



Konsernrevisjonen
Rapport 9/2018

Revisjon av vold og trusler mot helsepersonell

Sykehuset i Vestfold HF

4. januar 2019



Introduksjon

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

Målet med revisjonen har vært 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 august-desember 2018.



Innhold

1. Konklusjoner og anbefalinger	4
1.1 Alvorlige hendelser anvendes i liten grad i forbedringsarbeidet	
1.2 Anbefalinger	
2. Kontekst	6
2.1 Bakgrunn	
2.2 Endringer i sentrale lover	
2.3 Arbeidstilsynets veileder	
3. Tilnærming	7
3.1 Metodisk tilnærming	
3.2 Omfang og avgrensning	
3.3 Reviderte enheter	
4. Observasjoner	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?	
5. Vurderinger	15
5.1 Forebygging bygger i liten grad på risikobildet i enhetene	
5.2 Oppfølging av avvik er lite systematisk	
5.3 Lærings- og forbedringsarbeidet er ikke satt i system	
5.4 En utvidet gjennomgang av LAR-tilbudet viser svak håndtering av vold- og trusselbildet	
Vedlegg	18

1. Konklusjoner og anbefalinger

1.1 Alvorlige hendelser anvendes i liten grad i forbedringsarbeidet

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.

Sykehuset i Vestfold har føringer som er dekkende i henhold til lovens krav til et forsvarlig arbeidsmiljø. Helseforetaket har styrket opplæringen på området det siste året. De ansatte opplever å bli ivaretatt etter en alvorlig hendelse. Likevel er det behov for å styrke arbeidet med oppfølging, og det bør etableres et system som sikrer læring og forbedring etter alvorlige hendelser. Basert på undersøkelser i de reviderte enhetene, begrunnes konklusjonen med følgende:

- Forebygging bygger i liten grad på risikobildet i enhetene
- Oppfølging av avvik er lite systematisk
- Lærings- og forbedringsarbeidet er ikke satt i system
- En utvidet gjennomgang av LAR-tilbudet viser svak håndtering av vold- og trusselbildet

Forebygging bygger i liten grad på risikobildet i enhetene

Helseforetakets føringer gir retning for hvordan ledere og ansatte i samarbeid med vernetjenesten skal kartlegge risikobildet. Dette skal gi grunnlag for videre å forebygge uønskede hendelser.

Selv om flere enheter har utarbeidet oversikt over risikoene på området, gir ikke dette en fullstendig oversikt over risikobildet for hele helseforetaket. Når helseforetaket ikke har denne oversikten er grunnlaget for å kunne prioritere og iverksette målrettede tiltak ikke tilstede.

Oppfølging av avvik er lite systematisk

Helseforetakets styrende dokumenter er konkrete med tydelige forventninger til hvordan leder og medarbeidere skal håndtere og følge opp alvorlige hendelser. Ansatte i de reviderte enhetene blir ivaretatt gjennom samtaler med leder og bedriftshelsetjenesten etter alvorlige hendelser.

Den videre oppfølgingen er imidlertid mindre strukturert. Avviksmeldingene viser at enhetene i liten grad analyserer og beskriver årsaken til hendelser. Dette svekker grunnlaget for å utforme tiltak slik at risikoen for gjentakende hendelser reduseres. Videre gir svakhetene i avviksmeldingene et lite pålitelig informasjonsgrunnlag i helseforetakets videre forbedringsarbeid.

Lærings- og forbedringsarbeidet er ikke satt i system

Helseforetaket har oversikt over utviklingen i antall meldte alvorlige hendelser som involverer ansatte. Likevel ser vi ikke at denne informasjonen anvendes systematisk i lærings- og forbedringsarbeid.

Noen av de reviderte enhetene har endret arbeidsmetoder etter gjentakende alvorlige hendelser. Utarbeidelse av årsaksanalyser i et overordnet perspektiv for å endre arbeidsmetoder er imidlertid ikke systematisert i hele helseforetaket. Dette gir risiko for gjentakelse av samme alvorlige hendelse.

En utvidet gjennomgang av LAR-tilbudet viser svak håndtering av vold- og trusselbildet

Flere tidligere kartlegginger og bekymringsmeldinger viser mangelfull sikkerhet i arbeidssituasjonen hos ansatte i LAR. Til tross for at helseforetaket har iverksatt flere tiltak har man så langt ikke lyktes i å håndtere denne krevende situasjonen.

Etter dialog med helseforetaket har konsernrevisjonen undersøkt om sider ved pasienttilbudet kan være en del av de underliggende årsakene til utfordringene. Undersøkelsen er utført ved testing av dokumentasjon i pasientjournaler. Det har ikke vært innenfor rammene å foreta en klinisk vurdering av pasientbehandlingen.

Gjennomgang av journal viser at det er manglende dokumentasjon, systematikk og struktur. Dokumentasjonen i journalene underbygger ikke at pasientene får den behandling og oppfølging som poliklinikken skal gi i henhold til LAR-retningslinjen.

Poliklinikken opplyser at det er manglende spesialistdekning og at det har vært flere lederskifter. I tillegg er det etter vår vurdering svakheter ved organiseringen og oppfølgingen av utdelingslokasjonene. Sees alle disse momentene i sammenheng, vil vi kunne anta at dette samlet bidrar til det volds- og trusselbildet som vi kjenner i dag.

