov for tiltak. Mathias Van der Harst har informert om den nye voldsmodulen i Achilles i flere fora i klinikken. Det er også laget et samarbeid med PHA for opplæring i de mest utsatte enhetene.	Tydeliggjøre "hva" er vold og trusler i samarbeid med VO
Inkluderende arbeidsliv (IA)			Gjennomgang av turnus og bemanningsplan
Kjemikalievern			
Smittevern		Vi erfarer at stikkskadene går opp og ned i takt med fokus på området.	
Strålevern		klinikken har lite stråling.	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Brannvern		Alle oppfordres til å ta brannvernskurs. Det er viktig at alle enheter har brannvernkontakt	
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Det oppleves noe av investeringsvilje i utstyr	
Ytre miljø			

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Arbeidsbelastning	Samtidkonflikter, fravær som gjør det hektisk for de som er tilstede, opplevet mismatch mellom bemanning og belegg. Organisatoriske utfordringer.
2	Medvirkning	Det er god medvirkning på klinikknivå, men noe lavere lokalt. Utfordrende å få samlet TV og VO lokalt.
3	IA	Sykefravær
4	Vold og trusler	Lav kunnskap om hva som er vold og rusler. For høy toleranse blant ansatte i forhold til adferd fra pasienter.
5	Ergonomi og fysisk helse	Mangler oversikt over forflytningsveiledere i klinikken og derfor oversikt over kompetanse i seksjonene.

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Arbeidsbelastning	Se på organisering av arbeidet mellom faggrupper og også på tvers av enheter, seksjoner og avdelinger (klinikker) Arbeidsglidning bør også utredes.
2	Medvirkning	Påse bedre medvirning ved at det etableres fast møtestruktur mellom ledere og VO /TV i enhetene.
3	IA	Gjennomgang av turnus og bemanningsplan
4	Vold og trusler	Det er stor variasjon mellom avdelingen og behov for tiltak. Mathias van der Harst har informert om den nye voldsmodulen i Achilles i flere fora i klinikken. Det er også laget et samarbeid med PHA for opplæring i de mest utsatte enhetene. Tydeliggjøre hva vold og trusler er i samarbeid med verneombud.
5	Ergonomi og fysisk helse	Gjennomgå hvor mange veiledere klinikken har. Oppfordre til nye kurs til veiledere.

### 3.13 Ortopedisk klinikk (OPK)

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Til tross til gjentatte oppfordringer på å fylle ut i Achilles, så er det mange enheter/seksjoner/ledergrupper som ikke har gjennomført dette.	6)Følge opp at ledere har oppfølgingsmøte etter spørreundersøkelsen 5)Premie til de som har >80% svar på undersøkelsen 1)Minne ledere med verneområder på å gjennomfører HMS-runde Hver leder får tildelt en kontaktperson i Staben og følger opp at det gjennomføres og innkaller. Minne leder på at det kan avtales hvem som registrerer i Achilles.
Medvirkning		OPK oppmuntrer til engasjement og medvirkning. Ledere må sørge for en god struktur for medvirkning.	Ledere må gjennomføre regelmessige møter og informere ansatte om tidspunkt.
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		Grønne korset har vært forsøkt i klinikken, men erfaringen er at dette tar mye tid og endrer fokus bort fra pasienten.	
Arbeidsbelastning		Det erkjennes at det er høyt arbeidspress i klinikken.	Se på oppgavedeling. Rett person til rett oppgave. Utarbeide tiltak for å beholde medarbeidere. Sørge for at aktuelle enheter har helsefremmende turnus og tjenesteplaner.

<b>Sosial støtte</b>			
<b>Psykologisk trygghet</b>		Liten nedgang. Oppmuntre ansatte til å si sin mening. Ansatte skal føle trygghet og det skal være åpen kommunikasjon.	Tenke på til neste møte
<b>Konflikt</b>		Klinikken er kjent med at det er konflikter i enkelte enhet, og dette jobbes det med.	Egen oppfølging av av disse enhetene
<b>Trakassering</b>		Det er nulltoleranse for trakassering i OPK	Alle saker skal meldes.
<b>Luftkvalitet</b>		Mye gammel bygningsmasse.	Kontakte yrkeshygieniker ved behov.
<b>Støy</b>		Der det er høy støy bør det tas en desibelmåling og vurdere mulige tiltak. Ha en ekstra fokus på dette i neste HMS-runde.	
<b>Lysforhold</b>		Det erkjennes at noen sitter tidvis på rom uten vindu. Dette skal ses på.	

<b>Ergonomi og fysisk helse</b>		Klinikken trenger revidert oversikt over antall forflytningsveiledere.	Staben innhenter revidert oversikt over hvor mange klinikken har. Forflytningveiledere må i samarbeid med leder avsette til opplæring og kompetanseoverføring.
<b>Vold og trusler</b>		Det erkjennes at klinikken er dårlig på risikovurdering.	Intern opplæring av ledere. Klinikkhovedverneombud har også avsatt et halvdagseminar på tema.
<b>Inkluderende arbeidsliv (IA)</b>		IA-gruppen har startet opp igjen. Fokus på sykefravær. Bruke bedriftjordmor er valgfritt.	IA-gruppen vil tilby hjelp og veiledning til enheter som har høyt sykefravær.
<b>Kjemikalievern</b>		Jobbes med kontiunerlig	
<b>Smittevern</b>		Stikkskadekonvoluttene må være en del av opplæringen.	Ta i bruk Arbeidsmijøvd. Nye film om stikkskadekonvolutt.
<b>Strålevern</b>		Det er bare operasjonsheter som har stålvern og dette er under kontroll.	
<b>Brannvern</b>		Det kommer bedre system for gjennomføring av brannøvelser i Achilles. Flere har gjennomført brannrunde enn tidligere år.	Oppfordre ledere å kjøre rapport fra Kompetanseportalen for å følge opp ansatte som ikke har gjennomført e-læring i brannvern. Ledere må i samarbeid med lokale verneombud gjennomføre fysisk brannøvelse iht. prosedyren.



<b>Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)</b>			
<b>Ytre miljø</b>			Henstille til alle ansatte å tenke på strømsparing der det er mulig(slå av lyset og pc m.m)

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	HMS-verktøy	Til tross til gjentatte oppfordringer på å fylle ut i Achilles, så er det mange enheter/seksjoner/ledergrupper som ikke har gjennomført dette. Vold og trusler: Utfordringen er at de fleste enheter ikke har gjennomført risikovurderinger og reg. dette i Achilles.
2	Arbeidsbelastning	Se på oppgavedeling. Rett person til rett oppgave. Utarbeide tiltak for å beholde medarbeidere. Sørge for at aktuelle enheter har helsefremmende turnus og tjenesteplaner.

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	HMS-verktøy	Følge opp at ledere har oppfølgingsmøte etter ForBedrings-undersøkelsen Premie til de som har >80% svar på undersøkelsen Ledere med verneområder skal gjennomføre HMS-runde iht.prosedyre i eHåndbok innenfor fristen. Planlegg gjennomføring tidlig på året. Hver leder får tildelt en kontaktperson i Staben og følger opp at det gjennomføres og innkaller. (Minne leder på at det kan avtales hvem som registrerer i Achilles).
2	Arbeidsbelastning	Se på oppgavedeling. Rett person til rett oppgave. Videreføre arbeidet slik at aktuelle enheter har helsefremmende turnus og tjenesteplaner. Kartlegge årsaker til turnover i klinikken og utarbeide tiltak for å beholde medarbeidere.

