

FORVALTNINGSREVISJON FOR KONTROLLUTVALGET I RISØR KOMMUNE

HMS OG AVVIKSHÅNDTERING VED SANDNES RESSURSSENTER

AUST-AGDER REVISJON IKS, AUGUST 2019

INNHOOLD

1. INNLEDNING, FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER	1
1.1. INNLEDNING	1
1.2. BAKGRUNN OG FORMÅL	2
2. METODISK GJENNOMFØRING	3
3. REVISJONSKRITERIER	5
4. PROBLEMSTILLINGER	10
4.1. SYSTEMATISK HMS-ARBEID OG RISIKO VED ARBEIDSFORHOLD	11
4.1.1. FAKTA	11
4.1.2. REVISORS VURDERINGER OG KONKLUSJON	18
4.2. RUTINER FOR AVVIK	19
4.2.1. FAKTA	19
4.2.2. REVISORS VURDERINGER OG KONKLUSJON	25
5. REVISJONENS AVSLUTTENDE KONKLUSJON OG ANBEFALINGER	27
5.1 RÅDMANNENS KOMMENTAR.....	29
6. LITTERATUR	30
7. VEDLEGG	31
VEDLEGG 1 – OVERSIKT DOKUMENTASJON.....	31
VEDLEGG 2 – INTERVJUGUIDE	32

Problemstillinger

1. *Jobbes det systematisk med HMS ved Sandnes Ressurssenter i henhold til kravene i arbeidsmiljøloven? Og gjennomføres det tilfredsstillende risikovurderinger knyttet til de ansattes arbeidsforhold?*
2. *Har Sandnes ressurscenter etablert tilfredsstillende rutiner for å avdekke, registrere, rapportere og håndtere avvik?*

Revisjonskriterier

- Risør kommune har et ansvar for at det utføres et systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid på alle plan i virksomheten
- Kommunen må følge internkontrollforskriftens krav til skriftlig dokumentasjon knyttet til HMS, risikoforhold, internkontrollrutiner m.m.
- Kommunen må følge de krav til fysisk og psykososialt arbeidsmiljø som følger av loven, hvor ansatte blant annet skal beskyttes mot vold, trusler og fysiske belastninger.
- Virksomheten skal jobbe systematisk med risikovurderinger knyttet til de ansattes arbeidsforhold
- Kommunen, ved Sandnes Ressurssenter, har en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere som virksomhet, gjennom ansvarskravet i forskrift til å ha et system for håndtering av avvik

Side 5 - 9

Revisjonens funn og vurderinger

- Sandnes Ressurssenter har som en del av kommunens system, tilfredsstillende HMS-rutiner iht. formelle krav til systematisk HMS-arbeid. Positivt med enhetens fokus på HMS gjennom kurs for ansatte samt gjennomgang på møter
- Revisjonen mener det er uheldig at det ikke er etablert en systematisk praksis for medarbeidersamtaler samt en lite hensiktsmessig møtестruktur da personalmøter som en arena for informasjon, utvikling og involvering holdes som frivillige møter utenfor ordinær arbeidstid
- Forbedringsområder knyttet til verneombudets tilrettelegging for systematisk verneombudoppgaver i kombinasjon med sin fulltidsstilling. Med hensyn til Sandnes Ressurssenters størrelse og kompleksitet, vurderer revisjonen at ressursene knyttet til ansvaret som verneombud er noe begrenset
- Risikovurderinger utarbeidet ved den enkelte bruker vedr. fare for vold og utagering, fremstår som grundige vurderinger av risiko og konsekvens iht. krav. Det er enkelte variasjoner i omfanget av vurderinger blant brukere, men revisjonen anser det som positivt at det er vurderinger med fokus på å sikre forutsigbarhet og trygge situasjoner både for ansatte og brukere
- Med hensyn til at Sandnes RS har en brukergruppe med tyngre psykiske utviklingshemninger og stort omfang på avvik og fysiske skader på ansatte, er det avgjørende med et velfungerende avvikssystem
- Av revisjonens gjennomgang av avvik, kommer det tydelig frem at enheten har et stort omfang av avvik på vold, utagering etc. mot ansatte. Positivt at avvikssystemet anvendes blant de ansatte, men mener det foreligger forbedringspotensiale vedr. enhetens oppfølging og håndtering av avvik. Det er videre uheldig at verneombud og enhetsleders gjennomgang av skademeldinger iht. rutiner, ikke gjennomføres
- Revisjonen ser flere forhold ved ledelsen arbeid med oppfølging av avvik som kan forbedres, både med hensyn til skriftlighet på oppfølging, samt det systematiske arbeidet for å korrigere virksomhetens aktiviteter med mål om å redusere forekomsten av gjentakende hendelser. Viktig at slike hendelser følges opp med et helhetsfokus og korrigeres på systemnivå for virksomheten. Behovet for systematisk oppfølging av avvik, kommer også til uttrykk gjennom de ansattes ulike praksis og vurderinger knyttet til å melde avvik samt kategoriseringen av alvorlighetsgrad ved ulike volds- og skadehendelser

Side 10 – 28

Anbefalinger

- *Revisjonen anbefaler at enheten legger bedre til rette for en møtестruktur og systematisk gjennomføring av medarbeidersamtaler, for å i større grad sikre ansattes involvering og ivaretagelse av forhold knyttet til psykososialt arbeidsmiljø*
- *Det anbefales at administrasjonen gjør en vurdering av ressursrammen knyttet til oppgaven som verneombud, sett i sammenheng med behovet for et mer systematisk arbeid knyttet til oppfølging og evaluering av skademeldinger*
- *Revisjonen anbefaler at oppfølging og evaluering av avvik jobbes med mer systematisk på et overordnet nivå, med mål om å redusere omfanget av skademeldinger samt gjentakende avvik*

1. INNLEDNING, FORMÅL OG PROBLEMSTILLINGER

1.1. INNLEDNING

Sandnes ressurscenter er den største av tre enheter innenfor Habiliteringstjenesten i Risør kommune, som inngår i tjenesteområdet for helse og omsorg. Enhetens oppdrag er å yte omsorgstjenester til mennesker som ikke kan dra omsorg for seg selv, i hovedsak tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming, autismediagnoser eller mennesker som av ulike årsaker har utviklet adferdsavvik.

I arbeidsmiljøloven stilles det en rekke krav til Risør kommune som arbeidsgiver.¹ Kommunen skal blant annet, i samarbeid med arbeidstakere, sørge for at det utføres systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid på alle plan i virksomheten. Det er videre utarbeidet bestemmelser for særskilte forholdsregler for å ivareta sikkerheten på arbeidsplassen, hvor de ansatte blant annet skal få nødvendig opplæring og instruksjon knyttet til ulykkes- og helsefarer forbundet sine arbeidsoppgaver. Arbeidsmiljøloven stiller videre krav til det generelle og fysiske arbeidsmiljøet, hvor det skal være fullt forsvarlig ut fra hensynet til de ansattes helse, miljø og sikkerhet.

Sandnes ressurscenter er en stor arbeidsplass med i underkant av 60 årsverk. Habiliteringstjenesten yter målrettet miljøarbeid for å bygge opp og støtte funksjoner, samspill og livskvalitet hos mennesker med tidlig ervervede eller medfødte funksjonshemninger, i form av omsorg, helsehjelp, praktisk bistand, atferdskorrigerende tiltak m.m. Brukere knyttet til Sandnes ressurscenter er mennesker som har behov for tjenester i en bestemt livsfase eller i et livslangt perspektiv, i aldersspennet fra førskolealder til personer over 70 år. Gruppen av brukere er i kontinuerlig endring med tanke på både alder, helse og kompleksitet i atferdsutfordringer. Som en del av en ressurskrevende brukergruppe, stiller det høye krav til de ansatte samtidig som det vil kunne medføre mange avvik tilknyttet tjenesten.

Denne forvaltningsrevisjonen har til hensikt å se nærmere på hvordan enheten Sandnes Ressurscenter tilrettelegger for sine ansatte, spesielt med hensyn til helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. Prosjektet vil videre ha til hensikt å se på hvordan enheten arbeider med avviksregistrering og avvikshåndtering, herunder spesielt hvordan ledelsen følger opp avvik knyttet til ansattes arbeidsforhold.

Revisjonens funn og anbefalinger er utledet gjennom dokumentanalyse, intervju og mappegjennomgang, vurdert opp mot rapportens revisjonskriterier. Prosjektet er for øvrig gjennomført etter gjeldende standard for forvaltningsrevisjon.²

¹ LOV-2005-06-17-62 Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (Arbeidsmiljøloven) Heretter aml.

² RKS 001 Standard for forvaltningsrevisjon. Fastsett av NKRFs styre 1. februar 2011

1.2. BAKGRUNN OG FORMÅL

Forvaltningsrevisjonsprosjektet «HMS og avvikshåndtering ved Sandnes Ressurssenter» i Risør kommune ble bestilt av kontrollutvalget 06.12.2018 (sak 36/18), gjennom revisjonens presentasjon av prosjektplan. Bakgrunnen for bestillingen baserer seg på kontrollutvalgets beslutning 01.11.2018 (sak 24/18), om en omprioritering av prosjekter på plan for forvaltningsrevisjon. Kontrollutvalget vurderte Sandnes ressurscenter som et område med potensiell risiko – spesielt med tanke på tjenesteområdets brukergruppe og høye andel avvik. Prosjektet utgjør derfor ikke en del av Risør kontrollutvalgs opprinnelig «Plan for forvaltningsrevisjon»³.

Formålet med forvaltningsrevisjonsprosjektet vil i henhold til kontrollutvalgets bestilling, ha til hensikt å se på hvordan enheten har tilrettelagt for gode arbeidsforhold, sett hen til oppfølging av ansattes arbeidsmiljø, sykefravær, avvik og HMS-arbeid (helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid). Det vil videre være formålstjenlig å kartlegge de interne kontrollrutinene ved Sandnes ressurscenter, og hvordan disse er forankret hos de ansatte. Det vil herunder være hensiktsmessig å se på rutiner for avviksregistrering og avvikshåndtering, og hvordan internkontroll knyttet til dette håndteres i praksis hos leder og ansatte.

Prosjektplan for arbeidet ble behandlet av kontrollutvalget 06.12.2018 (sak 36/18), hvor det basert på innspill fra kontrollutvalget, ble vedtatt to problemstillinger:

- 1) *Jobbes det systematisk med HMS ved Sandnes ressurscenter i henhold til kravene i arbeidsmiljøloven? Og gjennomføres det tilfredsstillende risikovurderinger knyttet til de ansattes arbeidsforhold?*
- 2) *Har Sandnes ressurscenter etablert tilfredsstillende rutiner for å avdekke, registrere, rapportere og håndtere avvik?*

³ Plan for forvaltningsrevisjon 2016-2019. Vedtatt av Risør kontrollutvalg 16.02.2016 (sak 3/16)

2. METODISK GJENNOMFØRING

Prosjektets metodiske fremgangsmåte har basert seg på ulike tilnærminger innen kvalitativ metode. Arbeidet med forvaltningsrevisjonen har i hovedsak foregått i perioden februar – juni 2019, og blitt gjennomført av forvaltningsrevisor Stine Norrøne Beck med Kristian Fjellheim Bakke som ansvarlig forvaltningsrevisor.

Revisjonen startet innledningsvis med et oppstartsmøte med enhetsleder på Sandnes Ressurscenter, som en informativ samtale for å danne et bedre bilde av enheten. Det ble i etterkant av møtet oversendt omfattende dokumentasjon knyttet til enhetens internkontroll, HMS-rutiner, styringsdokumenter, rutinebeskrivelser tilknyttet avvik m.m. Dokumentasjonen har i stor grad bidratt til revisjonens helhetsforståelse, og dannet grunnlag for revisjonens vurderinger og konklusjoner. Oversendt dokumentasjon består i utgangspunktet av 45 dokumenter av ulik størrelse, både i form av rutiner og systemer for hele kommunen samt kun for Sandnes Ressurscenter lokalt eller enhet for habilitering. Dokumentasjonen ble satt i system og evaluert, samtidig som flere rutiner ble anvendt som grunnlag for oppfølgende spørsmål i intervjuene med både enhetsleder og verneombud.

Som en viktig del av den metodiske innhenting av data, har revisjonen videre gjennomført semi-strukturerte intervjuer med enhetsleder og påtroppende enhetsleder⁴, samt med verneombud på Sandnes Ressurscenter. I forbindelse med intervjuene, tilbrakte revisjonen arbeidsdagen ute på Sandnes Ressurscenter, og fikk i denne forbindelse også observere og få uformell dialog med øvrige ansatte som var et nyttig supplement for å danne et helhetsinntrykk. I tillegg til intervjuer sendte revisjonen en henvendelse til tillitsvalgte ved Sandnes Ressurscenter, for å få deres betraktninger og synspunkter knyttet til revisjonens undersøkelse. Revisjonen fikk en innholdsrik tilbakemelding fra én av de to tillitsvalgte, som er ansatt ved Sandnes Ressurscenter og plasstillitsvalgt for Fellesorganisasjonen Risør.