1.2 Anbefalinger

Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket innarbeider følgende i det videre forbedringsarbeidet på området:

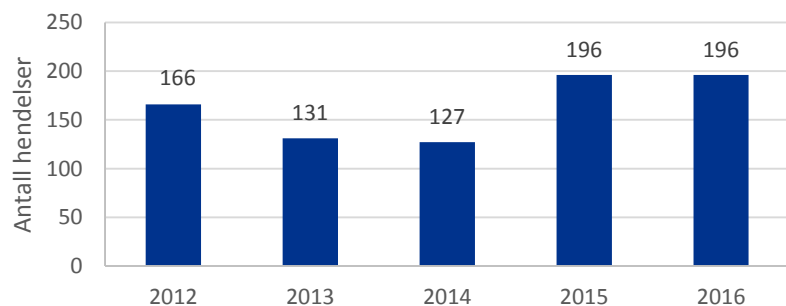
- Foreta en overordnet vurdering av risiko for vold og trusler mot helsepersonell. Målet vil være å identifisere enheter med høy risiko som grunnlag for prioritering i arbeidet med forebyggende tiltak.
- Utvikle fast struktur for registrering og oppfølging av uønskede hendelser i avvikssystemet. Målet vil være å styrke ivaretagelsen av den enkelte medarbeider, samt å bedre påliteligheten i styringsinformasjonen.
- Løfte forbedringsarbeidet ved å systematisk anvende årsaksanalyser og data fra avvikssystemet. Målet med en analytisk tilnærming vil være å få helhetlig innsikt som grunnlag for læring og varige forbedringer.
- Innføre bedre systematikk og struktur i pasientjournaler i poliklinikk LAR. Målet vil være å styrke kvaliteten på arbeidet i pasientbehandlingen.

2. Kontekst

2.1 Bakgrunn

Helsedirektoratets rapport «Vold og trusler mot helsepersonell», viser en økning i antall rapporterte hendelser 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.

Tall fra HSØ RHF viser at Sykehuset i Vestfold HF (SiV) i denne perioden hadde en svak nedgang frem til 2014. I 2015 kom en økning som holdt seg stabil i 2016, se figur 1.



Figur 1: Utviklingen i rapporterte hendelser av vold og trusler ved SiV.

Rapporten angir usikkerhet om den gradvise økningen i antall rapporterte hendelser skyldes en reell økning, eller om større oppmerksomhet på området kan ha medvirket til økt rapportering.

HSØ RHF har gitt føringer for hvordan helseforetakene skal styrke arbeidet med håndtering av vold og trusler. Helseforetakene har blant annet fått i oppdrag å samarbeide med tillitsvalgte og vernetjenesten om å utvikle tiltak for å forebygge og ivareta beredskap for håndtering av vold og trusler.

2.2 Endringer i sentrale lover

Arbeidsmiljøloven

Arbeidstager skal så langt det er mulig beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre (§ 4-3). Fra 1. januar 2017 ble det innført nye bestemmelser om vold og trusler i arbeidsmiljøforskriftene. Endringene omhandler opplæring og informasjon, utforming av arbeidslokaler, risikovurdering og tiltak samt hvordan arbeidet skal planlegges.

Lov om psykisk helsevern

Fra 1. september 2017 trådte endringene i «Lov om psykisk helsevern» i kraft. Endringene gjelder bruk av tvang og pasientenes rett til å bestemme om de vil motta hjelp. Pasientenes rett til å ta beslutninger er styrket. Pasienter med samtykkekompetanse vil som hovedregel ikke lenger kunne tvangsbehandles. Det betyr at helseforetak som er godkjent for å kunne iverksette tvangshandling må ta stilling til samtykkespørsmålet for pasienter som allerede er under tvungent vern.

2.3 Arbeidstilsynets veileder

Arbeidstilsynet har utarbeidet veilederen «Vold og trusler i forbindelse med arbeidet – Forebygging, håndtering og mestring». Denne gir konkrete og tydelige anbefalinger for hvilke tiltak som bør iverksettes slik at virksomhetene kan forebygge vold og trusler på best mulig måte.

3. Tilnærming

3.1 Metoder

Revisjonen er gjennomført ved gjennomgang av dokumenter og avviksmeldinger, intervjuer, analyser og testing i journal. Oversikt over informasjonsgrunnlag og intervjuer fremgår av vedlegg 2 og 3.

For å undersøke om SiV har innført tiltak for å forebygge alvorlige hendelser har vi gjennomgått styrende dokumenter og gjennomført intervjuer.

Videre har vi testet journaler for å undersøke om poliklinikk LAR kartlegger voldsrisiko på pasientnivå, hvordan pasientene blir fulgt opp gjennom rehabiliteringsforløpet, og om dette kan ha sammenheng med volds- og trusselepisodene. Populasjonen var pasienter som daglig får utlevert substitusjonslegemiddel. Det ble benyttet et stratifisert systematisk utvalg av 61 % av populasjonen. Helsedirektoratets «Nasjonale retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet» er benyttet som hjelpemiddel i gjennomgangen.

Vi har testet avviksmeldinger fra avvikssystemet EQS for de reviderte enheter. Disse er vurdert mot SiVs føringer for hvordan avviksmeldinger skal dokumenteres, håndteres og følges opp.

For å belyse hvordan SiV har lagt til rette for læring etter alvorlige hendelser har vi undersøkt om helseforetaket benytter årsaksanalyser som et verktøy for å forbedre og evaluere praksis. Som en tilleggsfaktor, har vi analysert mulige sammenhenger mellom bruk av mekaniske tvangsmidler, fastholding og beleggspersent mot alvorlige hendelser som er meldt.

3.2 Omfang og avgrensning

Revisjonen har omfattet vold og trusler som utøves av pasienter mot helsepersonell. Den har ikke tatt for seg vold og trusler mellom medpasienter.

Vi 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 antydningstrussel 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.

Foreløpige observasjoner ble gjennomgått og verifisert med helseforetaket 10. oktober 2018. Utkast til rapport ble sendt helseforetaket 5. desember 2018. Skriftlig tilbakemelding på utkast rapport ble gitt fra SiV til konsernrevisjonen 12. desember 2018. Innspill og kommentarer ble innarbeidet i rapporten.

