

Styresak

Dato dok.: 17.06.2021

Administrerende direktør

Møtedato: 24.06.2021

Vår ref.: 21/03630-4

Postadresse: 1478 LØRENSKOG

Telefon: +47 67 96 00 00

Vedlegg: Forbedring 2021

Sak 59/21 Administrerende direktørs orienteringer

Administrerende direktør ønsker å orientere om følgende saker:

1. Komplikasjoner etter fødsel (Marie Ellström Engh)
2. Forløpsteam pakkeforløp brystkreft (Frode Olsbø)
3. Medarbeiderundersøkelsen ForBedring 2021
4. Status for Ahus Gardermoen
5. Tilsyn og revisjoner

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Øystein Mæland
Administrerende direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent

1. Komplikasjoner etter fødsel (Marie Ellström Engh)

De siste 10 årene har unge kvinner i økende grad søkt helsetjenesten grunnet seksuelle problemer som sannsynligvis skyldes av en type skader som skjer under vaginale fødsler; såkalte annengradsrifter (grad 2). Grad 2-rifter inkluderer skader i mellomkjøttet (perineum), men ikke lukkemuskelen. Disse skadene og symptomene har i liten grad vært behandlet. Socialstyrelsen i Sverige har nylig konkludert med at det er store kunnskapshull når det gjelder seksuelle problemstillinger og bekkenbunnskader hos kvinner etter fødsel. Spesielt gjelder dette grad 2-rifter, der mye er ukjent knyttet til klassifisering, årsaker, diagnostiske metoder og behandlingsmuligheter. De norske helsemyndighetene har også registrert mangelen på studier innen dette området, og har gitt finansiell støtte til et prosjekt som utgår fra Akershus universitetssykehus.

Prosjektet omfatter en stor, prospektiv kohort-studie der man ønsker å inkludere 1000 kvinner og kartlegge risikofaktorer for å få en grad 2-rift. Kvinnene følges ett år etter fødsel. Det vil sees nærmere på kort- og langtidskomplikasjoner relatert til bekkenbunnsplager, spesielt seksualfunksjon. Det er planlagt en gynekologisk undersøkelse ett år etter fødselen der potensielle anatomiske forandringer vil undersøkes med en ny type ultralyd som gjør det mulig å se musklene i mye større detalj. I prosjektet skal det også undersøkes om bekkenbunntrening kan forbedre seksuelle problemer i denne gruppen etter 1 års oppfølging.

Fase 1

Grad 2-rifter kan variere stort i størrelse og grad av skade på perineum. For å undersøke i hvilken grad disse riftene forårsaker plager er det nødvendig med et pålitelig klassifiseringssystem. Dagens klassifiseringssystem tillater ikke nyansering av grad 2-rifter. Derfor har fødeavdelingen innført et nytt og mer detaljert klassifiseringssystem i forkant av kohortstudien, der grad av skade klassifiseres som grad 2a, b eller c. Systemet er utviklet i Sverige, men ved oppstart av prosjektet var det ikke utført studier som kunne bekrefte at man kan bruke det i studier og klinisk praksis. Forskningsgruppen har derfor utført en egen pålitelighetsstudie i forbindelse med introduksjon av det nye klassifiseringssystemet.

Studien ble gjennomført etter en introduksjon der hele fødeavdelingen deltok. I alt 72 jordmødre deltok i studien som pågikk over en måned. Alle kvinner som fødte vaginalt ble undersøkt av to jordmødre som var blindet for hverandres funn. Resultatene viste at det var god til meget god overenstemmelse mellom jordmødrenes klassifisering. Det er derfor grunn til å stole på at klassifiseringen blir riktig i de fleste tilfeller.

Fase 2

Forberedelser ble gjennomført i og datainnsamling startet i begynnelsen av 2021. Hittil er det rekruttert 24 kvinner ved rutineultral lyd i uke 18.

2. Forløpsteam pakkeforløp brystkreft (Frode Olsbø)

Det har vært gjennomført et omfattende forbedringsarbeid knyttet til pakkeforløp for brystkreft. Prosjektet hadde tre målsetninger:

1. Andel pasienter som har fått igangsatt behandling innen normert forløpstid > 70 % (OF4)
2. Antall nye kreftpasienter inkludert i pakkeforløp > 70 % (OA1)
3. Redusere ikke medisinsk begrunnet ventetid og uønsket variasjon

Brystdiagnostisk seksjon ved bildediagnostisk avdeling har gjennomgått arbeidsprosesser og redusert tid fra henvisning mottatt til oppstart utredning for pasienter med mistanke om kreft. Antall fristbrudd er redusert. Alle pasienter med mistanke om kreft skal inkluderes i pakkeforløp.

Bryst- og endokrinkirurgisk avdeling har redusert antall passert tentativ tid fra 1100 til 0. Det har også her vært en prosesskartlegging av alle forløp hvor alle yrkesgrupper har deltatt. Dette har hatt stor betydning for samarbeid internt i avdelingen. Arbeidsprosessene i forkant, og under MDT-møtene samt etter klinisk beslutning er forbedret, med sikte på å redusere ikke-medisinsk begrunnet ventetid før oppstart av behandlingen. Dette samarbeidet har bidratt til at også pasienter som skal starte med neoadjuvant behandling, får initial behandling ved onkologisk avdeling innen standard forløpstid. Patologisk avdeling bidrar på MDT-møte og ved forløpsgjennomgang.

Forløpskoordinator bidrar som kontaktperson for pasient, og bidrar til god logistikk mellom involverte avdelinger også når det er behov for ytterligere røntgenundersøkelser fra bildediagnostisk avdeling. Det er etablert forløpskoordinator på onkologisk avdeling som optimaliserer oppfølging og oppsett av timer til supplerende diagnostikk. Mange pasienter med lokalavansert brystkreft inngår i behandlingsstudier, totalt 107 siden 2015 frem til nå uten at dette har påvirket fristene i pakkeforløp.

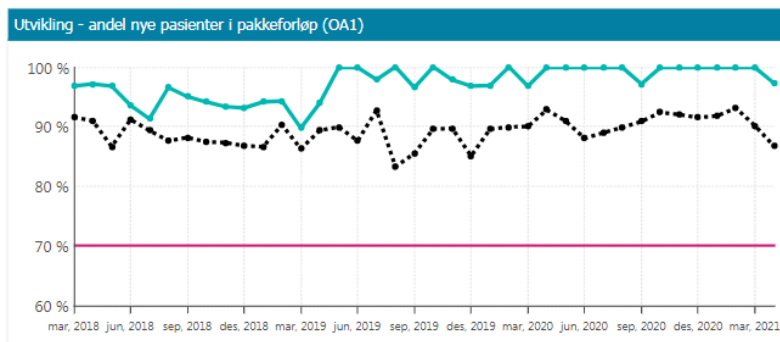
Det er bryst- endokrinkirurgisk avdeling som har ansvaret for pakkeforløp for brystkreft, men alle involverte avdelinger deltar i forløpsgjennomgang hver måned. Her gjennomgås resultater, og det vurderes hvor i forløpet det eventuelt er utfordringer som må forbedres. Fra å være et sted hvor man diskuterte hvorfor det ikke gikk bra, har fokus endret seg til å dele utfordringer og hvordan avdelingene kan bistå hverandre for at pasientene skal få et koordinert pasientforløp. Dette bidrar til å sikre gode overganger mellom de involverte avdelinger. Forbedringsinitiativ fra de involverte avdelingene har samlet bidratt til gode resultater.

Resultater

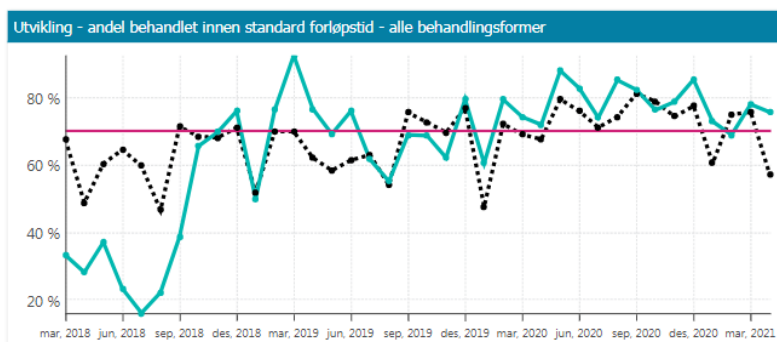
Avdelingene har benyttet fagkompetanse i avdelingene og forbedringsmetodikk i kombinasjon med et særlig fokus på systemforståelse og variasjon. De har fulgt faglige anbefalinger fra nasjonalt handlingsprogram for kreft og forløpstider fra pakkeforløp for kreft. Forløpskoordinator bidrar til at pasientene planlegges i operasjonsprogrammet i henhold til forløpstid. God ledelse ved de involverte avdelinger bidrar til godt arbeidsmiljø og koordinerte tjenester av høy faglig kvalitet.

I figurene nedenfor vises følgende: Grønn linje= AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS, sort linje= resultat Norge, rød linje = nasjonalt mål (kilde Helsedirektoratet).

