



Årsmelding 2013



Regional sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst



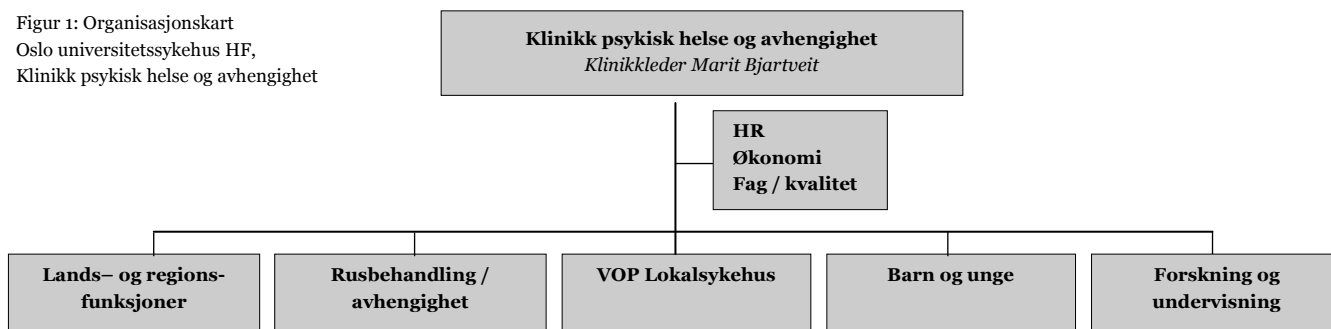
Regional sikkerhetsseksjon har publisert Årlig melding hvert år siden 2006, med resultatdokumentasjon fra forgående år, samt virkemidler for måloppnåelse i inneværende år. I år har seksjonen valgt å publisere en årsmelding med resultatdokumentasjon, og en oversikt over seksjonens kjerneoppgaver. Dette fordi ny strategi og målarbeid ikke er ferdigstilt, se Strategi side 4.





Om Regional sikkerhetsseksjon (RSA)

Figur 1: Organisasjonskart
Oslo universitetssykehus HF,
Klinikk psykisk helse og avhengighet



Mandat for virksomheten følger av i Stortingsmelding 25 'Åpenhet og helhet' kapittel 4, og Stortingsproposisjon 63 'Opptrappingsplanen for psykisk helse' kapittel 4.4.4. I Norge er helsetjenesten for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatriske pasienter integrert i den generelle psykiatriske spesialisthelsetjenesten, men med regionale avdelinger og kompetansesentra med høy sikkerhet, tilgjengelig kapasitet og spesialisert kompetanse.

Regional sikkerhetsavdeling skal ha høy faglig standard i utredning og behandling av pasienter, og være et attraktivt og sikkert arbeidssted for medarbeidere. Kvalitet, trygghet, respekt og samarbeid er verdigrunnlaget i Regional sikkerhetsavdeling.

Organisering

Regional sikkerhetsseksjon (RSA) er en del av Oslo universitetssykehus HF som skal tilby lokalsykehustjenester til innbyggere i Oslo, samt høyspesialiserte tjenester til hele regionen og landet forøvrig. Helseforetaket er per i dag organisert i 9 klinikker. Regional sikkerhetsseksjon ligger i Klinikk psykisk helse og avhengighet og under Avdeling for lands- og regionsfunksjoner. Regional sikkerhetsseksjon har 5 enheter, se figur 2.

Regional sikkerhetsseksjon har enhetlig ledelse, og ledes av ledergruppen bestående av seksjonsleder og enhetsledere. Sek-

sjonsleder har det strategiske, administrative, faglige og økonomiske ansvar og myndighet innenfor de fullmakter som er gitt av direktør og klinikkleder. Tilsvarende helhetlige ansvar og myndighet i enhetene gjelder for enhetslederne. Enhetene, med unntak av Nasjonal koordineringsenhet, har egne ledergrupper og medisinskfaglige rådgivere.

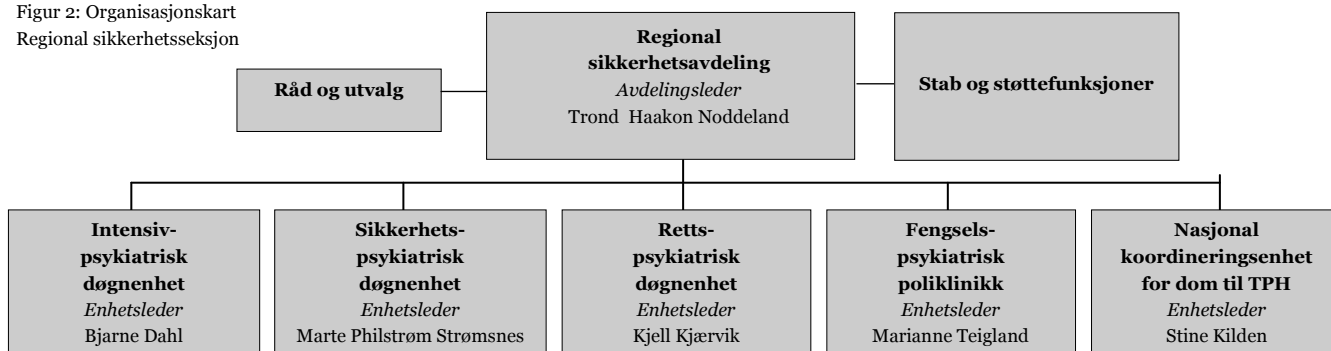
Strategi

Regional sikkerhetsseksjons sin strategi fra 2008 er ikke lenger hensiktsmessig for seksjonens måloppnåelse. Endringer i pasientpopulasjonen og andre relevante faktorer har ført til at det i dag er et misforhold mellom strategi og virkelighet. Det er derfor iverksatt et arbeid med å lage en ny strategi for seksjonen, som vil bidra til samsvar mellom mandat, faktiske forhold og mål. Seksjonen får bistand fra konsultantselskapet Considium i dette arbeidet. Arbeidet med strategi skal være ferdigstilt 1 mai 2014.

Budsjett

Seksjonens ledergruppen har nedsatt en prosjektgruppe som har i oppdrag å lage budsjett for 2014. Gruppen består av seksjonsleder, samtlige enhetsledere, overlege, tillitsvalgt NSF, tillitsvalgt Fagforbundet, verneombud, representant fra HR og sekretær.

Figur 2: Organisasjonskart
Regional sikkerhetsseksjon





Tabell 1 viser seksjonens budsjett for 2014. Av den totale budsjetttrammen på kroner 126 006 000, går kroner 123 027 000 mill. (~98 %) til lønn og personalkostnader. Koordineringsenheten sine driftsmidler kommer direkte fra statsbudsjettet og belastes ikke seksjonens budsjett.

Gjennom flere år har seksjonen satt av 1 million til kurs, videre- og etterutdanning av ansatte. Denne posten har nå blitt redusert til 790 000, for å møte kravene til budsjettbalanse.

Menneskelige ressurser

Regional sikkerhetsseksjon har budsjettet med om lag 150 årsverk, fordelt på sykepleiere med og uten videreutdanning, hjelpepleiere med og uten videreutdanning, stab og støttefunksjoner, 4 overleger, 1 lege i spesialisering, 6 psykologer og 1,5 sosionomer.

Utstyr og eiendeler

Regional sikkerhetsseksjons kliniske enheter på Dikemark i Asker disponerer 3935 m² i Granlibygget, som ble bygget i 1923. I tillegg kommer luftgård med sluser, aktivitetshall med gymsal og garderober og med behandlerkontorer, samt perimetersikkerhet som benyttes bl.a. til parkering. Seksjonens polikliniske enhet er lokalisert i Oslo Fengsel og disponerer om lag et 250 m² stort kontorlokale, pluss 3 kontorer for Prejudisiell enhet i Sentralarresten.

Tabell 1: Budsjett for Regional sikkerhetsseksjon 2014		
32	Pasient-/behandlingsrelaterte inntekter	0
35	Andre tilskudd/refusjoner	0
39	Annen inntekt	0
98	Grunnbevilgning	-126 006 000
	Totale driftsinntekter	-126 006 000
40	Forbruk av innkjøpte varer	778 000
41	Forbruk av innkjøpte varer	345 000
45	Kjøp av fremmedytelser	40 000
46	Kjøp av helsetjenester fra private helseinstitusjoner	0
49	Annen periodisering	0
50	Lønn til ansatte (fast)	76 759 000
51	Lønn til ansatte (variabel)	16 930 000
52	Fordel i arbeidsforhold	0
54	Arbeidsgiveravgift og pensjonskostnad	32 548 000
55	Annen kostnadsgodtgjørelse	30 000
56	Kompetanse og rekruttering	790 000
57	Offentlige tilskudd vedrørende arbeidskraft	0
58	Offentlige refusjoner vedrørende arbeidskraft	-3 240 000
59	Andre personalkostnader	180 000
61	Transport- og fraktkostnader	0
63	Kostnader lokaler inkl engergi og brensel	0
64	Leie MTU - maskiner - inventar og lignende	99 000
65	Utstyr og driftsmaterialeer som ikke skal aktiveres	195 000
66	Reparasjon - vedlikehold og service	20 000
67	Ekstern tjeneste	0
68	Kontorkostnad - trykksak og lignende	178 000
69	Telefon - porto og lignende	198 000
70	Kostnad transportmidler	50 000
71	Kostnad og godtgj. for reise - diett - bil og lignende	191 000
74	Kontingent og gave	0
76	Lisens- og patentkostnad	15 000
77	Annen kostnad	0
94	Ikke-medisinske servicetjenester	0
95	Andre tjenester	0
	Totale driftsutgifter	126 006 000
	Sum	0



Pasientbehandling

Døgnbehandling

Regional sikkerhetsseksjon har tre enheter som tilbyr døgnbehandling; Intensivpsykiatrisk døgnenhet, Sikkerhetspsykiatrisk døgnenhet og Rettspsykiatrisk døgnenhet. Disse er lokalisert i Granlibygget på Dikemark i Asker. Enhetene har til sammen 18 behandlingsplasser, hvorav to er beredskaps plasser for raske inntak som ikke kan innlegges på ordinære akuttavdelinger i opptaksområdet. I tillegg har avdelingen en poliklinikk i Oslo Fengsel, som tilbyr helsehjelp til innsatte ved Oslo og Bredtveit fengsler og i politiarresten, samt Prejudisiell enhet som gjør rettspsykiatrisk sakkyndigarbeid på oppdrag for Oslo politidistrikt.

Målgruppe

Regional sikkerhetsseksjon tar i mot pasienter med alvorlig sinnslidelse eller mistanke om alvorlig sinnslidelse, og med aktuell risiko for alvorlig voldelig atferd ovenfor andre. Seksjonen tar også i mot pasienter med dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, jf psykisk helsevernlovens kapittel 5, dersom de fyller kriterier for innleggelse. I tillegg er seksjonen spesielt kvalifisert for utredning og behandling av pasienter fra varetekt, fengsel, politiarrest eller forvaring, klinisk observasjon etter straffeprosesslovens § 167 og overføring fra varetektsfengsel etter straffeprosesslovens § 188.

Regional sikkerhetsseksjon har et gjerde som ikke er rømmingsikkert. Dette er en av grunnene til at det i forbindelse med terrorsaken ble fastslått at seksjonen ikke kan ta i mot høyriskopasienter. Det er satt ned en lokal arbeidsgruppe som skal se på hvordan andre land håndterer høysikkerhetspasienter. En delegasjon reiser til England våren 2014 for å besøke "high security" psykiatriske institusjoner.

Henvisning

Regional sikkerhetsseksjon mottar henvisning fra den psykiatriske spesialisthelsetjenesten for pasienter som har fått innfridd sin rett til helsehjelp, men med behov for regional sikkerhetspsykiatri. Unntaksvis mottar seksjonen hasteinnleggelse som kan henvises direkte fra lege, jf forskrift om etablering av tvungent helsevern § 2. Politiet er da ofte tutor.

Inntaksansvarlig overlege og inntaksteamet vurderer henvisninger fortløpende. For ventelistepasienter setter seksjonen en forsvarlighetsdato som siste frist for innleggelse. Henvisningene vurderes i hht pasientrettighetsloven, prioriteringsforskriften, prioriteringsveilederen, regionale instruksjoner og avdelingens målgruppebeskrivelse. Dette skjer i ukentlige møter med alle fagspesialistene i avdelingen. Henvisningen går til fordeling og

planlegging av mottak i det ukentlige inntaks-/forløpsmøtet. Henvisende instans får deretter både telefonisk og skriftlig svar.

Behandling

Seksjonen har et eget mottaksteam som organiserer og har ansvar for alle mottak. Teamet planlegger innleggelse og gjennomfører et forvernsbesøk. Hensikten med forvernsbesøket er at pasienten skal motta nødvendig informasjon og få avklaring ift sine forventninger, noe som sikrer en forsvarlig og god innleggelse. Alle pasienter mottas i separat mottaksenhet av erfarne spesialsykepleiere og behandler. Representanter fra teamet og ett personale fra pasientens primærgruppe er til stede under mottaket. Minst én sykepleier som deltok på forvernet er også tilstedet under mottaket, slik at relasjonsbyggingen kommer til nytte i selve mottaket. Den faglig ansvarlige gjør spesialistvurdering innen 24 timer ved etablering av tvungent psykisk helsevern, eller senest innen en uke dersom det tvungne vernet allerede er etablert. Faglig ansvarlig for behandlingen er enhetens overlege.

Innleggelse fra andre psykiatriske institusjoner skjer som regel etter § 4-10 i psykisk helsevernloven. Klagerettigheter ivaretas, og klagesaker skal være avsluttet før inntak i avdelingen, med mindre overføringen er kritisk viktig og må gjennomføres uten opphold. Både etablering av tvunget psykisk helsevern og andre typer vedtak utløser klagerett til Kontrollkommissjonen eller Fylkeslegen, noe pasientene informeres om og får assistanse til å benytte. Kontrollkommissjonen besøker avdelingen to ganger i måneden, og har månedlige møter med de faglig ansvarlige.

I den første tiden av innleggelsen gjennomføres observasjon og utredning av psykiske symptomer og sykdommer, samt at somatisk helse kartlegges. Sentralt i utredningen er psykiatrisk diagnostikk og voldsrisikovurdering.

Seksjonen tilbyr individuelt tilpasset psykiatrisk behandling. Pasientene får samtalebehandling, medikamentell behandling der dette er indisert, og individuelt tilpasset miljøterapi. Pasientene får tilbud om sosial trening, fysisk aktivitet både ute og inne, andre former for aktivisering og eventuelt skolegang, alt innenfor trygge rammer. Seksjonens instruksverk, kontinuerlige risikovurderinger og faglig kompetanse bidrar til at nødvendig sikkerhet ivaretas i behandlingsmiljøet for den enkelte pasient og for omgivelsene.

Etter stabilisering, utredning og påbegynt behandling skal Regional sikkerhetsseksjon bidra til tilbake- eller videreføring av pasientene til fortsatt behandling og oppfølging i ansvarlige helseforetak, jf. instruks fra Helse Sør-Øst RHF. Kompetanseoverføring i form av dokumentasjon, inklusive voldsrisikovurderinger og anbefalinger for voldsrisikohåndtering og samarbeidsmøter står sentralt. Det legges til rette for eventuell hospitering for helsepersonell som skal overta behandlingsansvaret. Seksjonen utarbeider behandlingsanbefalinger for pasienten før



videreføring.

Det har i økende grad blitt vanskeligere å videre- og/eller tilbakeføre pasienter etter at seksjonen har vurdert at en pasient er ferdigbehandlet på regionalt nivå. Dette kan ha mange forklaringer. Videreføringsproblematikken har ført til at seksjonen for første gang på mange år hadde pasienter på venteliste i 2013. Seksjonen hadde heller ikke kapasitet til å motta en observant som var henvist til judisiell døgnobservasjon, jf strpl § 167 observasjon. Regional sikkerhetsseksjon har i forhold til behovet en underdekning av egnede skjermingslokaler, som kompenseres med resurskrevende romskjerminger.

Judisiell observasjon jf. strpl § 167

Regional sikkerhetsseksjon tilbyr å gjennomføre judisielle observasjoner, jf straffeprosessloven § 167. Observasjonene gjennomføres i samråd med de rettsoppnevnte sakkyndige. Judisielle døgnobservasjoner gjennomføres dersom det er nødvendig for å bedømme den siktedes sinnstilstand. Målsetningen med en judisiell observasjon er å få frem tilstrekkelig informasjon om observandens atferd, fungering, symptomer og helsetilstand slik at det er mulig for de rettsoppnevnte sakkyndige å konkludere om psykiatrisk diagnose og dermed komme frem til en best mulig vurdering av observandens tilregnelighet.

Observasjonen i psykiatrisk institusjon kan avbrytes dersom det fremkommer tegn på akutt og behandlingstrengende alvorlig psykisk sykdom som krever behandling under tvunget psykisk helsevern. Helsehjelpen gis forrang i henhold til observasjon etter § 167.

Det forventes at domstolene i større grad enn tidligere kommer til å be om § 167 judisiell observasjon. De tre regionale sikkerhetsavdelingene samarbeider om felles arbeidsmetoder for hvordan slike observasjoner skal gjennomføres.

Fengselspsykiatrisk poliklinikk

Fengselspsykiatrisk poliklinikk dekker psykiatrisk spesialisthelsetjeneste for innsatte i Sentralarresten i Oslo politidistrikt, Bredtveit og Oslo fengsler. Poliklinikken har offentlig godkjenning. Det er egen klinikk lokalisert i Oslo fengsel med 8 kontorer, møterom og arkivrom. Ved Bredtveit fengsel disponeres et kontor, og Sentralarresten har et eget legekontor. I tillegg drifter poliklinikken Prejudisiell enhet for Oslo politidistrikt, som gjør sakkyndigarbeid for Oslo politidistrikt. Fengselspsykiatrisk poliklinikk består av enhetsleder/psykologspesialist, 4 psykologspesialister, en overlege/psykiater og en sekretær.

Oslo fengsel er Norges største og har 400 sonings- og varetektsplasser. Varetektsandelen er 2/3 (økende). I løpet av 2013 var det til sammen 1375 innsettelse i Oslo fengsel. Bredtveit fengsel har flest soningsplasser for kvinner i Norge. Det er til sammen 58 sonings-, forvarings- og varetektsplasser. I 2013 var det til

sammen 111 innsettelse ved Bredtveit fengsel. Sentralarresten i Oslo politidistrikt har 100 plasser, i 2013 var det 11.295 innsettelse.

Målgruppe

Målgruppen for Fengselspsykiatrisk poliklinikk er innsatte i arrest og fengsler med psykiske lidelser av en alvorlighetsgrad som gir rett til helsehjelp fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste i hht pasientrettighetsloven §2-1b og helsedirektoratets prioriteringsveileder psykisk helsevern for voksne (IS-1637).

Forekomst av psykiske lidelser, personlighetsforstyrrelser, rusmisbruk og rusrelaterte tilstander blant fengselsinnsatte er større enn i befolkningen forøvrig. I tillegg kommer situasjonsrelaterte forhold, aspekter ved selve fengslingssituasjonen, eventuelt med utstrakt isolasjon, som for enkelte er en betydelig belastning og som kan medføre behandlingsbehov.

Fengselspsykiatrisk poliklinikk har et utvidet tilbud til barn/innsatte under 18 år, og en psykologspesialiststilling er dedikert til dette arbeidet. Justis- og politidepartementet har besluttet at det skal opprettes et ungdomsfengsel i Oslo. Fram mot opprettelsen av ungdomsfengselet arbeides det med å gi innsatte under 18 år som er fengselsinnsatt et særskilt tilbud. Oppgavene er utredning, behandling og voldsrisikovurdering, veiledning av personale knyttet til ungdomstilbudet samt psykologfaglig rådgiving til leder for ungdomstiltaket/fengselsinspektør.

Fengselspsykiatrisk poliklinikk betjener også Sentralarresten i Oslo med øyeblikkelig-hjelp funksjon for innsatte som ennå ikke er fremstilt for varetekt.

Henvisning

Pasienter henvises av lege, som oftest leger i primærhelsetjenesten i fengslene. Henvisningene rettighetsvurderes av poliklinikken spesialister. For pasienter med rett til helsehjelp oppnevnes det pasientansvarlig lege eller psykolog. Pasienten får tilbud om vurdering, utredning og behandling. Pasient og henvisende lege får skriftlig tilbakemelding om vurderingen, samt opplysning om pasientrettigheter.

Behandling

Foruten en helhetlig diagnostisk utredning gir poliklinikken tilbud om psykoterapi og/eller medikamentell behandling. Ved alvorlige depressive og psykotiske tilstander og hvor det ikke lykkes å oppnå rask bedring av tilstanden, søker poliklinikken akutt eller planlagt innleggelse for pasienten i psykiatrisk sykehusavdeling. En stor del av pasientene ved poliklinikken har sammensatt problematikk med behov for koordinerte tjenester under fengselsoppholdet, og i vurdering av behov for behandling/oppfølging etter løslatelse. Utarbeidelse av individuell plan (IP) er en viktig del av pasienttilbudet. Behov for IP vurderes i førstegangsvurderingen. Pasientene får utlevert brosjyre, og



tilbud om hjelp til initiering av IP, eller til å gjenoppta et eventuelt tidligere planarbeid.

Fengselspsykiatrisk poliklinikk tilbyr helhetlig diagnostisk utredning og foretar en samlet vurdering av pasientens behandlingsbehov. Varetaktsinnsatte er ofte i en akutt livskrise og selvmordsrisiko er en hyppig problemstilling. Poliklinikken tilbyr akuttvurderinger av selvmordsrisiko, og gir anbefaling om forsvarlige tiltak. I tillegg forekommer rusutløste psykosetilstander og delir i etterkant av innsettelse. Der forbrytelser er begått i psykotisk tilstand vil som oftest den siktede settes inn i fengsel før det blir vurdert innleggelse og/eller før rettspsykiatrisk sakkyndige er oppnevnt.

Samarbeid

Fengselspsykiatrisk poliklinikk har ukentlige faste samarbeidsmøter med fengselshelsetjenestene. Det blir gitt tilbakemelding om rettighetsvurderinger på nye henvisninger. Poliklinikken deltar på ukentlige møter med ledelsen i Oslo fengsel. Dette avklarer ansvars- og rollefordelinger i komplekse pasientsaker, og bidrar til å opprettholde et godt samarbeid på tvers av etater.

Det er et utvidet samarbeid med Oslo fengsels tilsynsavdeling (1. avdeling) som ivaretar innsatte hvor det er mistanke om alvorlig psykose- og/eller suicidalproblematikk. De ansatte på 1. avdeling hospiterer i Regional sikkerhetsseksjon, og Fengselspsykiatrisk poliklinikk deltar på ukentlige møter og samarbeider tett opp mot enkeltpasienter. Det er utviklet retningslinjer som regulerer samarbeid og kommunikasjon om graderte tiltak, for å sikre forsvarlig oppfølging og redusere risiko for suicid og selvskading.

Prejudisiell enhet

Oslo universitetssykehus la i 2013 inn tilbud på offentlig anbud om levering av rettspsykiatriske tjenester til Oslo og omkringliggende politidistrikt. Sykehuset fikk tildelingen og kontrakten ble inngått den 16.12.2013 med avtale om oppstart den 06.01.2014. Fengselspsykiatrisk poliklinikk er tillagt ansvaret for dette oppdraget. I praksis betyr det at Fengselspsykiatrisk poliklinikk skal drifte tidligere politilegens kontor med prejudisielle vurderinger. Enheten har fått navnet "Prejudisiell enhet" og vil bestå av tre stillinger: Psykiater, psykologspesialist og administrasjonskonsulent. Oslo politidistrikt stiller kontorer til rådighet for virksomheten.

Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvungent psykisk helsevern

Nasjonal koordineringsenhet skal være en administrativ og permanent del av gjennomføringen av dommer til tvungent psykisk helsevern og skal sikre god samhandling mellom helse- og justisdepartementet. Funksjonen skal være en integrert del av gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern og et viktig

bidrag til sikkerheten og samfunnsvernet. (Prop. 108 L (2011-2012)) Nasjonal koordineringsenheten drift og registrering, samt informasjonsflyt til koordineringsenheten er hjemlet i psykisk helsevernloven § 5-2a, § 5-2b og § 5-6b. Nasjonal koordineringsenhet er én av fem enheter i Regional sikkerhetsseksjon og har 1,4 ansatte. Det er stort behov for å få økte ressurser til enheten.

Nasjonal koordineringsenhet skal primært:

- utarbeide og oppdatere retningslinjer for samhandling ved etablering og gjennomføring av dom på tvungent psykisk helsevern
- føre register som gir nødvendig oversikt over personer dømt til tvungent psykisk helsevern
- sørge for at alle parter har den informasjon som er nødvendig for at de lovpålagte oppgavene skal kunne løses på best mulig måte

Utdanning av helsepersonell

Sykepleiestudenter

Regional sikkerhetsseksjon tar imot bachelorstudenter i sykepleie i hht. avtale med Høgskolen i Oslo. Praksisperioden baserer seg i hovedsak på sykepleieutdanningens aktuelle fag- og undervisningsplaner, og på seksjonens rutiner for utdanning av helsepersonell. Oppfølging og veiledning av studenter foregår etter "1:1 modellen" som innebærer at studentene har samme praksisveileder i hele perioden, samt er tilknyttet samme enhet i denne tiden. Studentene deltar i seksjonens daglige drift og utfordres i forhold til å oppsøke læresituasjoner, utøve sykepleie og reflektere rundt egen funksjon, både faglig og personlig. Studentene har lesetilgang til seksjonens dokumentasjonssystem, tilbud om deltagelse på avdelingens interne undervisning og tilbud om undervisning på deres initiativ tilpasset eget behov. Tilsvarende opplegg finnes for vernepleiestudenter.

Regional sikkerhetsseksjon tar etter forespørsel også imot studenter fra videreutdanning i psykisk helsearbeid, både for tre-årig høyskolestudenter og fra helse- og sosialfagsutdanning. Oppfølging og veiledning skjer etter samme modell som beskrevet over.

Medisin- og psykologistudenter

Fengselspsykiatrisk poliklinikk er landets største fagmiljø innen fengselspsykiatri og utgjør et kompetansemiljø innen dette spesialfeltet. Det er inngått avtale med Medisinsk fakultet på Uni-



versitetet i Oslo om basisgrupper for medisinstudenter, i alt 16 pr. år. I tillegg er det inngått avtale med Psykologisk institutt om hovedpraksisstudent i psykologi hvert semester.

Politistudenter

Regional sikkerhetsseksjon har avtale med Asker og Bærum politidistrikt og Oslo politidistrikt om å ta imot studenter til hospitering fra Politihøyskolen. Opplæring og veiledning foregår i henhold til politiets avtale med Politihøyskolen. Studentene følges opp av en kontaktperson, hjelpepleier eller sykepleier, og opplæringen tilpasses politihøyskolens krav til praksisperioden.

Lege i spesialisering (LIS)

Regional sikkerhetsseksjon har en LIS-hjemmel for lege som er i spesialisering for spesialist i psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri. LIS-legen har arbeidssted i Intensivpsykiatrisk døgnenhet og betjener seksjonens øvrige enheter ved behov. Legen inngår i forvaktlaget på Dikemark. Legen mottar fast og løpende veiledning fra spesialist i psykiatri i Regional sikkerhetsseksjon og deltar i klinikkens obligatoriske LIS-undervisning og eventuelt psykoterapiveiledning.

Det nevnes også at alle leger i vaktordning får informasjon og omvisning i seksjonen for å kunne være forberedt på hva som vil være aktuelle scenarioer for å tilkalling av vakthavende lege.

Hospitering

Regional sikkerhetsseksjon får forespørsler om personalutveksling og hospitering fra andre institusjoner, som fengsler og lokale sikkerhetsavdelinger. Slike forespørsler tilstreber seksjonen å imøtekomme.

Forskning og fagutvikling

Regional sikkerhetsseksjon ønsker å bidra til å øke, ta i bruk og videreformidle ny kunnskap som kan gi bedre pasientbehandling innen sikkerhetspsykiatri, rettspsykiatri og fengselspsykiatri. Seksjonen har opparbeidet et sterkt klinisk fagmiljø innenfor fagfeltet.

Februar 2013 økte seksjonen fokuset på utvikling av forskningsbasert praksis og videreutvikling av klinikkens egen sikkerhetspsykiatrisk praksis. Så langt med særlig fokus på miljøterapeutisk struktur i voldsrisikohåndtering. En psykiatrisk sykepleier med masterutdanning og lang klinisk erfaring ble ansatt i 50 % stilling som forskningskoordinator, med spesielt ansvar for klinikknær forskning. Det er viktig med lett tilgjengelighet til forskningsarbeider for alle ansatte, og forskningskoordinators kontor er av den grunn plassert svært sentralt i avdelingen.

En klinikknær forskningskoordinator har bidratt til økt aktivitet for medarbeidere som har gjennomført masterutdanning, og

bidrar til å støtte to ansatte som har påbegynt kliniske masterstudier. Produksjon av kunnskaper har ført til betydelig arbeid med seksjonens opplæringsprogram i voldsrisikohåndtering. Det er også igangsatt et aksjonsforskningsprosjekt som skal ivareta vårt behov for optimal opplæring og samhandlingstrening for personalet, se Undervisning i voldsrisikohåndtering side 15. Seksjonen vil synliggjøre dens praksis og dens erfaringer og prioriterer og gjennomfører deltagelse og foredrag i interne og eksterne fora, både nasjonalt og internasjonalt.

Forskningskoordinator arbeider med en intern opplæringsbok, kalt "*Hvorfor er det sånn?*". Denne forventes å være ferdig medio desember 2014.

Det er et mål at seksjonen skal kunne produsere artikler på grunnlag av egen praksis, og flere artikler er under produksjon. Fremtidig deltagelse i samarbeid rundt forskningsprosjekter er også et mål. Forskningskoordinator har dessuten en rådgivende funksjon i seksjonsleders stab. I samarbeid med forskningsleder ved sykehusets regionale forskningsstøttefunksjon arbeides det med forberedelser til en PHD studie.

Opplæring av pasienter og pårørende

Under innleggelse i Regional sikkerhetsseksjon får pasientene individuelt tilpasset opplæring om ulike aspekter ved sin tilstand. De får informasjon om sin diagnose og hva sykdom innebærer. De gjøres kjent med innholdet i voldsrisikovurderinger som gjøres, samt hvordan sykdom og øvrige utfordringer kan og bør håndteres i eget liv. Det legges vekt på å informere om behandlingen som gis, eventuelle konsekvenser av behandlingen, herunder også bivirkninger av medisiner. Pasienten gjøre også kjent med relevant lovverk, rettigheter og krav de har både av juridisk, sosial og økonomisk art.

Seksjonen har fokus på pårørendearbeid og tilstreber et godt samarbeid med pårørende. Pårørende får generell informasjon om helsestanden til pasienten, samt informasjon om behandlingen. De får også informasjon om hva dette kan bety for pasientens fungering. Det er utarbeidet enhetsvise informasjonsbrosjyrer til pasienter og pårørende, og generell informasjon om seksjonen er lett tilgjengelig på seksjonens nettside.



Resultater 2013

Tabell 2; Regnskap for Regional sikkerhetsseksjon 2013

		STAB	SPDE	IPDE	RPDE	FPP	Total
32	Pasient-/behandlingsrelaterede inntekter	0	0	0	0	563 346	563 346
33	Pasient-/behandlingsrelaterede tilskudd/refusjoner	-2 677	0	0	955	311 324	-147 790
35	Andre tilskudd/refusjoner	0	0	0	304 072	0	304 072
39	Annen inntekt	-4 365 500	0	0	0	0	-4 365 500
98	Grunnbevilgning	0	0	0	0	0	0
	Totale driftsinntekter	-4 368 177	0	0	305 027	874 670	-3 645 872
40	Forbruk av innkjøpte varer	-27 850	-156 403	-66 549	-11 211	0	-262 013
41	Forbruk av innkjøpte varer	-134 735	-126 185	12 341	41 043	-10 494	-218 031
45	Kjøp av fremmedytelser	-10 687	-6 307	-8 171	-9 456	0	-34 621
46	Kjøp av helsetjenester fra private helseinstitusjoner	-46 695	0	-2 271	0	0	-48 966
49	Annen periodisering	-2 100	0	-2 693	-235	201 552	196 524
50	Lønn til ansatte (fast)	5 136 475	2 271	1 764 499	587 935	880 882	8 312 729
51	Lønn til ansatte (variabel)	3 000	-978 630	-1 922 106	-2 090 327	-64 186	-4 981 146
5100	Overtid	3 000	-533 491	-640 629	-774 898	872	-1 945 146
5130	Ekstrahjelp	0	-2 018 258	-2 785 959	-2 411 371	28 534	-7 187 054
52	Fordel i arbeidsforhold	0	0	0	0	0	0
54	Arbeidsgiveravgift og pensjonskostnad	1 410 601	20 327	344 996	92 656	248 023	2 132 035
55	Annen kostnadsgodtgjørelse	0	-40	0	0	0	-40
56	Kompetanse og rekruttering	374 295	-8 594	-99 559	-11 005	-98 868	183 903
57	Offentlige tilskudd vedrørende arbeidskraft	0	0	219 189	0	0	219 189
58	Offentlige refusjoner vedrørende arbeidskraft	-366 233	-161 632	-566 873	367 949	-48 670	-825 459
59	Andre personalkostnader	-73 509	-71 773	-87 826	-78 652	-58 749	-381 741
61	Transport- og fraktkostnader	-7 956	0	0	-1 500	0	-9 456
63	Kostnader lokaler inkl energgi og brensel	64 000	0	0	-1 750	0	62 250
64	Leie MTU - maskiner - inventar og lignende	51 863	-2 668	-897	-1 340	-1 327	45 631
65	Utstyr og driftsmaterialeer som ikke skal aktiveres	379 709	18 243	20 088	27 430	30 429	475 899
66	Reparasjon - vedlikehold og service	103 977	-261 262	-145 107	-66 157	0	-368 549
67	Ekstern tjeneste	-702 646	0	-30 460	-9 600	-1 425 210	-2 167 916
68	Kontorkostnad - trykksak og lignende	-123 643	-1 588	-1 294	11 528	-16 484	5 845
69	Telefon - porto og lignende	-79 935	9 133	36 132	-4 121	10 081	22 253
70	Kostnad transportmidler	47 314	-1 753	0	-130	0	45 431
71	Kostnad og godtgj. for reise - diett - bil og lignende	-22 351	-8 526	13 166	1 256	-17 356	199 846
74	Kontingent og gave	0	-247	-558	0	0	-3 092
76	Lisens- og patentkostnad	-1 177	-8 705	0	0	0	-9 882
77	Annen kostnad	-85 511	-17 821	-54 210	-38 007	109 185	-86 365
94	Ikke-medisinske servicetjenester	-2 820	0	0	0	117 000	148 258
95	Andre tjenester	-25 010	-24 060	-43 690	-34 920	-1 900	-129 580
	Totale driftskostnader	5 858 374	-1 786 218	-621 854	-1 228 613	-146 092	2 522 937
81	Finanskostnader	-643	-418	0	0	0	-1 061
	Total finansposter	-643	-418	0	0	0	-1 061
	Totalt	1 489 554	-1 786 636	-621 854	-923 586	728 578	-1 123 995



Sykefravær

Målet for 2013 var å ha et sykefravær på under 10 %. Resultatet var at Regional sikkerhetsavdeling hadde et snitt på 10,8 %. Av dette var 4,64 korttidsfravær (under 16 dager) og 6,16 langtidsfravær (over 16 dager). En av årsakene til at avdelingen har et jevnt høyt sykefravær er at medarbeiderne blir utsatt for store belastninger på jobb. I tillegg til vanlig kortvarig sykdom skyldes korttidsfraværet bl.a. skader personalet får i utageringssituasjoner med pasienter. Avdelingen jobber kontinuerlig for å redusere sykefraværet.

Overtid

Regional sikkerhetsavdeling jobber kontinuerlig med å redusere kostnader, spesielt knyttet til ekstravakter og overtid. Ett av virkemidlene for å redusere bruken av overtid har bl.a. vært ansettelse i helgestillinger. Avdelingen benytter fortsatt i for stor grad overtid for å bemanne sin virksomhet med tilstrekkelig kompetanse og personell. Avdelingen brukte om lag 13000 timer overtid i 2013, et snitt på ca 1080 timer per måned. Årsaker til bruk av overtid er blant annet. krav om høy tilgjengelighet, behov for høy dynamisk sikkerhet og faglig kompetanse.

Sommerferieavvikling 2013

Fra januar til og med mars 2013 hadde seksjonen et merforbruk på 3,2 mill. Inkludert i dette var midler til etablering av langtidsenhet medregnet (5 mill). Merforbruket skyldtes i hovedsak innleie av overtid og ekstravakter. I tillegg kunne seksjonen vise til et uakseptabelt høyt antall brudd på arbeidsmiljøloven, særlig under sommerferieavviklingsperioden i 2012.

Som tiltak til for å redusere kostnader og brudd på arbeidsmiljøloven foreslo ledelsen å samle pasientvirksomheten i to enheter gjennom sommerferieavviklingen, ved å flytte pasienter og personal fra Rettspsykiatrisk døgnenhet til Sikkerhetspsykiatrisk døgnenhet og Intensivpsykiatrisk døgnenhet. To forutsetninger for sammenslåingen var at den 1) ikke skulle gå utover mottakskapasiteten til seksjonen og 2) at driften i Rettspsykiatrisk døgnenhet skulle gjenopptas etter 8 uker. Driften i Rettspsykiatrisk døgnenhet var tenkt gjenopptatt dersom det ble behov for det i løpet av de 8 ukene.

Seksjonsleder ønsket ikke å gjennomføre forslaget uten støtte fra tillitsvalgte og verneombud, som møttes i ekstraordinære informasjons og drøftingsmøter. Det var flere bekymringer rundt forslaget, som bl.a. "crowding-problematikk", at det var for kort tid til å planlegge og å forberede pasientene, at det ble belastende både for pasienter og personale, at forslaget skulle bli en varig løsning og bekymring for å miste våre "faste" ekstravakter ved redusert behov for innleie. Tillitsvalgte og vernetjenesten ønsket en nøyere gjennomgang av hva merforbruket

skyldes, og det ble derfor utarbeidet kalkyler for innsparingsmuligheter ved sammenslåingen. Tillitsvalgte og vernetjenesten hadde også et eget møte der de fikk en detaljert oversikt over vaktboksituasjonen for sommeren.

Etter en periode med drøftning mellom ble det den 6. juni enighet mellom seksjonsledelsen og tillitsvalgte og vernetjenesten om sammenslåing av enhetene og drift i 2 etasjer gjennom sommerferien 2013.

Det ble besluttet å benytte fokusgrupper for å evaluere sammenslåingen. Arbeidsmiljøavdelingen bisto med dette og et tilfeldig utvalg ansatte fra alle enhetene deltok. Evalueringen ble gjennomført høsten 2013. Tillitsvalgte, vernetjenesten og seksjonsledelse besluttet at sommerferieplanleggingen for 2014 skal være klar innen 1.mai s.å., slik at avdelingen ikke havner i en lignende situasjon igjen. I den forbindelse blir det besluttet at turnusutvalget på seksjonen skal involveres på et tidlig tidspunkt og være med på planleggingen. Det blir laget en detaljert møteplan for turnusutvalget for resten av 2013, 2014 og 2015.

Tabell 3 viser effekten av sammenslåingen mhp bruk av overtid og brudd på arbeidsmiljøloven. Reduksjonen er markant. Bruk av overtid ble redusert med over 700 000 kr, og brudd på arbeidsmiljøloven ble redusert med 3/4.

Tabell 3: Overtid og AML-brudd 2012 og 2013.

	Overtid	Antall brudd på arbeidsmiljøloven
Uke 26-33 2012	1 422 540 kr	212
Uke 26-33 2013	720 450 kr	51

Videreføringsproblematikk

Helsetjenesten er ved lov pålagt å drive forsvarlig og overholde lov, forskrift og instruksjoner slik at den enkelte pasient og/eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Regional sikkerhetsseksjon har i 2013 ikke vært i stand til å oppfylle dette kravet fullt, da flere sykehus ikke følger de krav til samhandling mellom regional sikkerhetsseksjon og de lokale sikkerhetsavdelingene, som er nedfelt i Helse Sør-Østs regionale instruksjoner.

Ikke videreføringsproblematikk som er årsak til høy ressursbruk. = Vanskelige pasienter. Høy voldsproblematikk og skader personell.

Problemer med videreføring har ført til at seksjonen har brukt store deler av sine ressurser på stabilisering av kronisk syke pasienter med betydelige voldsproblemer i lokaler som ikke er bygnings- eller budsjettmessig dimensjonert for oppgaven. Dette fører til at seksjonen in mindre grad har kapasitet til å ta imot pasienter til utredningsopphold enten etter § 3-2 – tvungen



observasjon jfr. Lov om psykisk helsevern eller judisiell døgnobservasjon etter straffeprosesslovens § 167.

Døgnbehandling

Aktivitet

I 2013 mottok Regional sikkerhetsseksjon Helse Sør-Øst 19 henvisninger. 12 ble akseptert (63 %) og 7 (37 %) ble avvist. Èn henvisning ble akseptert, men senere trukket. I alt ble 9 pasienter mottatt i 2013 og 2 pasienter klarert til innleggelse på nyåret 2014.

Gjennomsnittlig ventetid for innleggelse i 2013 var 19,3 dager. Èn pasient måtte vente i 100 dager og èn i 28 dager. 7 pasienter ble mottatt 4-11 dager etter henvisning. Det tilstrebes raskt inn- tak av pasienter, men i noen tilfeller er sikkerhetssituasjonen rundt enkelte pasienter av en slik karakter at noe venting må påregnes. Enkelte ganger er mottakskapasiteten i seksjonen nedsatt grunnet utfordrende pasientsaker.

Regional sikkerhetsseksjon tar imot observander til judisielle døgnobservasjoner jfr. straffeprosessloven § 167. I 2013 mottok seksjonen 3 henvendelser, men ingen ble gjennomført; èn grunnet manglende mottakskapasitet, èn ved at observanden startet å samarbeide med de rettspsykiatriske sakkyndige, og èn ved at observanden ikke ble funnet.

Av pasienter som var innlagte ved årsskiftet 2013-2014 var 8 av 15 innlagt direkte fra psykiatriske avdelinger. De resterende 7 kom fra fengsler. De fleste pasientene som innlegges fra fengsle- ne har varetaktsstatus, men noen soner straffedom eller forva- ringsdom.

To av de utskrevne ble sendt tilbake til fengsel etter utskrivning og to til psykiatriske avdelinger. En pasient ble sendt til spesiell tilpasset opplegg i regi av en psykiatrisk avdeling. I tabell 6 kommer det frem hvilke fylker og helseforetak pasienter og inn- lagte ved årsskifte 2013-2014 og utskrevet i 2013 tilhørte.

For de 5 pasientene som ble utskrevet i 2013 var gjennomsnitt- lig liggetid 120,5 dager (20-344 dager). Gjennomsnittlig liggetid for de 15 pasientene som var innlagte per 31.12.2013 var 635 dager (nesten to år). (Spredning 20-2878 dager (nesten 7 år)). Den lange liggetiden skyldes pasienter med alvorlige psykiske problemer og stor risiko for voldelig atferd. Det har vært svært vanskelig å få disse pasientene videreført til andre behandlings- tiltak, grunnet pasientens sykdomsbilde og risiko for voldelig atferd hos pasientene.

I 2013 gjennomførte Regional sikkerhetsseksjon 4190 behand- lingsdøgn. Dette betyr en beleggsprosent på 72 %.

Tabell 6: Ansvarlig helseforetak for utskrevne pasienter 2013 og innliggen- de 31.12.2014

Helseforetak	Antall
Oslo universitetssykehus HF	7
Akershus universitetssykehus HF	2
Lovisenberg Diakonale sektor	2
Vestre Viken HF	2
Sykehuset Innlandet HF	1
Sykehuset Østfold HF	2
Sykehuset Telemark HF	1
Helse Møre og Romsdal HF	1
UFB	2
Sum	20

Demografi

Kjønn og alder

Innlagte og utskrevne pasienter i 2013 var alle menn. Det har kun vært innlagte menn på i seksjonen igjennom året. Gjen- nomsnittlig alder var 32 år (median 29,5, spredning: 20-53). Gjennomsnittlig alder var 36,5 år (median 38, spredning 20-53 år). Av 9 pasienter som ble innlagt i 2013 kom 7 direkte fra fengsel og 2 fra psykiatriske sengeavdelinger. Det presiseres at 4 av de som ble innlagt fra fengsel var kjenninger av seksjonen etter èn eller flere tidligere innleggelser i psykiatrien.

Etnisitet

Av de 5 pasientene som ble innlagt i 2013 og de 15 som var inn- lagt 31.12.2013 var 11 pasienter etnisk norske (55 %) og 9 hadde en utenlandsk bakgrunn (45 %). Utenlandsk bakgrunn define- res her som personer født utenfor Norge og/eller hvor foreldre- ne ikke var norske statsborgere ved pasientens fødsel.

Diagnoser

Diagnoser fremkommer av tabell 7. Hos pasienter som legges inn i Regional sikkerhetsseksjon er det til dels mye samsykeli- ghets (komorbiditet). Samsykkeligheten omhandler både psykiat- riske sykdommer og somatiske sykdommer. Det presiseres her at voldelig atferd hos pasienter ikke fremkommer i diagnoser. Det jobbes kontinuerlig med voldelig atferd med det for øye å redusere slik atferd og dermed bedre pasientens fungering. I 2013 hadde 20 pasienter og observander i alt 43 diagnoser Dette er i snitt over to diagnoser per person.

Hva angår rusrelaterte diagnoser hadde 76 % av pasientene slik diagnose i 2012. I 2013 hadde 70 % av innlagte pasienter en rusrelatert diagnose. Hva angår mild psykisk utviklingshem- ming hadde to av pasientene i 2012 slik bidiagnose, mens èn



pasient hadde denne diagnosen i 2013. I 2012 fikk 3 pasienter en somatisk diagnose (12 %). I 2013 fikk 4 pasienter (20 %) slik bidiagnose.

Flere pasienter hadde personlighetspatologi. Likevel ble det i flere tilfeller ikke satt slik diagnose, grunnet usikkerhet rundt diagnostiske kriterier; manglende komplement informasjon og grunnet pågående psykotiske tilstander.

Diagnose	Antall personer
F. 20.- Schizofreni	14
F. 22.- Paranoid psykose	1
F. 31.- Bipolar affektiv lidelse	1
F. 42.- Tvangslidelser	1
F 43.- Posttraumatisk stresslidelse	1
F 84.- Asperger	1
Z 04.6 Generell psykiatrisk undersøkelse begjært av myndighetene	1
Totalt	20

Andre forhold

Det som kjennetegnet behandlingssituasjonen i seksjonen i 2013 var 6 pasienter med tunge psykiatriske problemer og omfattende voldelig atferd, og en pleiefaktor på 6-7 gjennom hele året. 6 pasienter tilsvarer 30% av pasientgruppen, og er en sjelden høy andel. Tre pasienter hadde skjerming fra medpasienter gjennom hele året. I tillegg har flere andre pasienter hatt skjermingsvedtak i kortere eller lengre perioder i løpet av året. Pasientene har måttet skjermes på eget rom, da seksjonen kun har tre tilpassede skjermingsenheter. Disse har vært forbeholdt pasienter med langtidsskjerming. Det har ikke vært mulig å skjerme flere pasienter i skjermingsenhetene samtidig, grunnet de problemene pasientene har.

For to pasienter har det vært nødvendig å bruke tvangsmidler over lengre perioder i løpet av året grunnet hyppige og alvorlige fysiske utfall mot andre.

Poliklinisk behandling

Henvisninger og konsultasjoner

I 2013 hadde Fengselspsykiatrisk poliklinikk 234 behandlingsforløp. Fengselspsykiatrisk poliklinikk mottok 233 nye henvisninger, herav var 9 henvisninger fra sentralarresten, 25 fra Bredtveit fengsel og 199 fra Oslo fengsel. 50 henvisninger ble vurdert uten rett til helsehjelp fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Av henvisningene i 2013 var 47 øyeblikkelig hjelp-henvisninger. 41 behandlingsforløp som var påbegynt i 2012 ble

videreført i 2013. Poliklinikken foretok i alt 37 innleggelses i psykiatrisk avdeling. Antall utførte konsultasjoner var 1410.

Diagnoser

Diagnoser i fengselspsykiatrisk poliklinikk fremkommer av tabell 8. Tabellen viser at pasientpopulasjonen i Fengselspsykiatrisk poliklinikk fordeler seg over alle hoveddiagnosegrupper. Andelen av skadelig bruk/avhengighet av rusmidler er høy. Også andelen personlighetsforstyrrelser er høy, særlig dyssosial personlighetsforstyrrelse. Det reelle tallet kan være enda høyere, ettersom ikke alle pasienter gjennomgår full utredning for denne problematikken. Tilpasningsforstyrrelse og akutt belastningslidelse forekommer antagelig hyppigere i innsattpopulasjonen enn det som fremgår av tabell 6, men behandles og håndteres trolig for en stor del av primærhelsetjenesten og kriminalomsorgen. Det samme gjelder depressive lidelser og angstlidelser i mild til moderat grad. Andelen psykoselidelser har økt parallelt med at andelen varetaktsinnsatte har økt. De fleste med psykosediagnose ble innlagt psykiatrisk døgnavdeling, enten under psykisk helsevernloven, judisiell døgnovervåking etter straffeprosesslovens § 167 eller på dom på overføring til tvungen psykisk helsevern. Andelen med psykisk utviklings-

Tabell 8: Diagnoser i Fengselspsykiatrisk poliklinikk 2013, fordelt på 277 personer

Diagnoser	Antall diagnoser	%	Antall personer	%
Rusmiddelavhengighet/misbruk	115	39 %	110	40 %
Personlighetsforstyrrelse	38	13 %	37	13 %
Psykoselidelser	40	14 %	40	14 %
Rusutløst psykose	6	2 %	6	2 %
Depressive lidelser	8	3 %	8	3 %
Angstlidelser	11	4 %	11	4 %
Bioplar lidelse	5	2 %	5	2 %
Hyperkinetisk lidelse	4	1 %	4	1 %
Atferdsforstyrrelse	5	2 %	5	2 %
Parafilier	4	1 %	4	1 %
Psykisk utviklingshemming	2	1 %	2	1 %
Belastningslidelse	36	12 %	34	12 %
Simulering	2	1 %	2	1 %
Organisk psyk. Lidelse	1	0 %	1	0 %
Andre	18	6 %	18	7 %
Sum	295		277	



hemming er lav, hvilket kan tyde på at innsatte med denne problematikk ikke henvises i tilstrekkelig grad.

Pasienthendelser

Pasienthendelser fremkommer av tabell 4. Det totale antall meldinger går ned, men de mer alvorlige skadeformene holder seg på et stabilt nivå.

Tabell 4 – Pasienthendelser 2012, og 2013, fordelt på reell konsekvens

År	Totalt meldt	Mindre alvorlig	Moderat skade	Betydelig skade	Unaturlig død
2012	57	23	3	1	0
2013	42	11	5	0	2

2 unaturlig dødsfall er to selvmord i fengsler som Fængselspsykiatrisk poliklinikk betjener. Betydelig skade er betydelig økt utrednings- eller behandlingsintensitet, forlenget sykehusopphold og/eller varig funksjonstap. Moderat skade er skader som krever tiltak. Mindre alvorlig er forbigående negative helseeffekter eller skader som ikke krever omfattende behandling.

Det er betydelig asymmetri mellom informasjon om kostnader ved produksjon og informasjon om kostnader ved sikkerhet. Sikkerhet og risiko er betydelig vanskeligere å måle enn løpende driftskostnader. Det er kun etter registrering av uønskede hendelser seksjonen får full oversikt over kostnadene. Et mindre antall ansatte får mindre alvorlige til moderate skader. En pasient har fått betydelig skade og to begikk selvmord i fengselet.

Regional sikkerhetsseksjon har en i særstilling høy risikoprofil for personalskader. For pasientskader er bildet mer lik normal risiko.

Kontrollfunksjoner

I 2013 tok kontrollkommissjonen i mot 3 klager på tvungent psykisk helsevern, jf psykisk helsevernloven § 3-3. Det ble sendt 4 klager på tvangsmedisinering, jf psykisk helsevernloven § 4— til Fylkeslegen. Det var ingen klager til Helsetilsynet.

Medarbeidere

Kompetanseheving og utdanning

I 2013 ble det bevilget 893 000 kr til kurs og utdanning av helsepersonell i Regional sikkerhetsseksjon. Seminarer seksjonen selv har arrangert er også inkludert i denne summen.

Godkjente søknader fordelt på enhet: Stab; 1, Nasjonal koordineringsenhet; 3, Intensivpsykiatrisk døgnenhet; 22, Sikkerhetspsykiatrisk døgnenhet; 15, Rettspsykiatrisk døgnenhet; 13, Fængselspsykiatrisk døgnenhet; 6 .

Tabell 5: Andel av tildelte utdanningsmidler 2013, fordelt på kategorier

Kategori	Prosent av innvilgede søknader innenfor kategori
Arbeidsmiljø	7 %
Fordypning, utredning og behandling	18 %
Forskning og metode	4 %
Helserett	4 %
Kvalitet og forbedringsarbeid	4 %
Lederutvikling	4 %
Sikkerhetsseminar	9 %
Rettspsykiatri	5 %
Videreutdanning for hjelpepleiere / sykepleiere / vernepleiere oa	9 %
Voldsrisikovurdering -håndtering	20 %
Annet	14 %

Arbeidsmiljøundersøkelse

Seksjonens målgruppe representerer store faglige og sikkerhetsmessige utfordringer for både miljøpersonalet, behandlere og ledere. Det er en kontinuerlig balansegang å gi pasientene riktig type behandling med en høy faglig standard, og samtidig vurdere hvilke pasienter som kan behandles i et fellesskap og hvilke pasienter som må adskilles fra de andre og skjermes på eget rom eller en egen skjermingsenhet. Disse vurderingene gjøres ut fra behandlingshensyn og/eller av sikkerhetshensyn der formålet er å hindre vold mot medpasienter eller personalet. Det er særlig krevende for miljøpersonalet å arbeide i en hverdag der de er i kontinuerlig fare for å bli utsatt for vold på arbeidsplassen. For ledelsen er det et stort ansvar å sikre et godt arbeidsmiljø med kvalifiserte ansatte og at det til enhver tid er riktig antall miljøpersonale på vakt, samtidig som at driften ikke skal overskride budsjett og øvrige rammebetingelser.

Oslo universitetssykehus har årlig en arbeidsmiljøundersøkelse der alle ansatte besvarer en rekke spørsmål vedrørende egen opplevelse av arbeidsmiljøet og sin nærmeste leder. Resultatet fra undersøkelsen blir vurdert lokalt på de enkelte enhetene med de ansatte. Det er vanlig at HMS-utvalgene analyserer resultatet sammen med leder og at de sammen blir enige om forbedringsområder og bevaringsområder som de skal arbeide med i en tiltaksplan.

Medarbeiderundersøkelsen høsten 2011 avdekket et dårlig resultat for avdelingen totalt sett. Det var enkelte enheter som hadde klare negative tilbakemeldinger fra sine ansatte på flere områder som omhandlet arbeidsmiljø og ledelse. Personalet arbeidet målrettet i samarbeid med sine ledere for å komme frem til tiltak for å bearbeide og løse problemområdene. Ved en



av enhetene fikk enhetsleder ekstern veileder for å sikre at tiltakene skulle gi ønsket effekt.

Det knyttet seg en viss spenning i ledelsen og personalgruppen til resultatet av medarbeiderundersøkelsen 2012. Svarprosenten var ved enkelte enheter svært høy og resultatet var særdeles nedslående. Seksjonen fikk derfor hjelp av sykehusets arbeidsmiljøavdeling og personalavdeling til å analysere resultatet. Seksjonsledelsen avholdt flere møter med tillitsvalgte og verne-tjenesterepresentanter for å komme frem til en handlingsplan. Det ble etter hvert besluttet å engasjere et eksternt konsulent-selskap for å bistå avdelingen med å finne årsakene til de nega-tive resultatene. Etter en anbudsrunde ble Habbestad valgt.

Habbestad gjennomførte en grundig analyse der de gjennomførte personintervju med i underkant av 90 ansatte ved seksjonen. De ansatte ble tilfeldig trukket ut og representerte alle nivåer og faggrupper i organisasjonen. Konklusjonen til Habbestad var at det forelå en mistillit hos de ansatte til flere av sine ledere. De mente også at det er for store ulikheter mellom de kliniske en-hetene og at dette førte til at avdelingen ikke fremstod samlet utad. Rapporten inneholdt et utfyllende og detaljert kapittel med anbefalinger og tiltaksplan på seksjonssnivå og på den enkelte enhet, samt forslag til hvordan Habbestad kunne hjelpe seksjonen videre for å løse de problemområdene som ble avdek- ket.

Det kan synes som at konsulentene fra Habbestad, til tross for den grundige analysen de har gjennomført, ikke helt forstår avdelingens kompleksitet, oppdragsdokumenter eller de kvali- tetskravene som stilles til et pasientforløp på Regional sikker- hetsseksjon.

Rapporten til Habbestad ble grundig drøftet med de tillitsvalgte, vernetjenesten og de ansatte i ulike fora. Ulike tiltak ble disku- tert og vurdert. Et av de første tiltakene var endring av møte- struktur mellom ledelsen og de ansatte, se "Involvering" under. Seksjonens ledergruppe fikk videre tilbud om ekstern bistand og valgte å takke ja til dette. Konsulentselskapet Considium fikk oppdraget med å veilede ledere og seksjonens ledergruppe i den hensikt å styrke ledelsen og skape større tillit hos de ansatte.

Involvering

Medarbeiderne involveres i prosesser ved deltakelse fra tillits- valgte og vernetjenesten, som møter med ledelsen hver 3. uke. I informasjons- og drøftingsmøtet den 21.11.13 ble det besluttet å endre møtets navn og deltakere i tråd med klinikken og Oslo universitetssykehus for øvrig, ihht samarbeidsavtalen mellom sykehuset og arbeidstakerorganisasjonene.

Informasjons- og drøftingsmøte blir nå kalt Seksjonsforum. Deltakere er seksjonsleder, én enhetsleder, én representant fra hver organisasjon, én fra vernetjenesten og referent. Turnus

skal tilrettelegges for møtedeltakerne. Møtene avholdes fortsatt hver tredje torsdag i måneden.

HMS-arbeid

Ansatte ved seksjonen melder avvik i sykehusets elektroniske avvikssystem. Tabell 9 viser en halvering av antall totale mel- dinger, men et stabilt bilde for de mer alvorlige skadene som forblir en betydelig utfordring for seksjonen. Det høye antallet skader i 2012 skyldes i stor grad én pasient med ekstrem høy voldsproblematikk. Reduksjon i 2013 skyldes omfattende tiltak for å redusere antall skademeldinger representert ved denne pasienten.

Tabell 9: HMS-meldinger 2012, og 2013, fordelt på reell konsekvens

År	Totalt meldt	Mindre alvorlig	Moderat skade	Betydelig skade
2012	557	190	26	0
2013	275	92	29	3

Betydelig skade betyr faktisk sykemelding over 3 måneder. Moderat skade er sykemelding mellom 16 dager og 3 mnd. Mindre alvorlig er – har oppsøkt lege for skaden og hatt fravær fra 0 til 16 dager.

Teoretisk undervisning

Regional sikkerhetsavdelings har ukentlig teoretisk undervisning for de ansatte. De fleste forelesere er interne, men det benyttes også eksterne forelesere. Flere av undervisningene har hatt somatisk fokus, deriblant diabetes, somatiske undersøkelser og førstehjelp.

Deltagerne på undervisningen registreres, og enhetslederne får kopi av deltagerliste til bruk i sin oversikt over de ansattes ut- viklingsplan.

Undervisning i voldsrisikohåndtering

Regional sikkerhetsseksjon har ukentlig undervisning i voldsri- sikohåndtering. Undervisningen består først og fremst av sam- handlingstrening hvor det legges stor vekt på kommunikasjon med pasienter, oppdage forvarsler på voldsrisikoatferd, tidlig intervensjon for å unngå utagering, deeskalering ved aggressi- vitet, etikk og holdninger, ransaking og tvangsmiddelbruk som fysisk holding og beltelegging. En psykiatrisk sykepleier er tatt

Tabell 10: Antall deltakere på undervisning i voldsrisikohåndtering 2013, fordelt på enheter.

	IPDE	SPDE	RPDE
Fast ansatte	139	92	78
Ekstravakter	70	48	83
Totalt	209	140	161



ut i 20 % stilling for å organisere og lede denne undervisningen. Erfarne miljøpersonell har en nøkkelrolle i samhandlingstreningen.

Undervisningsgruppa i voldsriskohåndtering startet i 2013 et yrkespedagogisk aksjonsforskningsprosjekt. Prosjektet bygger på et tilsvarende prosjekt fra 2009. Undervisningsgruppa jobber med å videreutvikle undervisningen i voldsriskohåndtering gjennom et strukturert utviklingsarbeid/aksjonsforskningsprosjekt hvor medvirkning står i fokus. Det legges til rette for medvirkning i undervisningen slik at personalet opplever en meningsfylt og relevant opplæring i forhold til sitt kliniske arbeid med pasientene.

Deltakerne skriver logg etter all undervisning slik at vi får den enkelte deltakers tanker, følelser og opplevelser i forhold til det de deltar på, og det prøves ut ulike tiltak/aksjoner ved å justere undervisningen i forhold til tilbakemeldinger fra deltakerne. Videre jobbes det med å implementere SIM Oslo i undervisningen, ved å tilpasse bruk av scenario etterfulgt av debriefing i vår samhandlingstrening.

Undervisningsgruppa har jevnlig samlinger for opplæring og veiledning av instruktørene, samkjøring av undervisning, analyse av data og planlegging av nye tiltak/aksjoner. Oppnåelse av en kollektiv og varig forbedring er en viktig side ved prosjektet.

Prosjektet blir kvalitetssikret gjennom forskningskoordinator i Regional sikkerhetsseksjon og en veileder som er professor i yrkespedagogikk ved Høgskolen i Oslo og Akershus.



Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst
Oslo universitetssykehus HF

Adresse: Sykehusveien 18
1385 Asker

Telefon: 66 90 87 52

Telefaks: 66 90 87 59

E-post: regional.sikkerhetsavdeling@ous-hf.no

Publiseringsdato:

Sist revidert: