

Konsernrevisjonen
Rapport 5/2018

**Revisjon av vold og trusler mot
helsepersonell**

Sørlandet sykehus HF

Revisjonsperiode: April – august 2018

Konsernrevisjonen, 14. august 2018

Introduksjon



Tiltakende alvorlige hendelser viser at helsepersonell ikke har hatt tilstrekkelig beskyttelse fra pasienter som er til fare for seg selv og andre. Helsepersonell i psykisk helsevern har forhøyet risiko for å bli utsatt for trusler og vold i løpet av arbeidskarrieren.

Målet med revisjonen er å undersøke om helseforetaket har iverksatt hensiktsmessige tiltak for å forebygge og følge opp, samt tilrettelegge for læring etter alvorlige hendelser.

For å undersøke dette har vi definert følgende problemstillinger:

- Har helseforetaket innført hensiktsmessige tiltak for å forebygge alvorlige hendelser?
- Gjennomfører helseforetaket nødvendig oppfølging av alvorlige hendelser?
- Har helseforetaket lagt til rette for læring etter alvorlige hendelser?

Revisjonen er gjennomført i tidsrommet april – august 2018.

Revisjonen *Vold og trusler mot helsepersonell* er forankret i konsernrevisjonens revisjonsplan for 2018, og vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF (HSØ RHF).



Innhold



| | |
|--|-----------|
| 1. Konklusjoner og anbefalinger | 4 |
| 1.1 Sørlandet sykehus HF bør styrke arbeide med læring etter uønskede hendelser | |
| 1.2 Anbefalinger | |
| 2. Kontekst | 6 |
| 2.1 Bakgrunn | |
| 2.2 Endringer i sentrale lover | |
| 2.3 Arbeidstilsynets veileder | |
| 2.4 Enheter med forhøyet risiko for vold og trusler | |
| 2.5 Prosjekt «Pasienter med voldsrisiko» | |
| 3. Tilnærming | 8 |
| 3.1 Metoder | |
| 3.2 Omfang og avgrensning | |
| 4. Observasjoner og vurderinger | 9 |
| 4.1 Har helseforetaket innført hensiktsmessige tiltak for å forebygge alvorlige hendelser? | |
| 4.2 Gjennomfører helseforetaket nødvendig oppfølging av alvorlige hendelser? | |
| 4.3 Har helseforetaket lagt til rette for læring etter alvorlige hendelser? | |
| 4.4 Vurderinger | |
| Vedlegg | 17 |
| Informasjonsgrunnlag | |
| Gjennomførte samtaler | |
| Revisjonsgrunnlag og revisjonskriterier | |

1. Konklusjoner og anbefalinger



1.1 Sørlandet sykehus HF bør styrke arbeidet etter uønskede hendelser

Trygge arbeidsplasser er viktig for å levere gode helsetjenester. Flere undersøkelser viser en økning av vold og trusler mot helsepersonell i Norge. Helseforetakene må etablere rutiner for å forebygge, følge opp og lære av uønskede hendelser.

Konsernrevisjonens overordnede vurdering er at Sørlandet sykehus HF har iverksatt hensiktsmessige rutiner for å forebygge alvorlige hendelser. Helseforetaket har god oversikt over risikobildet. Ansatte som blir utsatt for vold og trusler blir ivaretatt av ledere. Det er likevel et behov for å styrke arbeidet med oppfølging etter alvorlige hendelser, og det bør etableres et system som sikrer læring og forbedring etter hendelser som oppstår.

Vurderingen begrunnes med følgende:

- Helseforetaket har etablert god oversikt over risikobildet
- Oppfølgingen etter uønskede hendelser i KPH er lite systematisk
- Lærings- og forbedringsarbeidet er ikke satt i system

Helseforetaket har etablert god oversikt over risikobildet

Revisjonen viser at helseforetaket har etablert føringer som gir retning for hvordan ledere og ansatte skal arbeide for å forebygge uønskede hendelser. Videre har helseforetaket gjennom prosjektet «Pasienter med voldsrisiko» gjennomført risikovurderinger i de fleste enheter. Med denne kartleggingen har helseforetaket et godt grunnlag for videre forbedringsarbeid. Imidlertid viser revisjonen at det er ytterligere behov for målrettet opplæring i de reviderte enheter.

Oppfølgingen etter uønskede hendelser i KPH er lite systematisk

Våre undersøkelser tyder på at ansatte blir ivaretatt gjennom samtaler med leder etter alvorlige hendelser, og at dette gjennomføres i tråd med føringene. Den videre oppfølgingen fremstår imidlertid som noe mindre strukturert. Vår gjennomgang av avviksmeldinger viser at enhetene i liten grad har utformet tilstrekkelige tiltak for å redusere risikoen for gjentakende hendelser.

Konsernrevisjonens undersøkelser indikerer at det er lite oppmerksomhet på å melde avvik i flere av de reviderte enhetene. Videre viser testingen at akutenhetene klassifiserer hendelser med en lavere grad av alvorlighet enn prosedyrene tilsier. Dette kan forstås slik at disse har utviklet en forhøyet toleranse for å bli utsatt for vold og trusler. Samlet vil disse svakhetene ved rapporteringen gi et lite pålitelig informasjonsgrunnlag i det videre forbedringsarbeidet.

Lærings- og forbedringsarbeidet er ikke satt i system

Helseforetaket har data som gir oversikt over utviklingstrekk av meldte alvorlige hendelser som involverer ansatte. Vi ser imidlertid ikke at denne informasjonen anvendes systematisk til lærings- og forbedringsarbeid.

KPH har utarbeidet en prosedyre som regulerer bruk av årsaksanalyser etter uønskede hendelser. Konsernrevisjonen har ikke funnet at reviderte enheter har utarbeidet årsaksanalyse etter uønskede hendelser som involverer ansatte. Ved gjennomgang av et utvalg alvorlige hendelser så vi ikke at det var igangsatt konkrete tiltak som skulle medføre endringer i praksis.



