

Diarienummer: REV 2019-00113

Revisionsenheten

Västra Götalandsregionen

2020-01-20

Fördjupad granskning

# Sjukhusstyrelsernas arbetsmiljöansvar

# Innehåll

Sammanfattning .....	3
Granskningens utgångspunkter .....	4
Bakgrund .....	4
Granskningens syfte och revisionsfrågor .....	4
Avgränsning .....	4
Revisionskriterier .....	5
Metod .....	6
Granskningsansvarig .....	7
Resultat av granskningen – Skaraborgs sjukhus .....	8
Iakttagelser .....	8
Styrning av arbetsmiljöarbetet .....	8
Förutsättningar för arbetsmiljöarbetet .....	10
Hantering av risker och avvikelser .....	12
Uppföljning av arbetsmiljöarbetet .....	13
Bedömning och rekommendationer .....	13
Resultat av granskningen – Sahlgrenska Universitetssjukhuset .....	16
Iakttagelser .....	16
Styrning av arbetsmiljöarbetet .....	16
Förutsättningar för arbetsmiljöarbetet .....	18
Hantering av risker och avvikelser .....	20
Uppföljning av arbetsmiljöarbetet .....	22
Bedömning och rekommendationer .....	23
Bilaga 1. Analysmall .....	25

# Sammanfattning

Denna granskning syftar till att bedöma om styrelserna för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skaraborgs Sjukhus tar sitt arbetsmiljöansvar. Utgångspunkten är att de förtroendevalda i nämnder och styrelser har det yttersta ansvaret för arbetsmiljön. I arbetsmiljölagen, Arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete samt Arbetsmiljöverkets råd till förtroendevalda anges hur arbetsmiljöarbetet ska utformas. Granskningen har fokuserat på hur dessa krav hanteras på sjukhusens ortopedavdelningar, men även det sjukhusövergripande arbetsmiljöarbetet lyfts.

Vad gäller **Skaraborgs sjukhus** är den sammanvägda bedömningen att styrelsen delvis har tagit sitt arbetsmiljöansvar. De avvikelser som revisionsenheten har noterat är främst:

- Styrelsen har inte inkluderat arbetsmiljöinvesteringar i detaljbudgeten.
- Rutinerna för arbetsmiljöarbetet är inte tillräckligt tillgängliga för medarbetare och chefer.
- Rutinen som syftar till att alla chefer och skyddsombud genomgår arbetsmiljöutbildning följs inte fullt ut.
- Arbetsmiljöavvikelser registreras enligt de intervjuade inte i tillräcklig utsträckning och återrapporteringen till arbetstagarna av hur avvikelserna hanteras kan utvecklas.
- Årlig uppföljning av det systematiska arbetsmiljöarbetet saknas.

Med anledning av iakttagelserna rekommenderas styrelsen för **Skaraborgs sjukhus** att:

- stärka styrningen och uppföljningen av arbetsmiljöarbetet genom att förtydliga vilka resurser som satsas på arbetsmiljöarbete samt se till att det systematiska arbetsmiljöarbetet följs upp,
- se till att sjukhusets rutiner för arbetsmiljöarbetet är tillgängliga och följs.

Även vad gäller **Sahlgrenska Universitetssjukhuset** är den sammanvägda bedömningen att styrelsen delvis har tagit sitt arbetsmiljöansvar. De avvikelser som revisionsenheten har noterat är främst:

- Styrelsen har inte inkluderat arbetsmiljöinvesteringar i detaljbudgeten.
- Rutinen för att dokumentera uppgiftsfördelningen vad gäller arbetsmiljöansvaret följs inte på alla verksamhetsområden.
- Arbetsmiljöavvikelser registreras enligt de intervjuade inte i tillräcklig utsträckning och återrapporteringen till arbetstagarna av hur avvikelserna hanteras kan utvecklas.

Styrelsen för **Sahlgrenska Universitetssjukhuset** rekommenderas därför att:

- stärka styrningen av arbetsmiljöarbetet genom att förtydliga vilka resurser som satsas på arbetsmiljöarbete,
- se till att sjukhusets rutiner för arbetsmiljöarbetet följs.

# Granskningens utgångspunkter

## Bakgrund

En god arbetsmiljö är en viktig faktor för att behålla och rekrytera medarbetare, minska sjukfrånvaron och förbättra hälsan hos medarbetarna. Arbetsmiljölagen ställer även krav på att arbetsgivaren ska vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall.

Regionfullmäktige har under flera år inkluderat målsättningar om en god arbetsmiljö i sin budget. I 2019 års budget är ett fokusområde att systematisera arbetsmiljöarbetet, breddinföra goda exempel och utveckla det hälsofrämjande arbetet.

Det är de förtroendevalda i nämnder och styrelser som har det yttersta ansvaret för arbetsmiljön. Revisorskollegiet bedömer att det finns risk för att Västra Götalandsregionens sjukhusstyrelser inte tar sitt ansvar för arbetsmiljön. Bristande styrning, uppföljning och kontroll av arbetsmiljön kan, förutom direkta konsekvenser för medarbetarna, få långtgående konsekvenser för sjukhusens verksamhet och ekonomi, t.ex. i form av ökad personalomsättning, minskad vårdproduktion, ekonomiska underskott och kvalitetsbrister.

## Granskningens syfte och revisionsfrågor

Granskingen syftar till att bedöma om styrelserna för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skaraborgs Sjukhus tar sitt arbetsmiljöansvar.

Frågorna som besvaras är:

- Har styrelserna en tillräcklig styrning av arbetsmiljöarbetet?
- Har styrelserna sett till att förutsättningar för ett systematiskt arbetsmiljöarbete finns på plats inom verksamheterna?
- Undersöks och åtgärdas risker och avvikelser vad gäller arbetsmiljön?
- Följer styrelserna i tillräcklig utsträckning upp hur arbetsmiljöarbetet fungerar och hur arbetsmiljön utvecklas?

## Avgränsning

Arbetsmiljö är ett brett område att granska. Granskingen har därför avgränsats till att undersöka ett urval av frågor, med grund i arbetsmiljölagen och fokus på de förtroendevaldas ansvar för arbetsmiljön samt kraven på ett systematiskt arbetsmiljöarbete. Urvalet av frågor finns i analysmallen, se bilaga 1. Tidsperioden som granskingen avser är år 2019.

Styrelsen för Skaraborgs sjukhus och styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset är granskningsobjekt. Granskingen har genomförts med fokus på sjukhusens ortopedavdelningar. Bakgrunden till urvalet är att en granskning som revisionsenheten genomförde år 2018<sup>1</sup> visade att personalomsättningen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skaraborgs sjukhus under flera år har ökat och legat på en hög

<sup>1</sup> Granskning av styrelsernas styrning av personalresurser, dnr. REV 2018-00096.

nivå, särskilt vad gäller undersköterskor och sjuksköterskor inom ortopedi. Samtidigt fanns det indikationer på att sjukhusstyrelserna inte hade efterfrågat information om långsiktiga trender eller analyserat utvecklingen i tillräcklig utsträckning.

## Revisionskriterier

### **Arbetsmiljölagen (1977:1160) 3 kap.**

Arbetsgivaren ska vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall. Arbetsgivaren ska systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller föreskrivna krav på en god arbetsmiljö. Arbetsgivaren ska utreda arbetsskador, fortlöpande undersöka riskerna i verksamheten och vidta de åtgärder som föranleds av detta. Åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska tidsplaneras. Arbetsgivaren ska i den utsträckning verksamheten kräver dokumentera arbetsmiljön och arbetet med denna.

När ändringar i verksamheten planeras, skall arbetsgivaren bedöma om ändringarna medför risker för ohälsa eller olycksfall som kan behöva åtgärdas. Riskbedömningen skall dokumenteras skriftligt. I riskbedömningen skall anges vilka risker som finns och om de är allvarliga eller inte.

### **Arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) 4-6 §§**

Arbetsgivaren skall ge arbetstagarna, skyddsombuden och elevskyddsombuden möjlighet att medverka i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Det skall finnas skriftliga rutiner som beskriver hur det systematiska arbetsmiljöarbetet skall gå till.

Arbetsgivaren skall fördela uppgifterna i verksamheten på ett sådant sätt att en eller flera chefer, arbetsledare eller andra arbetstagare får i uppgift att verka för att risker i arbetet förebyggs och en tillfredsställande arbetsmiljö uppnås. Arbetsgivaren skall se till att de som får dessa uppgifter är tillräckligt många och har de befogenheter och resurser som behövs. Arbetsgivaren skall också se till att de har tillräckliga kunskaper.