3.3 Reviderte enheter

Revisjonen har omfattet enheter i medisinsk klinikk og klinikk for psykisk helse og rusbehandling (KPR). Enheter er valgt ut på bakgrunn av en forhøyet risiko for at ansatte blir utsatt for vold og trusler i arbeidssituasjoner. Enhetene blir nærmere presentert under.

Medisin 5 C overvåkning

Enheden er en intermedier post. Pasientene har behov for hyppig overvåkning og et behandlingsnivå høyere enn det som er tilgjengelig på sengepost, men lavere enn det som tilbys i en intensivhet. Enheden tar imot de alvorligste syke medisinske pasientene, blant annet hjerte-/lungesyke og pasienter med forgiftninger i forbindelse med rus- og alkoholinntak. Det er fare for at pasientene blir forvirret i en oppvåkingsfase.

Medisin 2 C Gastro-nyre-hormon

Enheden utreder og behandler akutt oppstått sykdom, og følger opp kroniske lidelser. Videre har enheten noen plasser for generelle indremedisinske problemstillinger. For eldre pasienter kan det være fare for at de utvikler vrangforestillinger og blir urolige ved innleggelse ved en nyoppstått sykdomsproblematikk.

Akuttcenter sykepleie

Akuttcenteret består av akuttmottak, observasjonspost og poliklinikk skadestue. I akuttmottaket blir de første undersøkelser og vurderinger av pasientens situasjon utført. Det er fare for at pasienter er i sjokk etter en traumatisk hendelse, og at dette kan medføre utagering.

Døgn akutt psykose

Enheden tar i mot pasienter over 18 år som har behov for innleggelse som øyeblikkelig hjelp, hvor psykose er en sentral del av tilstandsbildet. I en akutt fase kan pasienter oppleve hallusinasjoner, vrangforestillinger og uro/angst. Mange pasienter strever også med misbruk av rusmidler eller medikamenter.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

LAR er tverrfaglig spesialisert behandling der behandling for opioidavhengighet (substitusjonsbehandling) inngår som et deltiltak i et helhetlig behandlings- og rehabiliteringsforløp.

Behandlingsinnsatsen må tilpasses den enkeltes ønsker og behov der pasientenes reelle medvirkning i egen behandling og tilfriskning er viktig. Grunnmodellen for LAR er et trepartssamarbeid mellom sosialtjenesten i kommunen, fastlegen og spesialisthelsetjenesten.

For å sikre at legemidlet ikke blir inntatt feilaktig, omsatt eller gitt videre til uvedkommende vil utlevering kunne underlegges streng kontroll. Dette kan skape frustrasjon hos pasientene.

4. Observasjoner

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

Forebygging av alvorlige hendelser krever tydelige føringer, oversikt over risikobildet, tilpassede tiltak og tilstrekkelig opplæring.

Føringer i styrende dokumenter

Revisjonen viser at helseforetaket har styrende dokumenter hvor formålet er å legge til rette for at enheter forebygger, håndterer og følger opp vold og trusler mot helsepersonell.

Helseforetakets prosedyre «Risikovurdering – HMS/arbeidsmiljøet/ytre miljø» beskriver hvordan ledere i samarbeid med verneombud skal kartlegge risikobildet. Forbedringstiltak skal utarbeides på bakgrunn av risikovurderingene og registreres i enhetenes elektroniske HMS-handlingsplan.

Kartlegging av voldsrisiko i helseforetakets enheter

Helseforetakets «Overordnet handlingsplan for helse, miljø og sikkerhet (HMS) 2016-2018» har forebygging og håndtering av vold og trusler som et av satsningsområdene.

I en oversikt utarbeidet av bedriftshelsetjenesten (BHT) 25. juni 2018, fremkommer det at flere enheter i medisinsk og kirurgisk klinikk har gjennomført en ROS-analyse. Det er ikke utarbeidet en samlet oversikt over risikobildet for alle enhetene i helseforetaket.

Med unntak av døgn akutt psykose har reviderte enheter vurdert risikoen og foreslått tiltak i løpet av de siste tre årene. Medisin 5C overvåking og LAR har registrert tiltakene i HMS-handlingsplan.

Samtlige risikovurderinger har identifisert risiko for vold og trusler mot helsepersonell.

Kartlegging av voldsrisiko på pasientnivå

I KPR er det vedtatt å bruke Brøset Violence Checklist (BVC) ved innleggelse/inntak av pasienter. Denne skal bidra til at personalet lettere kan identifisere risiko for voldelig atferd på kort sikt, og således kunne forebygge uønsket atferd. Ved behov for utvidet kartlegging skal det gjøres vurdering i henhold til V-RISK 10. Dette er en sjekklister som inneholder et utvalg av de viktigste risikofaktorene for fremtidig vold.

Psykiatrisk fylkesavdeling og avdeling for rusbehandling har gjennom dokumentet «Strategi og handlingsplan 2018» gitt føringer for at det skal gjennomføres en voldsrisikovurdering på alle pasienter innen tre timer etter innleggelse/inntak. Det oppgis i intervju at enhet for døgn akutt psykose gjør voldsrisikovurderinger i henhold til føringene.

Ledere i LAR gir imidlertid uttrykk for at de ikke har en systematikk i å utføre voldsrisikovurderinger. Dette samsvarer med konsernrevisjonens testing av pasientjournalene. Vi finner ikke at noen pasienter har blitt kartlagt ved bruk av BVC. Grunnlaget for å vurdere behovet for V-RISK er dermed i liten grad tilstede. Testingen viser også at det er gjennomført V-RISK 10 i liten grad. I de tilfellene hvor dette ble gjennomført, var pasientene innlagt i enhet for avrusning, før de startet opp sin behandling i LAR. Det er ikke dokumentert at voldsrisikoen er kjent i LAR.

