

Bilag til punkt om evaluering af dybdegående og strukturerede analyser

Dato 09-04-2018

Lotte Koldtoft

Tel. +4540113023

Lotte.Koldtoft@ps.rm.dk

1-13-3-67-17

Evalueringen viser overordnet, at der er tilfredshed med udbyttet af de strukturerede analyser set i forhold til tidsforbruget. De har i gennemsnit brugt ca. 1 time og på den baggrund fået ny viden og grundlag for at sætte tiltag i værk. Der er en oplevelse af, at den systematiske gennemgang har givet læring om årsager og udfordringer.

Der er samtidig en erkendelse af, at det tager tid at samle relevante parter til analyserne. I enkelte tilfælde er der medarbejdere, der ikke har haft lyst til at deltage, hvilket har forsinket eller forhindret analysen. Der er enighed om, at det er vigtigt at få kommunikeret at formålet er læring og ikke placering af ansvar eller skyld.

En kort midtvejsevaluering i slutningen af oktober har i øvrigt vist, at de dybdegående analyser har givet et godt udbytte på baggrund af deres systematik. Det har desuden været positivt med vedholdende hjælp udefra, både set fra skadelidtes, ledere og det øvrige personales side. Det viser sig også, at personalegruppen efterfølgende har været gode til at støtte op om handlinger på baggrund af deres egne strukturerede analyser.

Evalueringerne viser alt i alt, at der er stor opbakning til, at indsatserne fortsætter med forholdsvis små justeringer i forhold det nuværende koncept.

Forslag til fremadrettet koncept

- De strukturerede analyser

Der er ønske om, at udvælgelseskriterierne fortsat er VTC 5'ere og ulykker med fysisk vold, hvor en eller flere medarbejdere har været i fysisk fare; det vil sige, at der har været hårde slag/spark mod kroppen eller lignende.

Der er ønske om, at tilbagemeldingsfristen for handlingsplaner på baggrund af analyserne ændres fra 14 dage til 1 måned efter hændelsen/kontakten fra PS arbejdsmiljøkoordinatorer. Dette giver bedre mulighed for at samle relevante parter til analysen.

Der er ønske om, at forenkle analyseredskabet til færre spørgsmål med kortere hjælpeetekster og en enklere handleplan, se det reviderede analyseredskab med handleplan i vedlagte bilag.

- Dybdegående analyser

Der er ønske om, at udvælgelseskriterierne fortsat er VTC 5'ere og ulykker med fysisk vold, alvorlig fare eller livsfare; det vil sige hårde slag/spark med hovedet/hals, halsgreb, ildspåsættelse nær personalet. Angreb med våben eller våbenlignende genstande mod en eller flere medarbejdere. Desuden vil sager med særlig mediebevågenhed også blive udvalgt til en dybdegående analyse.

Side 2

Der er ønske om, at analysेमødet fortsat skal være gennemført inden for ca. 14 dage efter hændelsen på grund af alvorligheden. Som hidtil skal handleplanen udarbejdes på mødet og skrives som udgangspunkt af PS arbejdsmiljøkoordinatorerne. Når afdelinger og områder har modtaget handleplanen, er den deres ansvar at arbejde videre med.

- Valgfri analyse ved ulykker med psykisk vold og VTC4'ere

Af spørgeskemaundersøgelsen fremgik det, at der var nogle, som ønskede, at VTC4'ere og ulykker med psykisk vold også skulle indgå i analyserne. Denne mulighed blev drøftet på evaluerings- og udviklingsmødet, hvor det blev klart, at der var ønske om, at de nuværende udvælgelseskriterier skal fortsætte for på den måde at fastholde fokus på alvorligheden og dermed undgå at udvande indsatsen. Da ulykker med psykisk vold også er alvorlige, vil det være op til de enkelte afdelinger og områder, om de vil gennemføre analyserne med det strukturerede analyseredskab. PS arbejdsmiljøkoordinatorerne skal ikke have handleplaner på dem. Det er vigtigt at påpege, at der i følge arbejdsmiljølovgivningen skal ske analyser af alle arbejdsulykker.

Antal strukturerede analyser sommeren 2017 til marts 2018 (38 henvendelser/21 handleplaner d. 28/2)

Antal dybdegående analyser januar 2017 til marts 2018 (9 dybdegående analyser). Der har været 8 i psykiatrien og en i socialområdet.

- Tværgående mønstre

Det går igen i Socialrådets handleplaner, at det er grænsesætninger/krav overfor beboere eller de unge, som typisk har udløst de voldsomme hændelser.

En gennemgang af de 11 handleplaner og hændelsesforløb fra specialområderne viser, at der er tre gennemgående problemstillinger, og som områderne efterfølgende har iværksat handlinger på:

1. Risikovurdering/beredskabsprocedure/risikoprofil - handlemuligheder og videndeling
 - Borgerens risikoprofil har ikke været revideret/opdateret

- Risikoprofilen og vigtig sikkerhedsviden har ikke været videndelt fx ved overlap
- Der har ikke været en beredskabsprocedure for kritiske situationer, det vil sige, hvilke roller medarbejderne har og hvilke konkrete handlemuligheder er der aftalt i den forbindelse
- Ikke tilstrækkelig kendskab til borgeren sådan, at handlinger og risikovurdering har kunne matche situationen
- De pædagogiske værktøjer og viden har ikke været tilstrækkeligt i spil

2. Alarmering/trække sig fra situationen

- Procedure for hvornår man skal trække sig fra en kritisk/opkørt situation og få hjælp, har ikke været tilstrækkelig kendt eller har ikke været til stede
- Procedure for hvilken alarmtype, som skal anvendes i de forskellige situationer, har ikke været tilstrækkeligt kendt
- Alarmen er ikke blevet trykket, inden situationen har nået at udvikle sig kritisk

3. Konflikthåndtering

- Der har ikke været tilstrækkelige redskaber og kontinuerlig træning af konflikthåndtering, både konfliktnedtrapning og konkret frigørelsesgreb
- Der har ikke været tilstrækkelig kompetenceudvikling i low arousal

Psykiatriens handleplaner viser, at det typisk er grænsesætninger/krav, overlevering af "dårligt" nyt og afværgelser af selvskade, som har udløst de voldsomme hændelser.

En gennemgang af de 13 handleplaner og hændelsesforløb på de strukturerede analyser fra afdelingerne, har umiddelbart vist mange forskellige problemstillinger og dermed også mange forskellige tiltag. Nedenfor er der opsummeret problemstillinger, som går igen hos flere afdelinger:

Strukturerede analyser:

1. Manglende brug af kendt viden om patienterne

- Der har ikke været tilstrækkelig brug af patienten som en samarbejdspartner, for at kunne forebygge adfærd og triggere
- Der har ikke været tilstrækkelig brug af viden om patienten fx i forbindelse med overlap/sikkerhedsbriefinger
- Der har ikke været tilstrækkelig viden fx om paranoid adfærd og misbrug
- Der har ikke været tilstrækkelig med aktiv brug af risikovurderingsværktøjet Bröset

2. Ikke tilstrækkelig sikkerhedsmæssig vurdering og planlægning af situationen

- Der har ikke været holdt tilstrækkelig fysisk afstand til patienter, som er i affekt, får dårligt nyt eller der får stillet krav
- Der er flere hændelser, hvor medarbejdere har handlet uden alene eller været for få, uden at først sikre sig hjælp fra kollegaerne, inden de er gået ind i konfliktsituationen, med grænsesætning eller bæltefikseringer mv.
- Der er eksempler, hvor medarbejderne ikke har trukket sig i tide fra situationen eller har alarmeret for hjælp
- Der er ikke brug tilstrækkelig nabohjælp

3. Konflikthåndtering og ikke tilstrækkelig brug af deeskalering

- Der har ikke været tilstrækkelig fokus på at bruge deeskaleringsværktøjer for at forhindre en konflikt i at udvikle sig.

Dybdegående analyser:

Ud over ovenstående mønstre fra de strukturerede analyser, som også gør sig gældende i de dybdegående analyser, er følgende temaer fundet:

1. Manglende brug af kendt viden og risikovurderinger
 - Der har ikke været tilstrækkelig overlevering af viden i akutte situationer, hvorfor man har skærpet brugen af sikkerhedsbriefinger og timeouts
2. Manglende rettidig diagnose/medicinering
 - Der har været undermedicinering, personalet har overset tegn på dette
 - Patienter har været indlagt på andre afdelinger end deres diagnose tilskrives
3. Manglende inddragelse eller aftaler med pårørende/eksterne parter
 - Manglende aftaler om at samarbejde med fx politi eller vagtlæger for at kunne forebygge konfliktsituationer
 - Manglende indhentning af ny viden om patienterne fra de pårørende

Datatræk og udvælgelse i dialog

PS arbejdsmiljøkoordinatorer trækker ulykker og VTC 5'ere hver 14. dag. Det er ment som en back up for afdelingernes og områdernes eget arbejde med ulykker og hændelser. Det har vist sig, at denne funktion er vigtig, da den er væsentlig for i dialog med afdelinger og områder at finde frem til de hændelser, der skal analyseres.