### 3.14 Oslo sykehuservice (OSS)

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Vi jobber systematisk med oppfølging av innmeldte HMS-avvik, gjennomføring av vernerunder og signering på handlingsplan i Achilles Dette er holdningsskapende arbeid som tar tid. Det kan se ut til at mange har gjennomført HMS runde og tilbakemeldingsmøte i etterkant av ForBedring, men ikke signert i Achilles.	Vi fortsetter med det systematiske arbeidet. Vi har som mål at åpne saker skal ned. Informasjon og tilbud om opplæring i forkant av HMS-runde og ForBedring. Send ut jevnlig påminnelser før de ulike fristene går ut. HMS avvik i AMU og kvalitetsutvalg.
Medvirkning		Forbedring fra i fjor.Organisatoriske forhold påvirker reell medvirkning. Faste møteplasser, tavelmøter, personalmøter og uformellemøter er viktig for å bli kjent og bygge tillit til hverandre. Leder er en viktig kulturbærer.	Minne om hvor viktig partssamarbeid er på ledersamlingene. Opprettholde dialogmøter en gang i uken med tillitsvalgte og verneombud.
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		Vi har ikke lyktes med å innføre det grønne korset i alle enheter selv om var tiltak i 2020 og 2021. Vi må spørre oss hvorfor vi ikke har greid det og om dette skal være et verktøy alle skal bruke.	Kontinuerlig forbedring må forankres i N3 gruppen som må ansvarliggjøre lederlinjen. Vi kartlegger bruk av tavlemøter og det grønne korset. Vi tilbyr opplæring og veiledning.
Arbeidsbelastning			
Sosial støtte			

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Psykologisk trygghet			Informere om opplæringstilbudet om psykologisk trygghet som er i regi av Arbeidsmiljøavdelingen.
Konflikt			Som i fjor
Trakassering			
Luftkvalitet			
Støy			
Lysforhold			

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Ergonomi og fysisk helse			Oversikt over forflytningsveilederne. Oppfordre ledere sammen med verneombud og forflytningsveiledere til å fokusere på riktig arbeidsstilling, arbeidsteknikk, forflytningsteknikk og utstyr.
Vold og trusler			Informasjon til alle enheter om risikovurdering for vold og trussler. Sende ut lenke til Arbeidsmiljøavdelingen sin instruksjonsfilm om hvordan vi gjennomfører risikovurdering.
Inkluderende arbeidsliv (IA)		På grunn av pandemien har vi ikke jobbet systemtisk med sykefraværsoppfølging.	Få i gang underutvalg av AMU. Vi må tilbake til nivået vi hadde for sykefraværsoppfølging som vi hadde i 2019. Videreføre kurs i sykefraværsoppfølging. Gjøre "Gravid og trygg på jobb" kjent for ansatte i OSS. Gjøre Der skoen trykker kjent og oppfordre ledere med høyt fravær til å delta.
Kjemikalievern			
Smittevern			
Strålevern			

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Brannvern			
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)			
Ytre miljø			Det arbeides med forbruksreducerende tiltak.

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Inkluderende arbeidsliv (IA)	På grunn av pandemien har vi ikke jobbet systemtatisk med sykefraværsoppfølging.
2	HMS-verktøy	Vi jobber systematisk med oppfølging av innmeldte HMS-avvik, gjennomføring av vernerunder og signering på handlingsplan i Achilles Dette er holdningsskapende arbeid som tar tid. Det kan se ut til at mange har gjennomført HMS runde og tilbakemeldingsmøte i etterkant av ForBedring, men ikke signert i Achilles.
3	Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring	Vi har ikke lyktes med å innføre det grønne korset i alle enheter selv om var tiltak i 2020 og 2021. Vi må spørre oss hvorfor vi ikke har greid det og om dette skal være et verktøy alle skal bruke.

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Inkluderende arbeidsliv (IA)	Få i gang underutvalg av AMU. Vi må tilbake til nivået vi hadde for sykefraværsoppfølging som vi hadde i 2019. Videreføre kurs i sykefraværsoppfølging. Gjøre "Gravid og trygg på jobb" kjent for ansatte i OSS. Gjøre Der skoen trykker kjent og oppfordre ledere med høyt fravær til å delta.
2	Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring	Kontinuerlig forbedring må forankres i N3 gruppen som må ansvarliggjøre lederlinjen. Vi kartlegger bruk av tavlemøter og det grønne korset. Vi tilbyr opplæring og veiledning.
3	HMS-verktøy	Vi fortsetter med det systematiske arbeidet. Vi har som mål at åpne saker skal ned. Informasjon og tilbud om opplæring i forkant av HMS-runde og ForBedring. Send ut jevnlig påminnelser før de ulike fristene går ut. HMS avvik i AMU og kvalitetsutvalg.



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

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		<p>Mye bra på dette området, særlig opplæring av verneombud og ansattinformasjon om risiko i arbeidet. System og tilbud om opplæring/bistand er på plass. Gjennomføringsgrad på HMS-runde og etterarbeid ForBedring har forbedringspotensiale. Det er svakheter ved ForBedring som gjør at enkelte enheter ikke opplever dette som et hensiktsmessig verktøy.</p>	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>Medvirkning</b>		<p>Alle medvirkningsstrukturer er satt i system og skal fungere. Behov for en opplæring i "medvirkning i praksis" for nye ledere, TV og VO.</p> <p>Mange, krevende medvirkningsarenaer kan bli en utfordring for reell medvirkning, vil bli et vedvarende problem tilknyttet nye bygg. Kan føre til at medarbeidere vegrer seg for å delta.</p> <p>Diskutere hva som motiverer for å ta verv: opplæring, tid til forberedelse, aksept fra leder og kollegaer, forventningsavklaring hva medvirkning er o.l.</p> <p>Positivt med økning i ledere som oppmuntrer medarbeidere til å si ifra om annen mening.</p> <p>Tiltak må iverksettes i seksjonene, dersom medvirkning ikke fungerer.</p>	
<b>Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring</b>		<p>Tema hvor utfordringene varierer mye blant forskjellige enheter.</p> <p>Opplevd nytteverdi av Tavlemøter og Det grønne korset, vil bli undersøkt ved intervju fra nivå 1 i 2023.</p> <p>Positivt hvis samme verktøy kan benyttes på flere områder, bidrar til forståelse og nytteverdi av verktøyet.</p>	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Arbeidsbelastning		<p>Høy score på sosial støtte og psykologisk trygghet, kan være positiv buffer ved opplevelse av høy arbeidsbelastning.</p> <p>7 avd. er blant de 50 avd.som scorer høyest på arbeidsbelastning. AKP (3) og BUP (9).</p> <p>Sykefraværet gjelder korttidsfravær, en faktor som bidrar til økt daglig arbeidsbelastning.</p> <p>Vi mangler gode verktøy og modeller for å sammenstille tall og faktaopplysninger, som kan forklare/begrunne opplevelsen av økt arbeidsbelastning.</p> <p>Undersøke status for planer om et felles verktøy ved OUS.</p> <p>Noen seksjoner på døgnet bruker verktøy for pleiefaktor, må tilpasses og opplæres hvis andre skal ta det i bruk.</p> <p>PHA har ikke ressurser til et omfattende prosjekt på dette i 2023.</p> <p>Utfordringene forsøkes redusert ved fortsatt høyt fokus på god pasientflyt, optimal ressursutnyttelse og hensiktsmessige organisatoriske tiltak.</p>	
Sosial støtte		<p>Svært positivt, god buffer for utfordringer med opplevd høy arbeidsbelastning</p>	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Psykologisk trygghet		Her er det være stor variasjon mellom forskjellige enheter.	
Konflikt		Konflikter oppstår, i hovedsak, som personkonflikter, faglig uenighet som ender som konflikt eller uenighet og manglende respekt for roller og beslutninger som er fattet. Konflikter følges opp i linja, med bistand og støtte fra HR.	
Trakassering		Tiltak 2021 : Minst ett årlig dialogmøte om temaet på alle enheter. Gjenstår noe arbeid på implementering og gjennomføring av dette. Klinikken har kompetanse til å følge opp og behandle trakasseringssaker. Flere svar i ForBedring viser seg å være knyttet til pasient, behov for å skille dette i undersøkelsen.	
Luftkvalitet		Inneklima, utfordrende å få gjort forbedringer når vi har så mange bygg med vedlikeholdsbehov. Opplevd luftkvalitet er også forskjellig fra person til person, så det oppfordres til å gjennomføre målinger der utfordringene er størst. Ryddig og rene lokaler har stor betydning for opplevd luftkvalitet.	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Støy		<p>Støy er knyttet til utagerende pasienter i lokaler som ikke er tilpasset dette.</p> <p>Prøves ut ny type dør til pasientrom på Sogn.</p> <p>Bruk av ørepropper/hørselvern anbefales, der driften gjør dette mulig.</p> <p>Det er bekymring for om støyskjerming fra pasienter blir tilstrekkelig hensyntatt i nye bygg.</p>	
Lysforhold			
Ergonomi og fysisk helse		<p>Fysiske utfordringer knyttes til utageringssituasjoner, vold og alarmentrykning. Medarbeidere 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, som på enkelte steder kan påvirke sykefraværet.</p> <p>Helsefremmende tiltak må tilpasses lokal drift.</p>	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>Vold og trusler</b>		<p>Det systematiske arbeidet med oppdatert risikovurdering og gjennomføring av tiltak er igang, men fungerer ikke som en integrert del av daglig drift på alle enheter med høyt risikonivå ennå.</p> <p>Oppdrag utenfor klinikkens lokaler øker, retningslinjer og tiltak for hvordan man kan sikre ansatte som er ute på slike oppdrag må utarbeides og gjennomføres.</p> <p>32% av ansatte har vært utsatt for trusler og vold, det er en reell fare for at flere av disse kan få helsemessige utfordringer, bli sykemeldt, slutte i klinikken. Dette kan også bidra til rekrutteringsutfordringer.</p>	<p>Forbedringstiltakene deles inn i 3 hovedkategorier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gjennomføring av besluttede systemtiltak</li> <li>Sikkerhet på oppdrag utenfor klinikkens lokaler</li> <li>Ivaretagelse av medarbeidere etter uønskede hendelser</li> </ul>
<b>Inkluderende arbeidsliv (IA)</b>		<p>PHA medvirker med 2 deltagere i sentral arbeidsgruppe "plan for mangfold, likestilling og inkludering" i 2023.</p> <p>Sykefravær er knyttet til korttidsfravær. Alle avdelinger, med unntak av en, har nedgang i langtidsfraværet.</p>	
<b>Kjemikalievern</b>		<p>Klinikken har i hovedsak vaskemidler og desinfeksjonsmidler, kjøpes inn innenfor HSØ innkjøpsavtaler.</p>	
<b>Smittevern</b>		<p>I PHA er utageringssituasjoner med bitt og spytt en større utfordring enn stikkskader.</p>	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Strålevern			
Brannvern		<p>E.læring er lagt inn på alle ansatte i Kompetanseportalen, leder må følge opp gjennomføring.</p> <p>Brannverndokumentasjon i Kompetanseportalen vil bli gjennomført når det er klart fra nivå 1.</p> <p>Enhetsledere må melde inn behov for støtte til øvelser, prioritere døgneheter.</p>	
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)			
Ytre miljø		<p>Er godt på vei til å nå mål om 75% leasede biler i 2023, har 60% nå.</p> <p>Klinikken har hatt mange miljørevisjoner de siste årene, kommer godt ut på disse.</p> <p>Vanskelig å kommunisere til ansatte hvorfor OUS har lite plastgjenvinning.</p> <p>Matsvinn har fokus der man har kjøkken.</p> <p>Strømsparing er en utfordring i gamle, trekkfulle bygg, tiltak må derfor tilpasses lokale forhold.</p>	

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Vold og trusler - Forbygging og håndtering av uønskede hendelser	Det er 32% av medarbeiderne som har vært utsatt for vold og trusler. Det systematiske arbeidet med oppdatert risikovurdering og gjennomføring av tiltak er igang, men fungerer ikke som en integrert del av daglig drift på alle enheter med høyt risikonivå ennå.
2	Vold og trusler - Sikkerhet ved oppdrag utenfor klinikkens lokaler	Oppdrag utenfor klinikkens lokaler øker, og det meldes flere uønskede hendelser som er en risiko for medarbeideres helse og sikkerhet. Dagens lovverk, system og rutiner ivaretar i liten grad dagens og fremtidens behov.
3	Vold og trusler - ivaretagelse av ansatte etter uønskede hendelser	32 % av medarbeiderne har vært utsatt for trusler og vold, det er en stor risiko for at flere av disse får helsemessige utfordringer, blir sykemeldt og slutter i klinikken. Dette kan bidra til vedvarende høyt sykefravær og rekrutteringsutfordringer.
4	Arbeidsbelastning	7 avd. er blant de 50 avd.som scorer høyest på arbeidsbelastning ved OUS. AKP (nr.3) og BUP (nr.9). Økt sykefravær gjelder korttidsfravær ved alle avd. Dette bidrar til økt daglig arbeidsbelastning, da mange enheter ikke har mulighet for å ta inn vikar på kort varsel. Mangler gode verktøy og modeller for å sammenstille tall og faktaopplysninger, som kan forklare og understøtte opplevelsen av økt arbeidsbelastning. PHA har ikke ressurser til omfattende prosjekt på området i 2023. Utfordringen forsøkes redusert ved fortsatt høyt fokus på god pasientflyt, optimal ressursutnyttelse og hensiktsmessige organisatoriske tiltak
5	Ergonomi	Fysiske utfordringer knyttes til utageringssituasjoner, vold og alarmutrykning. Medarbeidere kan i liten grad skjermes for pasienten som er primæroppgaven og driften pågår blant fysisk oppegående pasienter. Ved vold og utagerende



	situasjoner må alle bidra for å sikre egen og kollegaers sikkerhet. Dette gir manglende fysiske tilretteleggingsmuligheter, som på enkelte steder kan påvirke sykefraværet.
--	---

### Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	Vold og trusler - Forbygging og håndtering av uønskede hendelser	Evaluere gjennomføringsarbeidet, med fokus på hva som skal til for å lykkes med vedtatt målsetting i klinikken. Planlegge og iverksette nye aktivitetstiltak iht. de funn man gjør i evalueringen.
2	Vold og trusler - Sikkerhet ved oppdrag utenfor klinikkens lokaler	Kartlegge og risikovurdere utfordringsbilde ved oppdrag som skjer utenfor klinikkens lokaler. Planlegge og iverksette aktivitetstiltak med bakgrunn i dette.
3	Vold og trusler - ivaretagelse av ansatte etter uønskede hendelser	Tydeliggjøre hvem som har hvilket ansvar, når en ansatt blir utsatt for en alvorlig uønsket hendelse. Informere ledere og medarbeidere om dette. Følge opp føringer som kommer i "nasjonal veileder". for oppfølging av ansatte etter uønskede hendelser. Vurdere om kollegastøtte kan/bør prøves ut ved noen enheter/seksjoner.
4	Ergonomi	Øke kompetansenivået i klinikken på omfanget av ergonomiske utfordringer knyttet til utagering og vold, be om bistand fra fysioterapeuter i BHT.