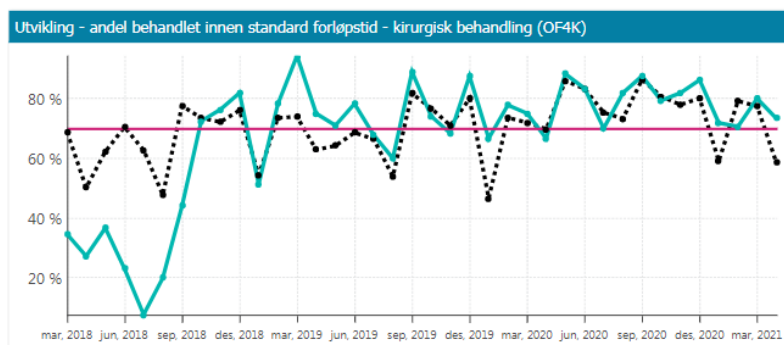
- A. **Utvikling inklusjon i pakkeforløp for kreft (>70 %).** Stabil prosess fra mars 2019, inkluderer nær 100 % av alle nye kreftpasienter i pakkeforløp



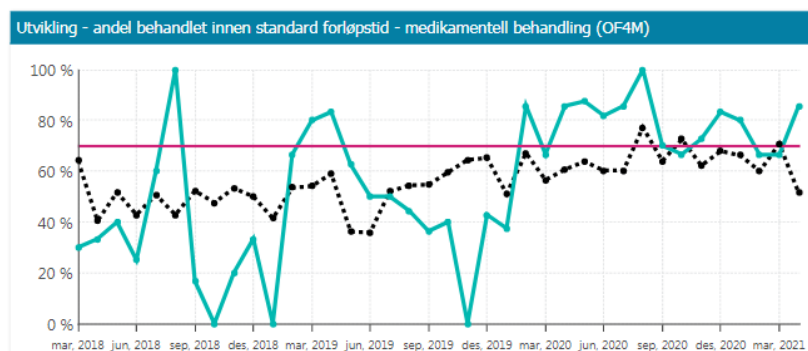
- B. **Utvikling andel innen normert forløpstid (>70 %).** Forbedret seg betydelig fra oktober 2018 og har vært stabilt over 70 % innenfor normert tid siden desember 2019.



- a. **OF4 opererte pasienter (utvikling over tid).**



- b. **OF4 Cellegiftbehandling.** Stabilt over nasjonalt mål fra desember 2019. Økt antall pasienter som starter med neo adjuvant behandling med korte frister.



C. **Fristbrudd** Brystdiagnostisk seksjon (alle pasienter inkludert de som ikke har kreft)

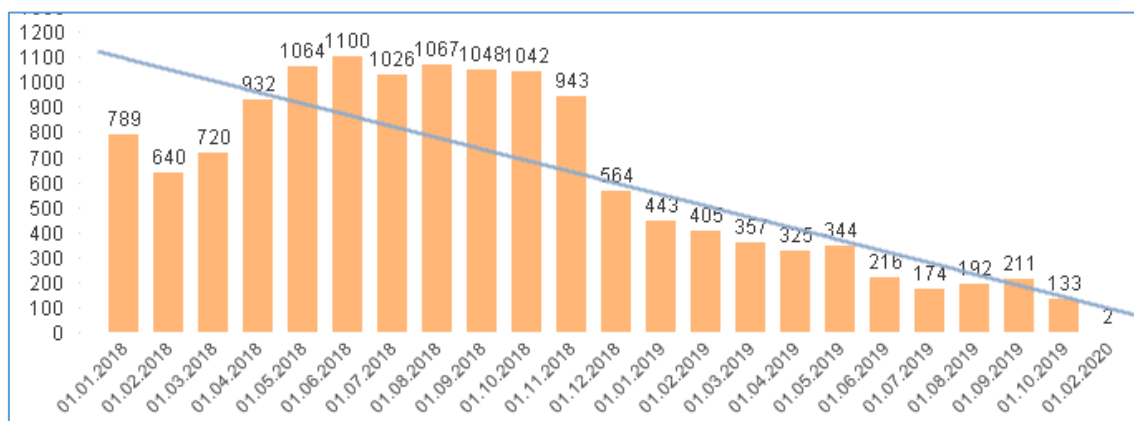
I 2017 var andel fristbrudd 18,2 %, i 2018 8,3 %, i 2019 5,9 %, i 2020 4,6 %. Det er en stor forbedring fra 2017 til 2020. Akershus universitetssykehus inkluderer ca. 1400 pasienter i pakkeforløp for brystkreft hvert år av disse har ca. 420 kreft. Alle skal utredes innenfor medisinsk prioritering.

D. Tid fra **start pakkeforløp til start utredning** for pasienter med kreft

I 2017 brukte brystdiagnostisk avdeling i gjennomsnitt 8,1 dag fra start pakkeforløp til start utredning. I 2018 6,9 dager, i 2019 5,2 dager, 2020 4,2 dager og i 2021 3,5 dager.

Forløpstiden i dette steget er redusert med > 50 % og har bidratt til måloppnåelse for det totale forløpet. I 2017 startet 57 % av pasientene sin utredning innen 7 virkedager, i 2021 starter 87 % av pasientene utredningen innen 7 virkedager.

E. **Utvikling av etterslep** (passert tentativ tid) på Bryst – endokrinkirurgisk avdeling (gjelder alle pasientgrupper inkludert kontroller). Redusert fra 1100 i 2018 til 0 ved utgangen av 2019. Resultatene er oppretthold i perioden frem til dagens dato, på tross av pandemien.



Som det fremgår av resultatene har dette forbedringsarbeidet omfattet hele pasientforløpet, fra henvisning mottatt til pasientene har fått sin behandling og videre oppfølging, inkludert kontroller.

3. Medarbeiderundersøkelsen ForBedring 2021

Årets undersøkelse ble gjennomført i perioden 1. mars til 29. mars. På grunn av pandemien har det vært gul beredskap på Akershus universitetssykehus fra 2. mars, og gjennom hele perioden undersøkelsen pågikk. Som ved gjennomføringen av undersøkelsen i 2020 har pandemien medført store endringer, både for ansatte i pasientnære stillinger og for ansatte for øvrig. Flere ansatte er omdisponerte og har jobbet ved andre enheter enn de som de opprinnelig tilhører. De fleste ansatte innen stab, teknisk/IKT og rådgiverfunksjoner har delvis benyttet hjemmekontor.

I 2021 har sykehuset gjort en ekstra innsats for å få høy svarprosent på undersøkelsen. Dette er i motsetning til i 2020. Dette har gitt store utslag på svarprosenten:

- I 2020 var det 7764 mulige respondenter hvorav 4254 svarte på undersøkelsen. Det ga en svarprosent på 55%.
- I 2021 var det 8248 mulige respondenter hvorav 6410 svarte på undersøkelsen. Det ga en svarprosent på 78%.

Dette innebærer en relativ økning av svarprosenten på 23% fra 2020 til 2021 for foretaket. Som følge av dette er årets resultater på foretaksnivå valide, og kan si noe om den faktiske utviklingen foretaket har hatt siden 2019 (Definisjonen for valide resultater er av HSØ er satt til en svarprosent på 70%).

Svarprosent i Helse Sør-Øst:

Helseforetak	Svarprosent 2021
RHF	88%
SIHF	78%
SPHF	93%
SAHF	91%
AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS	78%
VVHF	82%
OUS	74%
Sunnaas	82%
STHF	81%
SiVHF	78%
SØHF	76%
SSHf	77%

Resultater

Sammenlignet med resultatene for 2019 er det en positiv utvikling på foretaksnivå, med høyere skår på åtte temaområder. Temaområdet «opplevd lederadferd» er det temaområdet som har høyest skår. Arbeidsforhold er et område hvor Akershus universitetssykehus har hatt lav skår. Det er positivt å merke seg at 10 av 13 enheter har hatt en positiv utvikling på temaområdet siden 2019, på tross av den ekstraordinære situasjonen knyttet til pandemien. I rapporten er det tatt med resultater fordelt på henholdsvis yrkeskategori og alder.