De reviderte enheter i medisinsk klinikk kartlegger ikke voldsrisiko ved innleggelse/inntak.

Opplæring

Helseforetaket har gitt BHT i oppdrag å tilby opplæring i håndtering av vold og trusler til enheter som har behov for det. Opplæringen varer 1-2 timer og tilrettelegges for hver enhet ved at det i forkant gjøres en analyse av risikobildet.

Med unntak av døgn akutt psykose har reviderte enheter benyttet seg av dette tilbudet. Enhetene gir uttrykk for å være fornøyde med opplæringen. I tillegg har akuttsenteret et mål om at alle ansatte gjennomfører kurs i terapeutisk mestring av aggresjon (TERMA) i løpet av høsten. Akuttsenteret har utdannet en instruktør i TERMA, som skal sørge for at kompetansen videreføres i senteret.

KPR har et to-dagers kursoppsett med opplæring i TERMA. Alle ansatte skal gjennomføre kurset i løpet av året. Klinikken har TERMA-instruktører som underviser sine kollegaer. Videre skal de bistå seksjonslederne med vedlikehold av kompetansen og implementere metodikken i klinikken. Planlagte kurs for våren er gjennomført.

4.2 Gjennomfører helseforetaket nødvendig oppfølging av alvorlige hendelser?

Oppfølging av alvorlige hendelser krever at hendelser blir registrert og at det iverksettes tiltak for å hindre gjentakelse. Det må være klare føringer, og arbeidet må være organisert på en hensiktsmessig måte.

Føringer i styrende dokumenter

Helseforetakets prosedyre «Avvik/uønsket hendelse - styringsdokument» har som hensikt å sikre korrekt melding, behandling og oppfølging av uønsket hendelse i avvikssystemet EQS. Prosedyren angir at meldingen kan lukkes dersom årsakene er vurdert og forbedringstiltak er iverksatt.

Prosedyrene «Defusing/avlastningssamtale etter en kritisk hendelse – trinn 1 og 2» skal bidra til at ansatte får mulighet til å redusere følelsesmessige belastninger og reaksjoner i etterkant av en kritisk hendelse.

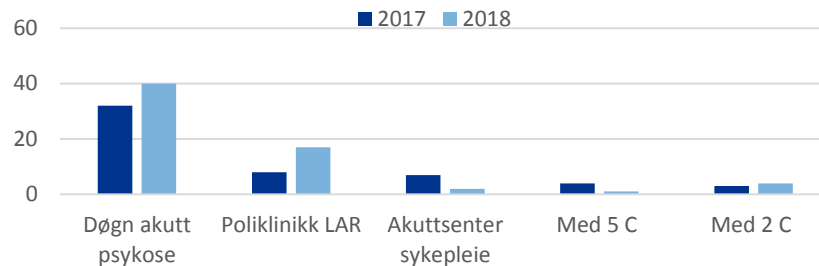
Oppfølging av vold og trusler i hovedarbeidsmiljøutvalg (HAMU) og arbeidsmiljøutvalg (AMU)

Organisering, sammensetning og arbeidsmåte for utvalgene fremgår i prosedyren «Arbeidsmiljøutvalg i SiV HF». Representantene i HAMU er fra både arbeidsgiver- og arbeidstakersiden. Det er lokale AMU i hver klinikk, som har samme struktur som HAMU, i tillegg er klinikkleder fast medlem.

HAMU behandler generell tematikk angående arbeidsmiljøet og utviklingen på avviksmeldinger. I tillegg behandler utvalget saker som angår avdelinger og enheter dersom utfordringene er av stort omfang eller høy grad av alvorlighet. Utvalget går ikke gjennom enkeltsaker som omhandler vold og trusler mot helsepersonell. Klinikkenes AMU har imidlertid enkeltsaker på agendaen, og disse blir tatt inn til utvalgene gjennom avdelingenes kvalitetsråd.

Utvikling av registrerte uønskede hendelser

Figuren under viser antall uønskede hendelser for de reviderte enhetene i perioden januar 2017 til og med 31. august 2018.



Figur 2: Utvikling av uønskede hendelser

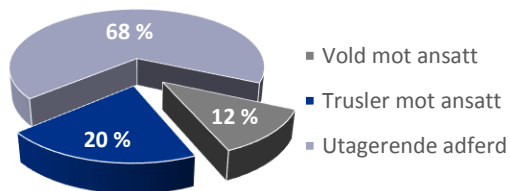
Døgn akutt psykose har hatt en kraftig vekst i antall avviksmeldinger siste år. Enheten oppgir at mulige årsaker kan være for lav bemanning, ufaglærte medarbeidere på kveld/helg og en tyngre pasientgruppe med økt belastning på ansatte i enheten. Avviksmeldingene beskriver alvorlige episoder.

Økningen i LAR forklares i hovedsak med at utdelingslokasjonene ikke er hensiktsmessige og at det er ulik praksis i møte med pasienten blant de ansatte. Videre påpeker noen for lite oppfølging fra leder, at pasientene blir frustrert over manglende tilgjengelighet på lege, og at åpningstidene for utlevering av medisiner ikke er tilpasset pasientenes behov og døgnrytme. Vektore benyttes som et fast tiltak for å forebygge vold og trusler. Det opplyses at ledelsen ved LAR har jobbet med å få ansatte til å melde avvik.

De somatiske enhetene har et lavt antall registrerte uønskede hendelser. Det opplyses at dette kan skyldes dårlig meldepraksis og usikkerhet om hva som skal meldes, eller en hektisk hverdag der dette ikke prioriteres. Enhetene har iverksatt tiltak som har gitt forventede resultater gjennom bedre forebygging. Reviderte enheter har ikke angitt hva som bør være nedre grense for å melde avvik.

Rapportering og oppfølging av avviksmeldinger

Det ble meldt 118 avvik i reviderte enheter fra 1. januar 2017 til 31. august 2018. Vi har testet samtlige og vurdert disse mot SiVs føringer for hvordan avviksmeldinger skal dokumenteres, håndteres og følges opp. Figur 3 viser fordelingen på kategoriene av vold mot ansatte, utagerende adferd og trusler.



Figur 3: Fordeling av meldte trusler, vold og utagerende adferd

Meldingene inneholder i hovedsak beskrivelse av hendelsen, dato og når saken er lukket. Melder graderer sin opplevelse av alvorlighet av hendelsen, og leder angir grad av fremtidig risiko for gjentagelse. Gjennomgående mangler det en beskrivelse av årsak bak hendelsen. Samlet er det utformet tiltak for 5 av 118 avviksmeldinger.

Avviksmeldingene i LAR skiller seg imidlertid noe fra de andre meldingene. De er utdypende og detaljerte. Leder melder de alvorligste avviksmeldingene til avdelingens kvalitetsråd der sakene blir behandlet.

Lederne oppgir at de følger opp ansatte etter voldsepisoder i henhold til føringer. Ansatte har samtaler med sin leder og får nødvendig oppfølging før avviket lukkes i avvikssystemet. Lederne samarbeider ofte med BHT i oppfølging og debrifing etter hendelsene.

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

Ved gjennomgang av avviksmeldingene til disse medarbeiderne viser imidlertid dokumentasjonen at det ikke er gjennomført analyser av hendelsene og det er heller ikke foreslått forbedringstiltak.

Pasientbehandlings betydning for volds- og trusselbildet i LAR

Poliklinikken har gjennom flere år hatt utfordringer med trussel- og voldsproblematikk. Tidligere iverksatte tiltak har ikke gitt gode nok resultater. Vi har i samråd med helseforetaket valgt å undersøke om sider ved pasienttilbudet kan være en del av de underliggende årsakene.

Vi har undersøkt om pasientene har underskrevet en kontrakt der de aksepterer vilkårene for å motta substitusjonsbehandling. Videre har vi sett om journalene inneholder nok informasjon til å gi et helhetlig bilde av hvilken behandling og oppfølging pasienten får.

Undersøkelsen viser manglende dokumentasjon i samtlige pasientjournaler. Ved testing kunne LAR fremvise samarbeidsavtale til et fåtall av de utvalgte pasientene. Det er ikke skrevet inntaks- eller overføringsnotat ved oppstart i LAR. Planer for behandlingen og oppfølging er i hovedsak opprettet, men i liten grad fylt ut. Få pasienter har en gjeldende individuell plan. Samarbeidsmøter er i varierende grad gjennomført, og det er lite dokumentasjon på at pasienter har blitt konsultert av lege det siste året. Vedlegg 4 viser detaljert resultat fra journalgjennomgangen.

I sin helhet fremstår journalene som uoversiktlige og ustruktureerte, og dokumentasjonen i journalnotatene gjenspeiles ikke i valgt notattype.

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

For å lære etter alvorlige hendelser er det en forutsetning at det gjennomføres årsaksanalyser for å finne ut hva som skjedde, hvorfor det skjedde og hva som kan gjøres for å forebygge gjentagelse.

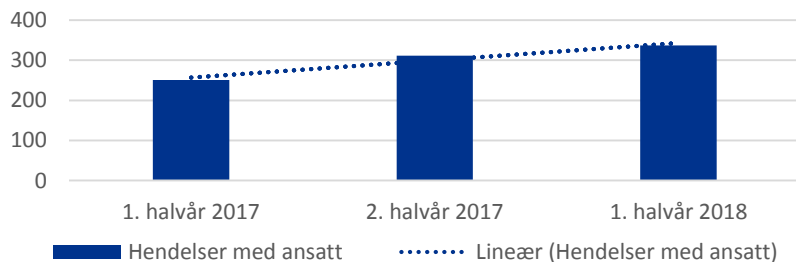
Føringer i styrende dokumenter

Helseforetakets HMS-plan for 2016-2018 er sentral i arbeidet med kontinuerlig forbedring. Planen har fem satsningsområder, hvorav det ene er «Forebygging av vold og trusler». Arbeidsgruppene for de ulike satsningsområdene skal blant annet sikre forankring, og jevnlig rapportere status til ledergruppen og til HAMU/AMU.

Videre angir helseforetakets styringsdokumenter at avviksmeldinger kan lukkes dersom årsaksvurdering er gjennomført og forbedringstiltak er iverksatt.

Utvikling i uønskede hendelser

Figuren under viser helseforetakets utvikling i uønskede hendelser med ansatte i perioden januar 2017 til og med 1. halvår 2018.



Figur 5: Utvikling i uønskede hendelser.

Bruk av årsaksvurderinger og evaluering av egen praksis

I følge malen for avviksmeldinger skal forslag til mulig årsak vurderes før saken avsluttes. Gjennomgangen viser at det er oppgitt en mulig årsak i 42 % av samlede antall testede avviksmeldinger, hvorav over halvparten havner i kategorien «annet».

Enhetene medisin 2C, medisin 5C og akuttsenteret, kan vise til at de endrer arbeidsmetoder gjennom nye rutiner og prosedyrer. I akuttsenteret har de utarbeidet forslag til en ny prosedyre, «Håndtering av urolige og utagerende pasienter i somatisk akuttinntak». Medisin 2C har utarbeidet prosedyrer for hvordan man skal forebygge delirium hos voksne pasienter. Medisin 5C har laget en rutine for hvordan man håndterer pasienter som har tatt for mye GHB.