For å få et mest mulig realistisk bilde av enhetens faktiske risikovurderinger, gjennomførte revisjonen en gjennomgang av brukersystemet Geric. Gjennomgangen ble utført ved at revisjonen tilbrakte arbeidsdagen ute på Sandnes Ressurscenter, og gjennomgikk alle 21 brukerne i Geric med tilhørende risikovurderinger på den enkelte bruker. I forlengelsen av gjennomgangen av risikovurderinger i Geric, fikk revisjonen full tilgang til kommunens avvikssystem QM+. Hensikten med gjennomgangen av QM+ var å både få et bilde av omfanget og detaljer i type avvik, hvor det blant annet ble hentet ut statistiske oversikter fra både hittil i 2019, for året 2018 og 2017, samt for de siste 12 månedene. Revisjonen tok videre en gjennomgang av *alle* avvik siste 12 månedene knyttet til HMS og skademeldinger (hhv. høy og medium), samtidig som det ble sett nærmere på oversikt over skademeldinger kategorisert med lav. Revisjonen utførte gjennomgangen av avvik i QM+ 23. april 2019.

Vurderingen av det metodiske arbeidets validitet og reliabilitet, handler om å belyse dataenes troverdighet og gyldighet. Validiteten handler om hvorvidt de innsamlede dataene er aktuelle

⁴ Enhetsleder ved Sandnes Ressurscenter går av juni 2019, hvor ansvaret fordeles på hhv. avdelingsleder og enhetsleder for habilitering. Begge har vært til stede under revisjonens intervju og samtale med enhetsleder

for å besvare problemstillingene, og om revisjonens funn er autoritative og representative i forhold til fenomenet som er undersøkt. Dokumentene som er analysert for å besvare problemstillingene har vært offentlig tilgjengelig dokumenter, eller dokumenter som er forelagt revisjonen direkte av kommunen.

I forbindelse med intervjuprosessen har dialogen vært forankret gjennom en intervjuguide, justert med tilpasninger for den enkelte. Intervjuguiden har blitt utarbeidet med utgangspunkt i den oversendte dokumentasjonen av rutiner og systemer. Dette har vært et viktig verktøy for å kunne se sammenheng mellom rutiner og praksis, og for å sikre en godt forankret analyseprosess. Validiteten styrkes ytterligere ved at datamateriale fra intervjuer og samtaler er faktaverifisert av den enkelte informant. En slik faktaverifisering gir mindre rom for potensielle fallgruver ved subjektiv tolkning av dataene. Rådmannen har i tillegg ved prosjektets ferdigstillelse fått rapporten til høring. Tilbakemelding og uttalelser fra rådmannen ligger vedlagt.

Reliabilitetsvurderingen omhandler hvorvidt de innsamlede dataene er pålitelige, og om dataene er gjenstand for etterprøvbarhet. Rapporten har både på detaljert og overordnet nivå vært gjenstand for intern og ekstern kvalitetskontroll. Gjennomgående i rapportens arbeid har flere forvaltningsrevisorer vært involvert i prosessen, og den metodiske innsamlingen av data har vært grundig forankret og kvalitetssikret internt. Dette har bidratt til et godt fundament for dataenes reliabilitet.

3. REVISJONSKRITERIER

Revisjonskriterier er de krav, normer og standarder som utgjør grunnlaget for de vurderinger revisjonen skal måle objektet opp mot og i forhold til. Kriteriene vil være gjeldende for begge problemstillingene, for å på best mulig danne et godt normativt grunnlag for de vurderinger og konklusjoner som trekkes. Følgende kapittel vil redegjøre for de bestemmelser som regulerer krav til HMS-arbeid, krav til generelt og fysisk arbeidsmiljø, internkontroll og avvikshåndtering.

Helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid

I henhold til arbeidsmiljøloven § 3-1 har Risør kommune et ansvar for å sikre at hensynet til arbeidstakernes helse, miljø og sikkerhet blir ivaretatt, gjennom å sørge for at det utføres *systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid på alle plan i virksomheten*.

Etter arbeidsmiljøloven § 3-1 ledd 2 innebærer det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet at kommunen som arbeidsgiver skal:

1. fastsette mål for helse, miljø og sikkerhet
2. ha oversikt over virksomhetens organisasjon, herunder hvordan ansvar, oppgaver og myndighet for HMS er fordelt
3. kartlegge farer og problemer og på denne bakgrunn vurdere risikoforholdene i virksomheten, utarbeide planer og iverksette tiltak for å redusere risikoen
4. under planlegging og gjennomføring av endringer i virksomheten, vurdere om arbeidsmiljøet vil være i samsvar med lovens krav, og iverksette nødvendige tiltak
5. iverksette rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av krav fastsatt i eller i medhold av loven
6. sørge for systematisk arbeid med forebygging og oppfølging av sykefravær
7. sørge for løpende kontroll med arbeidsmiljøet og arbeidstakernes helse når risikoforholdene tilsier det
8. foreta systematisk overvåking og gjennomgang av det systematiske HMS-arbeidet for å sikre at det fungerer som forutsatt

I forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften)⁵ ligger det en plikt til internkontroll. Forskriftens § 3 definerer internkontroll som: «*Systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres, sikres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen*». God internkontroll handler derfor om å jobbe systematisk, veldokumentert og målbevisst med HMS, hvor hensikten med internkontroll er å forebygge uønskede hendelser, oppnå et godt arbeidsmiljø, lavt sykefravær, høy sikkerhet m.m.⁶

⁵ FOR-1996-12-06-1127 Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter med kommentarer (Internkontrollforskriften)

⁶ <https://www.altinn.no/starte-og-drive/arbeidsforhold/helse--miljo-og-sikkerhet-hms/hms-arbeid-og-hms-krav/>

Internkontrollforskriftens § 5 definerer krav til innholdet i det systematiske HMS-arbeidet og krav til dokumentasjon. Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse i det omfang som er nødvendig for å etterleve krav i eller i medhold av HMS-lovgivningen, jf. § 5 første ledd. I internkontrollforskriftens § 5 andre ledd defineres krav til internkontroll og dokumentasjon, hvor det heter at «internkontroll innebærer at virksomheten skal:»

1. sørge for at de lover og forskrifter i HMS-lovgivningen som gjelder for virksomheten er tilgjengelig, og ha oversikt over de krav som er av særlig viktighet	-
2. sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter i det systematiske HMS-arbeidet herunder informasjon om endringer	-
3. sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes	-
4. fastsette mål for helse, miljø og sikkerhet	Må dokumenteres skriftlig
5. ha oversikt over virksomhetens organisasjon, herunder hvordan ansvar, oppgaver og myndighet for arbeidet med HMS er fordelt	Må dokumenteres skriftlig
6. kartlegge farer og problemer og på denne bakgrunn vurdere risiko, samt utarbeide tilhørende planer og tiltak for å redusere risikoforholdene	Må dokumenteres skriftlig
7. iverksette rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av krav fastsatt i eller i medhold av HMS-lovgivningen	Må dokumenteres skriftlig
8. foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt	Må dokumenteres skriftlig

Krav til arbeidsmiljø og arbeidsforhold

For å ivareta sikkerheten på arbeidsplassen skal kommunen som arbeidsgiver sørge for at de ansatte gjøres kjent med ulykkes- og helsefarer som kan være forbundet med arbeidet, og at de ansatte får den opplæring, øvelse og instruksjon som er nødvendig, jf. aml. § 3-2 første ledd. Som en del av det systematiske HMS-arbeidet, er det viktig at virksomheten gjennomfører risikovurderinger knyttet til farer og problemer som kan oppstå. Arbeidstilsynet definerer risikovurderinger følgende:

«Å vurdere risiko i en virksomhet er en kontinuerlig prosess der man må gjøre jevnlig kartlegginger og vurderinger av farene og problemene i virksomheten.»

Risikovurderinger begrenser seg *ikke* kun til umiddelbare fysiske farer, men kan også ta for seg for eksempel muskelplager, stress, konflikter m.m. Omfanget av risikovurderingene vil alltid variere med størrelsen på arbeidsplassen og hva slags arbeid som utføres.

Arbeidstilsynet mener kjernen i enhver risikovurdering baserer seg på tre spørsmål:⁷

- Hva kan gå galt?
- Hva kan vi gjøre for å forhindre dette?
- Hva kan vi gjøre for å redusere konsekvensene dersom det skjer?

⁷ <https://www.arbeidstilsynet.no/hms/risikovurdering/>

I forlengelse av HMS-arbeidet, er det viktig at virksomheten ivaretar arbeidsmiljølovens krav til det *fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet*, jf. aml. kap. 4. I lovens § 4-1 stilles det generelle krav til at arbeidsmiljøet i virksomheten skal være fullt forsvarlig ut ifra både en enkeltvis og samlet vurdering av faktorer som kan innvirke på arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og velferd. Ved planlegging og utforming av arbeidet, skal det legges vekt på å forebygge skader, og arbeidet skal organisere slik at arbeidstakerne ikke utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger, jf. aml. § 4-1 ledd 2. Videre skal det vurderes om det er særlig risiko knyttet til alenearbeid i virksomheten.

I arbeidsmiljøloven § 4-3 stilles det eksplisitte krav til det *psykososiale arbeidsmiljøet*, hvor det heter at:

1. Arbeidet skal legges til rette slik at arbeidstakers integritet og verdighet ivaretas
2. Arbeidet skal søkes utformet slik at det gir mulighet for kontakt og kommunikasjon med andre arbeidstakere i virksomheten
3. Arbeidstaker skal ikke utsettes for trakassering eller annen utilbørlig opptreden
4. Arbeidstaker skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre

I arbeidsmiljølovens § 4-4 stilles det videre krav til det *fysiske arbeidsmiljøet*, hvor det i første ledd stilles krav til at fysiske arbeidsmiljøfaktorer som bygnings- og utstyrsmessige forhold, inneklima, lysforhold, støy etc. skal være fullt forsvarlig ut fra hensynet til arbeidstakernes helse, miljø, sikkerhet og velferd. Videre skal arbeidsplassen innredes og uformes slik at de ansatte unngår uheldige fysiske belastninger, og det skal legges til rette for variasjon i arbeidet og for å unngå tunge løft eller ensformig gjentakelsesarbeid, jf. aml. § 4-4 andre ledd.

Arbeidstilsynet har utarbeidet en informasjonsside knyttet til det fysiske arbeidsmiljøet i omsorgsboliger, og trekker frem viktigheten av risiko knyttet til vold og trusler: «Pasienter og beboere i helseinstitusjoner kan være mentalt ustabile eller utagerende. Arbeidstakerne skal beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre. I denne sammenhengen er den fysiske utformingen av arbeidsmiljøet (bygningen) viktig. På arbeidsplasser med risiko for vold og trusler må bygningen utformes med tanke på å redusere denne risikoen.»⁸

Arbeidstilsynet beskriver viktigheten av at arbeidsgiver og arbeidstakerne har en felles enighet om hva som inngår i begrepene vold og trusler. Det er videre viktig at arbeidsplassen er oppmerksom på at også hyppige, mindre alvorlige hendelser kan gi store helsekonsekvenser på sikt. Vold og trusler skal derfor ikke behandles som et problem for den enkelte arbeidstaker, men også som et arbeidsmiljøproblem som angår hele virksomheten.⁹ Helserelevante yrker trekkes frem av arbeidstilsynet som ett av de mest utsatte yrkene med høy risiko for vold og trusler på arbeidsplassen. Risikoutsatte arbeidssituasjoner kan blant annet være alenearbeid, arbeid med lav bemanning, mangelfull opplæring og arbeid med mennesker

⁸ <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/byggesak/veiledning-til-dokumentasjonskrav-ved-soknad-om-arbeidstilsynets-samtykke/krav-til-fysisk-arbeidsmiljo/>

⁹ <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/vold-og-trusler/>

i sårbare situasjoner. Arbeidsgiver har ansvaret for å sørge for at arbeidstakerne, så langt det er mulig, beskyttes mot vold og trusler, og arbeidsgiver skal arbeide mot vold og trusler på samme systematiske måte som forebygging av andre risikoforhold på arbeidsplassen.¹⁰

Arbeidstilsynet beskriver videre 5 steg arbeidsgiver bør gjøre i arbeidet med forebygging mot ansattes risiko for utsettelse av vold og trusler:

1. Kartlegge hvilke situasjoner de ansatte kan bli utsatt for vold og trusler
2. Vurdere hvor sannsynlig det er at vold- og trusselsituasjoner oppstår og hvor alvorlig mulige konsekvenser kan være (risikovurderinger)
3. Utarbeide planer, rutiner og tiltak
4. Iverksette tiltak
5. Følge opp og evaluere tiltakene

I henhold til arbeidsmiljøloven § 5-1 skal arbeidsgiver sørge for registrering av alle personskader som oppstår under utførelse av arbeid, og det samme gjelder sykdom som antas å ha sin grunn i arbeidet eller forholdene på arbeidsplassen. Det er videre krav til at også arbeidstaker skal melde fra om tilsvarende skader eller sykdom, hvor det heter at arbeidstaker skal *«melde fra til arbeidsgiver dersom arbeidstaker blir skadet i arbeidet eller pådrar seg sykdom som arbeidstaker mener har sin grunn i arbeidet eller forholdene på arbeidsstedet»* jf. aml. § 2-3 ledd 2, e.