- Det er en tendens til at yrkeskategoriene administrasjon/ledelse og forskning generelt har høyere skår enn de andre yrkeskategoriene på de ulike temaområdene. Legene

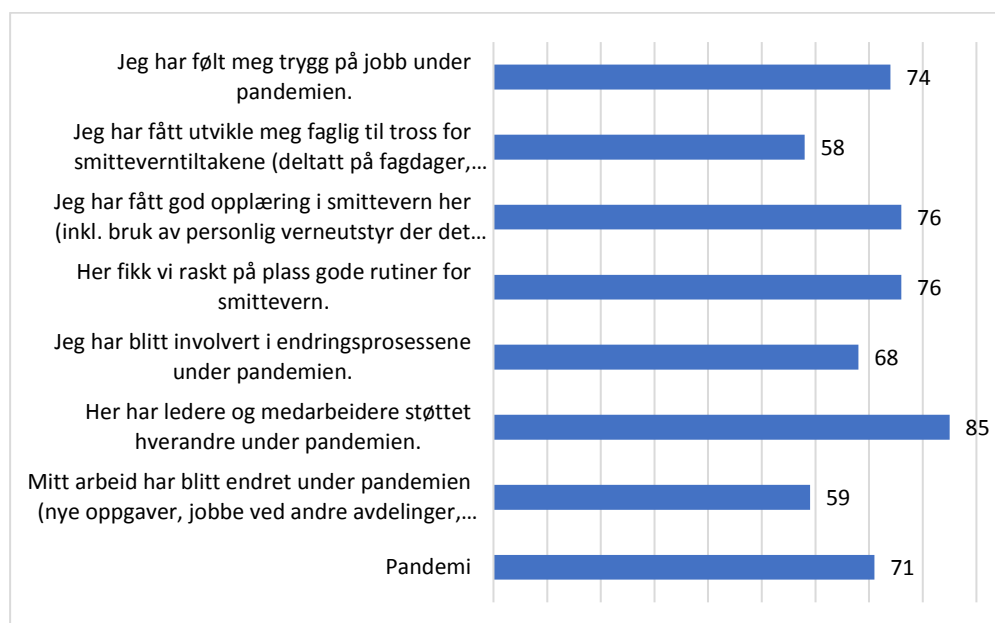
peker seg ut som en yrkeskategori som generelt har lav skår på de ulike temaområdene.

- Undersøkelsen viser at alder har betydning for flere temaområder, der lav alder samsvarer med lav skår. Tilsvarende vil høyere alder gi høyere skår. Aldersgruppen 60+ skårer høyest på alle temaområdene, med unntak av «opplevd lederatferd».

Alle identifiserte enheter med risiko for mulig helsefare grunnet ubalanse mellom oppgaver og ressurser skal ha tiltak rettet mot redusert arbeidsbelastning. Det er 9 enheter som var blant de 7,5 % med lavest skår på området «arbeidsforhold» for 2020 og 2021. Alle disse er nye enheter sammenlignet med enhetene som tidligere har skåret lavest på temaområdet «arbeidsforhold». I enhetene som er identifisert skal det gis et særskilt fokus, i form av egen rapportering og oppfølging i tråd med prosedyre.

Nytt temaområde for 2021: Pandemi

Det ble i Helse Sør-Øst besluttet å opprette et temaområde for pandemi i undersøkelsen for 2021. Det foreligger derfor ikke sammenligningsgrunnlag for tidligere år for dette temaområdet. På foretaksnivå skårer Akershus universitetssykehus 71 på temaområdet «Pandemi».



Det er høyest skår med 86% på at ledere og medarbeidere har støttet hverandre under pandemien. Det er lavest skår med 58% på at «jeg har fått utviklet meg faglig på tross av smitteverntiltakene» tett fulgt av «Mitt arbeid er blitt endret under pandemien» med 58%.

Spørsmålet «Mitt arbeid er blitt endret under pandemien» sier kun noe om arbeidsoppgavene til respondentene er endret, og ikke om en endring er positiv eller negativ. Et lavt resultat her vil påvirke totalskår på temaområdet.

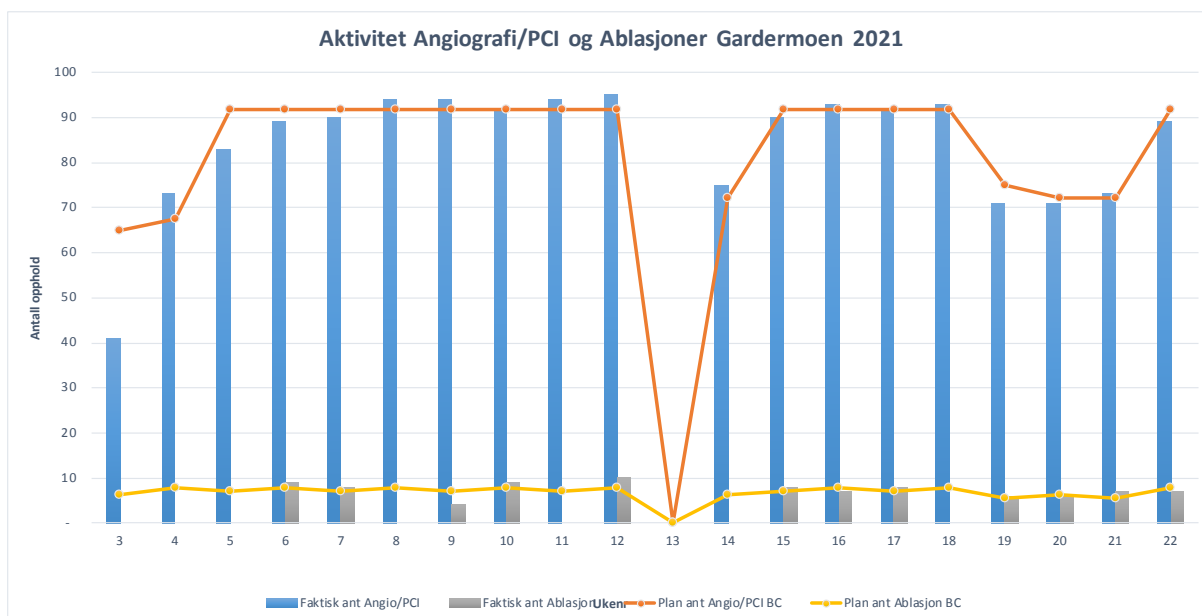
4. Status for Ahus Gardermoen

Oppstart av klinisk drift på Gardermoen har vært et omfattende prosjekt med kort tidsramme og mange interne og eksterne avhengigheter. Ahus Gardermoen er nå over i ordinær drift og prosjektet ble formelt avsluttet i styringsgruppemøtet 15.juni.

- Klinisk virksomhet startet 18. januar for invasiv kardiologi (angio/PCI og ablasjoner) og bildediagnostikk (røntgen og CT).
- Første operasjon ble gjennomført 20. januar med oppstart drift på 2 stuer i trinn 1.
- Fra mandag 3.mars startet blodbank-virksomheten ved Ahus Gardermoen, som tidligere var lokalisert sammen med DPS Øvre Romerike på Jessheim.
- Samme dag ble operasjonsvirksomheten utvidet til stue 3 (trinn 2), ØNH-pasienter.

Aktivitetsutvikling og bemanning invasiv kardiologi

Første pasient innen invasiv kardiologi ble behandlet 18.januar. Opptapping av angio/PCI er gjennomført i henhold til plan. Grunnet karantenereregler for utenlandske innleide er det foreløpig ikke startet for fullt med ablasjoner i alle driftsuker.



Hoveddelen av ansatte i invasiv kardiologi ble virksomhetsoverført til Akershus universitetssykehus. Det er fast ansatt 6,5 overleger – hvorav 1 seksjonsleder og 0.5 fast stilling til elektrofysiolog. I tillegg er det 2 faste invasive kardiologer fra Sverige på faste avtaler som tar enkelte uker. Det har også regelmessig vært behov for innleie av elektrofysiolog for å dekke opp til en hel stilling, samt innleie til å utføre ablasjoner på 2 stuer enkelte uker.

Det er videre totalt 15 radiografer og spesialsykepleiere som er ansatt på invasiv kardiologi og 6 helsesekretærer med Gardermoen som arbeidssted (organisatorisk tilknyttet kontorseksjonen i medisinsk divisjon MD).

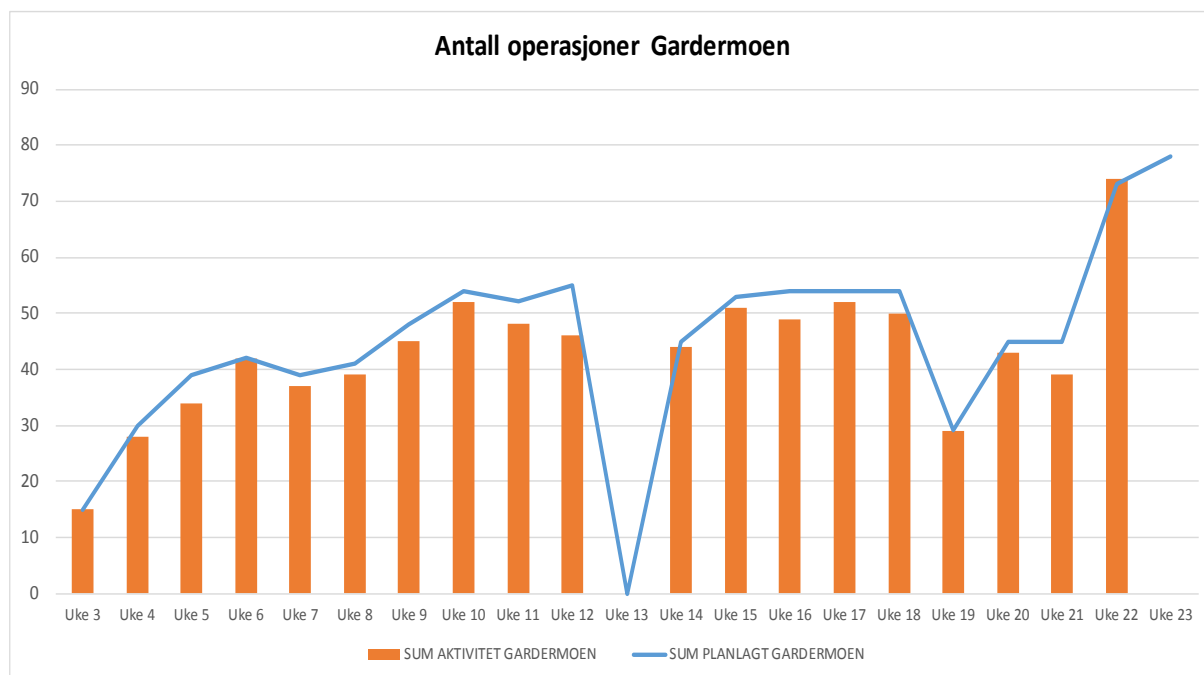
Felles sengepost består nå av ansatte som ble virksomhetsoverført samt nyrekruttede for utvidet antall senger til kirurgiske og ortopediske pasienter. Seksjonen er tilnærmet fullrekrutert (34 stillinger). Fra slutten av august planlegges drift av 42 senger.