### **Arbetsmiljöverket om politikernas arbetsmiljöansvar<sup>2</sup>**

På uppdrag av fullmäktige ska politikerna se till att verksamheten drivs i enlighet med arbetsmiljölagen och föreskrifterna för arbetsmiljön. De ska verkställa fullmäktiges beslut och bland annat se till att konkreta arbetsmiljömål tas fram. De ska vidare fördela uppgifter i det systematiska arbetsmiljöarbetet till förvaltningschefen och se till att förvaltningschefen har befogenheter, resurser, kunskaper och kompetens för att kunna bedriva arbetsmiljöarbetet. Förvaltningschefen ska få rätt att fördela uppgifter så långt ut i organisationen så att det systematiska arbetsmiljöarbetet kan bedrivas ute på arbetsplatserna och att tillräckliga befogenheter, resurser, kunskaper och kompetens följer med. Konsekvenserna för arbetsmiljön ska bedömas vid planerade förändringar innan dessa genomförs. Politikerna ska också se till att förebyggande åtgärder i arbetsmiljön kan vidtas genom att ta med arbetsmiljöinvesteringar i det årliga budgetförslaget, samt att det

<sup>2</sup> Information från Arbetsmiljöverkets hemsida, hämtat 2019-12-02: <https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/arbetsgivarens-ansvar-for-arbetsmiljon/politikers-arbetsmiljoansvar/>

systematiska arbetsmiljöarbetet följs upp minst en gång per år och fungerar både på förvaltningsnivå och ute på enheterna.

### **Kommunallagen (2017:725), 6 kap.**

Nämnderna ska var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. De ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

### **Reglementen för styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset och styrelsen för Skaraborgs sjukhus, dnr. RS 691-2012**

Styrelserna är anställningsmyndigheter för personal vid sina förvaltningar med undantag för förvaltningschef som anställs av regionstyrelsen. Styrelserna har hand om personalfrågor inklusive arbetsmiljöfrågor inom sina verksamhetsområden med undantag av de frågor som ankommer på regionstyrelsen. Styrelserna ansvarar för att deras ledningssystem och organisationer är tydliga och ändamålsenliga med hänsyn till fullmäktiges mål och styrmodell samt lagar och andra författningar för verksamheterna.

## **Metod**

De metoder som har använts är intervjuer och dokumentgranskning.

Intervjuer har genomförts med följande funktioner:

### **Sahlgrenska Universitetssjukhuset**

- HR-chef för område 3
- Verksamhetschef för verksamhetsområde ortopedi
- Avdelningschef på verksamhetsområde ortopedi
- Två skyddsombud för Vårdförbundet på verksamhetsområde ortopedi

### **Skaraborgs sjukhus**

- HR-chef
- HR-strateg med inriktning på arbetsmiljö
- Verksamhetschef för verksamhetsområde ortopedi
- HR-konsult för verksamhetsområde ortopedi
- Två skyddsombud för Kommunal på verksamhetsområde ortopedi

De intervjuade har beretts möjlighet att faktagranska rapporten.

De dokument som har granskats på bägge sjukhus består framför allt av:

- Övergripande styrdokument, t.ex. detaljbudget och verksamhetsplaner
- Styrelseprotokoll från januari-november 2019
- Lokala rutiner, mallar och checklistor som sjukhusen använder i sitt arbetsmiljöarbete
- Protokoll från arbetsmiljöforum från januari-november 2019
- Dokumentation av genomförda riskanalyser 2019 på ortopedavdelningarna
- Dokumentation av genomförda arbetsmiljö-/skyddsronder 2019 på ortopedavdelningarna

- Dokumentation av arbetsfördelningen vad gäller arbetsmiljöansvaret på ortopedavdelningarna

## Granskningsansvarig

Granskningsansvarig är Josephine Massie. Marit Käppi, Karin Elgh och Thomas Vilhelmsson deltar i granskningen.

# Resultat av granskningen – Skaraborgs sjukhus

## Iakttagelser

### Styrning av arbetsmiljöarbetet

#### Organisation

Grunden i organisationen för arbetsmiljöarbete på Skaraborgs sjukhus är arbetsmiljökommittéer. Man hade tidigare en samverkansmodell men frångick denna då arbetsmiljöfrågorna upplevdes bli bortprioriterade till förmån för förhandlingar. Idag har man en central arbetsmiljökommitté och lokala arbetsmiljökommittéer på varje verksamhetsområde i vilka både ledningsfunktioner och skyddsombud deltar. I dessa forum lyfts frågor som handlar om arbetsmiljö men som inte är föremål för förhandling enligt medbestämmandelagen (MBL).

- Central arbetsmiljökommitté (4 möten per år)
- Central arbetsmiljödialog (30 minuter varannan vecka, varje vecka under sommarperioden)
- Lokala arbetsmiljökommittéer (4 möten per år)

Ytterligare möten med arbetsmiljökommittéerna sker vid behov.

#### Mål

Av detaljbudgeten för 2019 framgår övergripande mål och aktiviteter som förväntas leda till förbättringar av arbetsmiljön, t.ex.:

- Utbildning av chefer i Organisatorisk och Social Arbetsmiljö (AFS 2015:4)
- Kartläggning av långtidssjukskrivna med handlingsplan för återgång i arbete
- Införande av karriärutvecklingsmodeller
- Informationsinsats för ökat utnyttjande av friskvårdsbidraget
- Arbeta med hälsoprofiler tillsammans med Hälsan & Arbetslivet

I sjukhusets verksamhetsplan för 2019 framgår att en del i sjukhusets framtidsbild är ”en arbetsplats där medarbetarna trivs och mår bra”. Regionfullmäktiges mål och fokusområden för arbetsmiljö anges. De måltal som används för att följa upp arbetsmiljömålen i verksamhetsplanen är:

- Nettoårsarbetare: 3760
- Personalomsättning: 10 %
- Andel kostnad för bemanningsföretag av personalkostnad: <2 %
- Andel sjukfrånvaro av ordinarie tid: 6 %

Enligt HR-chefen finns det även andra mål för arbetsmiljön på Skaraborgs sjukhus än de som anges i verksamhetsplanen, som består av att övertiden ska minska och att ingen ska bli utsatt för kränkande särbehandling eller sexuella trakasserier.

På verksamhetsnivå utgår man från den regionala medarbetarpolicyn och regionfullmäktiges fokusområden när man utformar sitt arbetsmiljöarbete. Under 2019 arbetar man framför allt med två områden:

- Att stärka värdegrunden genom att ta fram en uppförandekod för hur medarbetarna ska bete sig på arbetsplatsen.
- Förbättra medarbetarnas hälsa och möjligheter till friskvård.

Enligt sjukhusets uppgiftsbeskrivning för arbetsmiljöarbetet ska det tas fram årliga handlingsplaner för det systematiska arbetsmiljöarbetet på såväl sjukhusövergripande nivå som på verksamhets- och enhetsnivå. Sjukhuset har en årlig handlingsplan för vilka aktiviteter och insatser som ska genomföras tillsammans med Hälsan & Arbetslivet. På sjukhusnivå finns det även en handlingsplan som togs fram efter medarbetarenkäten 2017. Den inkluderar 8 utvecklingsområden varav 5 avser medarbetare. Alla verksamheter ska arbeta med dessa områden. Det finns ingen gemensam handlingsplan för ortopedin vad gäller den förra medarbetarenkäten. Vissa enheter har tagit fram egna handlingsplaner utifrån resultatet i medarbetarenkäten. Enligt verksamhetschefen för ortopedin tas det fram verksamhetsmål och handlingsplaner för det systematiska arbetsmiljöarbetet på verksamhetsområdet inför 2020.

### **Ansvarsfördelning**

I instruktionen till sjukhusdirektören framgår att denne ansvarar för att:

- Se till att de anställdas arbetsmiljö har en tillfredsställande utformning och att linjeansvaret är tydligt inom förvaltningen.
- Se till att styrelsens skyldigheter uppfylls vad gäller information och förhandling enligt lag (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet.
- Genomföra regionstyrelsens beslut om regiongemensamma riktlinjer och tillhörande rutiner vad gäller bland annat personal.