### 3.16 Prehospital klinikk (PRE)

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>HMS-verktøy</b>		Klinikken har opprettet HMS-system for å sikre at enhetene vurderer risiko av sine arbeidsoppgaver gamle og nye. Gjennomføring av flere tiltak er utført. Det er behov for oppfølging av resterende tiltakene.	Legge til rette så ansatte kan delta på tilbakemeldingsmøte av forbedring. Klinikken må gi lederstøtte der det er dårlige resultater. Oppfølging i AMU for å følge med på status av gjennomføringsmøter i etterkant av Forbedring og gjennomføring av resultater. HMS- årshjul må tas i bruk som et verktøy.
<b>Medvirkning</b>		Klinikken har skåret lavt på medvirkning gjennom mange år.	1) Klinikken må lage en strategi/ handlingsplan for involvering og samhandling. 2) OUS sine skjemaer og rutiner for endringsledelse implementeres i klinikken. 3) Alle nivåer i lederlinjen får en felles forståelse av hvor viktig involvering av ansatte er. Det gjennomføres hyppigere personalmøter hvor de ansatte involveres i klinikkens prosjekter.
<b>Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring</b>		Tavlemøter brukes ikke i klinikken. Klinikken evaluerer ikke systematiske endringer med involvering av ansatte/ ansattrepresentanter. Felles fora for AMK og Ambulans ble etablert, men det har ikke vært møter de siste månedene.	Gjøre seg kjent med OUS nettverk for kontinuerlig forbedring i forkant av forbedringsprosjekter, og at forbedringspoliklinikken brukes som støtte ved behov.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Arbeidsbelastning		Det er gjennomgående høy arbeidsbelastning i klinikken og det har gradvis forverret seg med årene. Klinikken har ikke fått nødvendig ressurser for å håndtere arbeidsbelastningen. Dette gjenspeiler seg i forhold til dårlig skår på overtid, sykefravær, slitasje, pauseutfordringer og arbeidsbelastning. EFOK brukes aktivt i forhold til å motvirke psykiske belastninger i ansattgruppa.	1. Ledere, tillitsvalgte og verneombud deltar på kurs i risikoreduserende turnus. 2. Klinikken må raskest mulig få tilpassede lokaler for kunne løse dagens oppdragsmengde.
Sosial støtte		Klinikken har en veletablert kollegastøtteordning (EFOK).	Ledere får støtte i fra HR ved lengre sykefravær eller ved vanskelige samtaler.
Psykologisk trygghet		Det bemerkes at det har blitt tryggere og si ifra om kritikkverdige forhold i klinikken.	Klinikken følger opp de seksjonene med lav skår og finner tiltak i felleskap basert på forbedring. Klinikken må arbeide med kompetanse og kultur rundt avvikshåndtering.
Konflikt		AMK skårer 51, LA avdelingen 57, pasientreise 82, adm 88 og AMB 73.	Klinikken utarbeider egne rutiner for å følge opp enheter/ ledere som har lav skår på konflikt og konflikthåndtering. Det utarbeides en rapport basert på forbedringsundersøkelsen og man kartlegger årsaken og hvordan konflikter håndteres. Utarbeide spesifikke forbedringstiltak lokalt i avdelingene. Nivå 1 prosedyre om konflikthåndtering gjøres kjent i klinikken på alle nivåer. Hvilke rutiner har klinikken for å fange opp og følge opp enheter/ ledere som har lav skår på konflikt og konflikthåndtering?

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Trakassering		Det har blitt gjennomført undersøkelse i AMB, AMK og LA i forbindelse med seksuell trakassering.	Det gjennomføres spesifikke undersøkelser i avdelingene med lav skår både innenfor mobbing og trakassering og seksuell trakassering. Alle lederne får nødvendig opplæring. Rutiner for varsling/ meldingsrutiner gjøres kjent i klinikken for alle ansatte.
Luftkvalitet		<p>Temperatur: ikke tilfredsstillende muligheter for temperaturregulering.</p> <p>Luftkvalitet: Flere stasjoner har utfordringer med ventilasjon /AMK/pasientreise: mange problemer med ventilasjonssystemet.</p> <p>Forurensninger: 100% da personellet brått står i ulike situasjoner hvor forurensning kan forekomme.</p> <p>Orden og renhold: Store utfordringer med støv.</p> <p>Etablere ny AMK-sentral som er dimensjonert for antallet personer som arbeider der. Enkelte ambulansestasjoner har ikke oppdatert ventilasjon eller AC som holder temperaturen på et normalt nivå. Prehospital administrasjon har ikke ventilasjon i sine kontorer.</p>	Gjennomføre kartlegging og undersøkelse der det foreligger avvik og det ikke allerede er kartlagt.
Støy		<p>Fargen settes til gult nivå i forhold til orange i fjor på bakgrunn av de ansattes opplevelse og besvarelse.</p> <p>AMB: mangler hørselsvern til bruk ved hendelser med høy lyd (flyplass, tunneller og anleggsområder).</p>	<p>Mulige tiltak pasientreise /AMK:</p> <p>Støyavskjerming mellom ansatte i kontorlandskaper (Skyvedør)</p> <p>Bytte headsett for de som ønsker det.</p> <p>Enda mer spesial --3 moduler som test og bruke headsett som passer best.</p> <p>å finne rett kombinasjon mellom hørselsvern og bruk av samband?</p>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Lysforhold		Klinikken fortsetter og ha godt fokus på belysning ved nybygg eller rehabilitering.	
Ergonomi og fysisk helse		Klinikken har kr støtte til de som ønsker å trene/ være i fysisk aktivitet. Klinikken har innført elektriske bærer ved alle nyanskaffelser som en del av arbeidet i å forbygge belastningskader.	Klinikken skal ha fokus på å fremme fysisk aktivitet for å forebygge belastningskader. Klinikken oppdaterer forflytningsveileder på hver stasjon i AMB avdelingen og ved pasientreiser. Det må etableres en oversikt over alle forflytningsveiledere i klinikken og hvem som er oppdatert (kompetanseportalen). For kontor og stillesittende arbeid etableres en ressursperson som har fokus på forebyggende arbeid og fysisk aktivitet. Arbeidsmiljøavdelingen forespørres om å lage et tilpasset forflytningskurs for Pre.
Vold og trusler		Det ble gjennomført en kartlegging av vold og trusler i 2021 og klinikken jobber fortsatt med tiltak til de funnene ble gjort. Klinikken har innført BVC som en del av det forebyggende arbeidet. EFOK brukes aktivt i hendelser der hvor den ansatte har blitt utsatt for vold, trusler eller belastende hendelser i klinikken.	Gjennomgå to dagers SIPA kurs før tjenesteproduksjon og repetisjon minimum hvert 5 år. Det gjennomføres simuleringsscener og Amk skal delta i noen av disse øvelsene. Tilgang til egnede lokaler for SIPA kurs må etableres. Gjøre en vurdering på sikkerhetsutstyr (stikksikker vest, hansker mm). Samhandlingsutvalget revitaliseres. Mal for refleksjon samtaler etter vold og trussel hendelser innføres i klinikken (under arbeid). Det gis regelmessig opplæring i Achilles for å kunne melde uønskede hendelser.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Inkluderende arbeidsliv (IA)		Ved ambulanseavdelingen går gravide ut i sykemelding på bakgrunn av den fysiske og psykiske belastningen (Her trenger vi innspill i fra AMK og pasientreiser). HR veileder lokal leder og ansatte i forhold til AKAN avtaler og oppfølging. Klinikken skårer bra i forhold til hvordan man forholder seg til en kollega man mistenker har et rusproblem.	Undersøke status IA handlingsplan. Undersøke om gravide får tilbud om oppfølging av BHT jordmor. Gjøre klikken kjent med bruken av svangerskapspenge/ permisjon kontra sykemelding. Er rutiner for sykefraværsoppfølgingen gjort kjent/ god nok i klinikken? Gjøre en kartlegging i forhold til klinikkens mulighet for tilrettelagt arbeid. Vurdere oppstart av IA-utvalg i klinikken.
Kjemikalievern		Det er gjennomført kartlegging over kjemikalier som kan erstattes med kjemikalier som er mindre farlige for ansatte. (Substitusjonsplikten). Kartlegging av kjemikalier er gjennomført. Klinikken har en liste over kjemikalier som er på stasjoner og jobber videre med kartlegging av kjemikalier.	Det skal sjekkes om det er gode lagringsforhold på alle lokalisasjoner hvor kjemikalierne befinner seg. Risikovurdering av kjemikalier /EcoOnline. HMS- rådgiver i klinikken blir klinikkens kjemikaliekontakt.
Smittevern		Bedre oppfølging av stikkskader og uhell. Sørge at ansatte benytter Achilles aktivt for å melde stikkskader, andre risiko for smitte og registrerer årsaker til nestenulykker og ulykker. Klinikken har nå laget en kartlegging over desinfeksjonsmidler som brukes for å hindre smitte eller overføring av bakterier og virus.	Klinikken skal sørge for at alle ha kjennskap med ID 11242 (Basale smittevernrutiner), 58 (Stikkskadeoppfølging), 11088 (MRSA hos ansatte) og finne nødvendige rutiner og tiltak i forbindelse med smittevern status. Testsett for MRSA skal være tilgjengelig på alle seksjoner.
Strålevern		Vi har enkelte tilfeller ved røntgen på traumestuer kan forekomme, men da har vi oftest blyvest på etter ordre fra røntgenpersonell. Personell i prehospitalet jobber primært ikke i områder hvor man blir utsatt for stråling. Prehospitalet har en CBRN enhet som brukes ved	HMS- rådgiver går i gjennom nivå-1 prosedyrer for sykehuset og ser disse opp mot prehospitalet klinikk.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
		ulykker og hendelser i situasjoner der man kan bli utsatt for stråling.	
<b>Brannvern</b>		Bedre oversikt over de ansatte som mangler e-læringskurs/ brannvernkontakt/etasjekontakter. Det er utarbeidet felles brannvernrutiner og flere brannpermer i Prehospital for et forsvarlig brannvern.	Klinikken skal ha mer fokus på brannvernerunde, årlig brannøvelsen/brannvernopplæring (via Kompetanseportalen) og evakueringsøvelser. Brannvernkurs gjennomføres i tråd med klinikkens årshjul og dokumenteres i kompetanseportalen.
<b>Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)</b>		Klinikken skal sørge for å ha gode rutiner for vedlikehold av MTU. I henhold til § 8 opplæring i Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr skal opplæringen være systematisk, dokumentert og repeterende. Bruk av MTU er også en del av den årlige resertifisering og fagdager. Klinikken har etablert en sjekklister for kontroll av MTU.	Klinikken bør sørge at det er implementert krav til opplæring i bruk av MTU i kompetanseportalen. Klinikken oppretter eller opplyser hvem som er MTU kontakt, som gjør seg kjent med Medusa kundeweb. Sertifisering/opplæring av MTU legges i læringsplanene i kompetanseportalen
<b>Ytre miljø</b>		Klinikken har utarbeidet miljørapport i forhold til standarden ISO 14001:2015. Ekstern revisor har gjennom årlige revisjoner godkjent miljørapporten. Klinikken fikk gode tilbakemeldinger og viser god kontroll. Klinikken må jobbe videre for å bedre oversikt over kjemikalier på stasjoner som kan påvirke ytre miljø.	Følge opp klinikkens miljømål og tiltak i forhold til standarden ISO 14001:2015. Oppfølging skal skje i tråd med sykehusets miljømål.