Avvik

Som en viktig del av den systematiske internkontrollen, inngår virksomhetens arbeid knyttet til avvikshåndtering. Arbeidstilsynet beskriver at alle virksomheter skal ha rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge avvik fra helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen. Selve avvikshåndteringen handler derfor om å både *oppdage, melde, rette opp og forebygge* brudd på krav fastsatt i HMS-lovgivningen.¹¹

Internkontrollforskriften § 5 som er gjengitt tidligere i kapitlet, heter det i punkt 7 at virksomheten gjennom skriftlig dokumentasjon, skal:

«... iverksette rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen»

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten definerer ulike plikter som i sum utgjør et styringssystem som skal sikre systematisk styring av virksomhetens aktiviteter.¹² De fire pliktene som utgjør styringssystemet, omhandler styring av hvordan aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres med krav i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivning, jf. forskriften § 4.

¹⁰ <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/vold-og-trusler/>

¹¹ <https://www.arbeidstilsynet.no/hms/avvik-og-avvikshandtering/>

¹² FOR-2016-10-28-1250 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

I *plikten til å planlegge* virksomhetens aktiviteter, heter det i forskriftens § 6 bokstav g at dette innebærer å:

«... ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet»

I forskriftens *plikt til å gjennomføre* (jf. § 7), heter det at man skal *«... utvikle og iverksette prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet»*, jf. § 7 bokstav c.

I forskriftens *plikt til å evaluere*, stilles det krav til at virksomheten skal *«gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges»*, jf. § 8 bokstav e. Videre ligger det i § 9 *plikten til å korrigere* at virksomheten skal rette opp uforsvarlige forhold, sørge for korrigerende tiltak og forbedre nødvendige prosedyrer og rutiner for å sørge for at relevant lovgivning etterleves.

Arbeidsgiver har iht. forskriftens § 3 ansvar for å ha opprettet et system for å håndtere avvik, samtidig som alle arbeidstakere er pliktige til å melde fra om avvik og mangler på arbeidsplassen. God avvikshåndtering omhandler ifølge arbeidstilsynet det å finne ut hva som har skjedd, hvorfor det har skjedd, rette opp forholdet og sørge for at det ikke vil skje igjen.¹³ Det vises videre til at en god avvikshåndtering blant annet kan bidra til at virksomheten når målene sine, å redusere risikoen for uønskede hendelser og sikre et bedre arbeidsmiljø. Arbeidstilsynet trekker videre frem viktigheten av å se på avvikshåndtering som en del av dokumentasjonen som danner grunnlaget for virksomhetens risikovurderinger.

Oppsummert vil prosjektet ta utgangspunkt i følgende kriterier:

- Risør kommune har et ansvar for at det utføres et systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid på alle plan i virksomheten
- Kommunen må følge interkontrollforskriftens krav til skriftlig dokumentasjon knyttet til HMS, risikoforhold, internkontrollrutiner m.m.
- Kommunen må følge de krav til fysisk og psykososiale arbeidsmiljøet som følger av lov, hvor de ansatte blant annet skal beskyttes mot vold, trusler og fysiske belastninger. Virksomheten skal jobbe systematisk med risikovurderinger knyttet til de ansattes arbeidsforhold
- Kommunen, ved Sandnes Ressurssenter, har en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere som virksomhet, gjennom ansvarskravet i forskrift til å ha et system for håndtering av avvik

¹³ <https://www.arbeidstilsynet.no/hms/avvik-og-avvikshandtering/>

4. PROBLEMSTILLINGER

Om Sandnes Ressurssenter

Sandnes ressurscenter (SR) er en enhet innenfor Habiliteringstjenesten i Risør kommune, hvor enhetens oppdrag er å yte omsorgstjenester til mennesker som ikke kan dra omsorg for seg selv. I hovedsak yter enhetene innenfor Habiliteringstjenesten tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming og/eller mennesker med autismediagnoser. Tjenesteområdet er organisert i tre enheter: Orreveien ressurscenter, Linken arbeidssenter og Sandnes ressurscenter.¹⁴

Habiliteringstjenesten yter målrettet miljøarbeid i leiligheter og bofellesskap, et arbeid som skal oppnå endringer i retning av et bedre liv for de som mottar tjenestene. Miljøarbeidet ytes i form av omsorg, helsehjelp, praktisk bistand og opplæring, atferdskorrigerende tiltak, dagtilbud og fritidsaktiviteter. Det ytes også avlastningstjenester til utviklingshemmede barn og voksne som bor hjemme, primært ment som en avlastning til pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver.

Sandnes ressurscenter er en stor arbeidsplass, hvor det er tilknyttet ca. 150 ansatte inkludert tilkallingsvikarer. Dette utgjør omtrent 60 årsverk, men enheten har ifølge enhetsleder et mål om at de av hensyn til ressursbruk og budsjett skal ned til ca. 55 årsverk. Av de 150 ansatte, utgjør ca. 100 av disse faste stillinger. Sandnes ressurscenter var ved revisjonens oppstartstidspunkt organisert med én enhetsleder, to fagansvarlige samt fem gruppeansvarlige – en gruppeansvarlig på hvert av de fem husene på SR. Underveis i prosjektets arbeid, ble revisjonen orientert om at enhetsleder før sommeren 2019 vil gå av med pensjon, hvor hennes respektive arbeidsoppgaver vil fordeles ut på to personer. Én ansatt i kommunen vil ta over som ny enhetsleder for hele Habiliteringstjenesten, samtidig som én av de to faglederne vil overta ansvaret lokalt på Sandnes ressurscenter.

Samlet sett er det 25 brukere ved Sandnes ressurscenter, hvor 17 personer bor fast i leiligheter eller bofellesskap, åtte har avlastningsplasser og to får botjenester. Enkelte brukere er over 50 år, mens resten fordeler seg i aldersspennet 7 - 45 år inkludert avlastning. De fleste brukere som bor på ressurscenteret har enten 1:1 bemanning, 2:1 bemanning eller 3:1 bemanning, noe som reflekterer enhetsleders beskrivelse om at SR har noen av de mest ressurskrevende brukerne i Habiliteringstjenesten i kommunen.

I kommunens årsmelding for 2018, beskrives det at Sandnes ressurscenter har hatt et krevende år, men som forventet ut ifra driftssituasjonen enheten gikk inn i 2018 med. Samtidig har enheten hatt et sykefravær på ca. 6,73 %, som er en bedring på ca. 1 % mot 2017, og har måtte sette inn ekstra ressurser gjennom året som følge av sykefravær, sykdom hos brukere og økt behov for oppfølging av brukere på avlastning.¹⁵

¹⁴ <https://www.risor.kommune.no/tjenester/helse-omsorg-og-sosiale-tjenester/nedsett-funksjonsevne-habilitering/habiliteringstjenesten/>

¹⁵ Risør kommune – Årsberetning 2018

4.1. SYSTEMATISK HMS-ARBEID OG RISIKO VED ARBEIDSFORHOLD

1) *Jobbes det systematisk med HMS ved Sandnes ressurscenter i henhold til kravene i arbeidsmiljøloven? Og gjennomføres det tilfredsstillende risikovurderinger knyttet til de ansattes arbeidsforhold?*

4.1.1. FAKTA

I følgende kapittel vil det redegjøres for de rutinebeskrivelser og systemer Sandnes Ressurscenter har knyttet til sitt systematiske arbeid med HMS og internkontroll, og hvilke rutiner enheten har med HMS-arbeid i praksis. Det vil videre fremstilles de funn og observasjoner revisjonen har gjort knyttet til enhetens arbeid med risikovurderinger både på et generelt nivå, knyttet til den enkelte bruker og ansattes arbeidsforhold.

Systematisk HMS-arbeid

Etter arbeidsmiljøloven er Sandnes ressurscenter som en del av Risør kommune pliktig til å jobbe systematisk med HMS, herunder ha rutiner for fordeling av ansvar og oppgaver innen HMS, systematisk arbeid med sykefravær og oppfølging av arbeidsmiljø og arbeidstakernes helse og systematisk gjennomgang av HMS-arbeidet. For å kontrollere hvorvidt enheten oppfyller kravene i loven, har revisjonen gjennomgått en rekke dokumenter oversendt fra kommunen. Av hensyn til omfang vil ikke revisjonen gjengi all dokumentasjon i rapporten, men oversikt over alle rutiner for internkontroll, kvalitetssystem m.m. ligger i vedlegg 1.

Som en del av Sandnes ressurscenters skriftlige rutiner knyttet til sitt systematiske HMS-arbeid, omfattes store deler av dokumentasjonen HMS-rutiner som er gjeldende for hele Risør kommune. Kommunen har blant annet utarbeidet en egen HMS-håndbok, som skal «dokumentere kommunens HMS-system, og være i tråd med gjeldende internkontrollforskrift.»¹⁶ HMS-håndboka skal være generell og overordnet for hele Risør kommune, med en HMS-arbeidsgruppe som oppdaterer håndboka årlig samtidig som Arbeidsmiljøutvalget skal godkjenne endringene.

I henhold til loven er det i HMS-håndboka nedfelt «Konkrete mål for helse, miljø og sikkerhet i Risør kommune». Det heter blant annet i mål 5 - 7 at:¹⁷

- *Ledere skal sørge for at ansatte er informert om HMS-arbeidet i kommunen som helhet og i enheten spesielt. De ansatte skal være informert om de rutiner og retningslinjer som er etablert og hvor de selv kan hente informasjon*
- *QM+ er kommunens verktøy i HMS-arbeidet og avviksbehandlingen*
- *Ledere skal gis skoloring på HMS-området*

I håndboken defineres rådmannen som den med overordnet HMS-ansvar for Risør kommune, hvor kommunalsjef har delegert ansvar for å se til at arbeidet fungerer i tråd med lov og

¹⁶ HMS-håndboka Risør kommune

¹⁷ *Ibid* side 5

forskrift, og at det daglige HMS-arbeidet utøves hensiktsmessig i kommunen. Utover dette har rådmannen delegert ansvar for HMS ned på den enkelte enhet i kommunen. Under revisjonens intervju med enhetsleder og avdelingsleder beskrives det at det er enhetsleder som besitter hovedansvaret innen HMS på Sandnes Ressurscenter.

Fastsetting av mål for HMS ved Sandnes Ressurscenter, forteller enhetsleder at står nedfelt i virksomhetsplanen for habilitering. Revisjonen har fått oversendt Virksomhetsmelding – Enhet for habilitering 2018-19, hvor det presenteres følgende mål for HMS-arbeidet:

- Alle virksomheter skal måle sin HMS-virksomhet: Oppslutning og status for ulike HMS-forhold
- HMS-arbeidet skal involvere alle berørte parter ved hjelp av sjekklister, spørreskjemaer og avviksmeldinger, jf. §§ 4 og 5.3 i HMS-forskrift. Hensikten er å lære av hverandres erfaringer slik at feil, mangler og avvik ikke oppstår og gjentas
- Leder- og personalmøter skal ha grafiske avviks- og forslagsrapporter fremlagt, minimum hvert halvår. "Avviksrapport" skal være fast punkt på dagsordenen og vise utviklingen over tid og status for tiltak som er iverksatt
- Det skal ikke oppstå fravær som skyldes dårlig tilrettelegging av jobben, eller som skyldes dårlige samarbeidsforhold. Medarbeidere og de som mottar våre tjenester er en del av løsningen, ikke en del av problemet

Når det gjelder systematisk HMS-arbeid på Sandnes Ressurscenter, beskriver enhetsleder at det er mye fokus på opplæring av nye ansatte, både gjennom et introduksjonsprogram og kvalitetsprogram som gjennomgås med alle nyansatte på Sandnes Ressurscenter. Revisjonen har fått tilgang til dokumentasjon og rutiner knyttet til tilsetting av nyansatte, hvor det blant annet er utarbeidet et sett kvalifikasjonskriterier for personale gjennom en sjekkliste på opplæringspunkter samt rutinemessige krav som politiattest etc. Nytilsatte får i tillegg tilbud om førstehjelpskurs, kurs i hjerte-lunge-redning m.m. På de ulike husene henger det oversikter over hva de ansatte skal kunne for å jobbe der, samtidig som det to ganger i året arbeides med et idéhefte knyttet til kvalitet i tjenester med utviklingshemmede brukere « *Dette må jeg kunne – Gode tjenester til personer med utviklingshemming*». Revisjonen har også fått tilgang til dette, et grundig og gjennomarbeidet idéhefte som blant annet tar opp type utviklingshemming, viktig rammeverk, forutsetninger for gode tjenester, god helse for brukerne etc.¹⁸

Enhetsleder beskriver videre at de på *alle* personalmøter har oppe HMS fast som første punkt, både ved personalmøter, gruppemøter og driftsmøter i Habiliteringstjenesten. Verneombud beskriver overfor revisjonen at en del av personalmøtene alltid avsettes til HMS, men at ulempen er at det ikke avholdes så hyppige personalmøter. Det er i tillegg frivillig oppmøte på alle personalmøter, da disse avholdes utenfor arbeidstid. Det beskrives at innkallingene til personalmøtene skjer ved møteinvitasjon og ikke innkalling, da møtene gjennomføres før eller etter ansattes vakter. Verneombud mener at det ved en så stor enhet som Sandnes

¹⁸ « *Dette må jeg kunne – Gode tjenester til personer med utviklingshemming*» Utarbeidet av Helsedirektoratet og Aldring og Helse – nasjonal kompetansetjeneste 2016

Ressurssenter, så er det veldig vanskelig med god møtestruktur, både med hensyn til turnusordning og mange ansatte. På gruppemøtene holdes det for øvrig mindre personalmøter hvor det er mer fokus på HMS gjennom konkrete tilfeller og mindre overordnet HMS-arbeid.