Aktivitetsutvikling og bemanning operasjon

Første operasjon ble gjennomført 20. januar. De to første ukene var det planlagt en forsiktig oppstart med færre operasjoner per dag, deretter opptapping til normal drift av to

operasjonsstuer (trinn 1) og utvidelse til drift på tre operasjonsstuer fra 3.mars (trinn 2). I mai/juni er trinn 3 delvis gjennomført med noen ukers drift av stue 4 og 5.

Første del av rekrutteringen var vellykket og besto i stor grad av ansatte som hadde hatt tilsvarende oppgaver ved LHL. Rekruttering av spesialsykepleiere til utvidet i trinn 3 har derimot vært mer krevende og til tross for tre rekrutteringsrunder har det ikke lyktes å fylle alle ledige stillinger. Full oppstart av operasjoner for et fjerde fagområde (plastikk) ble derfor besluttet utsatt til etter sommeren. I de uker det var bemanning ble kapasiteten på stue 4 og 5 utnyttet til aktivitet for ortopedi og gastrokirurgi. Grunnet streik har aktiviteten på stue 4 og 5 blitt noe lavere nå i juni enn planlagt.



Anestesilegene som har Gardermoen som sitt arbeidssted er organisatorisk tilknyttet legeseksjonen i anesthesiavdelingen på Nordbyhagen. For å sikre en robust vaktordning på kveld og natt er det besluttet å dele denne på 8 overleger (dette øker ikke vakttiden på Gardermoen). De tre siste overlegene er rekruttert og starter tidlig høst. Den økte dagarbeidstiden vil benyttes til økt kapasitet på dagtid på Nordbyhagen og/eller utvidet aktivitet ved Gardermoen (f.eks anestesipoliklinikk).

Oppfølging og videre opptrapping av driften

Forutsatt rekruttering av spesialsykepleiere er det planlagt en full oppstart av drift på 5 operasjonsstuer fra august 2021. I henhold til opprinnelig plan skal den femte operasjonsstuen tas i bruk av plastikk. Videre vil følgende forhold følges opp særskilt:

- Oppstart av drift på nyanskaffet MR.
- Planlegging av og oppstart av poliklinisk virksomhet (totalt 16 polikliniske rom).
- Ukentlig rapportering av aktivitet og bemanning fortsetter for å sikre at kapasiteten utnyttes fullt ut og at driften er i henhold til forutsetninger for den elektive virksomheten.
- Avklaringer mot Helse Sør-Øst knyttet til oppgavefordeling innenfor invasiv kardiologi.

Risikoen fremover vurderes for øvrig i stor grad å samsvare med ordinær driftsrisiko. Karantenereregler knyttet til covid-19 begrenser foreløpig opptrapping av antall ablasjoner og eventuelle nye smittesituasjoner kan påvirke driften ved Ahus Gardermoen fremover.

5. Tilsyn og revisjoner

Nedre Romerike brann- og redningsvesen IKS

Det er varslet tilsyn ved Ungdomspsykiatrisk klinikk. Tilsynet skal utføres i form av innrapportering. Svarfrist for oversendelse av dokumentasjon er 11. juni 2021.

Statens helsetilsyn

Det er gjennomført en kartlegging av kritiske systemer, risikovurderinger og nødrutiner for IKT-system i 17 virksomhetene i spesialisthelsetjenesten. Kartleggingen avdekket følgende:

- For svake nødrutiner og øvingsregimer for noen sentrale tekniske løsninger
- Mangler systematisk oversikt over konsekvenser av IKT-bortfall for pasientsikkerhet
- Dårlig oversikt over gjeldende legemiddelbruk fordi like data lagres i flere IKT-systemer uten konsistenssjekk
- Dersom helseopplysninger ikke er tilgjengelige kan det forårsake pasientskader
- Personvern hensyn vektet ikke mot krav til forsvarlig helsehjelp

På bakgrunn av de funn som er gjort må alle virksomhetene:

- utarbeide overordnede risikoanalyser som tar med konsekvenser for helsehjelp ved IKT-bortfall;
- vurdere tiltak for å sikre tilgang til journalinformasjon for nye pasienter ved bortfall av EPJ, og vurdere lignende backuppløsninger for nøkkelpersonell som koordinatorene i sentraloperasjoner eller lignende;
- utarbeide tidfestede planer for å oppnå dataintegritet for legemiddeldata og annen kritisk informasjon;
- gjennomgå og teste nødrutiner for bortfall av ordinære kommunikasjonskanaler som forutsetter IKT-nettverk eller ordinære telefonsamband;
- ha en oppdatert oversikt over de IKT-saker som har størst risiko når det gjelder forsvarlig helsehjelp, og benytte dette i kontinuerlig forbedringsarbeid.

FORSIDE

ForBedring 2021 Standardrapport for Akershus universitetssykehus HF

Norsk helsetjeneste skal være pasientens helsetjeneste. Helsesektoren er en virksomhet med høy risiko, og det hender at pasienter og brukere blir unødig skadet i møte med helsetjenesten.

Denne undersøkelsen er en samordning av medarbeiderundersøkelsen, helse-, miljø- og sikkerhets - kartlegging (HMS) samt pasientsikkerhetskulturundersøkelsen. Resultatene fra denne spørreundersøkelsen skal brukes til lokalt forbedringsarbeid av pasientsikkerhetskultur, arbeidsmiljø og HMS. Undersøkelsen gir ledere og medarbeidere informasjon om hvordan arbeidsforholdene oppleves, og gir innspill til risikovurdering av pasientsikkerheten, arbeidsmiljøet og HMS i enheten. Denne rapporten er en av flere datakilder til det systematiske arbeidet med å redusere risiko for uønskede hendelser i pasientbehandling og arbeidsmiljøet.

God pasientsikkerhet og godt arbeidsmiljø påvirker hverandre, og bør sees i en sammenheng ved kartlegging og forbedring.



OPPSUMMERING AV UNDERSØKELSEN

DELTAKELSE I UNDERSØKELSEN

Det er viktig for troverdigheten til resultatene at flest mulig deltar med sine synspunkter. Svarprosent er et resultat, og kan være et tiltaksområde. Hvis svarprosenten er lavere enn 70%, er det viktig å undersøke hva som kan gjøres i fremtiden for å få til en bedre deltakelse. Kriteriene for deltakelse i ForBedring inkluderer nå alle ansatte som har en stillingsprosent.

invitasjoner	Svar	svarprosent
8248	6410	78%

Invitasjoner Totalt antall utsendte spørreskjemaer per rapport

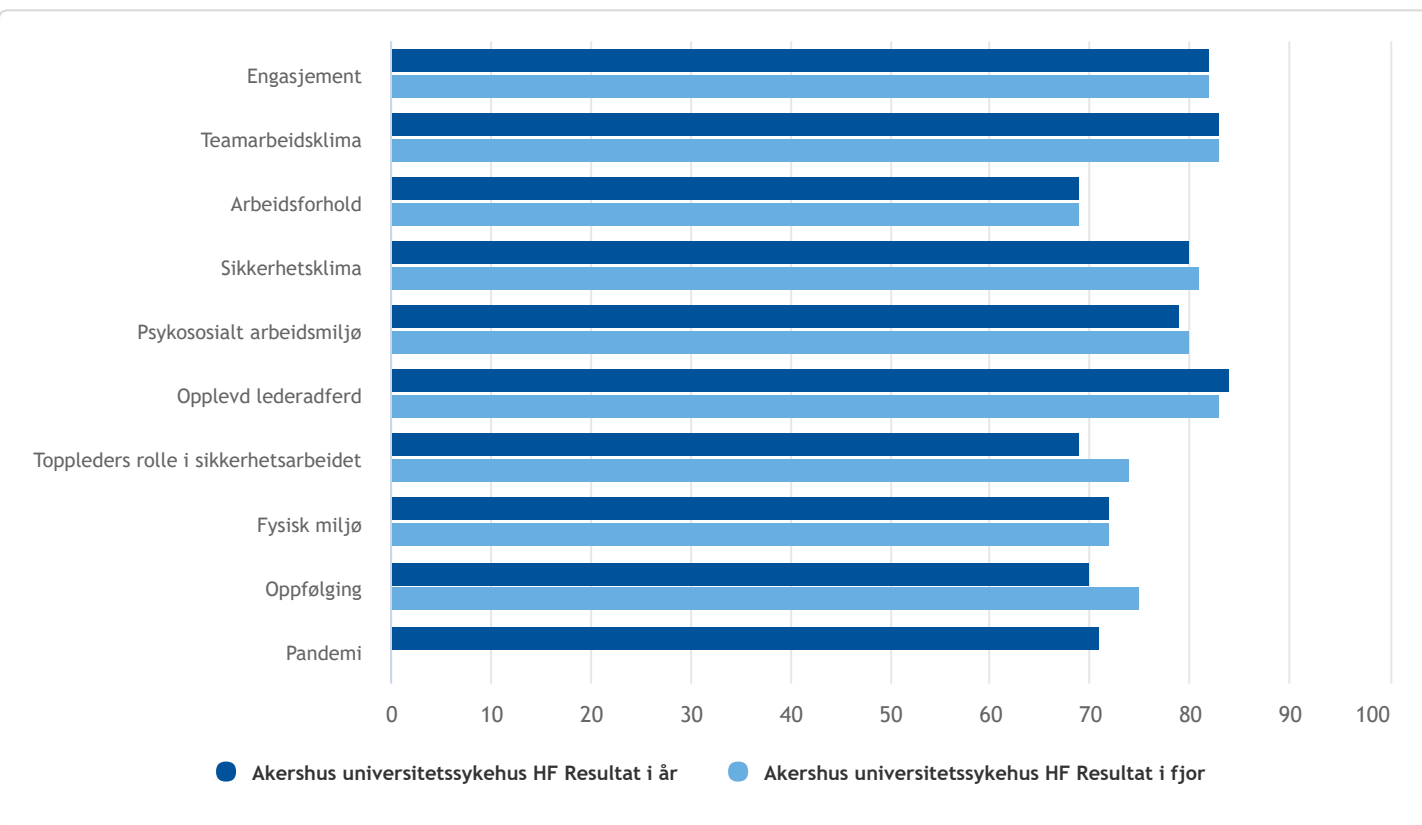
Svar Antall svar er antall spørreskjema som er fullført

Svarprosent Andel fullførte spørreskjema av totalt utsendte skjema

HOVEDRESULTAT PER TEMA

Under oppsummeres hovedresultatene på de ulike temaområdene i undersøkelsen. Detaljene for hvert temaområde fremkommer utover i rapporten. På side fire vises veiledningen til hvordan tabellene skal leses. Skår ≥ 75 vises kun på denne siden og indikerer hvor mange prosent av de ansatte som har svart «Litt enig» eller «Helt enig».

	Antall svar	Resultat i år	Skår ≥ 75 i år%	Resultat i fjor	Skår ≥ 75 i fjor%	Endring fra i fjor	HF i år	Referanse
ENGASJEMENT	6404	82	82%	82	83%	-	-	81
TEAMARBEIDSKLIMA	6403	83	85%	83	86%	-	-	84
ARBEIDSFORHOLD	6402	69	67%	69	68%	-	-	68
SIKKERHETSKLIMA	6393	80	80%	81	81%	-	-	82
PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ	6365	79	75%	80	77%	-	-	79
OPPLEVD LEDERADFERD	6377	84	83%	83	83%	-	-	82
TOPPLEDERS ROLLE I SIKKERHETSARBEIDET	4152	69	55%	74	61%	-	-	64
FYSISK MILJØ	6397	72	68%	72	68%	-	-	71
OPPFØLGING	6268	70	67%	75	73%	-	-	69
PANDEMI	6398	71	69%	-	-	-	-	-



Om rapporten

ForBedring kartlegger ulike forhold som virker inn på pasientsikkerheten og ansattes trivsel, motivasjon, og arbeidshelse. Rapporten gir en oppsummering av svarene, og er et redskap til å iverksette et forbedringsarbeid.

Bruk rapporten til å:

1. Utforske resultatene i samarbeid med medarbeidere og lokalt verneombud.
2. Velge ut bevarings- og forbedringsområder.
3. Utarbeide tiltak som legges inn i handlingsplanen for egen enhet.

Oppfølging

Forbedringsbehov som går på tvers av enheter eller som ikke kan løses av enheten, løftes til det nivået som kan håndtere problemstillingen.

Det er nødvendig å ha en samtale i medarbeidergruppen for å finne ut hva resultatene i rapporten faktisk betyr, og hvilke områder som oppleves som viktigst å prioritere som bevarings- og forbedringsområder.

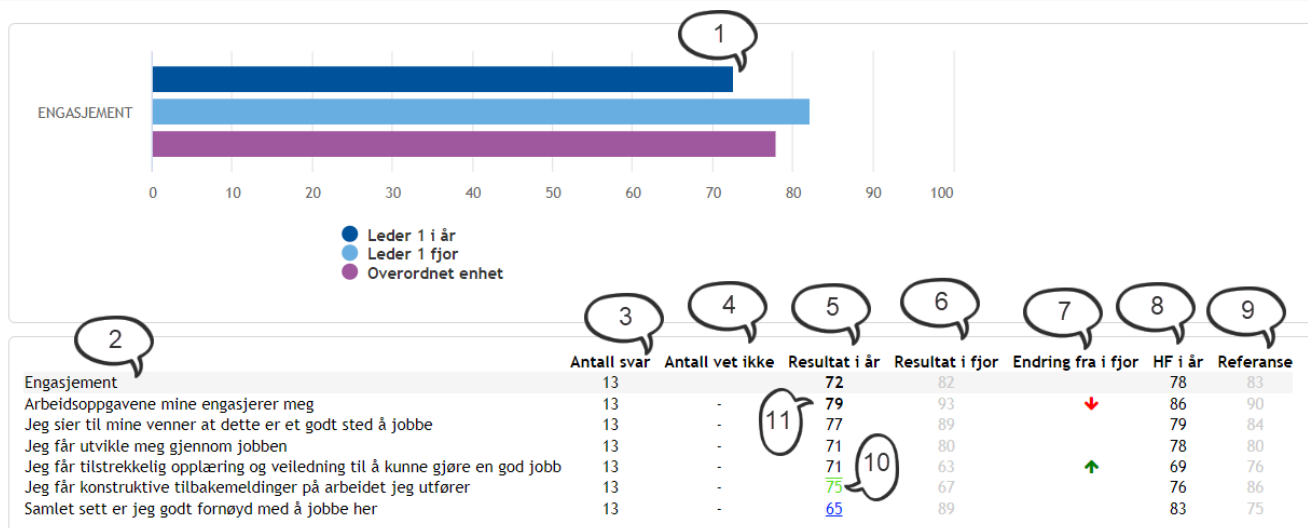
Spørreskjemaet er laget for å få frem ulike oppfatninger. Variasjon i svarene er derfor naturlig og ønskelig. Variasjonen gjenspeiler ulike måter å forstå og fortolke de forhold det spørres om. Viktige nyanser og fortolkninger kommer best frem i samtaler med de som kjenner forholdene i den enheten det rapporteres for. Selv et resultat hvor enheten skårer blant de med 15 % høyest skår kan vise seg å være et forbedringsområde. Et resultat blant de med 15 % lavest skår, kan i noen tilfeller være et naturlig resultat, og noe som enheten ikke oppfatter som ett forbedringsområde.

Enheter som har gjennomgående høye skår, bør vurdere om annen informasjon kan være relevant for å utarbeide bevarings- og forbedringstiltak. Dette kan for eksempel være interne kartlegginger, revisjoner, brukerundersøkelser etc.

OM RAPPORTEN

Lesing av resultatene

Hvert resultatområde har en innledning, og resultatet er presentert med en graf og en tabell. Grupper av spørsmål som hører naturlig sammen oppsummeres i et tema. Referansen som benyttes baserer seg på resultatene fra 2019.



- Grafisk presentasjon av temaene. **Mørk blå farge er enhetens resultat i år, lys blå farge er enhetens resultat i fjor og lilla farge er helseforetakets resultat i år**
- Tema vises i den øverste raden og inneholder grupper av spørsmål som naturlig hører sammen. Tallene som vises på samme linje som Tema, gjelder samlet for de underliggende spørsmålene
- Kolonne «Antall svar» viser antall personer som har besvart spørsmålet
- Kolonne «Antall vet ikke» viser antall personer som har valgt «Vet ikke/ikke relevant»
- Kolonne «Resultat i år» viser enhetens resultat på en skala fra 0-100. 0 regnes som minst ønskelig/mest belastende og 100 regnes som minst belastende/mest ønskelig
- Kolonne «Resultat i fjor», viser enhetens resultat i fjor
- Kolonne «Endring fra i fjor», viser om det har vært en signifikant endring siden i fjor
- Kolonne «HF i år» viser årets resultat samlet for helseforetaket
- Kolonne «Referanse», viser helseregionens resultat i 2019
- Blå skrift og understrek** understrek indikerer at enheten er blant de med 15% med lavest skår. **Grønn skrift og overstreket** indikerer at enheten er blant de med 15% høyest skår
- Tall som er **uthevet i fet og kursiv** indikerer høy spredning. Det er kun der variasjon på et spørsmål eller tema er betydelig større enn normalt at resultatet presenteres i **fet og kursiv**

ENGASJEMENT

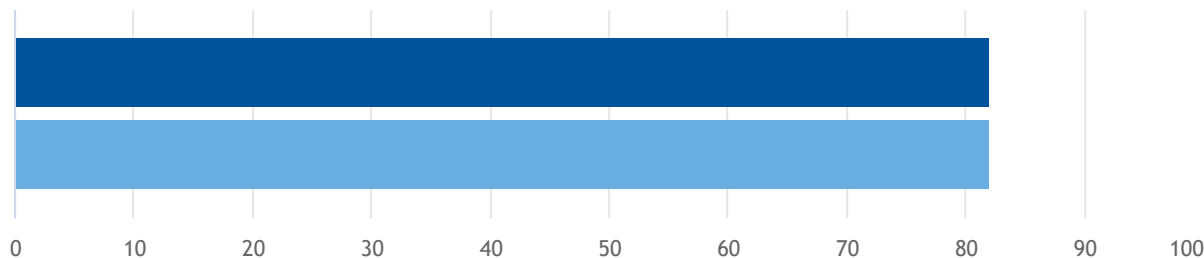
Engasjerte medarbeidere er de som får anerkjennelse, tilbakemeldinger og mulighet for personlig utvikling gjennom sitt arbeid. Engasjement virker inn på en rekke ulike prestasjoner.

Høyt jobbenngasjement virker positivt inn på motivasjon og jobbutførelse, det fremmer service og lojalitet.

Engasjement gir bedre økonomisk resultat og reduserer turnover, ulykker, svinn og kvalitetsfeil.

Høy skår indikerer et høyt engasjement.

ENGASJEMENT

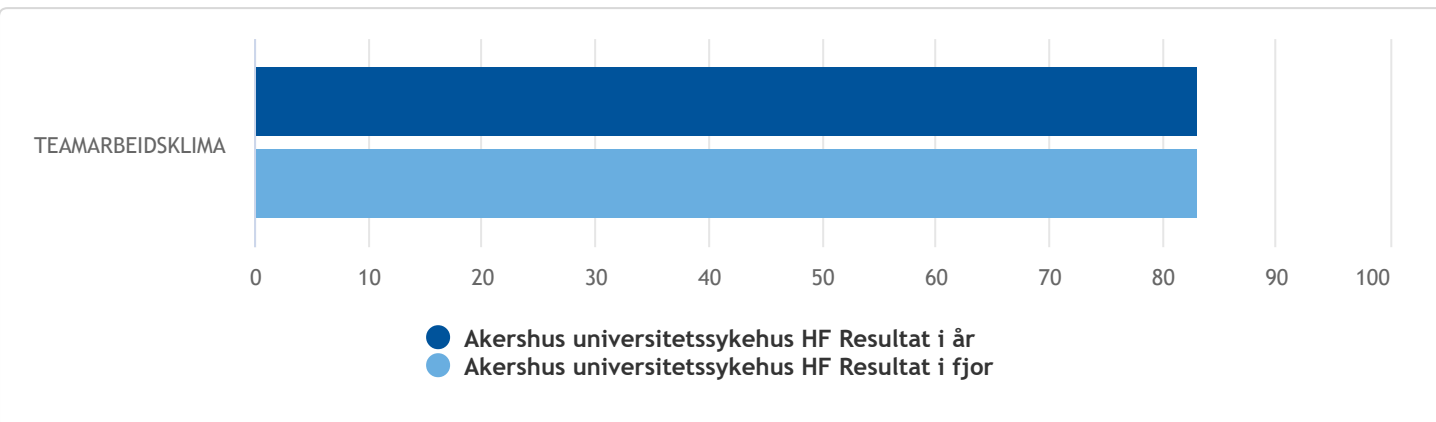


● Akershus universitetssykehus HF Resultat i år
● Akershus universitetssykehus HF Resultat i fjor

	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
Engasjement	6404		82	82		81
Arbeidsoppgavene mine engasjerer meg	6396	13	90	91		90
Jeg sier til mine venner at dette er et godt sted å jobbe	6381	28	84	85		84
Jeg får utvikle meg gjennom jobben	6378	31	80	80		80
Jeg får tilstrekkelig opplæring og veiledning til å kunne gjøre en god jobb	6354	55	77	77		76
Jeg får konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet jeg utfører	6367	42	72	72		71
Samlet sett er jeg godt fornøyd med å jobbe her	6399	10	86	86		86

TEAMARBEIDSKLIMA

Teamarbeidsklime belyser åpenhet, samarbeid og støtte mellom kollegaer og yrkesgrupper, både internt og på tvers av enheter. Manglende koordinering og samhandling mellom enheter i sykehus er et risikoområdet innen pasientsikkerhet som det er viktig å kartlegge. Høy skår indikerer et godt teamarbeidsklime.



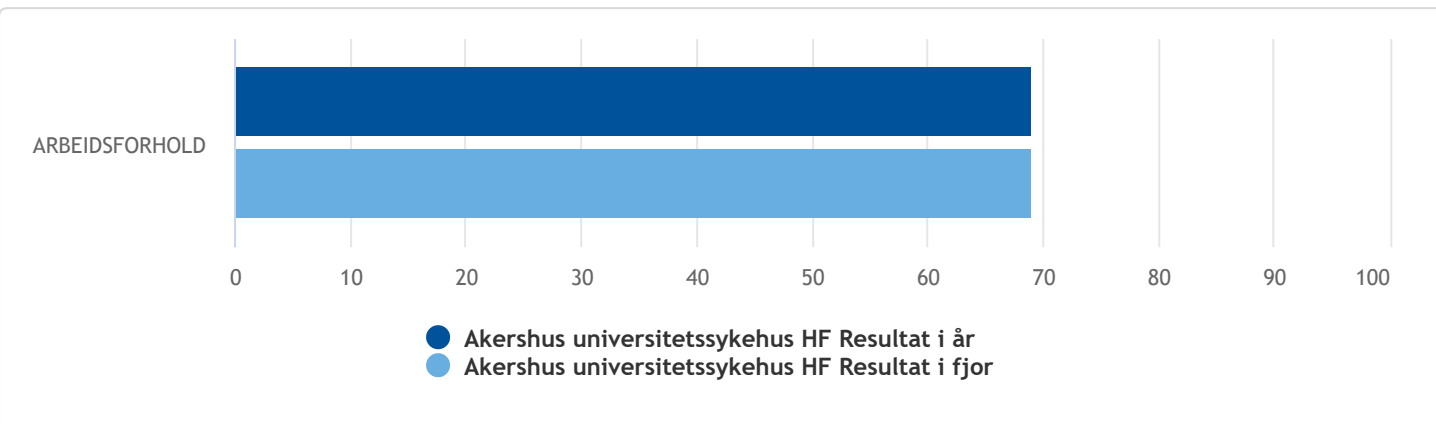
	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
Teamarbeidsklime	6403		83	83		84
Forskjellige yrkesgrupper samarbeider godt her	6322	88	83	83		83
Samarbeid med andre enheter fungerer godt	6242	168	75	76		76
Jeg får støtte og hjelp fra mine arbeidskolleger når jeg trenger det	6396	14	90	90		90
Her er det lett å spørre når det er noe jeg ikke forstår	6396	14	90	90		90
Det er lett å si fra om problemer i pasientbehandlingen her	5535	875	76	76		78

ARBEIDSFORHOLD

Arbeidsforhold belyser arbeidsmengde og tempo, samt tilgjengelige ressurser og hjelpemidler. Det tar opp ulike belastninger som kan virke negativt inn på motivasjon og helse.

Dette er risikoforhold som det er viktig å ha under oppsikt.

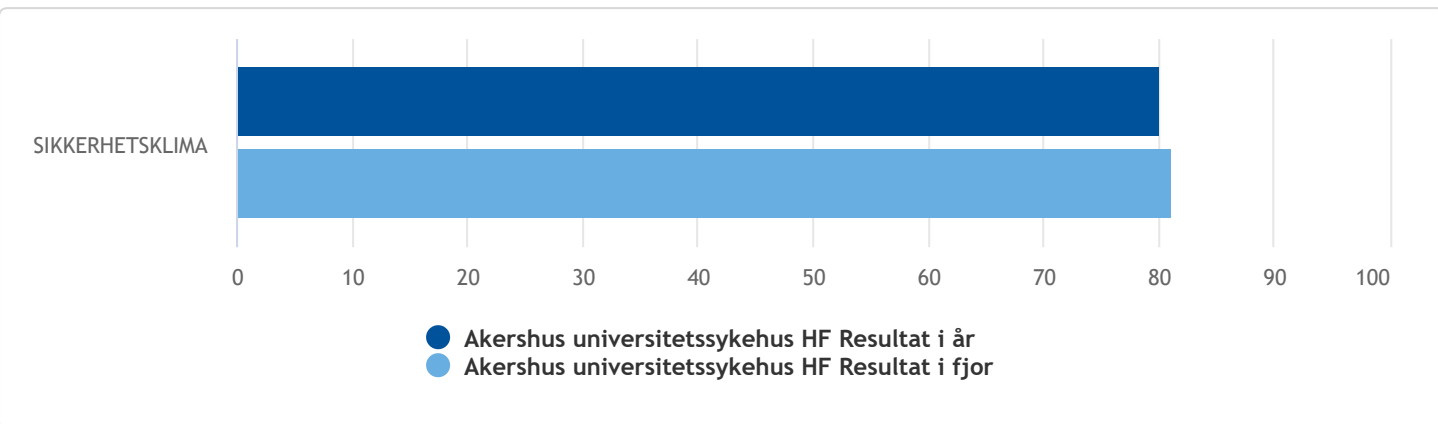
Høy skår indikerer at det finnes tilstrekkelig med ressurser og hjelpemidler, samt at arbeidsmengde og tempo er lite belastende.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
Arbeidsforhold	6402		69	69		68
Jeg har tilstrekkelig med ressurser eller hjelpemidler til å gjøre jobben min	6381	29	72	72		71
Arbeidsbelastningen min er passe stor (antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre flere ting samtidig)	6384	26	62	62		62
Jeg rekker å ta pause og spise i løpet av arbeidsdagen/vakten	6387	23	72	74		73

SIKKERHETSKLIMA

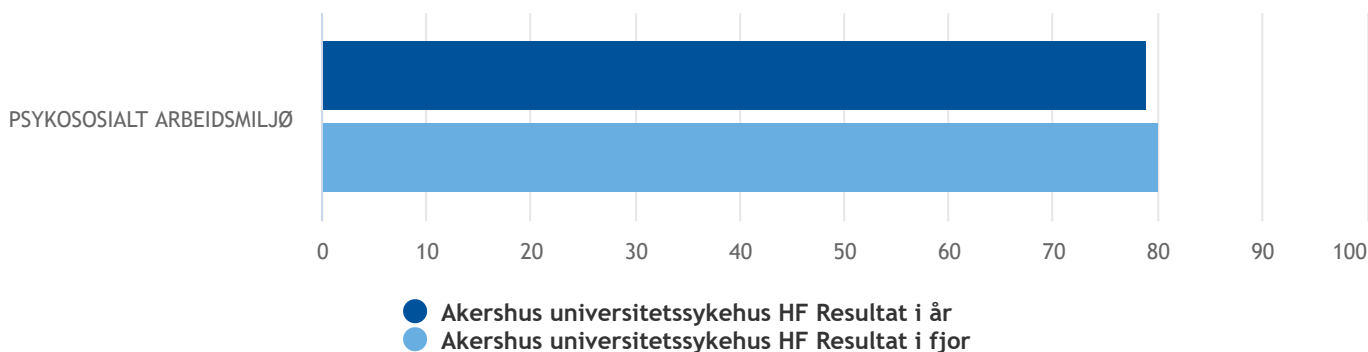
Sikkerhetsklima kartlegger varslingskulturen, og hvor trygg og åpen denne er. Det belyser forhold som virker inn på kvaliteten og pasientsikkerheten. Høy skår indikerer en god varslingskultur og åpenhet.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
Sikkerhetsklima	6393		80	81		82
Jeg melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil	6204	206	83	83		85
Det er trygt å si i fra om kritikkverdige forhold her	6233	177	77	78		79
Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem	6287	123	78	79		80
Mine kolleger oppmuntrer meg til å si fra om jeg er bekymret for sikkerheten	6045	365	81	81		81
Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterte forhold som gir/kunne gitt negativt utfall for pasient) håndtert riktig	4960	1450	81	81		82
Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her	5970	440	84	83		84

PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ

Teamet psykososialt arbeidsmiljø tar opp mobbing, trakassering, diskriminering og hvordan ansatte blir ivaretatt hvis en hendelse skulle oppstå. Høy skår indikerer trygt arbeidsmiljø og god håndtering av eventuelle konflikter.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
Psykososialt arbeidsmiljø	6365		79	80		79
Her jobbes det systematisk med forebygging og oppfølging av vold og trusler	5147	1263	74	76		72
Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for diskriminering her i løpet av de siste 12 månedene	5778	632	80	82		82
Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for mobbing eller trakassering her i løpet av de siste 12 månedene	5843	567	78	79		80
Jeg kjenner ikke til at noen har blitt utsatt for seksuell trakassering her i løpet av de siste 12 månedene	5665	745	92	92		93
Jeg vet hvordan jeg skulle gå frem dersom jeg la merke til at noen ble utsatt for mobbing, trakassering eller diskriminering	6210	200	81	82		80
Når konflikter oppstår her blir de håndtert på en god måte	5776	634	69	70		69

Diskriminering

Diskriminering betyr å behandle noen mindre gunstig enn andre. Ordet brukes oftest for å betegne en usaklig eller urimelig forskjellsbehandling av individer på grunnlag av kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, alder og andre vesentlige forhold ved en person. Diskriminering er forbudt etter Arbeidsmiljøloven §13-1 og etter Likestillingsloven §6.

Mobbing

Mobbing er at noen gjentatte ganger blir utsatt for negative handlinger eller atferd fra en eller flere personer, og har vansker med å forsvare seg mot dette.

Trakassering

Trakassering er handlinger, unnlater eller ytringer som virker eller har til formål å virke krenkende, skremmende, fiendtlige, nedverdiggende eller ydmykende.

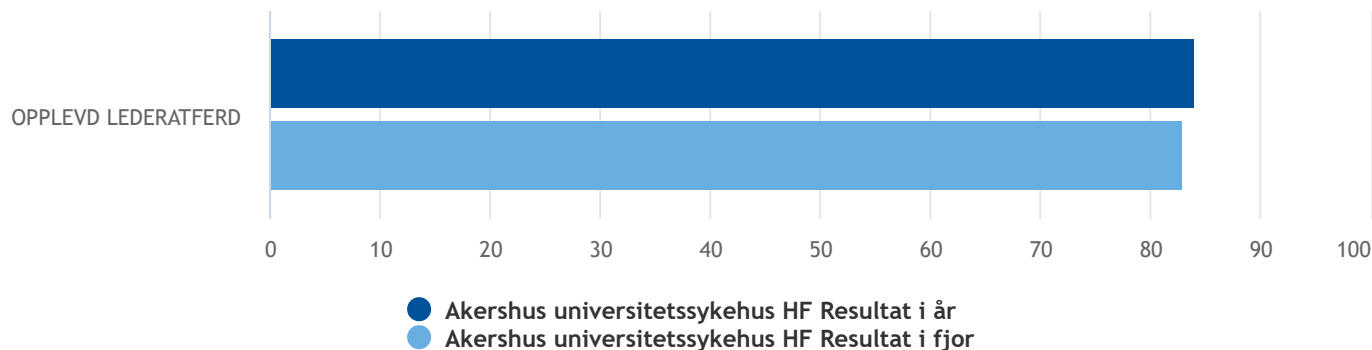
Både mobbing og trakassering er forbudt etter Arbeidsmiljøloven § 4-1. og § 4-3.

Seksuell trakassering

Seksuell trakassering er uønsket seksuell oppmerksomhet som har som formål eller virkning å være krenkende, skremmende, fiendtlig, nedverdiggende, ydmykende eller plagsom. Seksuell trakassering er forbudt, ifølge likestillings- og diskrimineringsloven § 13 og Arbeidsmiljøloven § 4-1. og § 4-3

OPPLEVD LEDERATFERD

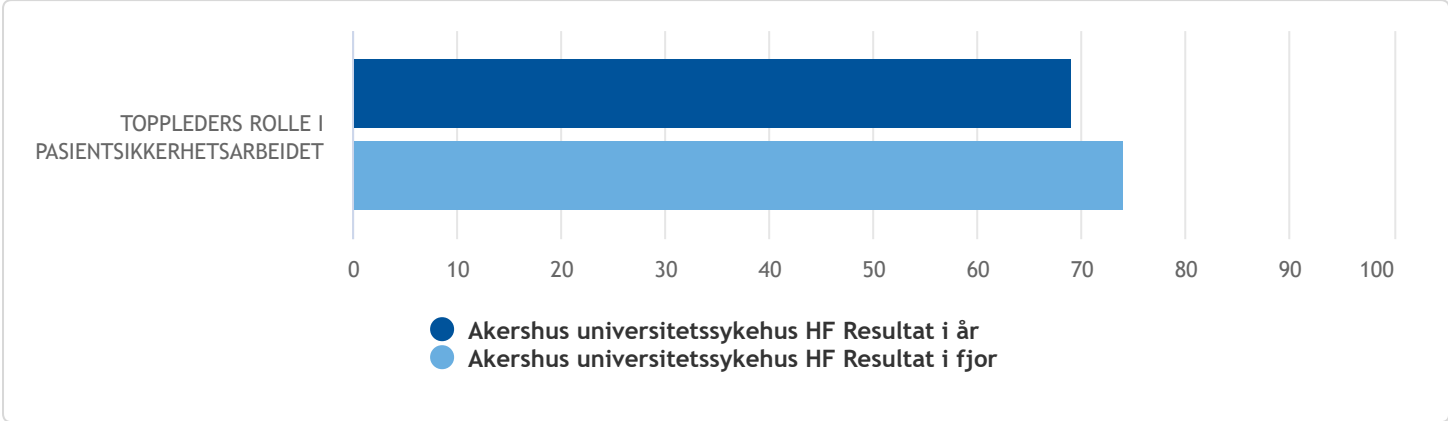
Temaet belyser relasjonen mellom leder og medarbeidere.
Ledelse har stor betydning for arbeidsmiljø og pasientsikkerhet.
Høy skår indikerer god ledelse.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
Opplevd lederadferd	6377		84	83		82
Min nærmeste leder har tydelige forventninger til mitt arbeid	6307	103	86	86		84
Min nærmeste leder er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det	6350	60	87	85		84
Min nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag	6109	301	83	82		81
Min nærmeste leder oppmuntrer meg til å si ifra når jeg har en annen mening	6231	179	80	81		79

TOPPLEDERS ROLLE I PASIENTSIKKERHETSARBEIDET

Høy skår indikerer tillit til at administrerende direktør støtter godt opp om arbeidet med pasientsikkerheten.

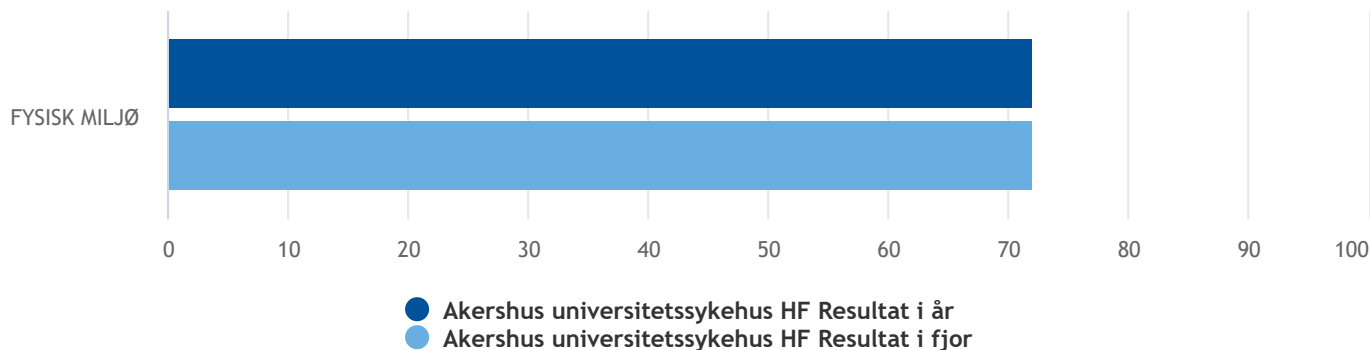


	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
Toppleders rolle i sikkerhetsarbeidet	4152		69	74		64
Administrerende direktør støtter opp om arbeidet med pasientsikkerheten i helseforetaket	4152	2258	69	74		64

FYSISK MILJØ

Temaet kartlegger ulike forhold som kan medføre helseplager, og skal bidra til å ivareta kravene i arbeidsmiljøloven, samt Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning.

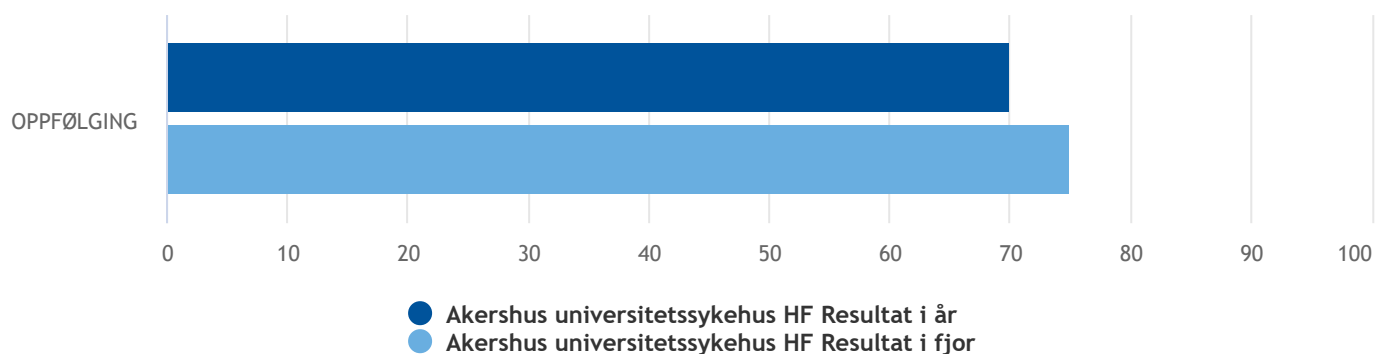
Det er ønskelig med høy skår på dette teamet.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
Fysisk miljø	6397		72	72		71
Det er et godt fysisk arbeidsmiljø her (luft, lys, støy, støv, vibrasjoner, og lignende.)	6372	38	53	53		53
Her arbeides det godt med brannvern	6109	301	76	79		78
Her tilrettelegges arbeidet slik at muskel- og skjelettplager forebygges	6097	313	63	64		63
Her blir alle godt beskyttet mot skadelige kjemikalier og biologiske farer	4833	1577	79	79		77
Her arbeides det godt med smittevern	6296	114	81	77		77
Her arbeides det godt med strålevern	2894	3516	77	74		75
Her er sikkerheten ved bruk av maskiner, tekniske hjelpemidler, eller utstyr godt ivaretatt	4506	1904	82	80		81
Her arbeides det godt med å unngå negativ påvirkning på det ytre miljøet	4932	1478	72	73		70

OPPFØLGING

Oppfølging av undersøkelsen kartlegger om det arbeides systematisk med forbedringer og om de ansatte var involvert i oppfølgingen av forrige undersøkelse. Høy skår indikerer at det arbeides systematisk med forbedringer og at det er en høy grad av involvering.

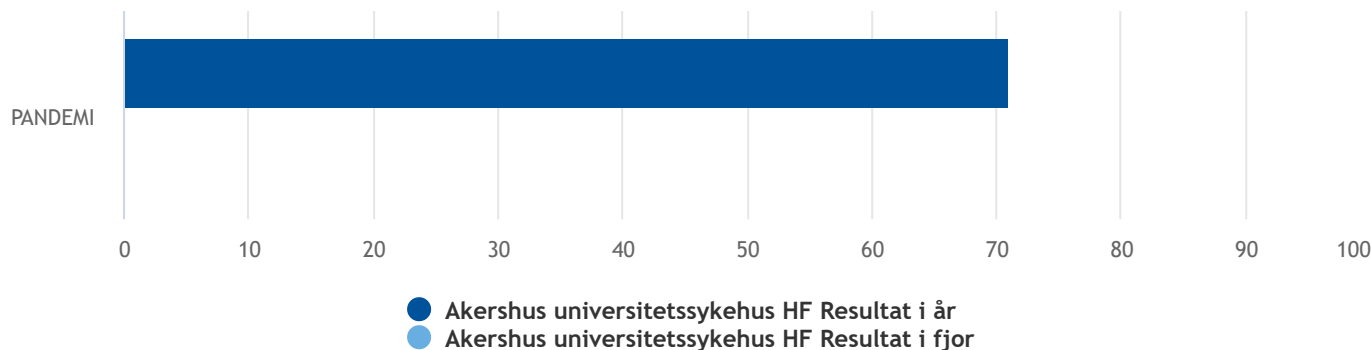


	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
Oppfølging	6268		70	75		69
Her arbeides det systematisk med å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten	6101	309	75	78		74
Jeg har vært involvert i oppfølgingen av den forrige ForBedring kartleggingen	5087	1323	64	71	↓	63

PANDEMI

Pandemien har preget helsetjenesten på mange ulike måter. For 2021 er temaet «Pandemi» tatt med, som ett nytt tema i dialogen om hvordan jobbe med pasientsikkerheten og arbeidsmiljøet.

Det kan være nyttig å diskutere både om pandemien har påvirket arbeidsmiljøet, og på hvilken måte den har preget arbeidet, før en jobber med tiltak.



	Antall svar	Antall vet ikke	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
Pandemi	6398		71	-	-	-
Mitt arbeid har blitt endret under pandemien (nye oppgaver, jobbe ved andre avdelinger, arbeid hjemmefra ol.)	6077	333	59	-	-	-
Her har ledere og medarbeidere støttet hverandre under pandemien.	6290	120	85	-	-	-
Jeg har blitt involvert i endringsprosessene under pandemien.	5880	530	68	-	-	-
Her fikk vi raskt på plass gode rutiner for smittevern.	6090	320	76	-	-	-
Jeg har fått god opplæring i smittevern her (inkl. bruk av personlig verneutstyr der det har vært påkrevet).	5951	459	76	-	-	-
Jeg har fått utvikle meg faglig til tross for smitteverntiltakene (deltatt på fagdager, faglige lunsjer, veiledning, digital kurs/konferanser, digitale fagsamlinger, ol.)	6057	353	58	-	-	-
Jeg har følt meg trygg på jobb under pandemien.	6351	59	74	-	-	-