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	AMK	Store arealutfordringer. Ikke mulig og bedre fysiske arbeidsmiljøet uten å kunne utvide arealet. Dette medfører fysiske og psykososiale utfordringer i AMK.
2	Arealutfordringene i klinikken	Alle avdelinger i klinikken har for lite areal i forhold til dagens drift. Flere av arealene har utfordringer i forhold til luftkvalitet, vannlekkasjer, råte og sopp. Klinikken har en del uhensiktsmessige arealer til og oppfylle arbeidstilsynets pålegg etter gjennomført tilsyn.
3	Involvering og medvirkning	På bakgrunn av dårlig skår innenfor involvering og medvirkning gjennom flere år må klinikken ha fokus på dette område.
4	Vold og trusler	Trening må gjøres hyppig og være i fokus for at man kan forebygge på en forsvarlig måte. Omfang og antatt underreportering gjør at klinikken må ha fokus på vold og trusler videre.



## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	AMK	Gjennomføre prosess med ny AMK sentral. Det gjennomføres en egen undersøkelse i AMK basert på arbeidsmiljøet. OU prosess i AMK gjennomføres med god involvering av ansatte.
2	Arealutfordringer i klinikken	Klinikken har flere prosjekter tilknyttet arealutfordringene i klinikken som rokadeprosjekt, senter Nord, Øst og Midt. Samt ny AMK sentral. Disse prosjektene er kritiske for videre drift å må gjennomføres.
3	Involvering og medvirkning	1) involvering og samhandling må inn som eget punkt i klinikkens strategi og handlingplan. 2) OUS sine skjemaer og rutiner for endringsledelse implementeres i klinikken.
4	Vold og trusler	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjennomgå SIPA kurs før tjenesteproduksjon og repetisjonskurs minimum hvert 5 år.</li> <li>• Det gjennomføres simuleringscaser og Amk skal delta i noen av disse øvelsene.</li> <li>• Samhandlingsutvalget mellom ambulanseavdelingen og AMK videreføres.</li> <li>• Mal for refleksjon samtaler etter vold og trusler hendelser innføres i klinikken (under arbeid).</li> <li>• Det gis regelmessig opplæring i Achilles for å kunne melde uønskede hendelser.</li> </ul>

### 3.17 Teknologi- og innovasjonsklinikken (TIK)

#### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
HMS-verktøy		Tydlig forbedring på behandling av (åpne) HMS-avvik (ref. indikator 8) etter innføring av tettere oppfølging ved klinikkverneombud med lokale verneombud.	Følge opp ForBedring iht. årsplan i relevante møtearenaer og fokus på tilbakemeldingsmøter. Gjennomgang i bruk av HMS-verktøy med de ansatte.
Medvirkning			Fokusere på informasjonsflyt og dialog i digitale og fysiske møtearenaer.
Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring		Økning i score for indikator 1 om prioritering som kan være en følge av fokus på virksomhetsstyring ifb. med TIK omorganisering og OU-prosesser ved avdelinger. Score 100 på indikator 4 tyder på en mulig misoppfattelse av spm. om grønt kors. Flere besvarer "ikke relevant" i skjema for HMS-runde. Dette kan skyldes en utydighet i formulering av spørsmål i skjema vs. oppført for indikator. Oppklares.	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Arbeidsbelastning		Scorer lavt på indikator 9 om hvorvidt arbeidsbelastningen er passe stor. Vurderes som at resultatet er i retning "for mye" over "for lite" å gjøre, med samtidige oppgaver innen ulike områder. Bedre score for indikator 10 om pause til å spise og for indikatorene 6-8 med tema slitasje/utmattelse. Bemerket at det ikke er høy uønsket turnover, at andel av turnover er strukturendring. HR-leder har fulgt opp utsatte N3/N4 med ledere, tillitsvalgte og verneombud (inkl. arbeidstid og overtid).	Tydeliggjøre fordeling av roller og ansvar til virksomhetsstyring og oppfølging.
Sosial støtte		HR-leder har fulgt opp utsatte N3/N4 med ledere med lavere score på indikatorer.	
Psykologisk trygghet		HR-leder har fulgt opp utsatte N3/N4 med ledere med lavere score på indikatorer.	
Konflikt		HR-leder har fulgt opp utsatte N3/N4 med ledere med lavere score på indikatorer.	
Trakassering			

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Luftkvalitet		Bemerkes positiv endring i score på indikator 4 om orden og renhold. Oppstart utbedringer / rydding etter HMS-runde, løsninger etter oppfølging av innmeldte problemer med arealer, samt dialog med EIE, ARB og ansvarlige for renhold.	Opprette lokale tiltak for luftkvalitet, temperatur, orden og renhold ved endringer i disponeringen av kontorer.
Støy		Endring i score kan skyldes at flere er tilbake på kontor etter COVID-periode med hjemmekontor, åpent kontorlandskap, og arbeidets natur ved håndtering av MTU på stue, service o.l.	
Lysforhold			
Ergonomi og fysisk helse		Økt score på indikator 4 om veiledere og hjelpemidler. Tolkning av indikatoren må undersøkes nærmere. Herunder kan "ikke-relevante" ha svart og forskjøvet resultat.	Utdanne helsemotivatorer og innføre tilpasset opplæring i ergonomi.
Vold og trusler		Generelt tyder scorer på at de ansatte føler seg trygge i arbeidstiden. Bemerkes samtidig at det er en spredning i scorer som tyder på en mindre god systematikk i arbeidet med vold og trusler (ref. negativ endring i score for indikator 1 og lav score på indikator 5).	
Inkluderende arbeidsliv (IA)			

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
Kjemikalievern		Bedring i indikator 2 om substitusjonsvurdering og 3 om EcoOnline etter fokus i KAMU. Indikator 4 om arbeidslokaler for kjemikalier sees i sammenheng med score på indikator under tema luftkvalitet.	Opprette liste over kjemikaliekontakter i TIK og sikre at alle kjemikalier er oppført i EcoOnline.
Smittevern			
Strålevern		OBS. indikator 4: TIK har en strålevernkontakt ved Intervensjonscenteret (Hilde Sofie Korslund). Gitt beskjed til Tanja Holter iht. beskjed under.	
Brannvern			Sørge for at brannvernkontakter er oppdatert og etablert i klinikken. Følge opp med ledere og brannvernkontakter at ansatte følger prosedyrer.
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)			
Ytre miljø		Ref. indikator 3 om energiforbruk, så har vi flere eldre lokaler der det er vanskelig å komme til lysbrytere og der det settes opp egne varmekilder for oppvarming.	Opprette god dialog med OSS, herunder leder ytre miljø, for å finne forbedringstiltak lokalt i samarbeid med de ansatte.

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	HMS-verktøy	Behov for økt kompetanse (opplæring) i bruk av HMS-verktøy (og krav), involvering og systematisk oppfølging. Lav oppfølgingsrate ifb. med tilbakemeldingsmøter etter ForBedring foregående år. Et lavt antall registrerte HMS-hendelser i Achilles kan forsterkes i negativ retning ved forsinkelser i saksbehandling og/eller ved at ansatte oppfatter denne oppfølgingen som utilfredsstillende. Viktig å bemerke at TIK har en rolle som støtteklinikk i sykehuset med stor innvirkning på HMS. Bruk av verktøy må sees i lys av "kont. forbedring og daglig risikostyring" og "medvirkning".
2	Luftkvalitet	Opplevd dårligere kvalitet på luftgjennomstrømning og temperaturregulering i eldre bygg og lokaler. Arealtetthet ved N antall personer som oppholder seg i samme rom, innmeldte behov for egnede kontorarealer, og konsekvenser for orden og renhold. Viser til forbedringstiltak under temaet "plassforhold" i klinikkens HMS-rapport for 2021. Luftkvalitet sees også i sammenheng med "støy".
3	Medvirkning	TIK omorganisering og OU-prosesser ved avdelingene har vært, er og vil fortsette å være krevende for alle ansatte litt frem i tid. I slike prosesser og under en oppstartsfase av nye strukturer tar det også tid å bygge et eget miljø og vi-følelse. Spesielt når flere ledere fortsatt er i konstituerte stillinger, med risiko tilknyttet indikatorer i tema "inkluderende arbeidsliv". Utover det overnevnte belyses hjemmekontor/-arbeid, at ansatte arbeider spredt over flere lokasjoner i sykehuset, samt bruk av kontorarealer og plassering av ansatte. I tillegg er TIK fortsatt i en fase der det arbeides med å sikre informasjonsflyt og dialog i hele klinikken. Viser til forbedringstiltak under temaene "stress, medvirkning og støtte" og "arbeidsmiljø preget av åpenhet, respekt og tillitt", samt "plassforhold" i klinikkens HMS-rapport for 2021. Medvirkning må også sees i sammenheng med temaene "sosial støtte", "psykologisk trygghet", "konflikt" og "trakassering". Viderefører tiltak fra HMS-rapport 2021 med fokus på dialog i det overnevnte.

4	Arbeidsbelastning	Arbeidsmengde i TIK (støtteklinikk) svinger bl.a. iht. behov/etterspørsel i OUS m.fl. Omorganisering og OU-prosesser er en ytterligere belastning, ref. beskrivelse av utfordring for tema "medvirkning". Utover egen vi-følelse for teamarbeid, ansatte spredt over flere lokasjoner (hjemme og i OUS), og ledere i konstituerte stillinger, finnes det utfordringer tilknyttet: innplassering av (nye) ledere, fordeling av ansatte i ny struktur, opprettelse av råd/utvalg/nettverk, fordeling av roller og ansvar, samt ubesatte stillinger. Ubesatte stillinger er satt opp som forbedringstiltak til budsjett og ØLP for å redusere kostnader og effektivisere. Risiko er økt fysisk og psykisk belastning for de ansatte, samt flaskehals i prosesser og forsinkelser i leveranser.
5	Ergonomi og fysisk helse	Spredt utfordringsbilde og behov ved N2/N3/N4/N5, samt innad yrkesgruppene. Generelt mangler jevnlig opplæring i ergonomi (arbeidsstilling, arbeidsteknikk og utstyr). Verneområdet kan med fordel styrkes i arbeidet med tilbud/tiltak for å fremme fysisk aktivitet blant ansatte. Viderefører derfor forbedringstiltak fra HMS-rapport 2021 og legger til fokus på opplæring.

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av forbedringstiltak
1	HMS-verktøy	Følge opp ForBedring iht. årsplan i relevante møtearenaer og fokus på tilbakemeldingsmøter. Gjennomgang i bruk av HMS-verktøy med de ansatte.
2	Luftkvalitet	Opprette lokale tiltak for luftkvalitet, temperatur, orden og renhold ved endringer i disponeringen av kontorer.
3	Medvirkning	Fokusere på informasjonsflyt og dialog i digitale og fysiske møtearenaer.
4	Arbeidsbelastning	Tydeliggjøre fordeling av roller og ansvar til virksomhetsstyring og oppfølging.
5	Ergonomi og fysisk helse	Utdanne helsemotivatorer og innføre tilpasset opplæring i ergonomi.



## Vedlegg

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

<b>Kapittel 1.1, 1.2 og 1.3: Overordnet HMS-årsrapport for OUS</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Sølvi Andersen	Direktør Stab Pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling
Susanne Flølo	Direktør for HR og personal
Line Blystad	Foretakshovedverneombud
Espen Vollan	Stedfortredende foretakshovedverneombud
Jill C. Jahrmann (sekretær i arbeidsgruppen)	HMS-leder / leder Arbeidsmiljøavdelingen

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

(Navn er gjengitt i alfabetisk rekkefølge)

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

<b>Kapittel 2.2: Medvirkning</b>	
Faggruppe: HMS-gruppen (HMS-seksjonen, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Brian Yu	HMS-systemkoordinator
Ingrid Nødtvedt	HMS-rådgiver
Jill C. Jahrman	HMS-leder

<b>Kapittel 2.3: Kontinuerlig forbedring og daglig risikostyring</b>	
Faggruppe: HMS-gruppen (HMS-seksjonen, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Brian Yu	HMS-systemkoordinator
Ingrid Nødtvedt	HMS-rådgiver
Jill C. Jahrman	HMS-leder

<b>Kapittel 2.4: Arbeidsbelastning</b>	
Faggruppe: HMS-gruppen (HMS-seksjonen, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Brian Yu	HMS-systemkoordinator
Ingrid Nødtvedt	HMS-rådgiver
Jill C. Jahrman	HMS-leder

<b>Kapittel 2.5: Sosial støtte</b>	
Faggruppe: Psykososial faggruppe (Bedriftshelsetjenesten, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Helen Hodø	HMS-rådgiver
Ida Kristensen	Arbeids- og organisasjonspsykolog
Tor Amund Voll Storaas	Psykolog
Sølvi Merethe Nilsen	Arbeids- og organisasjonspsykolog

<b>Kapittel 2.6: Psykologisk trygghet</b>	
Faggruppe: Psykososial faggruppe (Bedriftshelsetjenesten, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Helen Hodø	HMS-rådgiver
Ida Kristensen	Arbeids- og organisasjonspsykolog
Tor Amund Voll Storaas	Psykolog
Sølvi Merethe Nilsen	Arbeids- og organisasjonspsykolog

<b>Kapittel 2.7: Konflikt</b>	
Faggruppe: Psykososial faggruppe (Bedriftshelsetjenesten, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Helen Hodø	HMS-rådgiver
Ida Kristensen	Arbeids- og organisasjonspsykolog
Tor Amund Voll Storaas	Psykolog
Sølvi Merethe Nilsen	Arbeids- og organisasjonspsykolog

<b>Kapittel 2.8: Trakassering</b>	
Faggruppe: Psykososial faggruppe (Bedriftshelsetjenesten, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Helen Hodø	HMS-rådgiver
Ida Kristensen	Arbeids- og organisasjonspsykolog
Tor Amund Voll Storaas	Psykolog
Sølvi Merethe Nilsen	Arbeids- og organisasjonspsykolog

<b>Kapittel 2.9: Luftkvalitet</b>	
Faggruppe: Yrkeshygienikere (Bedriftshelsetjenesten, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Anne Ulvensøen	Yrkeshygieniker
Kjartan Eduard	Yrkeshygieniker
Lars Andreas Sæle	Yrkeshygieniker

<b>Kapittel 2.10: Støy</b>	
Faggruppe: Yrkeshygienikere (Bedriftshelsetjenesten, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Anne Ulvensøen	Yrkeshygieniker
Kjartan Eduard	Yrkeshygieniker
Lars Andreas Sæle	Yrkeshygieniker

<b>Kapittel 2.11: Lysforhold</b>	
Faggruppe: Bedriftsfysioterapeutene (Bedriftshelsetjenesten, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Gina Grøtting	Bedriftsfysioterapeut
Marit Ingeborg Kvernmoen	Bedriftsfysioterapeut
Sindi Oksman	Bedriftsfysioterapeut

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

<b>Kapittel 2.13: Vold og trusler</b>	
Faggruppe: HMS-seksjonen, Arbeidsmiljøavdelingen	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Mathias van der Harst	HMS-rådgiver, vold og trusler

<b>Kapittel 2.14 og 2.14a: Inkluderende arbeidsliv</b>	
Faggruppe: IA-utvalget v/Kristin Gundersen og Pål Brenno	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Kristin M. S. Gundersen	Bedriftsoverlege
Pål Brenno	Bedriftsoverlege

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

<b>Kapittel 2.14c: Rus- og avhengighetsproblematikk</b>	
Faggruppe: Akan-utvalget v/Erik Anker Lindal og Trond Erik Bakkerud	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Erik Anker Lindal	Akan hovedkontakt
Trond Erik Bakkerud	Bedriftsoverlege

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

<b>Kapittel 2.16: Smittevern</b>	
Faggruppe: Smittevernsavdelingen Smitteverngruppen (Bedriftshelsetjenesten, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Anne Brit Lima	Bedriftssykepleier
Kristin M. S. Gundersen	Bedriftsoverlege
Nina Merete Andersen	Bedriftssykepleier
Pål Brenno	Bedriftsoverlege
Reidun Schou	Bedriftssykepleier
Torunn Nygård	Seksjonsleder, Smittevern
Trond Erik Bakkerud	Bedriftsoverlege

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

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

<b>Kapittel 2.19: Medisinsk-teknologisk utstyr (MTU)</b>	
Faggruppe: Medisinsk-teknologisk avdeling	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Trond Strømme	Ass. avdelingsleder

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

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

<b>Kapittel 2.22: Sentralt AMU</b>	
Faggruppe: HMS-gruppen (HMS-seksjonen, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Ingrid Nødtvedt	Sekretær i sentralt AMU

<b>Kapittel 2.23: HMS-utvalget</b>	
Faggruppe: HMS-gruppen (HMS-seksjonen, Arbeidsmiljøavdelingen)	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Brian Yu	Vara sekretær for HMS-utvalget

<b>Kapittel 2.24: Nye OUS</b>	
Faggruppe: HMS-seksjonen, Arbeidsmiljøavdelingen	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Nenad Tomic	HMS-rådgiver bygg

<b>Kapittel 2.25: Vernetjenesten i OUS</b>	
Faggruppe: HMS-seksjonen, Arbeidsmiljøavdelingen	
<u>Navn</u>	<u>Stilling</u>
Line Blystad	Foretakshovedverneombud
Espen Vollan	Stedfortredende foretakshovedverneombud

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

<b>Kapittel 3.1: AKU</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Ann Wigdis Møster	HR-leder
Agnethe Lauritsen Østlie	Klinikkhovedverneombud
Victoria Lenngren	Klinikktillitsvalgt NSF
Øystein Fahre	Kvalitetsleder
Janne-Kirsti Nafstad	HR rådgiver
Lena Joa	Arbeidsmiljøavdelingen

<b>Kapittel 3.2: BAR</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Maren Clason	Hovedtillitsvalgt NSF BAR
Terje Høgberg	Kvalitetsleder BAR
Marit Ingeborg Kvernmo	Arbeidsmiljøavdelingen
Cathrine Nyrud	Avdelingsleder BTX
Cathrine Pladsen Nakkestad	Cathrine Pladsen Nakkestad
Astrid Sandvold Østreng	HR-leder BAR

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

<b>Kapittel 3.4: HHA</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Aase Marie Askenberg	Klinikkhovedvernombud
Nina Qvale-Hjertnes	Klinikktillitsvalgt NSF
Arve V. Fonneland	Arbeidsmiljøavdelingen
Marianne H. Martinussen	Kvalitetsrådgiver, Stab
Sture S. Borgen	HR-leder
Anne Krsitin Solheim	HR-rådgiver