Som en del av HMS-arbeidet omtales vernetjenesten og den funksjonen verneombud på den enkelte enheten skal ha, i HMS-håndboka. Her er det nedfelt at saker som angår arbeidsmiljøet primært skal løses på lavest mulig nivå i organisasjonen, hvor verneombudet kan bli involvert ved behov. Innenfor sitt område skal verneombud ivareta ansattes interesser i saker som angår arbeidsmiljøet, samt gjennomføre vernerunde – en systematisk gjennomgang av det fysiske arbeidsmiljøet – sammen med HMS-leder/enhetsleder.

Kravet om vernerunde er nærmere beskrevet i egen rutine; «Vernerunde, rutine for gjennomføring», hvor formålet defineres i punkt 2 *målsetting*: formålet med å gjennomføre vernerunde er å hindre at uheldige arbeidsmiljøforhold oppstår (av fysisk og psykososial art), avdekke eventuelle risikoforhold samt sikre at forbedringer utføres. Enhetsleder har ansvaret for å gjennomføre vernerunde innen utgangen av mai hvert år, potensielle funn skal registreres og det skal utarbeides en samlet rapport fra vernerunden. Revisjonen har fått oversendt rapport for siste vernerunde, og observerer at det er gjennomført og nedfelt fokusområder videre både ift. renhold, kvalitetsstyringssystemet QM+ m.m. I rutinebeskrivelsen for vernerunder står det videre nedfelt ansvarsforhold fra ansattes ansvar, verneombud, leder, rådmann m.m.

Under intervju med revisjonen beskriver enhetsleder at vernerundene gjennomføres fast en gang i året, hvor enhetsleder sammen med verneombud og vaktmester gjennomfører runden. I forkant av vernerunden beskriver verneombud til revisjonen at det foretas en «digital vernerunde» som sendes til alle ansatte, hvor de kan komme med innspill til hva som kan gjennomgås på vernerunden.. Denne går i utgangspunktet ut på byggmessige og fysiske forhold. Verneombud beskriver at det også er en liten rubrikk for psykososiale forhold, men siden undersøkelsen ikke er anonym så fanges det ikke opp så mye der. Ved den fysiske vernerunden går verneombud, enhetsleder, verneombud renhold og en fra vaktmestertjenesten rundt på alle husene på Sandnes Ressurssenter, hvor alt fra brannutstyr, byggmessige forhold etc. gjennomgås.

Når det gjelder de ansattes psykososiale arbeidsmiljø beskriver verneombud overfor revisjonen at det er vanskelig å få et godt innblikk på det ved en stor arbeidsplass som Sandnes Ressurssenter. Det uttrykkes at de metodene og verktøyene som brukes i dag ikke er godt tilrettelagt for å avdekke potensielle utfordringer ved det psykososiale arbeidsmiljøet. For øvrig beskriver verneombud at det ikke er så mange som tar initiativ selv til å oppsøke han for en samtale. Overfor revisjonen uttrykker verneombud videre noe utfordringer knyttet til ansvaret som verneombud, da det ikke er mulighet for å kunne jobbe systematisk med oppgavene som ansvaret innebærer. Da verneombud i utgangspunktet har en 100 prosent miljøstilling med brukere som krever fullt oppsyn, kan det være vanskelig å kombinere dette da det ikke er tilrettelagt tid i jobben til verneombud-oppgaver.

I forlengelse av dette uttrykker tillitsvalgt overfor revisjonen at medarbeidersamtaler er en utfordring å få gjennomført, da Sandnes Ressurssenter er en veldig stor arbeidsplass med alt for mange ansatte i forhold til at det kun er én leder. Tillitsvalgt belyser videre viktigheten av regelmessige medarbeidersamtaler hvor en ser på personalets faglige kvalifikasjoner opp mot oppgaver man utfører. En mer bevisst bruk av medarbeidersamtaler for å øke faglighet og kompetanse, mener tillitsvalgt vil gi et positivt utslag både på de ansatte og på tjenestekvaliteten. Tillitsvalgt mener det er viktig at enheten har oversikt over kompetansen til den enkelte ansatte, og at denne settes i sammenheng med arbeidsplassens behov. HMS-håndboka til Risør kommune trekker også frem viktigheten av medarbeidersamtaler. Det understrekes at alle ansatte i kommunen skal tilbys årlige medarbeidersamtaler, og at ledelsen har ansvaret for at disse blir gjennomført. Medarbeidersamtalen skal ha et fremtidsrettet perspektiv, med vekt på å skape faglig og personlig utvikling for den enkelte medarbeider.

Risikovurderinger ved ansattes arbeidsforhold

En viktig del av det systematiske HMS-arbeidet er at enheten gjennomfører risikovurderinger knyttet til farer og utfordringer som kan oppstå, både overfor brukere og ansatte. Ved Sandnes Ressurssenter beskriver enhetsleder til revisjonen at det foreligger en risiko- og sårbarhetsanalyse på alle brukerne, samtidig som de har ROS-analyse for hele Sandnes Ressurssenter. På møter med ledelsen og gruppeansvarlige hver 6. uke gjennomgås risikoanalyser både generelt, enkelte brukere, drift etc. Da Sandnes Ressurssenter er en så stor arbeidsplass, mener enhetsleder og avdelingsleder at slike møter er nødvendig for å finne frem til gode løsninger og for å få det store bildet på tjenesten.

Revisjonen er blitt forelagt et eksempel på «Hovedskjema for risiko- og sårbarhetsanalyse» for Habiliteringstjenesten / Sandnes Ressurssenter, hvor det er foretatt en sannsynlighet- og konsekvensvurdering knyttet til vold og trusler om vold i arbeidssituasjoner:

A. Sannsynlighetsvurdering

- a) Beskrivelse av uønsket hendelse på enheten
- b) Beskrivelse av årsak til den uønskede hendelsen
- c) Hvilke forebyggende tiltak (årsaksreducerende) er allerede iverksatt
- d) Hvor sannsynlig er det at årsaken utløser hendelsen
- e) Oppstilling av forslag til nye forebyggende tiltak (tiltak rettes mot årsaken)

B. Konsekvensvurdering (vurderes individuelt tematisk)

(Menneskers liv og helse, samfunnsviktige funksjoner, drift, produksjon og tjenesteytelser, miljømessige konsekvenser, økonomiske og materielle verdier)

- a) Hvilke skadebegrensende tiltak finnes allerede
- b) Beskriv konsekvensene av den uønskede hendelsen
- c) Hvilken konsekvensgradering (Ufarlig, viss fare, farlig, kritisk katastrofal)
- d) Oppstilling av forslag til nye skadebegrensende tiltak

ROS-analysen som er forelagt, gjennomgår alle ovennevnte sannsynlighets- og konsekvensvurderinger grundig opp mot den uønskede hendelsen – vold og trusler. Analysen

er avsluttet med et risikodiagram samt et tidsdiagram for forslag til prioriterte tiltak, fordelt på brukernivå, medarbeidernivå og systemnivå.

Risiko knyttet til vold og trusler om vold, beskrives i HMS-håndboka som en arbeidsmiljøutfordring i Risør. Det er derfor utarbeidet rutiner og retningslinjer for å klargjøre ansvar, myndighet og fremgangsmåte ved avverging av vold, trusler og trakassering av ansatte. Rutinene skal sikre god oppfølging av de ansatte som har opplevd vold eller trusler, samtidig som de skal være et virkemiddel for kontinuerlig forbedring av praksis og prosedyrer.

Som en del av Sandnes Ressurssenters arbeid med risikovurderinger, er det utarbeidet en overordnet handlingsplan for vold og trusler i arbeidssituasjon – utarbeidet av- og gjeldende for Habiliteringstjenesten. Handlingsplanen stiller blant annet krav til at enheten skal kartlegge farer gjennom ROS-analyse, hvor det ved melding av skade skal vurderes om typen skade omfattes av ROS-analysen som foreligger, eller om man må foreta en ny analyse relatert til den aktuelle hendelsen. Revisjonen har i tillegg fått overlevert en veiledning for de ansatte knyttet til risikoanalyser av «vold og trusler om vold» i brukersystemet Geric, hvor det beskrives hvordan det skal føres risiko ift. vold og belastning på den enkelte bruker.

I kommunens rutiner er det utarbeidet en rutine på «Risikoanalyse på brukere i Habiliteringstjenesten», hvor målsettingen er å unngå/forebygge at ansatte blir utsatt for vold, trusler og fysisk belastning, og sørge for at de ansatte har kjennskap til risikofaktorer rundt den enkelte bruker. Det skal for hver bruker vurderes risiko ift. fysisk vold, psykisk belastning og fysisk belastning. Under ansvarsforhold defineres gruppeansvarlig rundt den enkelte bruker som ansvarlig for å utføre risikoanalysen og sikre at de ansatte får opplæring og g kjennskap til hvordan man finner og bruker denne informasjonen. Avdelingsledere og enhetsleder er ansvarlig for å påse og legge til rette for at dette arbeidet utføres. Dersom ansatte blir utsatt for trusler, vold eller fysisk belastning skal dette meldes fra om i kommunens avvikssystem Qm+.

Gjennomgang av risikovurderinger

Revisjonen har i forbindelse med prosjektet, foretatt en gjennomgang av risikovurderinger på de ulike brukerne på Sandnes Ressurssenter i den hensikt å vurdere hvorvidt det foretas gode vurderinger knyttet til risikoer overfor de ansattes arbeidsforhold.

Sandnes Ressurssenter anvender det elektroniske pasientjournalssystemet Geric, hvor hver bruker ligger inne med all informasjon. Revisjonen har i forbindelse med sitt arbeid, foretatt en fullstendig gjennomgang av risikovurderingene på *alle* de 21 brukerne på Sandnes Ressurssenter. Av hensyn til personvern vil det gjengis begrenset med informasjon som kan knyttes opp mot enkeltpersoner, men heller presenteres observasjoner på et overordnet nivå.

I Geric deles det inn i «Prosedyre – situasjon – mål», fordelt på de ulike kartleggings- og risikoområdene på hver bruker. Hver bruker har ulike tiltakspunkter knyttet til ulike forhold hvor det er risiko hos brukeren, og jo mer utfordrende brukeren er i forhold til samvær og oppfølging, dess flere tiltakspunkter er utarbeidet.

Under de ulike tiltakspunktene er det redegjort for rutiner, forhåndsregler, risikovurderinger og andre situasjonsbeskrivelser, innenfor eksempelvis:

- Sosiale forhold og sosial trening
- Tilrettelegging for kontinuitet og forutsigbarhet
- Samtaler
- Fysisk og verbal utfordrende atferd
- Søvn og hvile
- Tiltak natt
- Medisinsk oppfølging
- Samfunnsdeltakelse og aktiviteter
- Psykisk og kognitiv funksjon
- Veske og ernæring
- Bevegelse og trening
- Brukermedvirkning
- Tvang og makt

Ved de ulike risikovurderingene som er foretatt, kategoriseres risikoene inn i ulike sannsynlighetsgraderinger knyttet til brukerne opp mot ansattes arbeidsforhold. Nedenfor har revisjonen sammensatt konkrete eksempler for hvordan vurderinger gjøres i Gerica, men har av hensyn til personvern utelatt en del informasjon som retter seg mot konkrete brukere.

Prosedyre	Situasjon	Mål
<p>Fysisk belastning</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utagering: Stor sannsynlighet – stor belastning - Holdetiltak: Stor sannsynlighet – stor belastning - Uforutsigbarhet: Stor sannsynlighet – stor belastning - Inneklima: Middels sannsynlighet – middels belastning - Høye lyder: Stor sannsynlighet – middels belastning 	<p>Risikoanalyse</p> <p>Fare for fysisk vold: JA Fare for psykisk belastning: JA Fare for fysisk belastning: JA</p> <p><i>Informasjon om brukers historie, evt. vedtak om bruk av tvang og makt etc.</i></p>	<p>Forhindre at ansatte, bruker eller andre blir utsatt for skade</p> <p>Prosedyren har som målsetting at ansatte skal ha nødvendig kjennskap til risikofaktorer rundt bruker for å forebygge/unngå at ansatte blir utsatt for fysisk vold og/eller psykisk/fysisk belastning.</p>

Gjentakende hos mange brukere er risiko knytte til fysisk vold og utagerende atferd, hvor voldelige hendelser mot ansatte fremgår av journalen hos flere brukere. Revisjonen finner likevel en del varierende bruk av Gerica i forhold til utfylling av «prosedyre – situasjon – mål», hvor det på enkelte er fyldige vurderinger mens det hos andre er fraværende. Det observeres ved de ulike risikovurderingene at risikoer i flere tilfeller knyttes opp mot ulike situasjoner eller handlinger som forekommer.

På flere brukere er det videre utarbeidet detaljerte rutinebeskrivelser ved opplæring av nyansatte eller vikarer på den enkelte bruker. Flere av brukerne har enten 3:1 eller 2:1 bemanning, hvilket innebærer at det skal være flere ansatte rundt én bruker. I Gerica fremgår det klare rollefordelinger mellom de ansatte på de ulike brukerne, for å sikre både forutsigbarhet og hensiktsmessighet ut ifra aktivitet eller andre forhold. Sandnes Ressurscenter arbeider i tillegg med ansvarsvakter på enkelte brukere, en funksjon som innebærer for eksempel å påse at journal blir skrevet, at vakta evalueres av alle ansatte, sørge for strakstiltak ved alvorlige hendelser, sikre at bestemmelsene i vedtak blir overholdt og fulgt m.m.

På slutten av hver vakt, beskriver enhetsleder og avdelingsleder at det foretas en evaluering av vakta, hvor de ansatte evaluerer i hensikt å f. eks finne årsaken til hvorfor noe ble som det ble, samtidig som eventuelle voldshendelser registreres i Gerica. Under revisjonens samtale med verneombud, beskrives det at hver vakt har 15 minutters overlapping osv., men da ansatte ofte vil hjem etter en lang arbeidsdag så blir det ikke nødvendigvis mye tid til å reflektere over hendelser.

I forbindelse med enhetens bruk av Gerica, er det utarbeidet en rutinebeskrivelse knyttet til kategorisering av risikonivå og konsekvenskategorier. Revisjonen har fått overlevert rutinen «Akseptabelt risikonivå og risikovurdering Gerica – Risør kommune», hvor det er gjennomført en fremstilling av ulike kategorier for sannsynlighetsvurdering:

Kategorier for sannsynlighet:

Sannsynlighet - S	Frekvens	Enkelhet		
		Tiltak	Medarbeider	Ekstern
S4 Svært høy sannsynlighet	Flere ganger i måneden	Ikke etablert/fungerer ikke etter hensikten	Krever små til normale ressurser, uten kjennskap til tiltak, uaktsomt	Krever små til normale ressurser, uten kjennskap til tiltak, uaktsomt
S3 Høy sannsynlighet	Flere ganger årlig	Ikke fullt etablert/fungerer ikke etter hensikten	Krever små til normale ressurser, uten kjennskap til tiltak, uaktsomt	Krever små til normale ressurser, normal kjennskap til tiltak, med forsett
S2 Moderat sannsynlighet	Årlig eller sjeldnere	Etablert, fungerer etter hensikten	Krever små til normale ressurser, kjennskap til tiltak, med forsett	Gode ressurser, god/fullstendig kjennskap til tiltak, med overlegg
S1 Lav sannsynlighet	Hvert 2. år eller sjeldnere	Etablert, fungerer etter hensikten	Gode ressurser, god/fullstendig kjennskap til tiltak, med overlegg	Gode ressurser, god/fullstendig kjennskap til tiltak, hjelp av intern medarbeider med overlegg

Slik det fremgår av tabellen er det definert ulike kjennetegn knyttet til hyppighet og hvem det angår, og hvorvidt det krever mye ressurser. Videre deles det inn i konsekvenskategorier for å si noe om hvor stor konsekvensen er dersom en risiko inntreffer. Konsekvensene er utarbeidet med hensyn til tilgjengelighet, konfidensialitet, integritet og kvalitet, og fremstilles følgende:

Ubetydelig	Moderat	Alvorlig	Kritisk
<ul style="list-style-type: none"> - Stans i Gerica <30 min - Journal er komplett - Ikke fare for pasienters helse - Ikke brudd på personvern - Ubetydelig økonomisk tap - Intet tap av renommé / rykte 	<ul style="list-style-type: none"> - Stans Gerica 30-240 min - Mangler i journal slik at personoppl. ikke er ajour - Brudd på personvern for enkelte pasienter - Gjenopprettelig økonomisk tap - Moderat tap av renommé overfor pasient og omgivelse 	<ul style="list-style-type: none"> - Stans i Gerica 4-8 timer - Uautorisert innsyn i personopplysninger - Mulig brudd på lov - Fare for pasienters liv og helse - Brudd på personvern for stort antall pasienter - Alvorlig økonomisk tap - Alvorlig tap av rykte 	<ul style="list-style-type: none"> - Stans i Gerica min. 8 timer - Fullt uautorisert innsyn i Personopplysninger - Kritisk informasjon mangler i journal og brudd på lov - Medikament, dosering eller behandlingstiltak feil - Personopplysninger henføres til feil bruker - Tap av liv - Uopprettelig økonomisk tap

4.1.2 REVISORS VURDERINGER OG KONKLUSJON

Etter revisjonens vurdering har Sandnes Ressurscenter, som en del av Risør kommunes styringsdokumenter, tilfredsstillende HMS-rutiner i henhold til arbeidsmiljøloven og internkontrollforskriftens formelle krav til systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. Revisjonen finner det positivt at kommunen har utarbeidet en egen HMS-håndbok, med konkrete mål, ansvarsfordeling og rutiner for oppfølging av hele kommunens HMS-arbeid.

Når det gjelder Sandnes Ressurscenters krav til systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid etter arbeidsmiljøloven, mener revisjonen det er positivt med enhetens fokus på HMS gjennom opplæring og kurs for ansatte, samtidig som det er et tema på alle personalmøter, gruppemøter og driftsmøter. Revisjonen registrerer likevel det faktum at personalmøter er lagt opp med frivillige oppmøte utenfor ordinær arbeidstid, noe som gjør det mer utfordrende å få etablert gode arenaer for informasjon og læring.

Når det gjelder arbeidsmiljølovens krav til fysisk og psykososialt arbeidsmiljø, vurderer revisjonen at dagens verktøy som anvendes, ikke er godt tilrettelagt for å avdekke potensielle utfordringer ved det psykososiale arbeidsmiljøet. I forlengelse av dette ønsker revisjonen å fremheve viktigheten av å få gjennomført systematiske medarbeidersamtaler, som en arena for å sikre at ansattes psykososiale arbeidsmiljø oppleves ivaretatt. Revisjonen finner det for øvrig positivt at det fysiske arbeidsmiljøet på sin side blir ivaretatt gjennom systematiske gjennomganger ved de årlige vernerundene, hvor både enhetsleder og verneombud deltar

Revisjonen registrerer for øvrig at verneombud uttrykker utfordringer knyttet til det å kombinere systematiske verneombudoppgaver med en fulltidsstilling hos brukere. Dagens ordning innebærer at verneombud ikke har en fast tilrettelagt tid i sin stilling til verneombudansvaret, til tross for at ansvaret som verneombud skal dekke hele Sandnes Ressurscenter som en stor arbeidsplass med mange ansatte og en krevende brukergruppe.

I forlengelse av det systematiske HMS-arbeidet, er det iht. arbeidstilsynet viktig at enheten anvender hensiktsmessige risikovurderinger knyttet til de ansattes arbeidsforhold. Revisjonen anser det som positivt at det både er utarbeidet en ROS-analyse for hele Sandnes Ressurscenter, samtidig som det foreligger risikovurderinger på den enkelte bruker – og at risikoene gjennomgås regelmessig på ledermøter. Det fremstår videre som konsekvente vurderinger av graden av risiko og konsekvens av ulike hendelser som kan oppstå.

Det er etter revisjonens oppfatning gjennomført gode risikovurderinger knyttet til den enkelte bruker når det gjelder fare for vold eller utagering. Arbeidstilsynet mener kjernen i enhver risikovurdering bør presenteres hva som kan gå galt og hvilke tiltak som kan gjøres for å redusere konsekvensene. Dette mener revisjonen Sandnes Ressurscenter har gjennomført på den enkelte bruker, hvor det gjerne er vurdert risiko opp mot enkeltsituasjoner eller handlinger. Det observeres likevel en del varierende utfylling i detalj, hvor enkelte har veldig utfyllende vurderinger mens det hos andre brukere er fraværende. Revisjonen finner det videre positivt at det er klare rollefordelinger blant de ansatte på de mer krevende brukerne, slik at man for både ansatte og bruker sikrer både forutsigbarhet og hensiktsmessighet ut ifra aktivitet eller andre forhold.

4.2. RUTINER FOR AVVIK

2) *Har Sandnes Ressurssenter etablert tilfredsstillende rutiner for å avdekke, registrere og håndtere avvik?*

4.2.1. FAKTA

I følgende kapittel vil det redegjøres for de rutiner Sandnes Ressurssenter har knyttet til avviksrapportering, og hvorvidt det anvendes på en tilfredsstillende måte i praksis. Det vil videre presenteres omfanget av avviksmeldinger på enheten, spesielt knyttet til skademeldinger fra de ansatte da dette er en hyppig forekomst.

Rutiner for avviksrapportering

I Risør kommunes HMS-håndbok beskrives et avvik som «*et forhold som ikke er i samsvar med lov eller forskrift, eller med vedtatte ansvarsforhold og rutiner for vedkommende virksomhet.*» Videre beskrives det at avvik snarest mulig må avdekkes og utbedres, og i forhold til aktuelle tilsynsmyndigheter må det kunne dokumenteres at dette er gjort.

Risør kommune anvender avvikssystemet QM+, hvor avvik kategoriseres inn i lav, middels eller høy. Revisjonen har blitt forelagt utarbeidet veileder i QM+ for ansatte ved Sandnes Ressurssenter. I veilederen vises det til de fire ulike kategoriene av meldinger de ansatte må velge ved registrering av avvik:

- Avvik HMS: Avvik som har med helse, miljø eller sikkerhet å gjøre
- Avvik tjenestekvalitet: Er avvik som har med kvaliteten på tjenester som gis. Dette kan også være medikamentavvik
- Observasjonskort eiendom: Melding til vaktmester om hendelser som må behandles
- Skademelding ansatt: Her skal alle skader på de ansatte registreres

Under skademelding ansatt må det krysses av for type ulykke den ansatte har vært utsatt for, herunder; støt/treff av gjenstand, sammenstøt/påkjørsel, velt, klemt/fanget, fall, stukket/kuttet av skarp eller spiss gjenstand, elektrisk spenning, høy/lav temperatur, kjemikalier, eksplosjon/brann, trusler om vold, påført voldsskade eller annet. Videre må den ansatte definere hvilken kroppsdel som er skadet, bakgrunn/årsak til hendelsen, og skadens art (sårskade etc.). QM+ har videre i skademeldingsskjema en boks hvor den ansatte skal gi en kort beskrivelse av hendelsen, utdype forslag til strakstiltak og en uyllende beskrivelse av årsak/omstendigheter, vitner eller lignende.

I samtale med revisjonen beskriver enhetsleder en oppfatning om at alle ansatte bruker QM+, og at det er en kultur for å anvende systemet og melde avvik. Vaktene på SR er satt opp med en fast overlapp, noe som er viktig både for informasjonsflyt og avviksrapportering. Når det gjelder opplæring, så er QM+ en del av introduksjonsprogrammet for nytilsatte. Ved nye personer på en ny eller annen utfordrende bruker, foretar enhetsleder oppfølgingsamtaler og veileder dersom man skulle føle seg utrygg på jobb.

Rutiner knyttet til avvikshåndtering og oppfølging, beskriver enhetsleder som sitt ansvar og som en etablert praksis hun jobber etter. Revisjonen er ikke kjent med noen skriftlige rutinebeskrivelser knyttet til avvikshåndtering og oppfølging. Enhetsleder beskriver at det hver morgen foretas en gjennomgang av alle avvik som er kommet inn og registrert. Dersom avvikene er kategorisert med «høy» eller «middels», kontakter leder alltid vedkommende og eventuelt avholder et møte med den ansatte dersom det er ønskelig. Ved alle alvorlige hendelser følges dette opp ved å ta en prat med den ansatte samme dag som meldingen blir lest, og eventuelt involverer gruppeansvarlig eller fagansvarlig – som har ansvar for det faglige og veiledning, slik at de eventuelt kan ta en prat med vedkommende. I en slik veiledning, tar man eksempelvis opp hvordan man kan håndtere en lignende situasjon neste gang eller hvordan ulike handlinger kan gi ulike konsekvenser etc.

Det trekkes for øvrig frem utfordringer knyttet til den subjektive vurderingen ved kategorisering av avvik innenfor lav, middels eller høy. Det foreligger ikke skriftlige retningslinjer knyttet til kategoriseringen, da det tas utgangspunkt i den ansattes subjektive opplevelse av situasjonen. Enkelte kan rapportere inn mange «lave» avvik, hvor det kan være uklart om vedkommende enten er mer utsatt eller mulig bare er flink til å melde avvik. Det beskrives som veldig individuelle preg på hvordan enkeltavvik håndteres, da ansatte kan oppleve en situasjon veldig forskjellig. De fleste avvik som kommer inn som skademelding, beskriver enhetsleder at klassifiseres som lav, samtidig som enkelte ikke registrerer i det hele tatt. Det observeres hos ledelsen at registrerte skader i rapporterings-skjemaet i Gericia ofte ikke samsvarer med antall avvik i QM+. Det beskrives for øvrig at det jevnlig forsøkes å få frem viktigheten av det å registrere, også for å få frem behovet knyttet til brukerne. Årsaken til at skademeldinger sjeldent registreres som «høy», mener enhetsleder er at mange ansatte har jobbet på Sandnes Ressurscenter i mange år, og nok er blitt noe mer vant til fysiske skader, hvor terskelen dermed blir høyere for å registrere avvik.

I samtale med revisjonen beskriver verneombud at han nødvendigvis ikke får så mange henvendelser ifbm. rollen som verneombud, men at han følger tett med på skademeldinger som registreres i QM+. Som verneombud har han full tilgang til QM+, for å få overblikk over hva som foregår med de ansatte. I enkelte tilfeller tar verneombud kontakt med den det gjelder ift. en registrert skademelding, spesielt dersom man kan vurdere å endre litt arbeidsmetode ved at de f. eks plasserer seg litt dårlig ift. brukeren eller bare om man vil høre hvordan den ansatte har det. Verneombud trekker for øvrig frem at han savner noen som kunne jobbet mer systematisk med vold og trusler utenom enhetsleder, da det blir for mye arbeid for enhetsleder å gå grundig inn i det.

Oppfølging og evaluering av avvik

Revisjonen stilte enhetsleder spørsmålet om hvilke rutiner og vurderinger som ligger i det å lukke et avvik. Her beskrives det at når enhetsleder sender tilbakemelding til vedkommende, så lukkes avviket. Enkelte avvik lukkes like etter registrering, mens andre sendes videre til gruppeansvarlig – da lukkes avviket av enhetsleder. I de tilfeller avviket sendes til gruppeansvarlig, så følger leder ofte opp ved å se om avviket blir lukket eller ikke. I revisjonens intervju med verneombud, beskrives det at enhetsleder er flink til å ta kontakt når

det kommer inn avvik. Som verneombud mener han likevel at leder nok ikke er så flink til å dokumentere det som gjøres, skriftlig. Verneombud ville gjerne sett registrert i QM+ hva enhetsleder har gjort for å følge opp avviket, ved at avviket ikke kun lukkes men at det dokumenteres at man f. eks har tatt en prat i telefonen eller på kontoret med den enkelte. Verneombud mener det er en del positive ting som ikke blir dokumentert, og dermed ikke kommer frem i avvikssystemet.

Arbeidet med å følge opp avvik og unngå gjentakelser, mener enhetsleder det alltid jobbes med. Hvorvidt det må igangsettes tiltak eller lignende, er en vurdering som gjøres mer eller mindre hele tiden. Det er til enhver tid et mål om å få ned avvik, og det er derfor et konsekvent arbeid knyttet til sammensetninger på team ved de ulike brukerne blant annet, slik at de utfyller hverandre på kompetanse og egenskaper. De ulike gruppeansvarlige blir for øvrig ikke involvert i alle avvik som kommer inn, kun hvis det er noe rutinemessig enhetsleder mener det bør gjøres noe med. Det gjennomgås heller ikke gjennom spesifikke avvik, men det diskuteres avvik på et generelt nivå. Verneombud beskriver at det ikke avholdes mange personalmøter, som må ses i sammenheng med at ansatte har høye forventninger til oppfølging og veiledning da enheten har et krevende arbeidsmiljø grunnet vold og trusler. Verneombud mener det burde vært avholdt flere fagmøter, og at faste husmøter og faste personalmøter savnes. Han mener møtestrukturen ikke fungerer slik det er per i dag, og dersom slike møter hadde blitt lagt inn i arbeidstiden ville det hjulpet mye både knyttet til HMS-arbeid og fagarbeid. Det belyses for øvrig at dersom avvik skulle vært gjennomgått i detalj, ville ikke dette vært hensiktsmessig både med hensyn til omfanget av avvik samt taushetsplikt knyttet til den enkelte bruker.

I henhold til skriftlige rutiner skal verneombud ha tilgang til alle registrerte skademeldinger i QM+ samtidig som verneombud skal ha en gjennomgang med enhetsleder to ganger i kvartalet. Da revisjonen tok opp dette under intervju, beskrev enhetsleder at verneombud har tilgang til hele QM+ men at gjennomgangen av skademeldinger *ikke* gjennomføres. Dette var tidligere en praksis, men har etter ny organisering «køkt litt vekk». På tilsvarende spørsmål til verneombud beskrives det at de har noe uformell prat om skademeldinger, men at det ikke er blitt en etablert praksis slik som tiltenkt. Verneombud beskriver at han gjennomgår skademeldinger på egenhånd, og at avstanden mellom administrasjonen og verneombud er for stor. For øvrig beskriver verneombud at oppfølgingsarbeidet gjøres mer på fagnivå enn administrativt nivå.

I HMS-håndboka står det nedfelt at alle skader, ulykker eller nestenulykker skal registreres i QM+ under avvik HMS / skademelding ansatt, hvor AMU 2 ganger i året skal gjennomgå disse. Dette bekrefter enhetsleder at gjøres. Hovedverneombud sammen med rådmannen eller personal, gjennomgår *alle* avviksmeldinger som sendes inn til kommunen, én gang i måneden. Dette gjøres i tillegg til gjennomgang i AMU.

I forlengelse av skademeldinger og oppfølging av slike hendelser, spurte revisjonen om verneombudets inntrykk av ansattes opplevelse av å jobbe på SR med hensyn til fysiske arbeidsforhold og belastning ved enkelte brukere. Verneombud beskriver dette som veldig individuelt, hvor enkelte uttrykker et behov for pause fra enkeltbrukere og at slike tilfeller

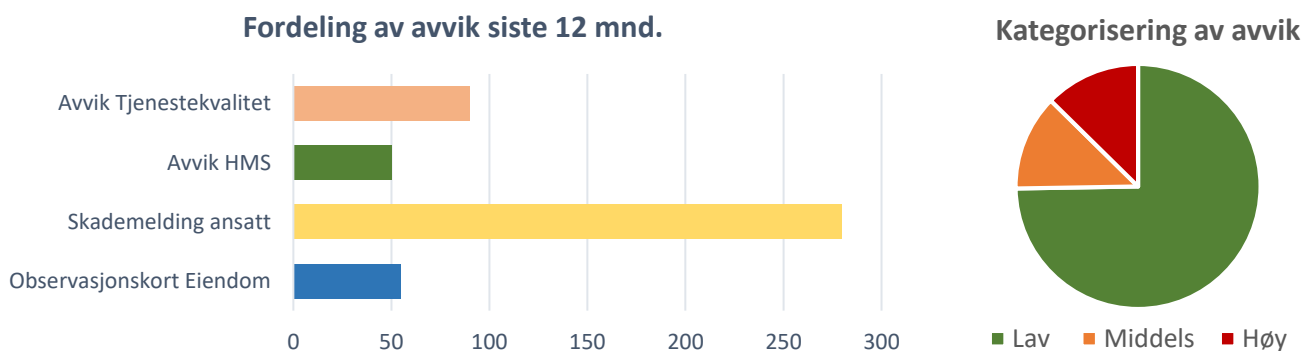
burde komme tydeligere frem gjennom eksempelvis medarbeidersamtaler. Verneombud beskriver at han selv har vært i enkelte situasjoner hvor man i lengre tid arbeider i veldig utagerende atferd fra brukere, og at det i perioder har vært vanskelig å gå på jobb.

Avvik ved Sandnes Ressurssenter

På bakgrunn av det omfanget avvik, spesielt knyttet til skademeldinger, som revisjonen har fått beskrevet, ble det ansett som vesentlig å se nærmere på faktiske avvik registrert ved Sandnes Ressurssenter. Revisjonen fikk full tilgang til kommunens avvikssystem QM+, og gjennomgikk en rekke avvik. Det har herunder blitt gjennomgått *alle* avvik og skademeldinger med både «høy» og «middels» de siste 12 mnd. i detalj, samtidig som det er gjennomgått alle avvik på HMS/uønskede hendelser de siste 12. mnd. Revisjonen har videre hentet ut statistikk over avvik totalt de siste 12 mnd., samtidig skademeldinger for henholdsvis 2017, 2018, hittil i 2019 og skademeldinger de siste 3 mnd.

Under prosjektets oppstartsmøte med enhetsleder ble det beskrevet for revisjonen at avvik knyttet til fysiske skader på ansatte forekommer daglig, og at hun observerer en del forekomst av underrapportering på avvik – muligens fordi de ansatte er så vant med å bli utsatt for vold fra brukerne. På bakgrunn av den høye forekomsten på fysiske skader på ansatte, valgte revisjonen å se nærmere på skademeldinger i gjennomgangen av avvik.

For å få en totaloversikt over avviksmeldinger meldt i QM+ ved Sandnes Ressurssenter, hentet revisjonen ut en oversikt over siste 12 mnd. (april 2018 – april 2019). I nevnte periode ble det registrert 475 avvik ved Sandnes Ressurssenter, fordelt på følgende type avvik og kategorisering:

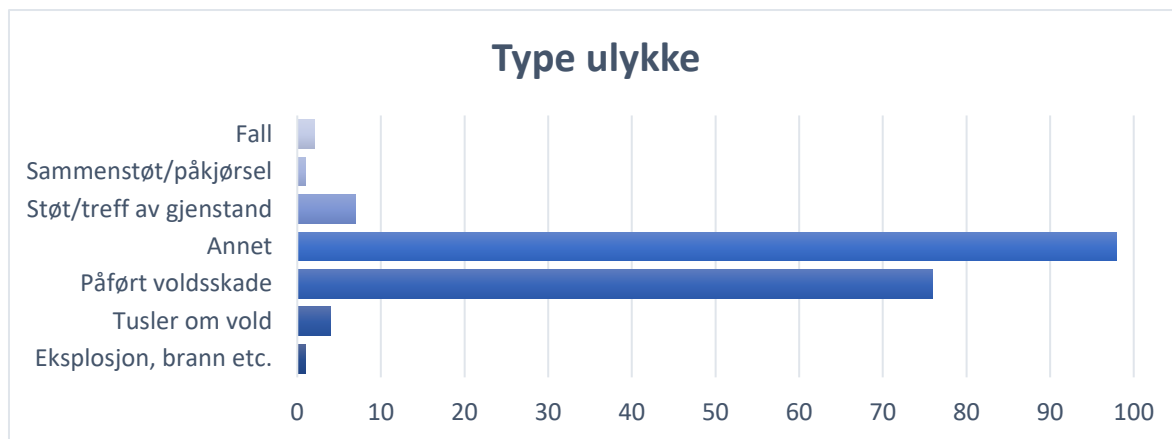


Slik en ser av oversikten, utgjør skademelding ansatt en betydelig andel av avvik registrert ved Sandnes Ressurssenter, da det i løpet av de siste 12 månedene er registrert 283 skademeldinger. Ved revisjonens gjennomgang av tilsvarende oversikt for henholdsvis kalenderåret 2018 og 2017, viser det tilnærmet lik andel skademeldinger i prosent ved i underkant av 60 prosent for alle periodene. Tilsvarende gjelder fordelingen av kategorisering «lav», «middels» eller «høy», hvor 75 % av avvikene utgjør kategorien «lav».

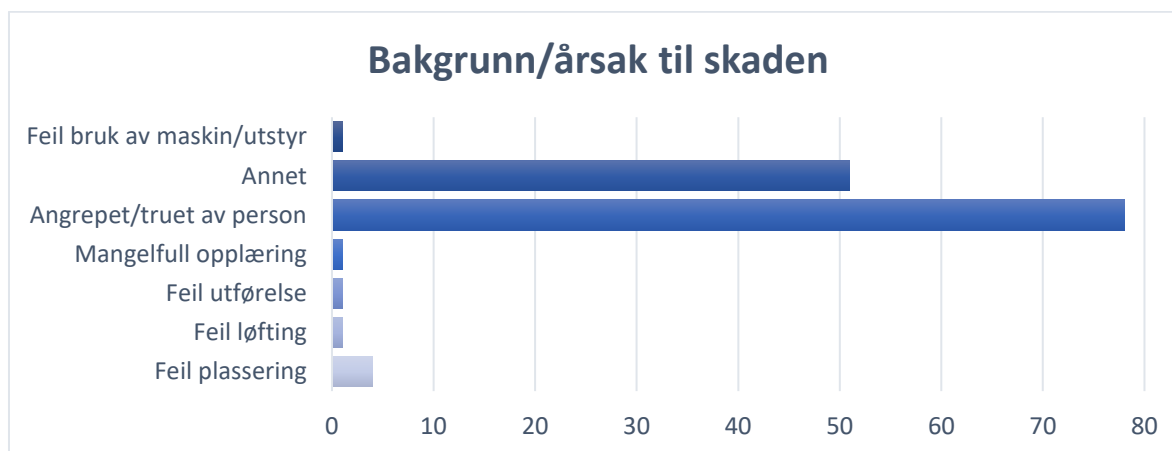
Det ble videre hentet ut statistikk for registrerte avvik hittil i 2019 (1. januar – 24. april), hvor det de 4 første månedene er registrert 185 avvik ved Sandnes Ressurssenter. Av disse er 123

av avvikene skademeldinger på ansatte. Til sammenligning ble det totalt i 2018 registrert 212 skademeldinger. Revisjonen har sett på avvik fordelt på måneder i løpet av året, og ser en relativt jevn fordeling av avvik i løpet av de ulike deler av året.

Antall skademeldinger siste 12 månedene utgjør 283 meldinger, hvor tilnærmet alle er registrert som «ulykke, plutselig hendelse». Av de 283 meldingene, fordeler de seg følgende:



Slik det fremgår av oversikten, er det «annet» og «påført voldsskade» som utgjør de aller fleste av avvik registrert som skademeldinger. Dette ser man videre i avvikene når de ansatte skal beskrive bakgrunn/årsak til skaden, hvor en kan se av tabellen nedenfor at «angrep/truet av person» og «annet» også her utgjør tilnærmet alle «årsakene» til skademeldingene.



De ansatte må videre i registrering av skademelding beskrive skadens art, hvor det på skademeldinger siste 12 månedene fordeler seg følgende: Fordeling med psykiske ettervirkninger (24 stk.), bløtdelsskade/klemskade (26 stk.), sårskade (5 stk.), forstuing (4 stk.), varmeskade (1 stk.) og annet (75 stk.)

En stor del av avvikene blir registrert under alternativene «annet», både når det gjelder type ulykke, årsak til skaden og skadens art. I revisjonens gjennomgang av alle «middels» skademeldinger siste 12 månedene, er de hendelsene som har størst gjentakelser følgende:

- Gjentatte høye hyl og skrik over lengre perioder

- Målrettet gjentakende spytting mot eller på personalet
- Utagerende og aggressiv atferd målrettet mot personal
- Spark og slag direkte på de ansatte
- Kasting av gjenstander på ansatte
- Lugging, dytting, hard klemming m.m.

Av hensyn til personvern ved potensiell gjenkjennelse av enkeltpersoner, vil det ikke gjengis mer detaljer eller omfang av skademeldingene som er gjennomgått.

Revisjonen registrerer for øvrig flere tilsvarende hendelser/skademeldinger som er rapportert inn med ulike kategoriseringer, noe som bekrefter det enhetsleder har beskrevet i forhold til subjektive opplevelser av hendelsene. Spesielt avvik knyttet til slag/spark eller spytting på ansatte observeres revisjonen blir registrert både som lav, middels og kun enkelte på høy. En av skademeldingene revisjonen har gjennomgått omhandlet gjentatte slag og spark fra bruker, men hvor den ansatte kategoriserte hendelsen som lav.

Når det gjelder enhetsleders oppfølging av avvikene i QM+, var det i en del av avvikene utfordrende å se hva som faktisk er gjort for å følge opp situasjonen. I flere av avvikene fremgår det at enhetsleder har gitt tilbakemelding på avviket til den ansatte, ved å eksempelvis invitere til en prat på kontoret dersom de ønsker det. Andre meldinger fremgår det kun av QM+ at avviket er rettet/gjennomført direkte og at det er gitt tilbakemelding til melder. Ved revisjonens gjennomgang av alle «høy»-kategoriserte avvik, observeres det at enhetsleder ofte sender saken videre til gruppeansvarlig, eller sender tilbakemelding direkte til melder. Ett av skademeldingene hvor enhetsleder har sendt meldingen videre til gruppeansvarlig, fremgår det at gruppeansvarlig har gitt tilbakemelding til den ansatte med forslag om å drøfte situasjonen i et fagmøte og vurdere et nytt system. Ved registrering av avvikene, skal de ansatte videre fylle ut forslag til strakstiltak for situasjonen. I forbindelse med dette observerer revisjonen en del tilfeller hvor dette ikke gjøres av de ansatte.

Ett annet avvik revisjonen har sett nærmere på, ble den ansatte slått kraftig gjentatte ganger av bruker. Av QM+ fremgår det kun at enhetsleder 1 ½ måned etter avviket ble registrert, ferdigbehandlet meldingen med status «rettet/gjennomført direkte». Det fremgår dermed ikke av avvikssystemet slik revisjonen kan se, *hva* enhetsleder har gjort for å følge opp hendelsen. En annen hendelse omhandlet en ansatt som fikk påvist hjernerystelse etter vold fra bruker, hvor det kun fremgår av melding i QM+ at enhetsleder svarer på meldingen ved å spørre om det går bra med vedkommende.

I gjennomgangen har revisjonen videre gått gjennom alle registrerte avvik på «Uønsket hendelse/HMS» de siste 12 månedene, og observerer en veldig variasjon i hva slags avvik som registreres. Flere av avvikene omhandler utagerende bruker, slag/spark eller annen vold, lugging/spytting etc. Det observeres videre flere avvik knyttet til byggmessige forhold, medisiner og tilfeller hvor bruker ved en feil har hatt tilgang på skarpe gjenstander etc.

4.2.2. REVISORS VURDERINGER OG KONKLUSJON

I forskrift stilles det krav til at Sandnes Ressurssenter skal ha et avvikssystem, for å kunne avdekke, rette opp og forebygge potensielle brudd på regelverk. Sandnes Ressurssenter har på bakgrunn av sin brukergruppe med tyngre psykiske utviklingshemninger, et stort omfang av avvik spesielt knyttet til fysiske skader på de ansatte. Et velfungerende system for registrering og håndtering av avvik er derfor avgjørende.

Når det gjelder enhetens rutiner for håndtering av avvik, anser revisjonen det som positivt at enhetsleder daglig gjennomgår avvik og tar kontakt med melder ved avvik registrert som middels eller høy. Revisjonen bemerker likevel potensielle utfordringer knyttet til slik oppfølging av avvik, da det observeres variasjon i avvikene grunnet ansattes subjektive opplevelser. Revisjonen observerer i gjennomgangen av avvik at ofte tilsvarende type hendelser kategoriseres ulikt, samtidig som en del ifølge enhetsleder ikke registreres. Revisjonen bemerker at det forklares med at ansatte har jobbet ved Sandnes Ressurssenter lenge, og dermed har blitt mer vant til fysiske skader slik at terskelen er høyere.

Det er etter revisjonens vurdering hensiktsmessig praksis knyttet til at verneombud har full tilgang til QM+, med rutine for å gjennomgå alle skademeldinger. Det registreres likevel noen utfordringer rundt enhetsleders oppfølging av avvik, da det fremkommer fra både verneombud og revisjonens observasjoner noe uklarerheter i QM+ rundt *hva* enhetsleder har gjort og gitt tilbakemelding om. Med hensyn til etterprøvbarehet og ekstern gjennomgang, bør det komme tydeligere frem og loggføres hvordan den enkelte skademeldingen faktisk er fulgt opp. Revisjonen registrerer videre at det trekkes frem et behov for ressurser ved at noen bør jobbe mer systematisk med vold og trusler på Sandnes Ressurssenter utenom enhetsleder, da dette blir for stort omfang av arbeid å gå grundig inn i for én leder.

Revisjonen anser det uheldig at skriftlige rutiner knyttet til enhetsleder og verneombudets gjennomgang av skademeldinger to ganger i kvartalet, ikke gjennomføres i praksis. Revisjonen stiller seg videre noe spørrende til ledelsens håndtering av avvik i form av enhetens oppfølging og tiltak for å unngå at tilsvarende hendelser skjer igjen. I henhold til forskrift om internkontroll, stilles det i kravet til evaluering at Sandnes Ressurssenter skal gjennomgå avvik slik at lignende forhold kan forebygges. Samtidig stiller kravet til korrigerende at det skal settes inn tiltak for å rette opp uforsvarlige forhold og forbedre nødvendige prosedyrer.

Verneombud beskriver en avstand mellom administrasjon og verneombud, og at oppfølgingsarbeidet gjøres mer på fagnivå enn administrativt nivå. Revisjonen bemerker at det videre uttrykkes et behov for flere fagmøter, faste husmøter og personalmøter. Etter revisors vurdering fremkommer det ikke klare rutiner og praksis på hvordan det aktivt jobbes med å unngå avvik som en del av oppfølgingsrutinene. Revisjonen finner det for øvrig positivt at hovedverneombud sammen med rådmannen eller personal, gjennomgår *alle* avviksmeldinger som sendes inn til kommunen, én gang i måneden, samtidig som det gjennomgås i AMU.

Av revisjonens gjennomgang av avvik på Sandnes Ressurscenter i QM+, kommer det tydelig frem at enheten har et stort omfang av skademeldinger i form av vold, utagering eller lignende mot de ansatte. Revisjonen bemerker at det de siste 12 månedene er registrert 283 skademeldinger av de ansatte, som omfatter regelmessige og målbevisste spark, slag, spytting etc. mot de ansatte. Revisjonen registrerer videre at det ved bakgrunn/årsak til skaden, i tilnærmet *alle* tilfellene er registrert at de ansatte er angrepet/truet av person eller annen utagerende oppførsel mot de ansatte som spytting, lugging, gjentakende hyl og skrik, kasting av gjenstander eller lignende. Slik det fremgår av avvikene i QM+, er det svært sjeldent feil utførelse, feil løfting eller feil plassering som begrunnes som årsak. I forlengelse av dette er det viktig at enheten, i henhold til arbeidstilsynet, ikke behandler vold og trusler kun som et problem for den enkelte arbeidstaker, men også som et arbeidsmiljøproblem som angår hele virksomheten.

Etter revisjonens vurdering er det en høy forekomst av skader på ansatte, med mange gjentakende hendelser knyttet til enkeltbrukere. Revisjonen er kjent med at brukergruppen ved Sandnes Ressurscenter kan være krevende, men bemerker likevel det store og gjentakende omfanget av skader på ansatte. Revisjonen mener det i forlengelse av dette er viktig at enheten har fokus på plikten til å evaluere og korrigere slike uønskede hendelser, med mål om å redusere omfanget og gjentakelser av skader. Det at mange skader ikke meldes, pga. ansatte blir så vant med en slik arbeidsbelastning, gjenspeiles i at flere alvorlige registrerte skademeldinger er kategorisert som lav.

5. REVISJONENS AVSLUTTENDE KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

Arbeidsmiljøloven med tilhørende forskrifter stiller flere krav til Sandnes Ressurssenters systematiske arbeid med helse, miljø og sikkerhet. Etter revisjonens vurdering har enheten på et overordnet nivå tilfredsstillende HMS-rutiner, både gjennom kommunens overordnede styringsdokumenter samtidig som enheten har et fokus på HMS både ved nytilsetninger, gruppemøter og personalmøter.

Revisjonen er blitt presentert flere ulike arenaer for HMS ved Sandnes Ressurssenter, men registrerer likevel enkelte svakheter ved flere av arenaene. Revisjonen anser det uheldig at det ikke er en etablert systematisk praksis for medarbeidersamtaler, spesielt som en arena for oppfølging av de ansattes psykososiale arbeidsmiljø da enheten er preget av både mange ansatte og en krevende brukergruppe. Det observeres videre at enheten har en møtestruktur som beskrives som lite hensiktsmessig, da personalmøter som en arena for informasjonsdeling, utvikling og ansattes involvering er lagt opp som frivillige møter utenfor ordinær arbeidstid.

Det er av revisors oppfatning enkelte forbedringsområder knyttet til verneombudets tilrettelegging for systematisk verneombudoppgaver i kombinasjon med sin fulltidsstilling med brukere. Med hensyn til Sandnes Ressurssenters størrelse og kompleksitet, vurderer revisjonen at ressursene knyttet til ansvaret som verneombud er noe begrenset.

Risikovurderingene som er utarbeidet knyttet til den enkelte bruker når det gjelder fare for vold og utagering, er etter revisjonens oppfatning grundige vurderinger som vurderer graden av risiko og konsekvens i henhold til krav. Det fremgår enkelte variasjoner i omfanget av risikovurderinger på den enkelte bruker, men revisjonen finner det gjennomgående positivt at det er vurderinger med fokus på å sikre forutsigbarhet og trygge situasjoner både for ansatte og brukere.

Med hensyn til at Sandnes Ressurssenter har en brukergruppe med tyngre psykiske utviklingshemninger og et stort omfang på avvik spesielt på fysiske skader på ansatte, er det helt avgjørende med et velfungerende avvikssystem.

Av revisjonens gjennomgang av avvik på Sandnes Ressurssenter, kommer det tydelig frem at enheten har et stort omfang av skademeldinger knyttet til vold, utagering eller lignende mot de ansatte. Revisjonen finner det positivt at avvikssystemet anvendes av de ansatte, men mener det foreligger forbedringspotensiale knyttet til enhetens oppfølging og håndtering av avvik. Revisjonen anser det uheldig at verneombud og enhetsleders gjennomgang av skademeldinger to ganger i kvartalet, ikke gjennomføres.

Etter revisjonens vurdering er det videre flere forhold som kan forbedres ved hvordan ledelsen jobber med oppfølging av avvik, både med hensyn til skriftlighet ved enhetsleders oppfølging, samt det systematiske arbeidet for å korrigere virksomhetens aktiviteter med mål om å redusere forekomsten av gjentakende hendelser. Det er viktig at slike hendelser i tillegg til å følges opp som en enkelthendelse for den ansatte, også blir fulgt opp og korrigert på

systemnivå for virksomheten. Behovet for en forbedring av den systematisk oppfølging av avvik på et generelt nivå, mener revisjonen også kommer til uttrykk gjennom de ansattes ulike praksis og vurderinger knyttet til å melde avvik samt kategoriseringen av alvorlighetsgrad ved ulike volds- og skadehendelser.

Revisjonen har følgende anbefalinger for Sandnes Ressurscenter:

- Revisjonen anbefaler at enheten legger bedre til rette for en møtестruktur og systematisk gjennomføring av medarbeidersamtaler, for å i større grad sikre ansattes involvering og ivaretagelse av forhold knyttet til psykososialt arbeidsmiljø
- Det anbefales at administrasjonen gjør en vurdering av ressursrammen knyttet til oppgaven som verneombud, sett i sammenheng med behovet for et mer systematisk arbeid knyttet til oppfølging og evaluering av skademeldinger
- Revisjonen anbefaler at oppfølging og evaluering av avvik jobbes med mer systematisk på et overordnet nivå, med mål om å redusere omfanget av skademeldinger samt gjentakende avvik

5.1 RÅDMANNENS KOMMENTAR

Dette er etter min vurdering en svært grundig og god rapport som vil være et viktig og nyttig hjelpemiddel i videreutviklingen av disse tjenestene.

Sandnes Ressurssenter får, slik jeg leser rapporten, mye gode tilbakemeldinger samtidig som dere trekker fram områder vi kan og må jobbe med.

Revisjonens funn, vurderinger og anbefalinger blir en del av et eget og omfattende prosjekt vi har nedsatt for å se på hvordan framtidens habiliteringstjenester bør innrettes, organiseres og driftes.

For rådmannen

Med vennlig hilsen

Per Christian Andersen

Kommunalsjef helse og omsorg

Risør kommune

Tlf. 37149709/91627993

perchristian.andersen@risor.kommune.no

6. LITTERATUR

LOV-2005-06-17-62 Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (Arbeidsmiljøloven)

FOR-1996-12-06-1127 Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter med kommentarer (Internkontrollforskriften)

FOR-2016-10-28-1250 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

RSK 001 *Standard for forvaltningsrevisjon*. Fastsatt av NKRFs styre 1. februar 2011

Risør kommune. Årsberetning 2018. Vedtatt av Risør bystyre 28.05.2019

Altinn.no – Arbeidsforhold – HMS-arbeid og HMS-krav. Sist oppdatert 12.11.2018.
<https://www.altinn.no/starte-og-drive/arbeidsforhold/helse--miljo-og-sikkerhet-hms/hms-arbeid-og-hms-krav/>

Arbeidstilsynets informasjonssider på nett. *HMS og risikovurderinger*.
<https://www.arbeidstilsynet.no/hms/risikovurdering/>

Arbeidstilsynets informasjonssider på nett. *Vold og trusler*.
<https://www.arbeidstilsynet.no/hms/vold-og-trusler/>

Arbeidstilsynets informasjonssider på nett. *HMS – Avvik og avvikshåndtering*.
<https://www.arbeidstilsynet.no/hms/avvik-og-avvikshandtering/>

Arbeidstilsynets informasjonssider på nett. *Krav til fysisk arbeidsmiljø i omsorgsboliger*.
<https://www.arbeidstilsynet.no/tema/byggesak/veiledning-til-dokumentasjonskrav-ved-soknad-om-arbeidstilsynets-samtykke/krav-til-fysisk-arbeidsmiljo/>

Risør kommunes hjemmesider. *Habiliteringstjenesten*.
<https://www.risor.kommune.no/tjenester/helse-omsorg-og-sosiale-tjenester/nedsatt-funksjonsevne-habilitering/habiliteringstjenesten/>

VEDLEGG 1 – OVERSIKT DOKUMENTASJON

Oversikt over dokumentasjon oversendt fra Risør kommune

Kommunens kvalitetssystem, internkontroll og HMS

1. Varsling av kritikkverdige forhold i Risør kommune
2. Datasikkerhet – Klassifisering av informasjonssystemer
3. Datasikkerhet – Oversikt over personopplysninger
4. Godkjenning av rutiner og prosedyrer
5. Informasjonssikkerhet felles for Østre Agder
6. Rutiner for utarbeidelse av turnus helse- og sosialtjenesten
7. Rutine for tiltredelse/fratredelse i stilling
8. Rutiner taushetsplikt
9. Rutine for systemarbeid
10. Rutine for oppfølging av sykemeldte
11. Rutine registrering av sykefravær
12. Prosedyre for bruk av sosiale medier
13. Rutine for omstillingsprosesser
14. Målsetting for kvalitetssystemet
15. Rutiner for introduksjon av nyansatte
16. Rutiner for brukermedvirkning
17. Rutiner for bestilling av time hos behandler – HAB
18. Rutiner for organisering av helg og ferie – HAB SR
19. Rutiner for samarbeid med Linken og ressursentre ved beboers sykdom
20. Rutiner individuelle planer
21. Brukermanual «Min vakt» ansatte
22. HMS-håndbok Risør kommune
23. Fraværsskjema egen sykdom
24. Vernerunde – Rutine for gjennomføring
25. Ulykke, nestenulykke – registrering
26. Rutine for takling av trusler og vold i arbeidssituasjoner
27. Trusler og vold – oppfølging
28. Arbeidsreglement generelt
29. Arbeidstidsreglement
30. Etisk reglement
31. Rutiner for journalansvarlig
32. Kvalifikasjonskriterier for personal som skal jobbe hos XX
33. Mal for skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner
34. Prosedyre for innsyn i journal
35. Risikoanalyse på brukere i Habiliteringstjenesten
36. Rutine for opplæring i rømningsplan og brann – HAB
37. Overordnet handlingsplan for vold og trusler – HAB
38. Rutiner for innhenting av politiattest – HAB SR
39. Skademelding mot bruker, samt forhindre at skader oppstår
40. Veileder QM+ for medarbeidere
41. Rutine for avviksrapportering- og behandling
42. Rutine for legemiddelhåndtering
43. Rutine for multidoser
44. Oversikt over sykefravær 2018
45. Virksomhetsmelding Habiliteringstjenesten 2018-19
46. Rapport vernerunde 2018
47. Hovedskjema for risiko- og sårbarhetsanalyse - HAB
48. Akseptabelt risikonivå og risikovurdering Gerica – Risør kommune

Intervjuguide Sandnes ressurscenter

Enhetsleder

HMS og risikovurderinger

1. HMS-håndboka snakker om at det gjennom skriftlig dokumentasjon skal:
 - (2) Sørges for at ansatte har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter i det systematiske HMS-arbeidet, med informasjon om endringer
 - (4) Fastsette mål for HMS
 - (6) Kartlegge farer og trusler, på denne bakgrunn vurdere risikoforhold, og utarbeide planer og tiltak for å redusere risikoen
2. Formelt HMS-ansvar – du som enhetsleder? Hvilke oppgaver vil du si verneombud har innen HMS? Er det andre på SR som har medansvar for HMS?
3. Gjennomfører du vernerunder (en systematisk gjennomgang av fysisk arbeidsmiljø) sammen med verneombud? Og foreligger det rapporter fra nylige runder?
4. Gjennomføres det møter (gruppemøter?) med fokus på HMS og muligheter for tilbakemeldinger?
5. Risikovurderinger ift. arbeidsforhold. Iht. «Risikoanalyse på brukere i Habiliteringstjenesten», skal hver bruker vurderes ift. fysisk vold, psykisk og fysisk belastning. Se på enkelte brukermapper for å se om de følger opp risikovurderinger knyttet til enkeltbrukere?
 - Dette skal dokumenteres i eget punkt kaldt «Risikoanalyse» under situasjon «Tvang og makt» i tiltaksplanen til den enkelte brukers journal i Gericca
 - Risikoanalysene skal revideres/evalueres en gang pr. år. Tidspunktet for revideringen/ evalueringen skal nedfelles i årshjulet for enheten
 - Gruppeansvarlig rundt den enkelte bruker har ansvar for å utføre risiko analysen og dokumentere denne på brukerens journal, og de skal gi opplæring og kjennskap til hvordan ansatte kan lese dette
 - Enhetsleder har ansvar for å påse og legge til rette for at dette arbeidet utføres
6. I «Vernerunde, rutine og gjennomføring» står det «Leder og verneombud vurderer om det er særlige forhold som krever spørsmål utover generell undersøkelse. Flere undersøkelser som avdekker ulike arbeidsforhold kan være aktuelt. Skjema sendes i QM+ og leder og verneombud går gjennom resultatet og sammenstillter rapport». Er det gjennomført spørreundersøkelse blant ansatte i QM+? Hvilke temaer er det?
7. Fra avvik SR 2018, er det en del avvik på uønskede hendelser / HMS (grønn). Hva går disse ut på?

Avvik – skademeldinger og oppfølging

8. Fra HMS-håndboka står det at: «Arbeidstilsynet krever at det skal registreres skader, ulykker eller nestenulykker – ikke minst med tanke på forebygging. Vernetjenesten og AMU har myndighet til å kreve relevante tiltak iverksatt av arbeidsgiver. Det skal rapporteres om skade, ulykke eller nestenulykker i QM+, Avvik HMS / Skademelding-Ansatt i QM+ skal benyttes. AMU gjennomgår disse 2 g. pr år.»
9. Som leder er du ansvarlig for å iverksette rutiner for takling av trusler og vold, og at alle ansatte har kjennskap til rutinens innhold og gis nødvendig kunnskap om håndtering av kritiske situasjoner. Hvordan jobbes det systematisk med slike risikoer? Og utarbeides det egne ROS-analyser for SR?

10. Når en avvik/skademelding blir meldt i QM+, skal den alltid evalueres, uansett gradering. Hvordan foregår prosessen ift. mottakelse av avvik? Og hvordan gjennomføres denne evalueringen? Skriftlig evaluering/begrunnelse for neste steg?
11. Rutiner for hva som klassifiseres som lav, middels eller høy? Står i rutiner at «*Ved gjentatte lav eller middels gradering skal arbeidstaker kontaktes av avdelingsleder og tilbys veiledning, samtale eller lignende.*»
12. Hva skjer med et avvik i oppfølgingen, når det gjelder å eventuelt sette inn tiltak? Og hva gjøres for å følge opp det å unngå at det skjer igjen?
13. Hvordan håndteres evaluering av avvik? Jobbes det noe i plenum på gjentakende avvik i ettertid, og evt. evaluering i etterkant med den enkelte eller plenum
 - Brukes oppfølging av tiltak inn i nye risikovurderinger? Arbeidet med å redusere avvik
14. Hva ligger i det å lukke et avvik?
15. Verneombud skal iht. rutinene ha tilgang til skademeldingene og skal ha gjennomgang med avdelingsleder (enhetsleder?) to ganger kvartalet. Gjøres dette?
16. Tiltaksknappen i QM+, hva slags funksjon har denne og hvem har tilgang?
17. Blir de ulike avvikene ført inn i Gericia opp mot den enkelte bruker?

Verneombud

Verneombudet skal iht. HMS-håndboka drøfte saken med enhetsleder og den det gjelder. Verneombudet skal ivareta arbeidstakerens interesser i saker som angår arbeidsmiljøet. Sammen med HMS-leder gjennomføre verneunder og føre tilsyn med at arbeidet blir utført på en slik måte at hensynet til arbeidstakernes sikkerhet, helse og velferd er ivaretatt i samsvar med AMLs bestemmelser.

1. Kan du beskrive dine oppgaver som verneombud? Er det mange saker knyttet til arbeidsmiljø / skader osv.?
2. Hvordan vil du beskrive avviksregistrering, og hvordan gangen i avvik – spesielt skademeldinger – foregår?
3. Kan du beskrive din oppfatning av enhetens systematiske arbeid med HMS?
4. Vernerundene – hvem er med, og hvordan foregår disse? «*Leder og verneombud vurderer om det er særlige forhold som krever spørsmål utover generell undersøkelse. Flere undersøkelser som avdekker ulike arbeidsforhold kan være aktuelt. Skjema sendes i QM+ og leder og verneombud går gjennom resultatet og sammenstiller rapport.*». Er det gjennomført spørreundersøkelse blant ansatte i QM+? Hvilke temaer er det?
5. Arbeidstakere (deres tillitsvalgte/verneombud) skal få nødvendig informasjon om hvilke rutiner som er satt i verk for å forebygge, håndtere og følge opp vold og trusselsituasjoner. Gjøres dette?
6. Avvik på HMS – har du noen kjennskap til disse? Blir du involvert dersom det kommer inn avvik på HMS?
7. Verneombud skal iht. rutinene ha tilgang til skademeldingene og skal ha gjennomgang med avdelingsleder (enhetsleder?) to ganger kvartalet. Gjøres dette?
8. Opplever du at ledelsen håndterer avviksrapportering, og spesielt oppfølging og arbeidet med utfordringene, på en god måte?