Sjukhuset har ett dokument som kallas ”Uppgiftsfördelning i det systematiska arbetsmiljöarbetet” (från 2014). Här anges ansvarsområden för sjukhusdirektören och linjecheferna. Ansvaret fördelas i en kedja från sjukhusdirektör till biträdande sjukhusdirektör till verksamhetschef och vidare till enhetschef. Mottagande chef ska skriftligen bekräfta mottagandet av uppgifterna samt att hen har tillräcklig kompetens för att utföra uppgifterna. Arbetsmiljöuppgifter som inte bedöms möjliga att utföra ska returneras till närmast överordnad chef genom blanketten ”Returnering av arbetsmiljöuppgift”. I bilaga till uppgiftsfördelningen anges varje ledningsfunktionens uppgifter mer detaljerat.

Revisionsenheten har kontrollerat dokumentation av uppgiftsfördelningen från biträdande sjukhusdirektör till verksamhetschefen för ortopedin samt från verksamhetschefen till enhets- och processchefer. Ansvaret har dokumenterats i enlighet med sjukhusets rutiner.

## Förutsättningar för arbetsmiljöarbetet

### Rutiner

Sjukhuset använder sig av VGR:s gemensamma rutiner för arbetsmiljöarbetet men har även tagit fram sjukhus-specifika rutiner. Rutinerna sammanställs på sjukhusets intranät i en arbetsmiljöhandbok som är en del av Medarbetarhandboken respektive Chefshandboken. Arbetsmiljöhandboken består av en lista över styrdokument, både sjukhusets egna rutiner samt lagar och förordningar. Här hänvisas även till VGR:s guide för hälso- och arbetsmiljöarbete.

Bland de rutiner som sjukhuset själva har tagit fram kan nämnas:

- Riktlinje för överbeläggningar ut ett arbetsmiljöperspektiv
- Rutin för riskanalys
- Rutin för avvikelshantering
- Rutin för skyddsronder
- Rutin för arbetsplatsträff
- Mall för arbetsmiljökommittéernas möten
- Mall för medarbetarsamtal
- Metodik för systematiskt arbetsmiljöarbete vid Skaraborgs sjukhus

Alla lokala rutiner ligger dock inte i arbetsmiljöhandboken, t.ex. saknas sjukhusets lokala rutin för mer avancerade riskanalyser. Flera av de rutiner som ligger i arbetsmiljöhandboken går heller inte att komma åt. Till exempel går dokumenten ”Arbetsmiljöorganisation SkaS” och ”Dofter och tobaksrök” inte att öppna. Riktlinjerna för organisatorisk och social arbetsmiljö samt tillbud, arbetsskada och arbetsskadeanmälan hänvisar till externa sidor genom felaktiga länkar som inte leder någonstans.<sup>3</sup> Enligt HR-avdelningen beror de felaktiga länkarna på att VGR:s guide för hälsa och arbetsmiljö har reviderats och bytt placering under 2019.

Verksamhetschefen som har intervjuats upplever inte att Chefshandboken ger önskat stöd i arbetsmiljöarbetet, då de styrdokument och rutiner som finns där upplevs vara av varierande kvalitet och inte alltid är uppdaterade eller tillräckligt applicerbara på verksamheten. På ortopedien håller verksamhetschefen och områdets HR-konsult under hösten därför på att ta fram ett årshjul för det systematiska arbetsmiljöarbetet, som ska vara ett stöd för enhetscheferna genom att de fasta rutinerna kartläggs.

### Resurser

Vilka arbetsmiljöinvesteringar som ska genomföras 2019 framgår inte specifikt av styrelsens detaljbudget. Det framgår att investeringar ska göras i utrustning och lokaler, vilket även bör påverka arbetsmiljön. Aktiviteterna som ska genomföras för att förbättra arbetsmiljön är inte resurssatta.

Verksamhetschefen på ortopedien anser att brist på ekonomiskt utrymme för investeringar i vissa fall hindrar att arbetsmiljöproblem hanteras. Ett exempel som lyfts är en ombyggnation i Lidköping som under året har blivit nekad. Verksamhetschefen menar också att den allmänna resursbristen, med ett sparbetning på fem procent och

<sup>3</sup> Iakttagelserna baseras på observationer av intranätet i december 2019.

anställningsstopp, påverkar arbetsmiljön eftersom varje individ måste arbeta mer och det blir mindre tid över för att delta i friskvårdsaktiviteter som t.ex. pausgymna.

Även skyddsombuden lyfter att sparkraven leder till ökad belastning när extra personal inte får tas in om någon är frånvarande. De anser inte att det finns tillräckliga resurser för arbetsmiljöarbetet och lyfter som ett exempel att den senaste utbildningsdagen blev uppskjuten till hösten på grund av resursbrist.

Av delårsrapport augusti 2019 framgår att sjukhuset har minskat sina ”övriga” personalkostnader med 4,5 miljoner kronor jämfört med föregående år. Kostnaderna har framför allt minskat avseende personalrekrytering, företagshälsovård samt kostnader kopplat till extern- och internutbildning. Konsekvenserna av minskningen beskrivs inte i delårsrapporten.

### **Kompetens**

Enligt sjukhusets chefshandbok ska alla chefer ha genomgått VGR:s arbetsmiljöutbildning (som omfattar tre utbildningsdagar) innan de får arbetsmiljöuppgifter fördelat till sig. Arbetsmiljöutbildningen ska även erbjudas till alla skyddsombud, som går utbildningen gemensamt med cheferna.

På ortopedien hade två av enhetscheferna i oktober 2019 inte fått arbetsmiljöuppgifter fördelade till sig eftersom de inte hade genomgått arbetsmiljöutbildningen. De utför enligt verksamhetschefen ändå arbetsmiljöuppgifterna medan det juridiska ansvaret anses vara verksamhetschefens.

Skyddsombuden som har intervjuats känner inte till och har inte blivit erbjudna att gå arbetsmiljöutbildningen.

De som har intervjuats på ortopedien anser att kunskapen om arbetsmiljöarbete och rutinerna för detta varierar inom verksamheten, hos såväl chefer som skyddsombud.

### **Möjlighet till delaktighet i det systematiska arbetsmiljöarbetet**

Skyddsombuden menar att de största arbetsmiljöproblemen på enheten grundar sig i bristen på sjuksköterskor, vilket är svårt för arbetstagarna att påverka. Då fokus under lång tid har varit att hantera sjuksköterskebristen har det gjort att andra arbetsmiljöfrågor fallit bort.

På arbetsplatsträffar finns möjlighet att medverka i arbetsmiljöarbetet. Dock är deltagandet på arbetsplatsträffarna är inte alltid så omfattande. På de intervjuade skyddsombudens enhet är det endast de undersköterskor som inte arbetar helg och de få fasta sjuksköterskor som finns i verksamheten, och som inte arbetar nätter, som deltar. För de som missar arbetsplatsträffarna läggs handlingarna ut på intranätet.

Skyddsombuden som har intervjuats sitter med i den lokala arbetsmiljökommittén. De anser att fördelningen i representation mellan medarbetare och ledning är rimlig och att forumet fungerar bra. Det saknas dock en representant från Vårdförbundet och Läkarförbundet brukar inte delta.

## Hantering av risker och avvikelser

### Riskanalyser

Inventering och analys av risker i verksamheten ska både genomföras löpande och i samband med verksamhetsförändringar. Riskanalyser i samband med verksamhetsförändringar sker enligt en regiongemensam standardmall som finns i två varianter. Skaraborgs sjukhus har som tidigare nämnt även en egen rutin för mer avancerade riskanalyser. Under året har bland annat tre mindre riskanalyser gjorts på ortopedern. Det har handlat om vakanssättning, start av en ny operationslinje och ombyggnation av en avdelning. Riskanalyserna har dokumenterats och informerats om i den lokala arbetsmiljökommittén.

Skyddsombuden blir inbjudna att delta i risk- och konsekvensanalyser och anser att processen för detta fungerar bra, med undantag för att kallelserna till riskanalyserna ibland kommer med kort varsel.

### Löpande inventering av risker i verksamheten

I det dagliga arbetet är det enhetscheferna som ansvarar för att kontinuerligt utöva tillsyn på enheterna i syfte att spåra och undanröja risker och brister i arbetsmiljön. På ortopedern görs det till största del genom dagliga observationer och dialog mellan chefer och medarbetare samt vid arbetsplatsträffar.

Skyddsronder ska genomföras på ortopedens enheter en gång per år. Det finns diskussioner om att utöka detta till två gånger per år. Det är framför allt den fysiska arbetsmiljön som inventeras. När risker som berör flera medarbetare kommer upp i skyddsronderna ska det tas det upp i den lokala arbetsmiljökommittén. Utöver detta ansvarar alla medarbetare för att kontakta chef eller skyddsombud när risker upptäcks.

Revisionsenheten har tagit del av dokumentationen av genomförda skyddsronder 2019 på ortopedern samt en handlingsplan som har upprättats på avdelning 3 utifrån en genomförd skydds rond 2019. Av handlingsplanen framgår vilka åtgärder som ska vidtas för att minska de identifierade riskerna samt när riskerna ska vara åtgärdade.

Enligt skyddsombuden kan uppföljningen och återkopplingen utifrån skyddsronderna förbättras. De anser att hanteringen av de identifierade riskerna i större utsträckning borde vara en fråga som lyfts på arbetsplatsträffar.

Enhetscheferna har medarbetarsamtal en gång per termin med alla anställda. Vid dessa möten finns det möjlighet att lyfta risker i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön. Även den regiongemensamma medarbetarenkäten, som genomförs vartannat år, lyfts fram som ett sätt genom vilket de organisatoriska och sociala aspekterna på arbetsmiljön inventeras.

### Avvikelse rapportering och återkoppling

Sjukhuset har en rutin för avvikelshantering. Verksamhetschef ansvarar för att rutinen efterlevs. Avvikelser vad gäller både patientsäkerhet och arbetsmiljö ska rapporteras i IT-systemet MedControl PRO. Sjukhuset har en rutin som anger att även överbeläggningar ska anmälas i systemet. Avvikelser vad gäller arbetsmiljö ska sammanställas och återföras till enhetens medarbetare genom synliggörande på förbättringstavlor och/eller

arbetsplatsträffar. De ska även sammanställas varje halvår och redovisas i arbetsmiljökommittén.

Enligt skyddsombuden registreras inte avvikelser i den omfattning som det ska göras. Olycksfall med allvarliga konsekvenser brukar rapporteras men inte överbeläggningar. Själva systemet för inrapportering fungerar enligt skyddsombuden bra men medarbetarna uppges ändå inte prioritera inrapporteringen vid hög belastning. Skyddsombuden anser även att medarbetarna i för liten utsträckning får återkoppling på hur inrapporterade avvikelser har hanterats.

## Uppföljning av arbetsmiljöarbetet

Av delårsrapport 2019 framgår dels vilka aktiviteter som genomförs för att förbättra arbetsmiljön, dels hur arbetsmiljön utvecklas utifrån vissa indikatorer. Avseende arbetsmiljöindikatorer framgår att sjukfrånvaron och uttaget av övertid minskat jämfört med 2018 samt att personalomsättningen ökat med 1,2 procentenhet jämfört med 2018. Vidare redogörs för olika friskvårdssatsningar som genomförs på sjukhuset under året.

Sjukhusdirektören ansvarar enligt uppgiftsfördelningen för att fortlöpande hålla styrelsen underrättad om arbetsmiljöarbetet inom förvaltningen. Av styrelsens protokoll framgår att det som rapporteras vid återkommande tillfällen till styrelsen under året är vissa indikatorer som t.ex. personalomsättning, övertid och sjukfrånvaro, samt information om genomförda risk- och konsekvensanalyser vid stora verksamhetsförändringar.

Utöver de riskanalyser som görs i verksamheten genomför sjukhusstyrelsen en årlig riskanalys ur ett övergripande perspektiv. I 2019 års riskanalys prioriterade styrelsen två risker som är relaterade till arbetsmiljö: svårigheter att rekrytera nya medarbetare utifrån behov inom vissa specialistområden samt svårigheter att utveckla verksamhetsanpassad bemanning med schemaplanering och samplanering. Som kontrollmoment ska styrelsen få en extra rapportering utifrån frågorna:

- Sker förbättringar av arbetsmiljön?
- Kan nya medarbetare rekryteras till specialistområden med brist?
- Utvecklas en verksamhetsanpassad bemanning?

I ortopedens lokala arbetsmiljökommitté planerar man att följa upp och sammanställa vissa arbetsmiljöindikatorer (t.ex. sjukfrånvaro, utnyttjande av friskvårdsbidrag, personalomsättning och arbetsskador) i samband med kommitténs första möte år 2020.

## Bedömning och rekommendationer

### **Styrelsen har delvis en tillräcklig styrning av arbetsmiljöarbetet.**

Vi bedömer att det finns en etablerad organisation för hur arbetsmiljöarbetet ska bedrivas, i enlighet med kraven i reglementet. I linje med Arbetsmiljöverkets råd till förtroendevalda finns det även konkreta mål för arbetsmiljöarbetet på en övergripande nivå och styrelsen har fördelat arbetsmiljöuppgifter till förvaltningschefen. Samtidigt framgår inte arbetsmiljöinvesteringar av styrelsens budget 2019. På ortopedens verksamhetsmål och handlingsplaner för arbetsmiljöarbetet, som enligt sjukhusets rutiner ska upprättas årligen, saknats under 2019.

### **Styrelsen har delvis sett till att förutsättningar för ett systematiskt arbetsmiljöarbete finns på plats inom verksamheterna.**

Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) ska det finnas en dokumenterad ansvarsfördelning avseende det systematiska arbetsmiljöarbetet samt rutiner för hur det ska bedrivas. Vi bedömer att ansvaret för arbetsmiljöuppgifter har dokumenterats på Skaraborgs sjukhus. Vidare bedömer vi att Skaraborgs sjukhus har rutiner för hur det systematiska arbetsmiljöarbetet ska bedrivas. Dessa rutiner bedöms dock inte vara tillräckligt tillgängliga för medarbetare och chefer på intranätet, vilket kan förhindra att de efterlevs.

Arbetsmiljöverket anger att det ska finnas tillräckliga resurser och kompetens för arbetsmiljöarbetet. De intervjuade inom verksamhetsområde ortopedi menar att sjukhusets generella resursbrist påverkar möjligheterna att förbättra arbetsmiljön. Vad gäller kompetens visar granskningen av ortopeden att både arbetstagare och chefer upplever att kompetensen inom arbetsmiljöarbete kan förbättras. Vissa chefer har inte genomgått arbetsmiljöutbildning men utför ändå arbetsmiljöuppgifter. Skyddsombuden som har intervjuats anger att de inte har erbjudits arbetsmiljöutbildningen, vilket tyder på att rutinerna för detta inte följs inom alla verksamheter.

Arbetsmiljöverket anger att arbetstagare och skyddsombud ska ges möjlighet att medverka i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Skyddsombuden bedöms ha möjlighet att delta i arbetsmiljöarbetet genom bl.a. arbetsmiljökommittéerna. Av intervjuerna framgår att arbetstagarnas deltagande i forum där arbetsmiljöfrågor lyfts, som t.ex. arbetsplatsträffar, varierar beroende på vilka yrkesgrupper och skift de tillhör.

### **Risker undersöks och åtgärdas men avvikelshanteringen kan förbättras.**

Arbetsmiljölagen anger att risker för ohälsa eller olycksfall ska analyseras och dokumenteras både i samband med verksamhetsförändringar samt fortlöpande. Utifrån iakttagelserna i granskningen är vår bedömning att riskanalyser genomförs systematiskt vid verksamhetsförändringar samt löpande genom skyddsronder. Resultatet av analyserna dokumenteras och handlingsplaner upprättas vid behov.

Arbetsmiljölagen anger vidare att avvikelser vad gäller arbetsmiljön ska rapporteras och utredas. Granskningen visar att det finns system och rutiner för rapportering och hantering av arbetsmiljöavvikelser på Skaraborgs sjukhus. Intervjuerna med skyddsombuden tyder dock på att arbetsmiljöavvikelser inte registreras i den omfattning som det borde, t.ex. vad gäller överbeläggningar. Iakttagelserna tyder även på att återrapporteringen till medarbetarna av hur avvikelser hanteras kan förbättras.

### **Styrelsen har delvis följt upp hur arbetsmiljöarbetet fungerar och hur arbetsmiljön utvecklas.**

Enligt Arbetsmiljöverkets råd till förtroendevalda ska det systematiska arbetsmiljöarbetet följas upp årligen på flera verksamhetsnivåer. Kommunallagen ställer vidare krav på att styrelsen ska se till att den får tillräcklig information om verksamheten utifrån dess personalansvar.

Granskningen visar att uppföljning av arbetsmiljöindikatorer sker på såväl sjukhusnivå som på verksamhetsnivå. Styrelsen har utöver den rutinmässiga uppföljningen begärt särskild rapportering under året om hur arbetsmiljön utvecklas. I den lokala arbetsmiljökommittén på det granskade verksamhetsområdet sker uppföljning av vissa

arbetsmiljöindikatorer. Revisionsenheten har dock inte kunnat ta del av någon dokumentation som visar om och hur det systematiska arbetsmiljöarbetet följs upp på årlig basis och på flera verksamhetsnivåer, t.ex. vad gäller om rutiner följs och om arbetsmiljökommittéerna fungerar som avsett.

### **Sammanvägd bedömning och rekommendationer**

Vår övergripande bedömning är att styrelsen för Skaraborgs sjukhus delvis har tagit sitt arbetsmiljöansvar.

Styrelsen för Skaraborgs sjukhus rekommenderas att:

- stärka styrningen och uppföljningen av arbetsmiljöarbetet genom att förtydliga vilka resurser som satsar på arbetsmiljöarbete samt se till att det systematiska arbetsmiljöarbetet följs upp årligen,
- se till att sjukhusets rutiner för arbetsmiljöarbetet är tillgängliga och följs.

# Resultat av granskningen – Sahlgrenska Universitetssjukhuset

## Iakttagelser

### Styrning av arbetsmiljöarbetet

#### Organisation

Arbetsmiljöarbetet på Sahlgrenska Universitetssjukhuset utgår från en samverkansmodell. Modellen beskrivs i ett samverkansavtal mellan arbetsgivaren och de fackliga organisationerna. Det finns tre nivåer av samverkansgrupper där både arbetsgivaren och facken är representerade:

- Central samverkansgrupp (CSG)
- Områdessamverkansgrupp (OSG)
- Lokal samverkansgrupp (LSG)

Till CSG finns det en underliggande personal- och arbetsmiljögrupp (PA-gruppen) som bereder frågor inom arbetsmiljö och HR. Samverkansgrupperna har funktionen av skyddskommittéer, enligt arbetsmiljölagen 6 kap. 8 §.

Sjukhuset har även ett strategiskt råd för arbetsmiljö. I rådet sker förankringsprocesser mellan HR-avdelningarna. Rådet finns till för att harmonisera arbetssätten på områdesnivå. Varje område har en HR-avdelning och varje verksamhetsområde har en HR-specialist.

#### Mål

Sjukhuset har en övergripande strategi som är: ”Vi satsar på medarbetarna. Vi arbetar för att behålla och attrahera rätt kompetens. Vi arbetar för en god arbetsmiljö.”

I detaljbudgeten framgår att SU under 2019 arbetar för att:

- Möjliggöra en kompetensförsörjning dygnet runt med förbättrad schemaplanering. Ett återhämtningsprogram ska utvecklas för yrkesgrupper som arbetar på schema/går jour.
- Identifiera och pröva riktade insatser för att arbeta hälsofrämjande och förebygga sjukskrivningar. Kunskap och goda exempel om stress och återhämtning ska spridas.
- Förstärka förutsättningar för att bedriva det systematiska arbetsmiljöarbetet. En verktygslåda ska utvecklas för att underlätta och förenkla för chefer att genomföra det systematiska arbetsmiljöarbetet. Arbetsmiljöutbildning för nya chefer och skyddsombud kommer genomföras samt fördjupad modulutbildning inom exempelvis rehabilitering och konflikter/kränkande särbehandling.

Sjukhuset har ett måltal för minskad sjukfrånvaro 2019 som är -0,4 procent.

Område 3 har ett eget mål i sin verksamhetsplan om att arbetsmiljön ska vara god och att medarbetarna ska trivas. Indikatorerna som kopplats till detta mål är andelen studenter som

är nöjda med sin verksamhetsförlagda utbildning och den totala sjukfrånvaron i förhållande till motsvarande period föregående år.

På verksamhetsområde ortopedi arbetar man enligt verksamhetschefen framför allt med att utveckla hälsosamma scheman och förbättra arbetstiderna. I verksamhetsplanen 2019 för ortopedin finns det tre fokusområden kopplade till målet om att arbetsmiljön ska förbättras och sjukfrånvaron ska minska:

- Satsa på ledarskap. Aktiviteter som ska genomföras är: aktivt arbete med ledarskap och medarbetarskap, avsätta tid för ledare tillsammans med mentor, utbildning för alla chefer i Plan & Styr.
- Systematisera arbetsmiljöarbetet, breddinföra goda exempel och utveckla det hälsofrämjande arbetet. Aktiviteten som ska genomföras är: fokus gemensamma tvärprofessionella ansvarsområden.
- Utveckla och erbjuda moderna anställningsformer samt pröva arbetstidsmodeller. Aktiviteter som ska genomföras är: kartlägga möjligheterna till 80/10 eller liknande modell samt kartlägga möjligheterna till 5-dygnsvård på elektiva enheter.

### **Ansvarsfördelning**

I styrelsens delegationsordning har förvaltningschefen delegerats uppgiften att fastställa organisation för arbetsmiljöarbetet. Av styrelsens instruktion till sjukhusdirektören framgår vidare att denne ska se till att de anställdas arbetsmiljö har en tillfredsställande utformning och att linjeansvaret är tydligt inom förvaltningen. Sjukhusdirektören ansvarar också för att genomföra regionstyrelsens beslut om regiongemensamma riktlinjer och tillhörande rutiner på personalområdet.

Enligt rutin för fördelning av arbetsmiljöuppgifter har sjukhusdirektören det yttersta ansvaret för arbetsmiljön, men har möjlighet att fördela arbetsmiljöuppgifter till chefer. Syftet med fördelningen är att ansvaret för en arbetsuppgift ska ligga på den nivå där den kan fullgöras mest effektivt och att de skyldigheter som arbetsmiljölagen lägger på arbetsgivaren kan fullgöras i praktiken. Fördelningen ska vara skriftlig och undertecknas i samband med tillträdande av chefsbefattning. Fördelningen följer chefsbefattningens uppdrag och upphör i samband med chefsbefattningens avslutande.

Sjukhusdirektörens särskilda arbetsmiljöuppgifter är enligt rutinen att:

- hålla styrelsen underrättad om arbetsmiljösituationen vid sjukhuset
- träffa överenskommelse avseende företagshälsovård
- tillse att arbetsmiljöutbildning bedrivs för chefer och skyddsombud.

Särskilda arbetsmiljöuppgifter för sjukhusdirektör, områdeschefer, verksamhetschefer är att:

- se till att övergripande arbetsmiljömål inkluderas i verksamhetsplanering och budget
- övergripande organisera, genomföra och följa upp arbetsmiljöarbetet
- bedöma behov av och skapa förutsättningar för utbildning inom arbetsmiljöområdet
- omedelbart anmäla allvarligare olycka eller tillbud till Arbetsmiljöverket samt informera överordnad chef.

Vidare beskrivs mer allmänna arbetsmiljöuppgifter för alla chefer.

Vid revisionsenhetens kontroll av dokumentationen av uppgiftsfördelningen av arbetsmiljöansvaret konstaterades att verksamhetsområde ortopedi hade en otillräcklig dokumentation. Revisionsenheten har därmed inte kunnat ta del av några blanketter som visar hur ansvaret för arbetsmiljöuppgifterna har fördelats på verksamhetsområdet.

## Förutsättningar för arbetsmiljöarbetet

### Rutiner

Sjukhuset använder sig av VGR:s gemensamma rutiner för arbetsmiljöarbetet men har även tagit fram sjukhusspecifika rutiner. Rutinerna finns samlade på intranätets HR-portal.

Bland de rutiner som sjukhuset själva har tagit fram kan nämnas:

- Rutin för arbetsmiljöbedömning vid verksamhets- och organisationsförändring. Detta är en sjukhusspecifik modell för konsekvensanalys och riskbedömning. Det finns en tillhörande checklista.
- Rutin för fördelning av arbetsmiljöuppgifter. Beskriver vilka roller i linjeorganisationen som har arbetsmiljöuppgifter och vad dessa innefattar.
- Rutin för fördelning av arbetsmiljöuppgifter vid chefs frånvaro.
- Rutin för hantering av ärenden som har anmälts till Arbetsmiljöverket. Rutinen syftar till att samla information om alla tillfällen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) där enheter eller verksamheter har kontakt med Arbetsmiljöverket, för att kunna föra informationen vidare i organisationen och dra övergripande lärdomar och slutsatser som kan förbättra arbetsmiljöarbetet.
- Rutin vid kränkning av medarbetare från patient eller närstående. Inkluderar bland annat frågor som kan diskuteras på APT för att förebygga sådana situationer.
- Checklista vid introduktion av nya medarbetare och chefer. Här ingår information om samverkansorganisationen för medarbetare, att anmäla nya chefer till arbetsmiljöutbildning, att informera nya chefer om samverkansorganisationen samt arbetsskade- och tillbudsanmälan.
- Mall för fördelning av arbetsmiljöuppgifter, i form av en överenskommelse mellan chefer. Det finns även en blankett för returnering av arbetsmiljöuppgifter.
- Mall för handlingsplan vid arbetsmiljöåtgärder.

HR på område 3 har tagit fram ett årshjul för arbetsmiljöarbetet för att underlätta för cheferna att få en överblick över vad som ska göras när på året.

### Resurser

Investeringar i fastigheter och lokaler framgår av styrelsens detaljbudget 2019. I övrigt framgår inte av budgeten vad som är investeringar i arbetsmiljön. De aktiviteter som ska genomföras för att stärka arbetsmiljön är inte resurssatta.

Budgeten för arbetsmiljöarbetet är fördelad på flera olika nivåer. En stor del ligger på områdesnivå medan verksamheterna även får stå för vissa kostnader själva. För vissa

insatser kan man söka särskilda medel från Institutet för stressmedicin och Hälsan & Arbetslivet.

På område 3 har man enligt HR-chefen haft problem med att områdets budget för Hälsan & Arbetslivet inte håller, eftersom man använder sig i större utsträckning av företagshälsovården än vad det finns resurser för. Av OSG-protokoll framgår att område 3 under 2019 har ansökt om och fått beviljat särskilda medel från regionen för att sänka sjukfrånvaron med fokus på de enheter som har mest problem med detta.

Verksamhetschefen för ortopedien menar att det är ett generellt problem att de ekonomiska resurserna kontinuerligt krymper och att det särskilt påverkar chefernas arbetsmiljö som får ökade krav på sig. När resurserna är knappa blir det svårare att finansiera kompetensutveckling och nödvändiga anställningar, vilket skapar oro i personalgruppen. Det upplevs även saknas investeringsmedel för att förbättra den fysiska arbetsmiljön. Verksamheten är till stora delar förlagd till gamla lokaler där det finns problem med t.ex. vattenläckage och trånga salar. Vad gäller mindre investeringar i arbetsmiljön äskar avdelningarna medel för detta och bedömer att de oftast får investeringarna godkända.

Skyddsombuden på verksamhetsområde ortopedi menar att den fysiska arbetsmiljön är acceptabel men att den sociala och organisatoriska arbetsmiljön är ett problem. Det handlar framför allt om att många medarbetare är överarbetade, stressade och trötta på grund av underbemanning. Underbemanningen upplevs också leda till att det saknas tid för att genomföra friskvård på arbetstid samt tid för att implementera nya arbetssätt och riktlinjer. Belastningen bedöms dock vara väldigt olika beroende på vilken avdelning man arbetar på, vilka patienter man arbetar med, hur många anställda man är och hur sammansättningen av personal ser ut. Stressen kan leda till att sämre organisatorisk och social arbetsmiljön då det orsakar spänningar mellan enheter och medarbetare. Genom att arbeta med detta på utvecklingsdagar upplever skyddsombuden dock att man hela tiden får större förståelse för varandra.

### **Kompetens**

Enligt sjukhusets rutin för fördelning av arbetsmiljöuppgifter ska överordnad chef genom samtal säkerställa att mottagande chef har tillräckliga kunskaper om:

- Hur man bedriver ett väl fungerande systematiskt arbetsmiljöarbete
- Det regelverk som har betydelse för hälsa och arbetsmiljö på arbetsplatsen
- Faktorer som främjar en god fysisk och psykosocial arbetsmiljö

I annat fall måste den mottagande chefen först genomgå arbetsmiljöutbildning. Tidigare var detta ett krav oavsett den mottagande chefens kunskapsnivå.

På ortopedien har alla chefer med personalansvar genomgått arbetsmiljöutbildningen enligt verksamhetschefen. Även skyddsombuden erbjuds utbildningen. Detta bekräftas av de intervjuade skyddsombuden som själva har gått den.

Skyddsombuden menar att chefernas kunskaper om arbetsmiljöarbete generellt är tillräckliga men varierar beroende på att många chefer på enhetsnivå aldrig har arbetat som chefer tidigare. Det gör att skyddsombuden i vissa fall får ta ett större ansvar för att påpeka hur arbetsmiljöarbetet ska bedrivas. Det händer även att de möter motstånd när de vill avsätta tid till arbetsmiljöarbete och att de ibland blir kallade med kort varsel till skyddsronder, samverkansgrupper eller medarbetarsamtal. Av OSG-protokoll framgår att

även andra skyddsombud upplever att arbetsgivaren ibland kallar till möten med alltför kort framförhållning.

Vad gäller medarbetarna menar skyddsombuden att nya medarbetare introduceras till arbetsmiljöarbetet och att en viss kunskapsnivå därmed säkerställs. Detta ingår i rutinen för introduktion av nya medarbetare. Skyddsombuden får dock ofta hjälpa till med t.ex. avvikelshantering och förklara vilka vägar det finns för medarbetarna att lyfta problem.

Ett problem med arbetsmiljöarbetet är enligt skyddsombuden att det saknas skyddsombud på vissa av ortopedens avdelningar. Vårdförbundet har t.ex. ingen representant på ortopedins avdelningar på Östra- eller Sahlgrenska-området. Svårigheten att hitta företrädare påverkas av personalomsättningen.

### **Möjlighet till delaktighet i det systematiska arbetsmiljöarbetet**

De intervjuade skyddsombuden på verksamhetsområde ortopedi upplever att medarbetare och personalföreträdare generellt har goda möjligheter att påverka arbetsmiljön genom de olika forum som finns för detta. Skyddsombuden anser att arbetsklimatet i samverkansgrupperna är bra. Ibland upplever de dock att de kommer in för sent i processer när beslut redan har fattats av ledningsgruppen. De anser även att det är svårt att ha inflytande över de övergripande arbetsmiljöproblemen som handlar om bemanningsläget och resurser.

På verksamhetsområde ortopedi upplever de intervjuade skyddsombuden att arbetsplatsträffarna är forum där alla medarbetare har möjlighet att komma till tals och lyfta de frågor som behöver lyftas angående arbetsmiljön. Det är dock främst chefer, sjuksköterskor och undersköterskor som är med på arbetsplatsträffarna. Andra yrkesgrupper är inte lika knutna till arbetsplatsen och har sina egna forum. Även för sjuksköterskor och undersköterskor kan det vara svårt att delta eftersom verksamheten samtidigt måste hållas igång, men veckobrev och protokoll skickas ut efter mötena så att alla kan vara uppdaterade.

## **Hantering av risker och avvikelser**

### **Riskanalys**

Inventering och analys av risker i verksamheten ska både genomföras löpande och i samband med verksamhetsförändringar. Sjukhuset har en egen rutin och checklista för arbetsmiljöbedömning vid verksamhets- och organisationsförändring som inkluderar analys av vilka risker och konsekvenser en sådan förändring kan leda till.

Av protokoll från samverkansgrupperna framgår att risk- och konsekvensanalyser genomförs i samband med verksamhetsförändringar. Personalorganisationerna lyfter dock vid flera tillfällen under året behovet av att genomföra sådana analyser och ställer sig kritiska till specifika situationer när det inte har gjorts. Ett exempel är när arbetsgivaren beslutade om att förlägga ett väntrum för handkirurgin innanför verksamhetens skalskydd, vilket personalorganisationerna ansåg innebar en ökad risk för hot och våld mot medarbetare. De kritiserade då processen som de menade varken hade involverat skyddsombud eller inkluderat en risk- och konsekvensanalys.

På verksamhetsområde ortopedi har risk- och konsekvensanalys genomförts vid ett tillfälle under året i samband med flytt av en vårdavdelning. Revisionsenheten har tagit del av en dokumenterad analys från detta tillfälle.

Skyddsombuden som har intervjuats upplever att risk- och konsekvensanalyser generellt sköts i enlighet med rutinerna men att det ibland krävs påtryckning från personalorganisationerna för att det ska bli gjort före det att en förändring genomförs.

### **Löpande undersökning av risker i verksamheten**

Arbetsmiljörisker i verksamheten undersöks och lyfts fortlöpande på ett flertal sätt på sjukhuset.

I det dagliga arbetet på avdelningarna används fokustavlor för att lyfta problem som uppstår under arbetsveckan. Fokustavlorna är whiteboards som finns i personalrummen och på vilka medarbetarna skriver upp de problem som uppstår i det dagliga arbetet. Problemen blir generellt lösta i arbetsgruppen under arbetsveckan men om de är av större karaktär så lyfts de till kommande arbetsplatsträff.

Arbetsplatsträffarna genomförs en gång i månaden. På arbetsplatsträffarna finns det en stående punkt om arbetsmiljö där risker i verksamheten kan lyftas. Strukturen har sin grund i samverkansavtalet.

Skydds-/arbetsmiljöronder genomförs som rutin två gånger per år, i mars och oktober. Om det är ett år när medarbetarenkäten genomförs så uteblir oktober-ronden. I akuta fall kan ytterligare ronder genomföras. Revisionsenheten har tagit del av protokoll från skyddsronder på ortopedens enheter 2019.

Hela VGR genomför vartannat år en medarbetarenkät. På SU ansvarar cheferna för att presentera resultatet av enkäterna för medarbetarna och för att man tillsammans arbetar med resultatet. Det finns en rutin som består av att tre områden från enkäten ska lyftas på arbetsplatsträffar på alla avdelningar. I vissa fall tillsätts smågrupper som arbetar med områdena. I medarbetarenkäten lyfts frågor om den organisatoriska och sociala arbetsmiljön. Skyddsombuden som har intervjuats anser dock inte att resultatet från medarbetarenkäten tas omhand på önskvärdt sätt. Hanteringen av medarbetarenkätens resultat har utvärderats i områdessamverkansgruppen genom enkäter till medarbetarna. 60 procent uppgav att de hade haft genomgång av enkäten på arbetsplatsträff och 56 procent angav att man hade arbetat med resultatet av medarbetarenkäten.

Utvecklingssamtal genomförs av ansvarig chef med alla medarbetare utifrån den regiongemensamma mallen för detta, i vilken det finns frågor om arbetsmiljö, hälsa och trivsel. Utvecklingssamtal ska hållas minst en gång per år och samtalet ska ha ett tydligt arbetsmiljöperspektiv enligt samverkansavtalet. Skyddsombuden menar att utvecklingssamtalen genomförs på ett bra sätt på verksamhetsområde ortopedi. Samtalen hålls även med långtidssjukskrivna, vilket skyddsombuden kontrollerar i samband med löneöversynen. Enligt SU:s årsredovisning 2018 hade 80 procent av alla medarbetare på sjukhuset haft utvecklingssamtal med sin chef.

De senaste åren har område 3 på SU arbetat mycket med hälsogenomlysningar tillsammans med Hälsan & Arbetslivet. Det går ut på att chefer tillsammans med HR inventerar sjukfrånvaron i verksamheten för att undersöka vad ohälsan beror på. Hittar man

fokusgrupper där sjuktalen är över 15 procent så riktas särskilda insatser till dessa. Den aggregerade bilden utifrån hälsogenomlysningarna ska sedan lyftas i LSG.

### **Avvikelse rapportering och återkoppling**

Tillbud och arbetsskador ska enligt sjukhusets rutiner registreras i systemet MedControl Pro, där även patientavvikelse registreras. Ansvarig chef ska följa upp ärendena i MedControl PRO och personalen ska få återkoppling på vad som har hänt med avvikelserna.

Verksamhetschefen på ortopedin anger att man arbetar mycket med att utveckla avvikelshantering generellt och har särskilt avsatta tjänster för att arbeta med detta. Samtidigt anges det vara ett problem att avvikelser inte dokumenteras i den utsträckning som de borde. Risker åtgärdas ofta genom att man hanterar dem direkt på arbetsplatsen, vilket gör att det finns risk för att dokumentationen hoppas över.

Skyddsombuden menar att arbetsmiljöavvikelse generellt registreras och att systemet för detta fungerar bra. Avvikelse rapporteras enligt dem oftare för arbetsskador i form av t.ex. stickskador än för psykiska skador eller belastningsskador. Det beror på att de senare skadorna kan vara svårare att koppla till särskilda händelser i arbetet. Allvarliga avvikelser rapporteras alltid men mindre problem blir inte alltid inrapporterade. Rapporteringen av avvikelser påverkas enligt skyddsombuden av arbetsmiljön eftersom medarbetare som upplever stress hellre går hem och vilar än prioriterar att dokumentera avvikelser. Skyddsombuden anser att det generellt borde finnas mer tid för dokumentation.

I den lokala samverkansgruppen redogör en sektionschef som arbetar med avvikelshantering varje halvår för statistiken över avvikelser. Skyddsombuden menar dock att återkopplingen på registrerade avvikelser i övrigt ofta brister. De som har rapporterat en avvikelser undrar ofta hur problemet har åtgärdats och det är inte något som systematiskt lyfts vid arbetsplatsträffar.

Enligt HR-chefen för område 3 kan samma händelse registreras flera gånger i systemet vilket gör det svårt att följa upp avvikelserna och analysera utvecklingen.

Av protokoll från samverkansgrupperna framgår att avvikelser är något som återkommande diskuteras. I den centrala samverkansgruppen har man gått igenom alla allvarliga händelser som inträffade 2018. Av protokoll från områdessamverkansgruppen för område 3 och den lokala samverkansgruppen för ortopedin framgår att områdeschef och verksamhetschef vid flera tillfällen uppmanar till rapportering av avvikelser. Enligt protokollen från områdessamverkansgruppen har antalet oavslutade avvikelser i MedControl Pro minskat under 2019, vilket ses som ett tecken på ett mer aktivt arbete med att hantera avvikelserna.

### **Uppföljning av arbetsmiljöarbetet**

Av SU:s delårsrapport 2019 framgår utvecklingen avseende sjukfrånvaron, som minskat. I övrigt beskrivs de aktiviteter som genomförs under året för att uppnå mål och fokusområden och som syftar till att förbättra arbetsmiljön.

På SU ska det systematiska arbetsmiljöarbetet revideras årligen i maj för att säkerställa att arbetsmiljöarbetet fungerar effektivt. Som stöd i revisionsarbetet skickas ett e-baserat frågematerial ut till samtliga chefer. Besvarat frågematerial utgör sedan handlingsplan för

eventuella åtgärder. Enligt anteckningar från det strategiska rådet för arbetsmiljö är ett återkommande problem att svarsfrekvensen är låg. Resultatet av revisionen hanteras på arbetsplatsträffar samt i sjukhusets samverkansgrupper.

Styrelsen har fattat beslut om att få en särskild uppföljning och redovisning av anmälningar till Arbetsmiljöverket enligt arbetsmiljölagen 6 kapitlet, 6a §, i samband med delårsrapport augusti samt årsredovisningen. En anmälan till Arbetsmiljöverket enligt 6 kapitlet, 6 a § görs av skyddsombud då arbetstagarorganisationen menar att arbetsgivaren inte vidtagit tillräckliga åtgärder för att komma tillrätta med arbetsmiljöproblem.

HR-chefen på område 3 lyfter problemen med att kunna mäta effekterna av insatser för arbetsmiljön. Som exempel nämns att sjukfrånvaron kan vara låg för att personalen inte stannar hemma när de är sjuka, vilket de borde. Även den information som fås genom medarbetarenkäten en gång vartannat år upplevs som begränsad. Istället skulle det behövas en mer löpande och systematisk uppföljning.

Sjukfrånvaro och personalomsättning följs upp på lokalsamverkansgruppen på ortopedin efter begäran av detta från personalorganisationerna. Även antal avvikelser har under året redovisats och analyserats.

## Bedömning och rekommendationer

### **Styrelsen har delvis en tillräcklig styrning av arbetsmiljöarbetet.**

Vi bedömer att det finns en etablerad organisation för hur arbetsmiljöarbetet ska bedrivas, i enlighet med kraven i reglementet. Vidare har styrelsen fördelat arbetsmiljöuppgifter till förvaltningschefen, i linje med Arbetsmiljöverkets råd till förtroendevalda, och beslutat om mål för arbetsmiljöarbetet. Mål återfinns även på verksamhetsnivå. Precisering av vilka arbetsmiljöinvesteringar som ska genomföras saknas dock i styrelsens budget.

### **Styrelsen har delvis sett till att förutsättningar för ett systematiskt arbetsmiljöarbete finns på plats inom verksamheterna**

Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) ska det finnas rutiner för hur arbetsmiljöarbetet ska bedrivas samt en dokumenterad ansvarsfördelning avseende ansvarsfördelningen för arbetsmiljöuppgifter. Sjukhuset bedöms ha rutiner för hur det systematiska arbetsmiljöarbetet ska bedrivas. Rutinerna har på område 3 tillgängliggjorts genom att ett årshjul för cheferna har tagits fram. På verksamhetsområde ortopedi har dock dokumentationen av ansvarsfördelningen för arbetsmiljöuppgifter brustit och sjukhusets rutiner har inte följts.

Arbetsmiljöverket anger att det ska finnas tillräckliga resurser och kompetens för arbetsmiljöarbetet. Enligt de intervjuade påverkar den generella resursbristen både chefers och medarbetares arbetsmiljö. Konsekvenserna beskrivs både som problem med den fysiska och den sociala och organisatoriska arbetsmiljön. Vad gäller kompetens har chefer och medarbetare enligt de intervjuade generellt god kompetens inom arbetsmiljöarbete, även om det varierar mellan enheter och påverkas av personalomsättningen.

Arbetsmiljöverket anger att arbetstagare och skyddsombud ska ges möjlighet att medverka i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Möjligheterna till delaktighet i arbetsmiljöarbetet upplevs generellt som goda. Skyddsombuden har inflytande genom bl.a. samverkansgrupperna. När det gäller arbetsplatsträffarna är det endast vissa yrkesgrupper,

som är knutna till arbetsplatsen, som deltar, vilket leder till variationer i hur delaktiga medarbetarna är i arbetsmiljöarbetet.

### **Risker och avvikelser undersöks och åtgärdas inte i tillräcklig utsträckning.**

Arbetsmiljölagen anger att risker för ohälsa eller olycksfall ska analyseras och dokumenteras både i samband med verksamhetsförändringar samt fortlöpande. Riskanalyser genomförs i samband med verksamhetsförändringar på SU. Det finns dock indikationer, utifrån intervjuer med skyddsombud och granskning av samverkansgruppernas protokoll, på att riskanalyser inte genomförs tillräckligt ofta eller i tillräckligt god tid före en förändring. Det finns former för att löpande lyfta risker, bland annat genom arbetsplatsträffar, skyddsronder och medarbetarenkäten. Vad gäller medarbetarenkäten finns det indikationer på att resultatet från och hanteringen av medarbetarenkäten kan återkopplas bättre till medarbetarna. Utifrån sjukhusets egna uppföljning verkar många verksamheten inte ha arbetat med resultaten.

Arbetsmiljölagen anger vidare att avvikelser vad gäller arbetsmiljön ska rapporteras och utredas. Granskningen visar att det finns system och rutiner för rapportering och hantering av arbetsmiljöavvikelser men att både chefer och skyddsombud upplever det som ett problem att avvikelser inte dokumenteras i tillräcklig utsträckning. Återkopplingen av registrerade avvikelser till medarbetarna upplevs av skyddsombuden som otillräcklig.

### **Styrelsen har följt upp hur arbetsmiljöarbetet fungerar och hur arbetsmiljön utvecklas.**

Enligt Arbetsmiljöverkets råd till förtroendevalda ska det systematiska arbetsmiljöarbetet följas upp årligen på flera verksamhetsnivåer. Kommunallagen ställer vidare krav på att styrelsen ska se till att den får tillräcklig information om verksamheten utifrån dess personalansvar.

Granskningen visar att det systematiska arbetsmiljöarbetet följs upp årligen på en övergripande nivå för sjukhuset. Styrelsen har även begärt särskild information om när personalorganisationerna gör anmälningar till Arbetsmiljöverket och det finns en rutin för hur lärdomar från anmälningarna ska spridas inom organisationen. Samtidigt är rapporteringen om arbetsmiljö och arbetsmiljöarbetet begränsad i styrelsens delårsrapport och på lokal nivå, där vissa indikatorer och arbetsmiljöavvikelser följs.

### **Sammanvägd bedömning och rekommendationer**

Vår övergripande bedömning är att styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset delvis har tagit sitt arbetsmiljöansvar.

Styrelsen rekommenderas att:

- stärka styrningen av arbetsmiljöarbetet genom att förtydliga vilka resurser som satsas på arbetsmiljöarbete,
- se till att sjukhusets rutiner för arbetsmiljöarbetet följs.

## Bilaga 1. Analysmall

Fråga	Rev. kriterium	Rev. bevis
<b>Har styrelsen en tillräcklig styrning av arbetsmiljöarbetet?</b>		
Finns det en fastställd organisation för arbetsmiljöarbetet?	Reglemente	Dokumentation av arbetsmiljöorganisation, intervju HR, intervju verksamhetsnivå, intervju skyddsombud
Finns det konkreta arbetsmiljömål?	Arbetsmiljöverkets råd till förtroendevalda	Intervju HR, intervju verksamhetsnivå, detaljbudget
Finns arbetsmiljöinvesteringar med i detaljbudgeten?	Arbetsmiljöverkets råd till förtroendevalda	Detaljbudget
Har styrelsen fördelat arbetsmiljöuppgifter till förvaltningschefen?	Arbetsmiljöverkets råd till förtroendevalda	Instruktion till sjukhusdirektör, delegationsordning
<b>Har styrelsen sett till att förutsättningar för ett systematiskt arbetsmiljöarbete finns på plats inom verksamheterna?</b>		
Finns det rutiner för hur det systematiska arbetsmiljöarbetet ska bedrivas?	Arbetsmiljölagen (1977:1160) 3 kap. ; Arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) 4-6 §§	Dokumenterade rutiner, intervju HR, intervju verksamhetsnivå, intervju skyddsombud
Finns det tillräckliga resurser för det hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande arbetsmiljöarbetet?	Arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) 4-6 §§	Intervju HR, intervju verksamhetsnivå, intervju skyddsombud
Finns det en dokumenterad arbetsfördelning avseende det systematiska arbetsmiljöarbetet?	Arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) 4-6 §§	Dokumenterad uppgiftsfördelning
Har personer med arbetsmiljöuppgifter tillräckliga	Arbetsmiljöverkets föreskrift om	Intervju HR, intervju verksamhetsnivå, intervju

befogenheter, kunskaper och kompetens för uppdragen, och är de tillräckligt många?	systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) 4-6 §§	skyddsombud, rutin för arbetsmiljöutbildning
Har arbetstagare och skyddsombud möjlighet att medverka i det systematiska arbetsmiljöarbetet?	Arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) 4-6 §§	Intervju skyddsombud
<b>Undersöks och åtgärdas risker och avvikelser vad gäller arbetsmiljön?</b>		
Analyseras och dokumenteras risker för ohälsa eller olycksfall i samband med verksamhetsförändringar?	Arbetsmiljölagen (1977:1160) 3 kap.	Intervju HR, intervju verksamhetsnivå, intervju skyddsombud, rutin för riskanalys, dokumentation av genomförda riskanalyser
Undersöks risker i verksamheten fortlöpande?	Arbetsmiljölagen (1977:1160) 3 kap.	Intervju HR, intervju verksamhetsnivå, intervju skyddsombud, rutin för skyddsronder, rutin för medarbetarsamtal, rutin för APT, dokumentation av genomförda skyddsronder
Rapporteras och utreds avvikelser vad gäller arbetsmiljön?	Arbetsmiljölagen (1977:1160) 3 kap.	Dokumentation av utredningar, intervju med HR, intervju verksamhetsnivå, intervju skyddsombud
Får styrelsen information om avvikelser, brister och olyckor?	Kommunallagen (2017:725), 6 kap.	Styrelseprotokoll
<b>Följer styrelsen i tillräcklig utsträckning upp hur arbetsmiljöarbetet fungerar och hur arbetsmiljön utvecklas?</b>	Kommunallagen (2017:725), 6 kap.	Styrelseprotokoll
Följs det systematiska arbetsmiljöarbetet upp årligen, på flera verksamhetsnivåer?	Arbetsmiljöverkets råd till förtroendevalda	Intervju HR, intervju verksamhetsnivå, intervju skyddsombud, dokumentation av uppföljning, årsredovisning 2018, delårsredovisning 2019, styrelseprotokoll

Begär och får styrelsen information om arbetsmiljöns utveckling?	Kommunallag (2017:725), 6 kap.	Styrelseprotokoll
--	--------------------------------	-------------------