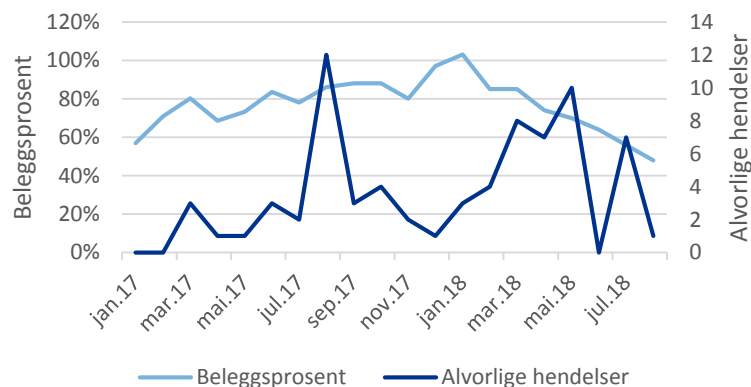
Enhetene i klinikk psykisk helse og rus kan i mindre grad vise til endret praksis etter alvorlige hendelser. Det er i større grad ytre rammer som endres dersom hendelser forekommer.

Mulige forklaringer til alvorlige hendelser

Med tydelige forventninger og strengere krav til bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern, antydes det ofte at dette kan bidra til å øke antall voldshendelser mot ansatte. Lederne ved døgn akutt psykiose opplever å ha hatt en økning av alvorlig hendelser både 2. halvår 2017 og 1. halvår 2018. Lederne begrunner økningen med høy turnover og gir uttrykk for bekymring over situasjonen i personalgruppen for denne perioden.

Vi har valgt å undersøke mulige sammenhenger mellom bruk av tvang og alvorlige hendelser. En annen mulig forklaring til økning i alvorlige hendelser kan være beleggspresen. Dette har vi valgt å undersøke nærmere. Poliklinikk LAR og de reviderte enheter i medisinsk klinikk er ikke innbefattet i analysene.

Vi har undersøkt om det er samvariasjon mellom beleggspersent og meldte hendelser med ansatte. Videre har vi undersøkt om det er samvariasjon mellom bruk av mekaniske tvangsmidler og fastholding og antall uønskede hendelser. Analysen er utført ved bruk av dagstall.



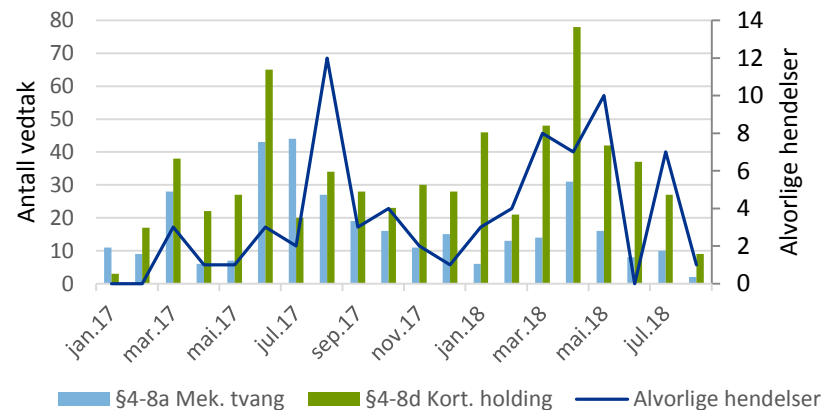
Figur 6: Beleggspersent og meldte hendelser i døgn akutt psykose. Tall pr måned.

Dataene viser at det har vært en økning i beleggspersent til en topp i januar 2018, med en reduksjon frem til september 2018.

Det er stor variasjon i antall uønskede hendelser med ansatte i samme periode. Analysene viser en veldig svak positiv samvariasjon mellom antall uønskede hendelser med ansatte og beleggspersent. Dataene for denne perioden gir ikke grunnlag for å hevde at det en sammenheng mellom utviklingen i belegg og antall hendelser.

Konsernrevisjonen har gjort analyser av antall uønskede hendelser og intervensjoner gjennom kortvarig fastholding og beltelegging for perioden 1. januar 2017 til 31. august 2018. Tallene er hentet fra døgn akutt psykose. Analysen viser at det er svak positiv samvariasjon mellom beltelegging og meldte ansattskader, og tilsvarende mellom kortvarig fastholding og meldte ansattskader. Dette viser således samme forhold mellom antall alvorlige hendelser og kortvarig fastholding, og alvorlige hendelser og bruk av mekaniske tvangsmidler. Analysen er utført ved bruk av dagstall.

Samvariasjonen blir moderat dersom utregningene gjøres med månedstall. Tallmaterialet gir ikke grunnlag for å peke på en entydig sammenheng mellom bruk av tvang og alvorlige hendelser.



Figur 7: Antall bruk av mekaniske tvangsmidler, fastholding og ansattskader. Tall pr måned.

5. Vurderinger

5.1 Forebygging bygger i liten grad på risikobildet i enhetene

Forebyggende tiltak er avgjørende for å skape trygge arbeidsplasser. Våre undersøkelser viser at SiVs prosedyrer på området er dekkende i henhold til lovens krav til et forsvarlig arbeidsmiljø. Føringerne gir retning for hvordan ledere og ansatte i samarbeid med vernetjenesten skal kartlegge risikobildet. Dette skal gi grunnlag for å forebygge uønskede hendelser.

Opplæring er en viktig del av helseforetakets forebygging av vold og trusler mot ansatte. Bedriftshelsetjenesten (BHT) tilbyr tilpasset undervisning ut fra enhetenes behov. Flere enheter har også innført at alle ansatte skal gjennomgå kurs i TERMA. Konsernrevisjonen vurderer at opplæringen det siste året bør gjøre ansatte bedre i stand til å møte vanskelige situasjoner som kan oppstå i enhetene.

BHTs oversikt viser at flere enheter i medisinsk og kirurgisk klinikk har utarbeidet en ROS-analyse. Døgn akutt psykose, som har flest alvorlige hendelser, har imidlertid ikke ferdigstilt sin risikovurdering. ROS-analysene gir en oversikt over risikobildet for den enkelte enhet, men ikke en helhetlig og samlet oversikt for alle enhetene i helseforetaket. Når helseforetaket ikke har en slik oversikt, er grunnlaget for å kunne prioritere og iverksette målrettede tiltak heller ikke tilstede.

Selv om bistand til risikovurderinger og opplæring av BHT synes å være gjennomført på en god måte, vurderer konsernrevisjonen at denne organiseringen kan by på utfordringer. Helseforetaket bruker BHT i stor utstrekning. Dette kan gi risiko for at SiV ikke får et godt nok eierskap til temaet, og heller ikke tilstrekkelig oversikt over risikobildet.

5.2 Oppfølging av avvik er lite systematisk

Når en alvorlig hendelse skjer 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. Føringerne er konkrete med tydelige forventninger til hvordan leder skal håndtere hendelsen.

Våre undersøkelser tyder på at ansatte opplever å bli ivaretatt etter alvorlige hendelser. Både ansatte og deres ledere oppgir at den ansatte blir ivaretatt gjennom samtaler og av BHT hvis det vurderes som nødvendig. Dette er et godt utgangspunkt.

Den videre oppfølgingen fremstår imidlertid som mindre systematisk. Ved gjennomgang av avviksmeldingene finner vi at det nesten ikke er utarbeidet tiltak for å hindre en gjentagende hendelse. Dette til tross for at 32 % av avviksmeldingene gir beskrivelser av episoder der melderne har opplevd vold og trusler. Ledere vurderer i liten grad hva som kan være den faktiske årsaken til hendelsen. Når enhetene i et så begrenset omfang analyserer hendelsene, har de heller ikke grunnlag for å utarbeide målrettede tiltak. Sett i sammenheng synes oppfølgingen av alvorlige hendelser ikke å være tilstrekkelig for å redusere risiko for gjentagende hendelser.

Systematisk arbeid med oppfølging av uønskede hendelser forutsetter pålitelig rapportering. Når flere enheter har svak praksis for å melde, og når avviksmeldingene viser manglende dokumentasjon, vil dette samlet sett redusere påliteligheten av informasjonsgrunnlaget for det videre forbedringsarbeidet.

5.3 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.

Helseforetakets styringsdokumenter angir at avviksmeldinger kan lukkes dersom årsaksvurderinger er gjennomført og eventuelle forbedringstiltak er iverksatt. Konsernrevisjonens undersøkelser viser at noen reviderte enheter har endret arbeidsmetoder etter gjentakende alvorlige hendelser. Målrettede tiltak som iverksettes, kan styrke pasientbehandlingen og gjøre arbeidsplassen tryggere. Utarbeidelse av årsaksanalyser og endring av arbeidsmetoder etter gjentakende alvorlige hendelser er imidlertid ikke systematisert i hele helseforetaket.

Helseforetaket har data som gir oversikt over utviklingstrekk av meldte alvorlige hendelser som involverer ansatte. Likevel ser vi ikke at denne informasjonen anvendes systematisk til lærings- og forbedringsarbeid. Dette gir risiko for gjentakelse av samme alvorlige hendelse.

For å løfte forbedringsarbeidet er det etter vår vurdering behov for å etablere en læringsløype gjennom større grad av systematikk. Årsaksvurderinger 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.

5.4 En utvidet gjennomgang av LAR-tilbudet viser svak håndtering av vold- og trusselbildet

Trygge arbeidsplasser er viktig for å levere gode helsetjenester. Flere tidligere kartlegginger og bekymringsmeldinger viser utrygghet i arbeidssituasjonen hos ansatte i LAR.

Konsernrevisjonens undersøkelser viser at tiltakene som er igangsatt på bakgrunn av kartleggingene og bekymringsmeldingene ikke har gitt ønsket effekt, og at helseforetaket så langt ikke har lyktes i å håndtere den krevende situasjonen LAR befinner seg i. Våre undersøkelser viser at det fortsatt er stor frustrasjon over arbeidssituasjonen. En av grunnene til dette kan være at tiltakene i hovedsak omfatter fysiske rammer.

Forventningene til spesialisthelsetjenesten er at pasientene skal bli møtt av spesialister i helsevesenet. På enkelte utdelingslokasjoner benyttes vektere gjennom hele åpningstiden. LAR har i samarbeid med BHT vurdert dette grundig. Når pasientene blir møtt av uniformert sikkerhetspersonell, kan dette etter konsernrevisjonens vurdering skape utrygghet og frustrasjon hos enkelte pasienter. Det vil være nødvendig å benytte politi og vektertjenester i akutte situasjoner. Likevel vurderer vi det slik at bruk av politi og vektertjeneste kun løser en situasjonsbestemt hendelse, og ikke årsaken til det reelle problemet pasienten har.

Pasientjournalene inneholder lite dokumentasjon på at pasienter i LAR har årlige konsultasjoner av spesialister. Dette er nødvendig for å kunne evaluere om tilnærmingen til pasientene har gitt ønsket effekt. Videre viser referater at ukentlige behandlingsmøter ofte foregår uten at spesialist er til stede, og som er den som skal ta avgjørelse om pasientens videre behandling. Dette begrunnes med mangelfull dekning av spesialister.

Opioidavhengighet er en sammensatt lidelse hvor pasientene ofte har stort behov for behandling og oppfølging. Det er dermed viktig at pasienten i møte med spesialist regelmessig får mulighet til å diskutere sin helsetilstand. Manglende involvering av spesialist gir risiko for at ikke alle forhold ved pasientens helsetilstand blir vektlagt i tilstrekkelig grad.

Leder er mindre til stede på de to minste lokasjonene. Det er også begrensede arenaer der ansatte opplever å kunne diskutere beste praksis. Dette er et sentralt element, siden det er få ansatte på jobb som også kan ha ulik fagkompetanse. Dette kan medføre at praksis blir forskjellig i møte med pasientene, som igjen gir utrygghet hos pasientene.

Journalgjennomgangen viser manglende dokumentasjon, systematikk og struktur. Vurdert mot LAR-retningslinjen, finner vi ikke dokumentasjon på at pasientene får den behandling og oppfølging som poliklinikken skal gi.

Sees disse momentene i sammenheng, vil vi kunne anta at dette samlet bidrar til det volds- og trusselbilde som vi kjenner i dag.

Det er viktig å ha forståelse for det sykdomsbildet pasienten befinner seg i til en hver tid, og at helsepersonell tilrettelegger møtet med pasienten slik at den enkeltes behov blir ivaretatt på best mulig måte. Etter vår vurdering bør tiltak iverksettes i et systemperspektiv og oppmerksomheten rettes mot forbedringsarbeid i poliklinikken.

Vedlegg 1

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» og Helseinspektorens «Nasjonale retningslinje for legemiddelasistert rehabilitering ved opioidavhengighet» er benyttet som 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
- Iverksette forebyggende tiltak
- Føringer som er i tråd med arbeidsmiljølovens krav
- Oppfølging og tilrettelegging for læring i etterkant av en alvorlig hendelse
- Bruk av årsaksanalyser
- Evaluering av praksis etter alvorlige hendelser

Vedlegg 2

Tabell 1 Informasjonsgrunnlag

Dokumentasjon
Prosedyrer - forebygge <i>Vold og trusler mot ansatte</i>
Prosedyrer - håndtering av alvorlige hendelser, inkludert roller og ansvar
Prosedyrer som beskriver hvor og hvordan avvikssaker skal håndteres
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
Styrende dokumenter/prosedyrer - hvordan oppfølging og rapportering av alvorlige hendelser følges opp av sykehusledelsen
Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering
Veileder for utlevering av substitusjonslegemiddel i og utenfor LAR
Kartlegging/risikoanalyser på HMS-området
Dokumentasjon på tiltak som er iverksatt for å forebygge vold og trusler
Med unntak av figur 1, er alle tall hentet fra avvikssystemet, pasientjournal, tvangsprotokoll og beleggsprosent ved SiV

Vedlegg 3

Tabell 2 Gjennomførte samtaler

Dato	Navn og tittel
12.9.18	Stein Kinserdal, administrerende direktør
12.9.18	Bente Krauss, HR-direktør
12.9.18	Henriette Kaasa Ringheim, spesialrådgiver i bedriftshelsetjenesten
12.9.18	Jon Anders Takvam, fagdirektør
12.9.18	Kirsti Ingebretsen, kvalitet- og HMS sjef
12.9.18	Kjersti Høyen, personalsjef
13.9.18	Marit Dahl Mikkelsen, avdelingssjef medisin
13.9.18	Ruth Karin Kjellemo, seksjonsleder 5C overvåkning
13.9.18	Åsmund Kalrud, seksjonsleder 2C gastro
14.9.18	Henning Mørland, klinikk sjef Medisinsk klinikk
14.9.18	Runar Danielsen, senterleder akuttsenteret
14.9.18	Mona Karin Løfquist, seksjonsleder akuttsenter sykepleie
18.9.18	Unni Halvorsrud, avdelingssjef PFA
18.9.18	Terje Wegger, seksjonsleder PFA døgn akutt
18.9.18	Inger Meland Buene, klinikkleder psykisk helsevern og rusbehandling
19.9.18	Katarina Krokeborg, avdelingssjef ARB
19.9.18	Hallbjørg Indgaard Bruu, seksjonsleder LAR-poliklinikk

Vedlegg 4

Journalgjennomgang i poliklinikk LAR

Vi har testet om pasientjournalen inneholder følgende dokumentasjon:

- underskrevet samarbeidsavtale
- inntaksnotat/overføringsnotat
- voldsrisikovurdering
- behandlingsplaner
- konsultasjon med lege
- individuell plan
- samarbeidsmøter mellom pasient, kommune og LAR
- om pasientjournalen i sin helhet fremstår som oversiktlig og systematisk

Tabellen til høyre viser samlede resultater for de fire utdelingslokasjonene. Det er kun mindre forskjeller mellom lokasjonene.

Ved testing fant LAR få samarbeidsavtaler og det var i varierende grad dokumentasjon på gjennomføring av ansvarsgruppemøter. I ettertid opplyser LAR at noe av denne dokumentasjonen kan finnes ved andre typer søk i pasientjournalene.

Tabell 3 Resultater fra journalgjennomgangen

Oppsummering journalgjennomgang	
	Totalt (n = 59)
Inntaksnotat/ overføringsnotat	0 %
Underskrevet samarbeidsavtale (n= 47)	9 %
BVC	0 %
V-RISK10	8 %
Utfylt LAR-skjema (n =55)	15 %
Gyldig behandlingsplan	34 %
Kontaktlege	7 %
Individuell plan	3 %
Ansvarsgruppemøte (1-2 ganger i året)	42 %
Konsultasjon av lege (minst 1 gang i året)	8 %

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. Våre rapporter behandles av styret i det reviderte helseforetak.

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: August - desember 2018

Virksomhet: Sykehuset i Vestfold HF

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

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

Rapporten er oversendt til:

- Styrets revisjonsutvalg
- Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF
- Styret i Sykehuset i Vestfold HF
- Administrerende direktør i Sykehuset i Vestfold HF

Konsernrevisjonens rapporter

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

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