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

<b>Kapittel 3.6: KIT</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Hege Lundesgaard Trippestad	KVO
Mette Neergård	KTV NSF
Ellen Tønsager	KTV Fagforbundet
Sindi Oksman	Klinikkontakt BHT
Torill Krøvel	Leder kvalitet/helsefag
Gunn Elin Brandsrud	HR leder

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

<b>Kapittel 3.8: KRE</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Bente Nyhuus	HR
Anne-Marie Rønning Nilsen	HR leder
Pål Brenno	Bedriftslege
Astrid Marie Dalsgaard	KVO
Eli Benedikte Skorpen	KTV

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



<b>Kapittel 3.10: KVI</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Gro Olavesen	HR leder
Brit S.Carlsen	KVO
Nina Merete Andersson	ARB
Anne Lid Øvre	Kvalitet-og helsefaglig rådgiver

<b>Kapittel 3.11: MED</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Carina Hagvåg Sivertsen	HR-rådgiver
Gina Grøtting	Klinikk-kontakt fra bedriftshelsetjenesten (ARB)
Heidi Kolstad	KHVO
Kristin Thomassen	Kvalitetsrådgiver
Morten Mowe	Klinikkleder
Rita Helen Jensen	KHTV- NSF

<b>Kapittel 3.12: NVR</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Einar Bangstad	VO - vara
Kristin Sulheim Gundersen	BHT
Line B. Nyborg	HR-leder

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

<b>Kapittel 3.14: OSS</b>	
<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Anne Hydle	Spesialrådgiver kontinuerlig forbedring
Beate Haakonsen	Rådgiver kvalitet
Liv Inger Helland-Homleid	Klinikkhovedverneombud
Frederik Samuelson	Klinikkhovedtillitsvalgt Fagforbundet
Liv Marit Strand	Bedriftssykepleier
Geir Teigstad	Klinikkdirektør
Ramona E. Braanen	HR-leder
Morten Bråthen	Stabsleder - valgfri deltaker

**Kapittel 3.15: PHA**

<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Christian Smestad Torp	Klinikkhovedverneombud
Ellinor Lønnå	Tillitsvalgt
Berit Averstad	Tillitsvalgt
Trond Tangnes	Seksjonsleder
Elisabeth Grytten	Rådgiver fag/kvalitet
Ida Kristensen	BHT
Mathias Van Der Harst	Rådgiver HR/trusler og vold
Mona Hafeld	Rådgiver HR/HMS

**Kapittel 3.16: PRE**

<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Gunne Morgan Knai	Klinikkverneombud- Prehospital Klinikk
Helen Hodø	HMS-rådgiver psykososialt arbeidsmiljø
Selvea Antoun	HMS Rådgiver - Prehospital Klinikk

**Kapittel 3.17: TIK**

<u>Navn</u>	<u>Stilling/rolle</u>
Kjartan Andreas Grønnevik	Klinikkhovedverneombud (arbeidstakersiden)
Anne Marthe Aassve Eriksen	HR-leder (arbeidsgiversiden)
Nina Qvale-Hjertenes	Klinikktiltitsvalgt (arbeidstakersiden)
Lars Andreas Sæle	Klinikk-kontakt fra bedriftshelsetjenesten
Mari Eide Frey	Kvalitetsleder (arbeidsgiversiden)

## Vedlegg 4: Medlemmer i sentralt AMU 2022

Leder for AMU i 2022: Bjørn Atle Lein Bjørnbeth (vara Morten Reymert)

<b>ARBEIDSTAKERREPRESENTANTER</b>	<b>TITTEL ELLER ORG.TILHØRIGHET</b>	
<b>Line Helme Blystad</b>	<b>Foretakshovedverneombud</b>	<b>Medlem</b>
Espen Grønland Madsen Vollan	Stedfortredende FHVO	Vara
<b>Svein Erik Urstrømmen</b>	<b>NSF</b>	<b>Medlem</b>
Rita Jensen	NSF	Vara
<b>Anne Grethe Hauan Helle</b>	<b>NSF</b>	<b>Medlem</b>
Tom Ole Lindefjeld Hagen	NSF	Vara
<b>Berit Averstad</b>	<b>NSF</b>	<b>Medlem</b>
Therese Heggedal	NSF	Vara
<b>Bjørn Wølstad-Knudsen</b>	<b>Fagforbundet</b>	<b>Medlem</b>
	Fagforbundet	Vara
<b>Else Lise Skjæret-Larsen</b>	<b>Fagforbundet</b>	<b>Medlem</b>
	Fagforbundet	Vara
<b>Anne Marit Wang Førland</b>	<b>Dnlf</b>	<b>Medlem</b>
Erik Høiskar	Dnlf	Vara
<b>Jonathan Ricardo Olivares Faundez</b>	<b>NITO</b>	<b>Medlem</b>
Eivind Tyrum Engstad	Delta	Vara
<b>ARBEIDSGIVERREPRESENTANTER</b>	<b>TITTEL ELLER ORG.TILHØRIGHET</b>	
<b>Bjørn Atle Lein Bjørnbeth</b>	<b>Administrerende direktør</b>	<b>Medlem</b>
Morten Reymert	Viseadm.direktør	Vara
<b>Susanne Flølo</b>	<b>HR-direktør</b>	<b>Medlem</b>
Øystein Solheim Lien	Assisterende HR-direktør	Vara
<b>Sølvi Andersen</b>	<b>Direktør Stab pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling</b>	<b>Medlem</b>
Aina Therese Presthus	Avdelingsleder revisjoner og tilsyn, DST	Vara
<b>Jill Jahrmann</b>	<b>HMS-leder, OSS</b>	<b>Medlem</b>
Thomas Jørgensen Riiser	Avdeling for kvalitet, virksomhets- og risikostyring, DST	Vara
<b>Øyvind Skraastad</b>	<b>Klinikkleder, AKU</b>	<b>Medlem</b>
Morten Tandberg Eriksen	Klinikkleder, KIT	Vara
<b>Kjersti Langmoen</b>	<b>Avdelingsleder, HHA</b>	<b>Medlem</b>
Terje Hellerud Kluftun	Avdelingsleder, AKU	Vara
<b>Eva Bjørstad</b>	<b>Klinikkleder, NVR</b>	<b>Medlem</b>
Andreas Albert Matussek	Klinikkleder, KLM	Vara
<b>Geir Teigstad</b>	<b>Direktør, OSS</b>	<b>Medlem</b>
Anne Marthe Aassve Eriksen	HR-leder, TIK	Vara
<b>BEDRIFTSELSETJENESTEN</b>	<b>TITTEL ELLER ORG.TILHØRIGHET</b>	
<b>Arve Vernum Fonneland</b>	<b>Leder for BHT, OSS</b>	<b>Medlem</b>
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	Akuttlinikken
BAR	Barne- og ungdomsklinikken
DST	Direktørens stab
HHA	Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi
HLK	Hjerte-, lunge- og karklinikken
KIT	Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon
KRN	Klinikk for radiologi og nukleærmedisin
PHA	Klinikk psykisk helse og avhengighet
KRE	Kreftklinikken
KVI	Kvinneklinikken
KLM	Klinikk for laboratoriemedisin
MED	Medisinsk klinikk
NVR	Nevroklinikken
OPK	Ortopedisk klinikk
OSS	Oslo sykehuservice
PRE	Prehospital klinikk
TIK	Teknologi- og innovasjonsklinikken
ARB	Arbeidsmiljøavdelingen
BHT	Bedriftshelsetjenesten