1.2 Anbefalinger

Helseforetaket har et pågående arbeid med oppfølging av prosjekt «Pasienter med voldsrisiko». I det videre forbedringsarbeidet anbefaler konsernrevisjonen at helseforetaket innarbeider følgende:

- Økt struktur ved registrering og oppfølging av uønskede hendelser i avvikssystemet. Målet vil være å styrke ivaretagelsen av den enkelte medarbeider, samt å bedre påliteligheten i styringsinformasjonen.
- Anvende årsaksanalyser og bruke data fra avvikssystemet for å få økt innsikt om hvorfor hendelser inntreffer, hvem som er involvert og hvor hendelsene som oftest inntreffer. Målet med en mer analytisk tilnærming vil være å legge grunnlag for læring og varige forbedringer.

2. Kontekst



2.1 Bakgrunn

Helsedirektoratets rapport «Vold og trusler mot helsepersonell» fra 2017, viser en økning i antall rapporterte tilfeller i perioden 2012 -2016 i Helse Sør-Øst (HSØ). Dette til tross for at det er økt oppmerksomhet på å kartlegge risiko, forebygge og håndtere vold og trusler.

Det fremgår i rapporten at Sørlandet sykehus HF (SS) i denne perioden har hatt en svak nedgang frem til 2015 med en økning i 2016, se tabell 1.

Tabell 1: Utviklingen i rapporterte hendelser av vold og trusler ved SS.

| 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|------|------|------|------|------|
| 304 | 290 | 257 | 256 | 329 |

Det vises til at økningen i 2016 ikke gir grunnlag for å kunne konkludere med at det har vært en reell økning i tilfeller av vold og trusler. Større fokus på området kan ha medvirket til økt rapportering.

Som følge av rapporten fikk helseforetakene i Oppdrag- og bestillerdokumentet (OBD) for 2017 i oppgave å samarbeide med tillitsvalgte og vernetjenesten i arbeidet med å utvikle tiltak for å forebygge og ivareta beredskap for håndtering av vold og trusler.

HSØ RHF har gitt tilbakemelding på rapporten, der det gis føringer for hvordan helseforetakene skal styrke arbeidet gjennom ulike prosesser.

2.2 Endringer i sentrale lover

Arbeidsmiljøloven

Loven stiller krav til forsvarlige arbeidsbetingelser. Den krever blant annet i § 4-3 at arbeidstager skal, så langt det er mulig beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre. Fra 1.1.2017 ble det innført nye bestemmelser om vold og trusler i tre av arbeidsmiljøforskriftene. Endringene omhandler opplæring og informasjon, utforming av arbeidslokaler, risikovurdering og tiltak samt hvordan arbeidet skal planlegges.

Lov om psykisk helsevern

Fra 1.9.2017 trådte endringene i «Lov om psykisk helsevern» i kraft. Endringene gjelder først og fremst bruk av tvang og pasientenes rett til å bestemme om de vil motta hjelp. Pasientenes rett til å ta beslutninger selv er styrket. Pasienter med samtykkekompetanse vil som hovedregel ikke lenger kunne tvangsbehandles. I praksis betyr dette at alle helseforetak som er godkjent for å kunne iverksette tvangsbehandling må ta stilling til samtykkespørsmålet for alle pasienter som allerede er under tvungen vern.

2.3 Arbeidstilsynets veileder

Arbeidstilsynet har tolket hvilke lovkrav som stilles til arbeidsbetingelser og arbeidsmiljøarbeidet, og gir i veilederen «Vold og trusler i forbindelse med arbeidet – Forebygging, håndtering og mestring» konkrete og tydelige anbefalinger for hvilke tiltak som bør iverksettes for å forebygge vold og trusler på best mulig måte.



2.4 Enheter med forhøyet risiko for vold og trusler

Revisjonen har fokusert på de enhetene i Klinikk for psykisk helse (KPH) som har en forhøyet risiko for at ansatte blir utsatt for vold og trusler i arbeidssituasjonen. Enhetene blir nærmere presentert under.

ACT- og FACT-team

ACT (Assertive Community Treatment) er en modell som skal gi oppsøkende og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. ACT-teamene er tverrfaglig sammensatt og leverer både kommunale- og spesialisthelsetjenester. De består av integrert behandling av rus og psykisk lidelse og tett individuell oppfølging rettet mot arbeid, familie, fritid og bolig.

FACT (Flexible Assertive Community Treatment) er en tilpasning av ACT-modellen. Pasientene får intensiv behandling i spesialisthelsetjenesten når de trenger det, og kommunale helsetjenester når det er tilstrekkelig. Modellen tilsier at dette skal skje uten at pasienten må forlate FACT.

I begge modellene er det detaljerte beskrivelser av kriterier, både for å få tett oppfølging og når det er behov for mindre oppfølging.

SS etablerte første FACT-team ved Solvang DPS i 2014 og siden ved Lister DPS i 2015. DPS Aust-Agder opprettet FACT-team våren 2018.

Psykiatriske akuttenheter

Psykiatrisk akutt enhet i Kristiansand består av enhetene 6.1 og 6.2. Sammen skal disse enhetene dekke behovet for øyeblikkelig hjelp i Vest-Agder. Enhet 6.2 er en lukket enhet med ti sengeplasser, hvorav en kan benyttes til beltelegging.

Psykiatrisk akutt enhet i Arendal består av akutt enhet A og B og skal dekke behovet for øyeblikkelig hjelp i Aust-Agder. Akutt enhet B er en tilsvarende enhet som enhet 6.2 og har ni sengeplasser, hvorav en sengeplass kan benyttes til beltelegging.

Definisjon av øyeblikkelig hjelp etter «*Lov om psykisk helsevern*» er i hovedsak psykotiske tilstander preget av stor uro og aggressivitet eller destruktivitet, og sterk angst og depressive reaksjoner.

2.5 Prosjekt «Pasienter med voldsrisiko»

For å møte krav i OBD i 2017 iverksatte SS høsten 2017 prosjektet «*Pasienter med voldsrisiko*». Prosjektet skal bidra til at helseforetaket etterlever myndigheters krav om risikovurderinger og gi forslag til risikoreducerende tiltak.

Prosjektets risikovurderinger er ferdigstilt og anbefalte tiltak skal implementeres først i de somatiske klinikkene.

3. Tilnærming



3.1 Metoder

Revisjonen er gjennomført ved gjennomgang av dokumenter, samt analyser og testing. Videre har vi gjennomført intervjuer med sentrale personer i stab og ledere på ulike nivåer. I tillegg har vi hatt samtaler med et begrenset antall ansatte som har vært utsatt for alvorlig vold av pasienter. Oversikt over informasjonsgrunnlag og intervjuer fremgår i vedlegg 1 og 2.

For å se på utviklingen av antall alvorlige hendelser i helseforetaket har vi innhentet tall fra avvikssystemet TQM for perioden 1.1.2014 til 1. kvartal 2018. For å se på sammenhengen mellom bruk av mekaniske tvangsmidler, fastholding og beleggspersent opp mot meldte alvorlige hendelser, har vi innhentet tall på dette. Tallene er henholdsvis innhentet i aktivitetsoversikt og i tvangsmiddelprotokoll i perioden 1.1.2016 til 1. kvartal 2018.

For å undersøke hvordan helseforetaket følger opp saker som meldes, har vi testet 20 saker fra 1. mars 2018 og fortløpende bakover i tid ved enhet 6.2 og akuttenhet B. Vi har testet hvordan avvikene er gradert opp imot helseforetakets definisjon av hva en alvorlig voldsepisode er, og om tiltak ble iverksatt ut i fra helseforetakets føringer.

3.2 Omfang og avgrensning

Ved gjennomføring av revisjonen og valg av reviderte enheter har vi tatt høyde for helseforetakets arbeid innenfor temaet vold og trusler gjennom prosjektet «Pasienter med voldsrisiko». Som følge av prosjektet har vi valgt utvalgte enheter i KPH. Revisjonen har omfattet vold og trusler som utøves av pasienter mot helsepersonell. Den har ikke tatt for seg vold og trusler mellom medpasienter.

Revisjonen har ikke omfattet testing i journal av hvorvidt det er gjennomført voldsrisikovurdering av pasienter.

Følgende enheter er revidert: Enhet 6.2 Kristiansand, akuttenhet B Arendal og helseforetakets tre FACT-team ved Solvang DPS, Lister DPS og Aust-Agder DPS.

Konsernrevisjonen har benyttet Arbeidstilsynets definisjon av vold og trusler:

Vold og trusler er hendelser hvor arbeidstakere blir fysisk eller verbalt angrepet i situasjoner som har forbindelse med deres arbeid, og som innebærer en åpenlys eller antydnet trussel mot deres sikkerhet, helse eller velvære.

Trusler er verbale angrep eller handlinger som tar sikte på å skade eller skremme en person.

Vold er enhver handling som har til hensikt å føre til fysisk eller psykisk skade på person. Det kan også defineres som vold når arbeidstakere opplever utagerende handlinger hvor det utøves stort skadeverk på inventar og utstyr.

Det er gjennomført møte med helseforetakets ledelse der revisjonens foreløpige observasjoner ble gjennomgått og verifisert. Helseforetaket har gitt skriftlig tilbakemelding på utkast til rapport (13.6.18).

4. Observasjoner og vurderinger



I dette kapitlet presenterer vi våre observasjoner og vurderinger av problemstillingene knyttet til vold og trusler mot helsepersonell. Vi gir først en beskrivelse av observasjonene for hver av revisjonens tre problemstillinger. Til slutt gir vi en samlet vurdering av observasjonene.

4.1 Har helseforetaket innført hensiktsmessige tiltak for å forebygge alvorlige hendelser?

Føringer

Revisjonen viser at helseforetaket har styrende dokumenter som har som formål å legge til rette for at enheter forebygger, håndterer og følger opp vold og trusler mot helsepersonell i tråd med gjeldende lovverk og veiledere.

Helseforetakets prosedyre «Kartlegging og risikovurdering av vold, trusler og traumatiske hendelser» beskriver hvordan ledere i samarbeid med verneombud skal kartlegge risikobildet, og at handlingsplaner skal utarbeides på bakgrunn av risikovurderingene.

Kartlegging av voldsrisiko i helseforetakets enheter

Høsten 2017 ble mandat for prosjektet «Pasienter med voldsrisiko» vedtatt. Prosjektet har hatt et overordnet perspektiv og omfatter alle klinikker.

Prosjektet har gjennomført risikovurderinger i ca 80 enheter der resultatene er gradert ut fra følgende fire risikonivåer; *lav*, *moderat*, *høy* eller *kritisk*. Resultatene viser at flere poster i helseforetakets tre somatiske intensivenheter i graderes med *moderat* og *høy risiko*, hvor den største risikoen er knyttet til vektertjenesten.

For oppfølging og videre arbeid etter avsluttet prosjekt 15.3.18, har prosjektgruppen anbefalt tiltak for å redusere risiko. Ansvar for gjennomføring av tiltakene er plassert.

Konsernrevisjonen har gjennomgått risikovurderingene i de reviderte enhetene i KPH. Risikovurderingene som er utført ved FACT-teamet ved DPS Lister og Solvang DPS er utfyllende og det er utarbeidet risikoreduserende tiltak. Risikovurderingen som er utført ved FACT-teamet i Aust-Agder DPS mangler imidlertid gradering av risiko og plassering av ansvar for gjennomføring av tiltakene.

Enhet 6.2 og akuttenhet B har utfyllende risikovurderinger med påfølgende handlingsplaner. Det opplyses om at gjennomføring av risikovurderinger ikke har vært fast rutine i de enhetene som omfattes av denne revisjonen.

Kartlegging av voldsrisiko på pasientnivå

KPH har i kvalitetssystemet, et veiledende dokument for utforming av inntakstnotat ved innleggelse til døgnbehandling. Dette inneholder et oppsett for kartlegging av voldsrisiko. Enhetene bekrefter at inntakstnotatet er kjent og at det benyttes ved inntak av nye pasienter.

For videre utredning av pasienter der kartleggingen viser et atferdsmønster som inkluderer fare for voldelig atferd, benytter enhetene i stor grad utredningsverktøyet V-RISK-10 (Voldsrisiko sjekklister-10). Dette er en kort screening sjekklister som dekker historiske, kliniske og et utvalg av de viktigste risikofaktorene for fremtidig vold. Sjekklister skal gi støtte til å iverksette risikoreduserende tiltak.



Ved inntak av pasienter i FACT-teamene er kartlegging av voldsrisiko ikke med som standard oppsett i mal for inntakssamtalen. FACT-teamenes regelmessige tavlemøter har likevel sikkerhet som tema, og teamene vurderer hver morgen risiko for vold i forkant av alle hjemmebesøk for den enkelte pasient. FACT-teamene bekrefter at dette gjennomføres.

Medarbeiderundersøkelse

I medarbeiderundersøkelsen (MU) for 2016 svarer 89 % av medarbeiderne ved SS at de ikke hadde vært utsatt for vold eller trusler på jobb de siste 12 måneder.

Helseforetaket gjennomførte ikke MU i 2017 da utvikling av ny medarbeiderundersøkelse var i gang. Den nye undersøkelsen *ForBedring*, som ble innført i 2018 har fokus på både pasientsikkerhetskultur og arbeidsmiljø. Spørsmålene fra MU i 2016 og 2018 er imidlertid ulike og lar seg ikke direkte sammenligne. Helseforetaket skårer henholdsvis 82 og 83 av 100 på områdene *Sikkerhetsklime* og *Psykososialt arbeidsmiljø*. KPH skårer omtrent likt med helseforetakets totale skåring.

Kompetanse

Helseforetakets dokument «*Obligatorisk opplæring og anbefalte e-læringskurs SSHF*» viser at det er obligatorisk opplæring for alle ansatte i avvikssystemet TQM, og at ledere og verneombud skal gjennomføre kurs i «HMS opplæring». I tillegg skal alle nyansatte gjennomføre et tilrettelagt kurs. Dokumentet gir ikke føringer for spesifikk opplæring i å håndtere vold og trusler.

Sykehusavdelingen i KPH har et eget kurs i «*Terapeutisk mestring av aggresjon*» (TMA) som er obligatorisk for alle ansatte i akuttavdelingene. Enhetslederne er ansvarlig for at dette følges opp og blir gjennomført.

I tillegg opplyses det om at det skal gjennomføres regelmessige simuleringsøvelser på å håndtere voldsituasjoner.

Det er etablert kompetanseplaner på enhetsnivå, men det vurderes ikke å være behov for dette på individnivå. Faglig utvikling og vedlikehold av kompetanse diskuteres i utviklingssamtaler mellom leder og medarbeider.

Helsedirektoratet har gitt Nasjonal kompetansetjeneste ROP og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) i oppdrag å tilby et opplæringsprogram i ACT/FACT. Opplæringen skal fremme teammedlemmenes kunnskaper om modellen og deres ferdigheter, både som tjenesteutøver, teammedlem og samarbeidspartner overfor andre aktører.

Ved alle de tre FACT-teamene er det en intensjon om at alle ansatte skal gjennomføre kurset i regi av NAPHA. FACT-teamene er kommet noe ulikt i gjennomføringen av opplæringen. Det er i tillegg en forventning om at alle har, eller gjennomfører kurs i TMA. Deltagelse på kurs er ikke dokumentert.

Rapportering

Helseforetakets retningslinje «*Uønskede hendelser – registrering og behandling*» gir føringer for hvordan uønskede hendelser skal rapporteres i linjen. Ledere som er intervjuet er kjent med føringene og oppgir at praksis er i henhold til disse.

Helseforetakets arbeidsmiljøutvalg (HAMU) utarbeider en årsrapport, som blant annet oppsummerer antall skader på ansatte, inkludert vold og trusler. Handlingsplan skal utarbeides på grunnlag av denne oppsummeringen.



4.2 Gjennomfører helseforetaket nødvendig oppfølging av alvorlige hendelser?

Føringer

I henhold til helseforetakets prosedyre skal nærmeste leder med personalansvar legge til rette for oppfølging dersom en medarbeider har vært utsatt for alvorlig hendelse i en arbeidssituasjon. Helseforetaket har i tillegg en prosedyre som beskriver hvilke konkrete tiltak som skal iverksettes når alvorlige voldsepisoder rammer den ansatte.

Ledere oppgir i intervju at oppfølging av voldsepisoder gis i henhold til føringer. Melder av avviket har alltid samtaler med lederen og får nødvendig oppfølging før avviket lukkes i avvikssystemet. Lederne oppgir at de ikke har vært i kontakt med bedriftshelsetjenesten for å få bistand i oppfølgingen.

Organisering av arbeidet

Helseforetaket har arbeidsmiljøutvalg på foretaks- og klinikknivå. Årshjulet angir at det skal gjennomføres årlige vernerunder. I årsrapport 2017 for Helse, miljø- og sikkerhet (HMS) er resultat etter vernerunden ikke rapportert.

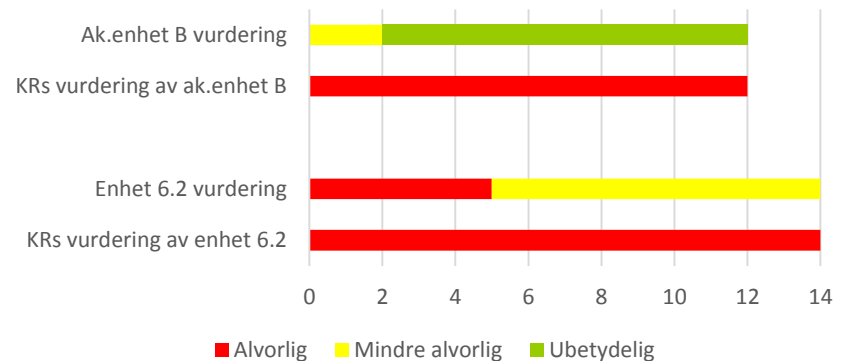
Det bekreftes gjennom intervju at HAMU/AMU ikke gjennomgår enkeltsaker som omhandler vold og trusler mot personell, men generell tematikk angående arbeidsmiljøet. Det kan eksempelvis være overbelegg og inneklima. Vold og trusler mot helsepersonell diskuteres i avdeling eller enhet.

I helseforetakets «Kvalitet- og Pasientsikkerhetsutvalg» (KPU) omhandles kun avvikssaker knyttet til pasienter. For å sikre at HMS integreres som en del av KPUs arbeid, opprettet helseforetaket i 2017 et HMS-arbeidsutvalg.

Utvalget involverer alle fagområdene innen HMS, inkludert kvalitet og pasientsikkerhet. Det foreligger ikke føringer for arbeidet.

Vurdering av rapporterte avvik

Konsernrevisjonen har testet 40 avvik fra TQM for akuttenehetene, og vurdert avvikene mot sykehusets egen definisjon av hva en alvorlig voldshendelse omfatter. I enhet 6.2 og akuttenehet B vurderte vi at henholdsvis 14 og 12 avvik var alvorlige voldsepisoder, se figuren under.



Figur 1: Kategorisering av avvik - akuttenehetene og konsernrevisjonen

Akuttenehet B graderte alvorlige voldshendelser lavere enn hva prosedyren tilsier. Enhet 6.2 graderte fem av avvikene i tråd med definisjonen, mens de resterende avvikene ble gradert lavere enn hva føringer tilsier.

Videre viste testingen at akuttenehet B iverksatte tiltak etter samtlige hendelser som konsernrevisjonen har vurdert som alvorlig. I alle tilfellene gjennomførte leder en samtale med melder.



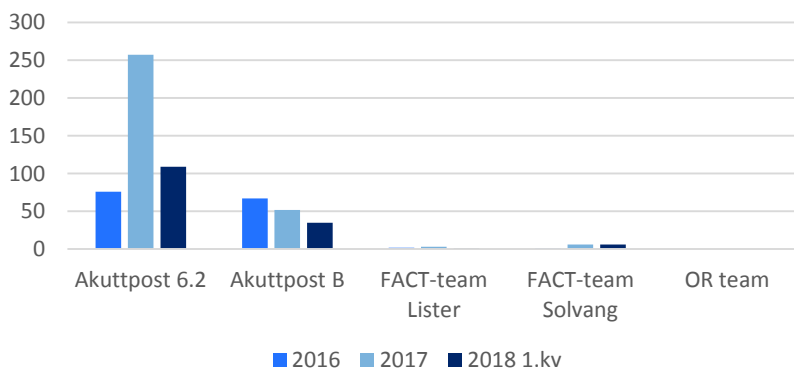
I videre oppfølging var tiltakene mindre konkrete f.eks. «Leder har gjennomført samtale med melder. Melders har gode forebyggende tiltak. Melders er ikke i behov for videre oppfølging».

Saksgangen angir imidlertid at det er behov for at enkelte temaer tas opp på nytt i enheten. Enhet 6.2 iverksatte tiltak for 1 av 14 hendelser som konsernrevisjonen vurderte som alvorlige.

Revisjonsteamet har hatt samtaler med et begrenset antall ansatte som har vært utsatt for en alvorlig hendelse, og alle forteller at de kjenner seg ivaretatt. Krav til oppfølging av egen leder synes å være kjent av de involverte, og disse mener at oppfølgingen er fulgt i henhold til helseforetakets føringer.

Ved gjennomgang av avviksmeldingene til disse medarbeiderne viser imidlertid dokumentasjonen at det ikke er gjennomført analyser av selve hendelsene for videre å kunne arbeide med konstruktive forbedringstiltak.

Figuren under viser utviklingen av uønskede hendelser knyttet til ansatte fra 2016 til 1. kvartal 2018 for enhetene revisjonen har testet.



Figur 2:Utviklingen av uønskede hendelser knyttet til ansatte reviderte enheter.

Som figuren viser er det store forskjeller i antall meldte avvik. FACT-teamene mener å ha tilfredsstillende rutiner for å håndtere den enkelte situasjon i tråd med intensjonen ved et FACT-team.

I intervju oppgis det begrunnelser for ikke å melde avvik. De ansatte oppfatter seg ikke nødvendigvis truet selv om de blir utsatt for uønskede hendelser. Videre kan det være ulike toleransegrenser og oppfatninger av hva som skal meldes. Det kan også være fordi avvikssystemet ikke er tilgjengelig der hendelsene skjer, og at det derfor oppleves lite hensiktsmessig å rapportere i etterkant.

Økningen i antall hendelser ved enhet 6.2 forklares med overbelegg i perioder i 2017, akuttinnleggelser av pasienter tilhørende FACT-teamet, og noe manglende fleksibilitet og samarbeid på tvers av avdelingene. Fra 1. oktober ble det iverksatt flere tiltak for å redusere overbelegget. Enheten har pr 1. tertial 2018 ikke redusert antall registrerte uønskede hendelser sett opp mot månedlig gjennomsnitt for 2017.

Akutttenhet B har et lavt antall registrerte uønskede hendelser sammenlignet med enhet 6.2. Det opplyses at dette kan skyldes dårlig meldepraksis og usikkerhet om hva som skal meldes. Det gis et gjennomgående inntrykk av at enheten ikke har definert hva som bør være nedre grense for å melde avvik.



4.3 Har helseforetaket lagt til rette for læring etter alvorlige hendelser?

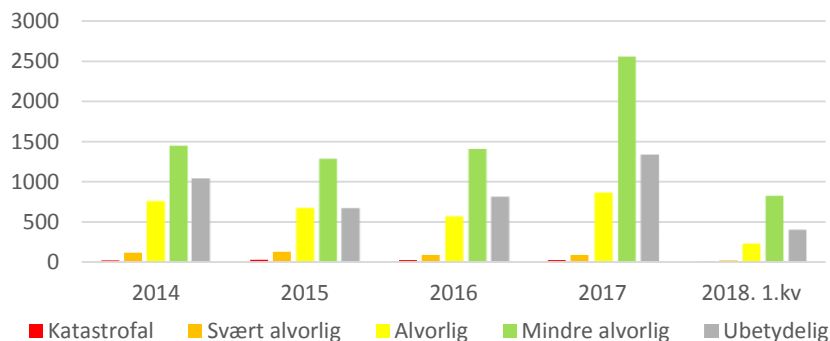
Føringer

Retningslinjen «Uønskede hendelser – registrering og behandling» legger til rette for at helseforetaket skal arbeide systematisk med forbedringer for å lære av alvorlige hendelser og hindre gjentakelser. Korrigerende tiltak skal baseres på resultater fra årsaksanalyser.

Det er utarbeidet en prosedyre i KPH for hvordan man skal gjennomføre en årsaksanalyse etter uønskede hendelser. Konsernrevisjonen har ikke funnet at reviderte enheter har utarbeidet slike årsaksanalyser.

Utvikling i uønskede hendelser

Figuren under viser uønskede hendelser i helseforetaket kategorisert etter alvorlighetsgrad.



Figur 3: Utvikling i antall uønskede hendelser ved SS.

Uønskede hendelser inneholder både pasient - og ansattskader. Det har vært en dobling av uønskede hendelser i 2017, men kategorisering av alvorlighetsgrad ble obligatorisk først i juni 2017. Dette medfører en usikkerhet ved sammenligning av tallene fra 2014 til 2018.

Konsernrevisjonen har analysert hvor stor andel av de uønskede hendelsene som kan kategoriseres som vold og trusler mot ansatte. Analysene viser at i perioden 2014 - 2017 var andelen på 8 - 11 % pr år. I 2018 er andelen på 21 % pr 1. kvartal.

Mulige årsaker til ansattskade

Enhet 6.2 og akuttenhet B hadde henholdsvis 286 og 36 meldte ansattskader i 2017 og 1. kvartal 2018.

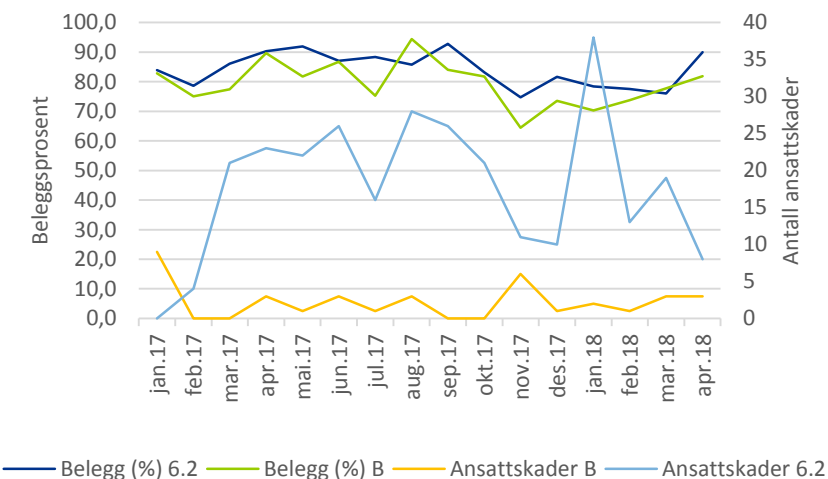
Enhet 6.2 opplevde en økning av alvorlig hendelser sommeren 2017. Dette ble vurdert til å ha en klar sammenheng med overbelegg og at enheten har en pasientgruppe med store belastninger. Dette, sammen med et krav om reduksjon av tvang, ses av enheten som variabler som kan forklare det økte antall voldsepisoder i denne perioden.

På bakgrunn av disse antagelsene ble det iverksatt tiltak for å redusere belegget, og det er arbeidet med å få noe mer likt pasientgrunnlag på enhet 6.1 og 6.2. Konsernrevisjonen har valgt å undersøke mulige årsaker til utviklingen av antall ansattskader i KPH. Vi har undersøkt samvariasjon mellom ansattskader og beleggprosent i 2017 og 1. kvartal 2018.



Dataene fra enhet 6.2 viser at beleggspersenten ble noe redusert etter innføringen av tiltakene høsten 2017. Figur 4 viser likevel en økning av ansattskader i perioden desember 2017 - januar 2018. Samme figur viser at det ikke har vært overbelegg på enheten i denne perioden.

Analysen av beleggspersent og ansattskader kan indikere at det kun er en svak positiv samvariasjon for enhet 6.2. For akutenhet B er det tilnærmet ingen samvariasjon. Dette viser at økningen i antall hendelser har en mer sammensatt forklaring.



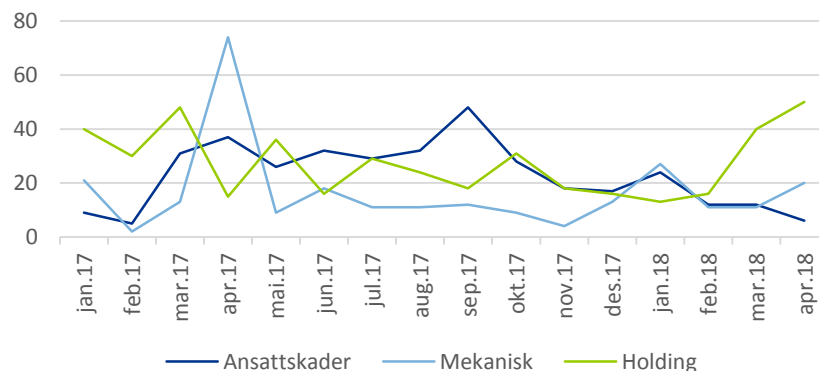
Figur 4: Beleggspersent og antall ansattskader for enhet 6.2 og akutenhet B. Tall pr måned.

Med tydelige forventninger og strengere krav til bruk av tvang i psykisk helsevern, antyder flere at dette kan bidra til å øke antall voldshendelser mot ansatte. For å undersøke dette har konsernrevisjonen gjort analyser mellom ansattskader og intervensjoner gjennom kortvarig fastholding og beltelegging for perioden 2017 til 1. kvartal 2018. Tallene er hentet fra Psykiatrisk sykehus avdeling (PSA).

Konsernrevisjonens analyser viser at det er svak positiv samvariasjon mellom beltelegging og meldte ansattskader. Dette kan indikere at flere alvorlige hendelser meldes ved bruk av beltelegging.

Videre viser resultatene fra analysen at det er svak negativ samvariasjon mellom fastholding og meldte ansattskader. Dette kan indikere at lempeligere bruk av tvang i mindre grad utløser voldelige episoder.

Tallmaterialet gir ikke grunn for å peke på en entydig sammenheng mellom bruk av tvang og ansattskade.



Figur 5: Antall bruk av mekaniske tvangsmidler, fastholding og ansattskader



4.4 Vurderinger

Målet med revisjonen har vært å undersøke om helseforetakene har iverksatt hensiktsmessige tiltak for å forebygge og å følge opp, samt tilrettelegge for læring etter alvorlige hendelser. I dette kapitlet gir vi våre vurderinger for disse tre områdene.

Helseforetaket har etablert god oversikt over risikobildet

Grundig arbeid med forebygging er avgjørende for å skape trygge arbeidsplasser. Revisjonen viser at helseforetakets prosedyrer og retningslinjer på dette området er dekkende i henhold til lovens krav til et forsvarlig arbeidsmiljø. Føringene gir retning for hvordan ledere og ansatte skal arbeide for å forebygge uønskede hendelser.

Helseforetaket har tilrettelagt for at leder innenfor eget ansvarsområde skal gjennomføre en systematisk kartlegging av risiko for vold og trusler. I forbindelse med prosjektet «*Pasienter med voldsrisiko*» i 2017/18 har det blitt gjennomført risikovurderinger i de fleste enheter i helseforetaket, inkludert de reviderte enheter i KPH.

Resultatene av kartleggingen viser at enheter både i somatikk og psykisk helsevern har høy risiko for vold og trusler mot ansatte. Med denne kartleggingen har helseforetaket nå fått god oversikt over risikobildet og et godt grunnlag for videre forbedringsarbeid.

Risikokartlegging innebærer å vurdere hvordan framtidig voldsrisiko kan reduseres og videre utforme og iverksette individuelle tiltak i samsvar med dette. Samtlige enheter i KPH har utarbeidet tiltak basert på risikovurderingene.

FACT-teamene har utarbeidet konkrete tiltak der aktivitetene fremgår tydelig. Tiltakene som er beskrevet ved enhet 6.2 og akutenhet B er imidlertid i all hovedsak generelle. For at tiltakene skal bli hensiktsmessige er det viktig at enhetene definerer hvilke typer aktiviteter som må gjennomføres for å kunne redusere risikoen mot ansatte.

Opplæring er en vesentlig del av KPHs forebygging av vold og trusler mot ansatte. Selv om akutenhetene har månedlige kurs i TMA, ser vi at det likevel kan være et ytterligere behov for opplæring. Dette fremkommer både av tiltakene som er beskrevet i forbindelse med risikokartleggingen, samt i avvismeldingene som er gjennomgått. Avvismeldingene kan tolkes slik at opplæringen ikke er konkret nok.

FACT-teamene har i liten grad gjennomført opplæring av TMA. Disse teamene skal møte behovene til pasienter med psykoselidelser i kombinasjon med rusmiddelbruk og omfattende tilleggsbelastninger. Med denne kunnskap vurderer konsernrevisjonen at det er nødvendig med ytterligere og systematisk opplæring, som for eksempel på temaer som omfattes av TMA.



Oppfølgingen etter uønskede hendelser i KPH er lite systematisk

Når en alvorlig hendelse inntreffer er det viktig at helseforetaket håndterer hendelsen og ivaretar de ansatte. Helseforetaket har føringer som legger til rette for at alvorlige hendelser skal bli fulgt opp. Føringene er konkrete med tydelige forventninger til hvordan leder og medarbeidere skal håndtere dette.

Våre undersøkelser tyder på at ansatte blir ivaretatt etter alvorlige hendelser. Både et utvalg ansatte som har opplevd en alvorlig hendelse og intervjuede ledere oppgir at den ansatte blir ivaretatt gjennom samtaler med leder etter hendelsen. Dette er i tråd med føringene.

Den videre oppfølgingen etter alvorlige hendelser fremstår imidlertid som noe mindre strukturert. Ved en enhet var tiltakene generelle, mens en annen enhet hadde kun sporadisk dokumenterte tiltak. Det er derfor vanskelig å vurdere om enhetene i tilstrekkelig grad har analysert hendelsene og utformet tiltak som eventuelt kan redusere risikoen for gjentagende hendelser.

Systematisk arbeid med forebygging og oppfølging av uønskede hendelser forutsetter en pålitelig rapportering. Våre undersøkelser indikerer at det er lite oppmerksomhet på å melde avvik i flere reviderte enheter, og det blir oppgitt ulike årsaker til dette. Videre viser vår testing at de reviderte akutenhetene i sin rapportering klassifiserer hendelser med en lavere grad av alvorlighet enn helseforetakets prosedyrer tilsier. Dette kan indikere at akutenhetene har utviklet en høyere toleranse for vold og trusler mot ansatte som medfører feilaktig gradering av alvorlige hendelser.

Samlet vil disse svakhetene ved rapporteringen gi et lite pålitelig informasjonsgrunnlag i det videre forbedringsarbeidet på dette området.

Lærings- og forbedringsarbeidet er ikke satt i system

For å redusere omfanget av uønskede hendelser er det viktig å skape økt innsikt ved å analysere tidligere hendelser - både ved å studere årsaker bak enkelthendelser og ved å se på overordnede utviklingstrekk. Dette gir grunnlag for å utforme målrettede tiltak. Helseforetaket har føringer for å identifisere mulige forbedringer etter uønskede hendelser, slik at risikoen for gjentakelse reduseres.

Konsernrevisjonens undersøkelser viser at helseforetaket har data som gir oversikt over utviklingstrekk av meldte alvorlige hendelser som involverer ansatte. Vi ser imidlertid ikke at denne informasjonen anvendes systematisk til lærings- og forbedringsarbeid.

KPH har utarbeidet en prosedyre som regulerer bruk av årsaksanalyser etter skader på pasienter og ansatte. Hensikten med denne er å forebygge gjentakelse ved hjelp av systemforbedringer. Konsernrevisjonen har ikke funnet at reviderte enheter har utarbeidet årsaksanalyse etter uønskede hendelser som involverer ansatte. Ved gjennomgang av et utvalg alvorlige hendelser fant vi at det ikke var igangsatt konkrete tiltak som medførte endringer i praksis.

For å løfte forbedringsarbeidet er det etter vår vurdering behov for å etablere en læringsløype gjennom større grad av systematikk. Årsaksanalyser og bruk av data fra avvikssystemet kan skape økt innsikt om hvorfor hendelser inntreffer, hvem som er involvert og hvor hendelsene som oftest inntreffer. En mer analytisk tilnærming vil legge grunnlag for tiltak som resulterer i varige forbedringer.

Vedlegg 1

Tabell 1 Informasjonsgrunnlag

| Dokumentasjon |
|--|
| Interne styrende dokumenter/prosedyrer - forebygge <i>Vold og trusler mot ansatte</i> |
| Interne styrende dokumenter/prosedyrer - håndtering av alvorlige hendelser, inkludert roller og ansvar |
| Prosedyrer som beskriver hvor og hvordan avvikssaker skal håndteres |
| Styrende dokumenter/prosedyrer - hvordan oppfølging og rapportering av alvorlige hendelser følges opp av sykehusledelsen |
| Styrende dokumenter/prosedyrer - hvordan tilrettelegge for å ha tilstrekkelig kompetanse på området <i>Vold og trusler mot helsepersonell</i> og dokumentasjon på at opplæring er gitt |
| Kartlegging/risikoanalyser på HMS-området |
| Dokumentasjon på tiltak som er iverksatt for å forebygge vold og trusler |
| Medarbeiderundersøkelsene for 2016, 2017 og 2018 (kun for området HMS) |
| Uttrekk/analyser fra avvikssystemet, tvangsprotokoll, beleggsprosent |
| Rapport prosjekt «Pasienter med voldsrisiko» |

Vedlegg 2

Tabell 2 Gjennomførte intervjuer

| Dato | Navn og tittel/rolle |
|---------|---|
| 16.4.18 | Konst. administrerende direktør Per Bertil Qvarnstrøm |
| 16.4.18 | Psykisk helse - klinikkdirektør Oddvar Sæther |
| 16.4.18 | Psykiatrisk sykehusavdeling v/avdelingssjef - Tarjei Sanden |
| 16.4.18 | Akuttjenhet 6.2 v/enhetsleder Karin Verdal Buen |
| 16.4.18 | Leder av KPU – foretaksnivå Per Engstrand |
| 17.4.18 | Psykiatrisk sykehusavdeling v/seksjonsleder Edgar Sundbø |
| 17.4.18 | Personalsjef Anne Grethe Tellefsen |
| 17.4.18 | Hovedverneombud og verneombud KPH Martin S Kjelsaas |
| 17.4.18 | Bedriftshelsetjenesten v/enhetsleder Elin Fjeldbraaten |
| 17.4.18 | Aust-Agder DPS v/avdelingssjef Joyce Pigao |
| 18.4.18 | Solvang DPS v/avdelingssjef Per Egeland |
| 18.4.18 | Solvang DPS v/enhetsleder Marianne Rønberg |
| 24.4.18 | Lister DPS v/ avdelingssjef Anne Dorte Lykken |
| 24.4.18 | Lister DPS v/ enhetsleder Britt Randi Skoglund |
| 24.4.18 | Lister DPS v/ teamleder Atle Ersdal |
| 25.4.18 | Enhet B – subakutt v/enhetsleder Else Steller |
| 25.4.18 | Aust-Agder DPS FACT-teamet v/ enhetsleder Ørjan Fossheim |
| 25.4.18 | Aust-Agder DPS FACT-teamet v/ teamleder Per Kåre Aamodt |

Vedlegg 3



Revisjonsgrunnlag

Revisjonsgrunnlaget er utledet fra krav og føringer angitt i lover, forskrifter og gjennom spesifikke krav til helseforetaket:

- Arbeidsmiljøloven
- Arbeidsmiljøforskriftene
- Helseinspektorens rapport etter «Kartlegging av vold mot helsepersonell og medpasienter»

Arbeidstilsynets veileder «Vold og trusler i forbindelse med arbeidet» er benyttet som et hjelpemiddel og grunnlag for valg av hvilke kriterier som ligger til grunn for våre undersøkelser og kartlegginger.

Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er lagt til grunn for våre undersøkelser av helseforetakets arbeid på området:

- Systematiske kartlegginger og analyser av utvikling og trender
- Iverksatte forebyggende tiltak
- Føringer som er i tråd med Arbeidsmiljølovens krav
- Oppfølging og tilrettelegging for læring i etterkant av en alvorlige hendelse
- Årsaksanalyser
- Evaluering av praksis etter alvorlige hendelser



Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

Konsernrevisjonen er organisert direkte under styret i Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styrets revisjonsutvalg og administrativt til administrerende direktør i det regionale helseforetaket.

Konsernrevisjonen ble etablert i 2005, og er fra 1.1.2013 hjemlet i helseforetaksloven §37a.

Konsernrevisjon skal på vegne av styret i Helse Sør-Øst bidra til forbedring i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak.

Konsernrevisjonen utfører revisjoner i overensstemmelse med de internasjonale standardene for profesjonell utøvelse av internrevisjon.

Vår visjon

Konsernrevisjonen skal være en etterspurt bidragsyter til læring og forbedring i Helse Sør-Øst.

Dette skal vi oppnå gjennom:

- Relevante revisjons- og rådgivningsoppdrag som skaper innsikt
- Effektiv kommunikasjon og godt samarbeid
- Deling av erfaringer og læringspunkter på tvers av helseforetakene»

Om revisjonsprosjektet:

Revisjonsperiode: April - august 2018
Virksomhet: Sørlandet sykehus HF
Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

- Espen Anderssen (oppdragseier)
- Torun Vedal (oppdragsleder)
- Liv Lüdemann (internrevisor)

Rapporten er oversendt til:

- Styret i Sørlandet sykehus HF
- Administrerende direktør i Sørlandet sykehus HF
- Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF
- Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF

Våre rapporter:

Rapportene er tilgjengelige på følgende web-adresse:

www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen