|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tibro kommun** | Dokumentnamn Checklista för organisatorisk, social och psykosocial arbetsmiljörond | |
| Reg. Nr | Utgåva |
| Enhet | Giltig från  2016-01-31 | Ersätter |
| Framtagen av  Marita Johansson | Fastställd av |

|  |
| --- |
| Deltagare |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Checklistan kan användas som diskussionsunderlag på arbetsplatsträff/ ledningsgruppsmöte. Vid behov kan delar av (eller hela) checklistan fyllas i anonymt av enskild medarbetare och lämnas till närmaste chef. Svaren gås igenom och diskuteras på arbetsplatsträff/ ledningsgruppsmöte. De risker som hittas riskbedöms utifrån riskbedömningsmallen (finns i personalhandboken) och åtgärdas vid behov. De risker som inte kan åtgärdas direkt skrivs in i checklistan eller i handlingsplanen (mall finns i personalhandboken) och följs upp. | | Stryk frågor som inte passar verksamheten. Lägg till om någon specifik fråga saknas. | | | | |
| **MÅL (7§, AFS 2015:4)** | **Vad behöver göras? Behövs hjälp?** | **Vem ansvarar för att det blir gjort?** | **När ska det vara klart?** |
| 1. Finns uppsatta mål för organisatorisk och social arbetsmiljö? Ja  Nej |  |  |  |
| 2. Har medarbetarna varit delaktiga i upprättandet av målen? Ja  Nej |  |  |  |
| 3. Är målen kända i verksamheten? Ja  Nej |  |  |  |
| 4. Har målen förankring i Arbetsmiljöpolicyn? Ja  Nej |  |  |  |
| 5. Finns övriga punkter angående målen? Ja  Nej  Om ja vilka och vad görs åt detta? |  |  |  |
| **ARBETSBELASTNING (9 § AFS 2015:4 och 2 kap 1§ och 3 kap 2-3 i AML)** | **Vad behöver göras? Behövs hjälp?** | **Vem ansvarar för att det blir gjort?** | **När ska det vara klart?** |
| 1. Har medarbetarna klart för sig vilka arbetsuppgifter som ingår i dennes uppdrag? Ja  Nej |  |  |  |
| 2. Är det klart och tydligt beskrivet vem som gör vad i verksamheten? Ja  Nej |  |  |  |
| 3. Finns all nödvändig kompetens som behövs på arbetsplatsen? Ja  Nej |  |  |  |
| 4. Vet medarbetarna vilket resultat som ska uppnås med arbetet? Ja  Nej |  |  |  |
| 5. Vet medarbetarna om vilka befogenheter och resurser de har? Ja  Nej |  |  |  |
| 6.a. Har medarbetarna möjlighet att påverka sin arbetsbelastning? Ja  Nej  b. Har medarbetarna möjlighet att be om hjälp och stöd för att utföra sitt arbete? Ja  Nej |  |  |  |
| 7. Finns beskrivet vilka arbetsuppgifter som ska prioriteras när tillgänglig tid inte räcker till? Ja  Nej |  |  |  |
| 8.a Är arbetsbelastningen för var och en rimlig? Ja  Nej  b. Finns det risk för ohälsa i och med hög arbetsbelastning? Ja  Nej |  |  |  |
| 9. Sätts det in vikarier vid sjukskrivningar? Ja  Nej  Vid Nej hur hanterar ni om övrig personal får högre arbetsbelastning i och med att någon är frånvarande? |  |  |  |
| 10. Är arbetsmaterial, lokaler, teknisk utrustning och IT-stöd anpassade till verksamheten? Ja  Nej |  |  |  |
| 11 Dokumenteras avvikelser och mindre incidenter som är kopplade till hög arbetsbelastning? Ja  Nej |  |  |  |
| 12. Samtalar ni om arbets-belastning i olika forum? Ja  Nej |  |  |  |
| 13. Dokumenteras dessa samtal? Ja  Nej |  |  |  |
| 14.a Görs medarbetarenkät där arbetsbelastning är en del? Ja  Nej  b. Följs enkäten upp? Ja  Nej |  |  |  |
| 15. Riskbedöms verksamheten utifrån hög arbetsbelastning? Ja  Nej |  |  |  |
| 16 Åtgärdas de risker som bedöms som allvarliga direkt? Ja  Nej  Om Nej förs de in i en handlingsplan och följs upp?  Ja  Nej |  |  |  |
| 17. Kontrolleras att de åtgärder ni vidtagit med anledning av hög arbetsbelastning fått avsedd effekt? Ja  Nej |  |  |  |
| 18. Följs arbetsbelastningen upp:  a. löpande i verksamheten?  Ja  Nej  b. på avstämningsmöte för SAM? Ja  Nej  c. på den årliga uppföljningen av SAM? Ja  Nej |  |  |  |
| 19. Har medarbetarna kunskap om hur man förebygger och hanterar ohälsosam arbetsbelastning? Ja  Nej |  |  |  |
| **FORTS. ARBETSBELASTNING** | **Vad behöver göras? Behövs hjälp?** | **Vem ansvarar för att det blir gjort?** | **När ska det vara klart?** |
| 20. Ges utbildning i hur man hanterar arbetsbelastning? Ja  Nej |  |  |  |
| 21. Finns förutsättningar (befogenheter, rimlig arbetsbelast-ning och stöd i rollen som chef) för att omsätta dessa kunskaper i praktiken? Ja  Nej |  |  |  |
| 22. Är arbetet starkt psykiskt påfrestande? Ja  Nej |  |  |  |
| 23. Finns rutiner för att hantera särskilt krävande situationer inom verksamheten? Ja  Nej |  |  |  |
| 24 a. Genomförs riskbedömningar löpande i dessa verksamheter? Ja  Nej  b. Åtgärdas de risker som bedöms som allvarliga direkt? Ja  Nej  c. Om Nej förs de in i en handlingsplan och följs upp? Ja  Nej |  |  |  |
| 25. finns tillräckliga kunskaper inom verksamheter som är starkt psykiskt påfrestande eller krävande situationer? Ja  Nej |  |  |  |
| 26. Finns möjlighet till avlastande samtal (handledning) inom starkt psykiskt påfrestande eller krävande arbeten? Ja  Nej |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KRÄNKANDE SÄRBEHANDLING (13-14§ AFS 2015:4)** | **Vad behöver göras? Behövs hjälp?** | **Vem ansvarar för att det blir gjort?** | **När ska det vara klart?** |
| 1. Finns policy för kränkande särbehandling? Ja  Nej |  |  |  |
| 2. Är den känd i verksamheten? Ja  Nej |  |  |  |
| 3. Finns rutiner för kränkande särbehandling? Ja  Nej |  |  |  |
| 4.a Är den känd i verksamheten? Ja  Nej  b. efterlevs den? Ja  Nej |  |  |  |
| 5. Har medarbetarna kunskap om hur man förebygger och hanterar kränkande särbehandling? Ja  Nej |  |  |  |
| 6. Finns förutsättningar (befogenheter, rimlig arbetsbelastning och stöd i rollen som chef) för att omsätta dessa kunskaper i praktiken? Ja  Nej |  |  |  |
| 7. Dokumenteras avvikelser och mindre incidenter som är kopplade till kränkande särbehandling? Ja  Nej |  |  |  |
| 8. Anmäls allvarliga tillbud, olycksfall och arbetsskador (relaterade till kränkande särbehandling) till Arbetsmiljö- verket? Ja  Nej |  |  |  |
| 9. Utreds händelsen av ansvarig chef? Ja  Nej |  |  |  |
| 10. Följs kränkande särbehandling upp:  a. löpande i verksamheten?  Ja  Nej  b. på avstämningsmöte för SAM? Ja  Nej |  |  |  |
| **FORTS. KRÄNKANDE SÄRBEHANDLING** | **Vad behöver göras? Behövs hjälp?** | **Vem ansvarar för att det blir gjort?** | **När ska det vara klart?** |
| c. på den årliga uppföljningen av SAM? Ja  Ne j |  |  |  |
| 11. Samtalar ni om kränkande särbehandling i olika forum? Ja  Nej |  |  |  |
| 12. Dokumenteras dessa samtal? Ja  Nej |  |  |  |
| 13.a Görs medarbetarenkät där kränkande särbehandling är en del? Ja  Nej  b. Följs enkäten upp?  Ja  Nej |  |  |  |
| 14. Riskbedöms verksamheten utifrån kränkande särbehandling? Ja  Nej |  |  |  |
| 15. Åtgärdas de risker som bedöms som allvarliga direkt? Ja  Nej  Om Nej förs de in i en handlingsplan och följs upp?  Ja  Nej |  |  |  |
| 16. Har medarbetarna kunskap om hur man förebygger och hanterar kränkande särbehandling? Ja  Nej |  |  |  |
| 17. Ges utbildning i hur man hanterar kränkande särbehandling? Ja  Nej |  |  |  |
| **ARBETSTID (12§ AFS 2015:4 och Arbetstidslagen 1982:673)** | **Vad behöver göras? Behövs hjälp?** | **Vem ansvarar för att det blir gjort?** | **När ska det vara klart?** |
| 1. Ges medarbetarna möjlighet att bestämma över arbetstidens förläggning? Ja  Nej |  |  |  |
| 2. Tas särskild hänsyn vid arbetstidens förläggning så att de inte skapar ohälsa eller risker för medarbetarna? Ja  Nej |  |  |  |
| 3.a Ges medarbetarna möjlighet till:  a. återhämtning under sitt arbetspass? Ja  Nej  b. att lämna arbetsplatsen under sitt arbetspass (ex för promenad utomhus)? Ja  Nej |  |  |  |
| 4. Finns kollektivavtal som reglerar arbetstiden? Ja  Nej |  |  |  |
| 5. Har arbetsgivaren riskbedömt verksamheten utifrån arbetstiden? Ja  Nej |  |  |  |
| 6. Förväntas medarbetarna vara nåbar även på ledig tid (ex via mejl eller telefonen)? Ja  Nej |  |  |  |
| **LEDNING (6§ AFS 2001:1)** | **Vad behöver göras? Behövs hjälp?** | **Vem ansvarar för att det blir gjort?** | **När ska det vara klart?** |
| 1 Finns tillräckligt stöd i arbetet från närmsta chef? Ja  Nej |  |  |  |
| 2. Bemöts medarbetarna av respekt från närmsta chef? Ja  Nej |  |  |  |
| 3. Hanterar chefen motsättningar och konflikter på ett bra och förtroendeingivande sätt? Ja  Nej |  |  |  |
| 4. Är chefen öppen och lyhörd när det gäller förslag till förändringar? Ja  Nej |  |  |  |
| 5. Diskuterar chef med medarbetarna innan beslut fattas? Ja  Nej |  |  |  |
| 6. Följs beslut upp så att det ni bestämt blir utfört? Ja  Nej |  |  |  |
| 7. Har alla haft medarbetarsamtal med sin chef? Ja  Nej |  |  |  |
| **TRIVSEL OCH ARBETSKLIMAT (1§ AML)** | **Vad behöver göras? Behövs hjälp?** | **Vem ansvarar för att det blir gjort?** | **När ska det vara klart?** |
| 1. Upplevs en gemenskap och trivsel mellan kollegor? Ja  Nej |  |  |  |
| 2. Finns det stöd som behövs tillsammans med:  a. kollegor? Ja  Nej  b. administrativt stöd? Ja  Nej |  |  |  |
| 3. Ges beröm och stöd mellan kollegor? Ja  Nej |  |  |  |
| 4. Har ni ett öppet klimat vad gäller samarbetssvårigheter?  Ja  Nej |  |  |  |
| **HOT OCH VÅLD (AFS 1993:2)** | **Vad behöver göras? Behövs hjälp?** | **Vem ansvarar för att det blir gjort?** | **När ska det vara klart?** |
| 1. Har ni undersökt och bedömt riskerna för hot och våld vad gäller: a. personal? Ja  Nej  b. chefer? Ja  Nej  b. elever i skolan? Ja  Nej  c. utformning av lokaler? Ja  Nej  d. obehöriga på arbetsplatsen? Ja  Nej  e. ensamarbete? Ja  Nej |  |  |  |
| 2. Finns rutiner/ instruktioner för vad som ska göras vid en hot och våldssituation? Ja  Nej |  |  |  |
| 3. Är rutinerna/ instruktionerna kända i verksamheten? Ja  Nej |  |  |  |
| 4. Har medarbetarna fått utbildning i Hot och våld (ex konflikt – hantering, förhållningssätt)?  Ja  Nej |  |  |  |
| 5. Anmäls hot och våldshändelser som de ska enligt rutin? Ja  Nej |  |  |  |
| 6. Anmäls allvarliga tillbud, olycksfall och arbetsskador (relaterade till hot och våld) enligt rutin till Arbetsmiljöverket? Ja  Nej |  |  |  |
| 7. Utreds händelsen (enligt rutin) av ansvarig chef? Ja  Nej |  |  |  |
| 8. Förekommer det hot mot personal/elev som inte utreds? Ja  Nej |  |  |  |
| **UTBILDNING OCH KOMPETENS** (7§ AFS 2001:1) | **Vad behöver göras? Behövs hjälp?** | **Vem ansvarar för att det blir gjort?** | **När ska det vara klart?** |
| 1. Har alla en individuell kompetensutvecklingsplan? Ja  Nej |  |  |  |
| 2. Ges alla möjlighet till yrkesmässig fortbildning? Ja  Nej |  |  |  |
| 3. Har ni meningsfulla APT träffar? Ja  Nej |  |  |  |
| **ÖVRIGA FRÅGOR** | **Vad behöver göras? Behövs hjälp?** | **Vem ansvarar för att det blir gjort?** | **När ska det vara klart?** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |