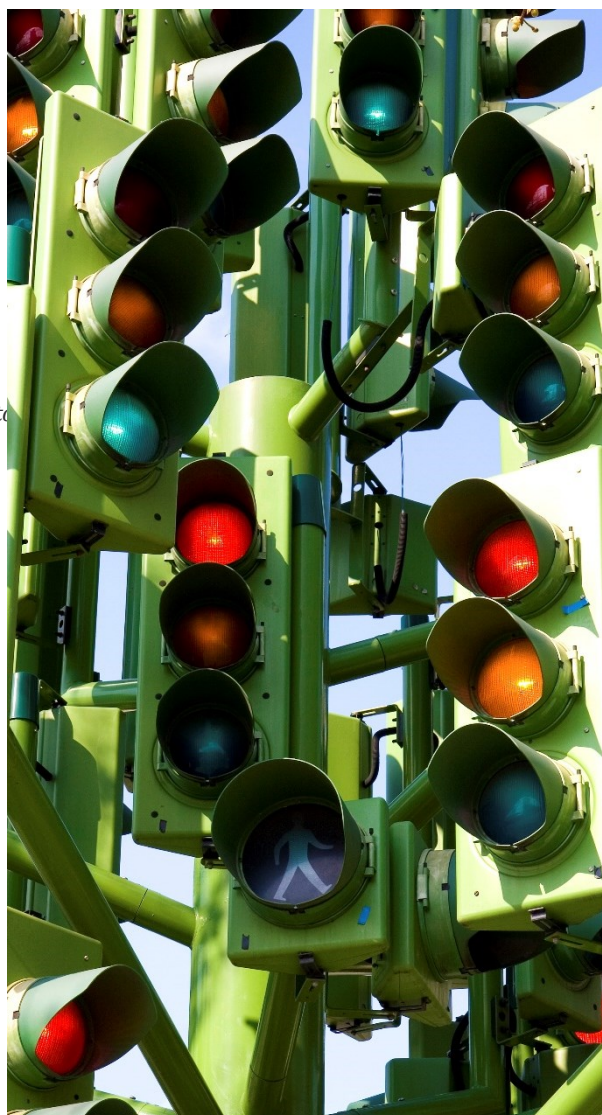
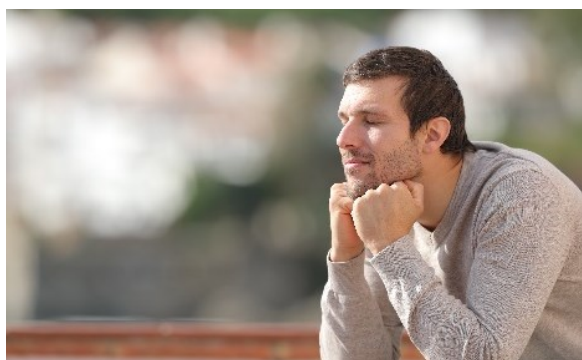


Felles regional rapport

# TOPP 5 RISIKO – VOLD OG TRUSLER MOT MEDARBEIDERE



# FORORD

Styret i Helse Vest ga i styremøtet 23. november 2020 sin tilslutning til fem områder for risikostyring som skal ha et spesielt fokus de neste 2-3 årene. Disse er felles og relevante for Helse Vest RHF, helseforetakene og Helse Vest IKT. Vold og trusler mot medarbeidere er ett område som vurderes å ha høy risiko. Det kan påvirke kvalitet, pasientsikkerhet, arbeidsmiljø og muligheten for å beholde medarbeidere.

Helse Vest RHF har tatt initiativ til et regionalt prosjekt, ledet av Helse Vest RHF, med deltakelse fra helseforetakene og Haraldsplass Diakonale Sykehus.

Prosjektet mener at det har utviklet seg en form for «stille aksept for å tåle vold og trusler, det er noe en må regne med» – uten at ledere og medarbeidere har uttalt dette direkte, men informasjon og til dels holdninger preges av dette.

Arbeidstilsynet legger til grunn at helsearbeidere over hele landet rapporterer slike hendelser, [jf. sak i NRK Rogaland 3. januar 2023](#).

Prosjektet har som mål å endre holdningene til vold og trusler mot medarbeidere, etablere et felles kunnskapsgrunnlag ved å kartlegge nåsituasjonen og peke på tiltaksområder som kan redusere vold og trusler mot medarbeidere.

Helse Vest skal bistå helseforetakene i å følge opp prosjektleveransene.

Prosjektet har benyttet Arbeidstilsynets definisjon på vold og trusler:

- *«Vold og trusler er hendelser hvor arbeidstaker blir fysisk eller verbalt angrepet i situasjoner som har forbindelse med deres arbeid, og som innebærer en åpenlys eller antydningstrussel mot deres sikkerhet, helse eller velvære.*
- *Trussel er et verbalt angrep eller handling som tar sikte på å skade eller skremme en person.*
- *Vold er enhver handling som har til hensikt å føre til fysisk eller psykisk skade på en person. Det inkluderer også hendelser der den som skader en annen person, ikke er klar over eller vurderer konsekvensene av handlingen sin – for eksempel på grunn av rus, psykisk/somatisk sykdom, mental og emosjonell tilstand eller lignende.*
- *Til hensikt er i denne definisjonen brukt for å skille handlingen fra rene uhell som også kan føre til liknende skader. Det kan også defineres som vold når arbeidstakere opplever utagerende handlinger hvor det utøves stort skadeverk på inventar og utstyr.»*

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

# OPPSUMMERING

Alle arbeidsplasser med en kjent risiko for vold og trusler skal ha gode rutiner og systemer for å kunne forebygge, håndtere og følge opp hendelser. Helseforetakene i Helse Vest har rutiner som er tilgjengelig for ledere og medarbeidere i kvalitetsstyringssystemene.

Ved gjennomgang av helseforetakenes intranett er Topp 5 risikoområdene lite omtalt og tilgjengelig for ledere og medarbeidere. Når et område har særlig risiko, bør tilgjengeligheten til informasjon og veiledning være særlig enkel å finne. Det er viktig å legge til rette for at ledere og medarbeidere raskt kan få overblikk før/når det er fare for at risiko kan oppstå. Foretaksgruppen Helse Vest skal ha strategisk søkelys på fem risikoområder. Disse bør være lett synlige og tilgjengelige for alle ledere og medarbeidere.

Det er ikke en klar og entydig avgrensning av hvilke rettigheter medarbeidere har ved uventede hendelser med vold og trusler. Lovverket bør endres, slik at det kan bygges barrierer som sikrer medarbeidere i deres utførelse av sine oppgaver.

Prosjektets kartlegging viser at risiko for vold og trusler i jobbsituasjonen er høyere innenfor områdene psykisk helsevern, somatiske akuttmottak og rus for å nevne noen hovedområder. Psykisk helsevern og rus må likevel ikke overskygge særlig risiko i andre avdelinger som eldremedisin, indremedisinske sengeposter, akuttmottak og prehospitale tjenester.

Risikosituasjoner kan også ha sammenheng med mangel på hensiktsmessig areal og fysiske rammer for skjerming av pasienter, og beskyttelse av medarbeidere i en akutt situasjon.

De fleste registrerte hendelser i psykisk helsevern og rus oppstår i tidsrommet kl. 10.00-11.00 og kl. 17.00-18.00. For somatikk er det om lag like mange registreringer i tidsrommet kl. 12.00-13.00, 16.00-17.00, 18.00-19.00 og 19.00-20.00 (henholdsvis 64, 65, 66 og 65).

Det er ikke mulig å skille på ulike typer ansettelsesforhold, og derved heller ikke på om det er ulik risiko for fast ansatte, vikarer, studenter mv., eller om stillingsstørrelse har relevans for hendelser. Registrering av ansettelsesforhold er ikke et obligatorisk felt i Synergi, og for mange hendelser er dette ikke registrert. Per desember 2022 var det registrert 882 førstehjelpsskader og 28 medisinske behandlingsskader der ansettelsesforhold ikke var registrert. Om lag 70% av alle innrapporterte skader er uten registrert ansettelsesforhold.

Prosjektet anbefaler at dette bør være et obligatorisk felt i Synergi.

Foretakene har ikke retningslinjer som gir veiledning for når enhetene bør vurdere ressursituasjonen når det er pasienter med særlig voldsrisiko. Helse Fonna og Helse Stavanger har opplyst at det blir satt inn ekstra ressurser ved beredskap der en forventer høyere voldsrisiko, men mangler en plan for høy aktivitet.

Arbeidet i prosjektet viser at helseforetakene har ulike rutiner/prosedyrer, tiltak, opplæring og veiledning for å redusere risiko for vold og trusler, og rutiner for melding til politiet.

Prosjektet anbefaler en økt grad av standardisering og mener læring på tvers og felles kunnskapsgrunnlag vil bidra til å utvikle gode tiltak.

I perioden 2018 til 2022 var det 88 unike pasienter som var registrert med «Kritisk informasjon» i journalsystemet, DIPS. Antall pasienter er angitt per år. Samme pasient kan være representert i tallene over flere år. Det knytter seg også usikkerhet til tallene som følge av ulik registreringspraksis. DIPS har i området «Kritisk informasjon» felt for registrering av «voldsrisiko» og forhåndsdefinerte dokumenter i journalgruppe *Voldsrisiko*.

Kartlegging i regi av prosjektet har avdekket at helseforetakene har ulike rutiner for å registrere «voldsrisiko» for pasienter med høy risiko for vold og trusler. I noen enheter velger en å fylle ut de forhåndsdefinerte dokumentene manuelt for så å skanne disse inn som PDF dokument, framfor å registrere direkte i systemet. Direkte registrering blir strukturert og tilgjengelig informasjon umiddelbart for de som har tilgang til journalen.<sup>1</sup>

*Et første trinn i forebygging av vold fra pasienter er at informasjonen i journalsystemet er at kritisk informasjon er tilgjengelig på en enkel måte. Dette forutsetter naturligvis at det som registreres, er strukturert og presist.*

*Informasjon er bare effektiv om den er presis og tydelig og når frem til dem som har behov for det, når det er nødvendig. Det er derfor viktig å benytte feltet "Kritisk informasjon - voldsrisiko" i DIPS.*

MAP (møte med aggresjonsproblematikk) ([www.sifer.no/map](http://www.sifer.no/map)) er et standardisert og kunnskapsbasert nasjonalt opplæringsprogram, som er tatt i bruk i psykisk helsevern og TSB i helseforetakene i Helse Vest. Opplæringsprogrammet følges opp av de fire regionale kompetansesentrene (KPS) for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER-nettverket).

Utprøvingen av MAP-kursene startet i 2019, først med instruktøropplæring høsten samme år. Prosjektet anbefaler standardisering av MAP-opplæring i helseforetakene, målrettet i forhold til omfang av opplæringen og risiko.

---

<sup>1</sup> Det er usikkert om de 88 unike «Kritisk informasjon» forekomstene vi fant i november 2022 gir et reelt bilde av situasjonen.

Det er variasjon i politiet/påtalemyndighetene sin vurdering av anmeldte saker.

*Mange tilfeller av vold og trusler som oppstår i helseforetakene er alvorlige, og på tross av dette, blir det ikke opprettet sak hos politiet på tross av alvorlig innhold i anmeldelsene.*

*Lik praksis, lav terskel i politiet for å opprette sak kan være et viktig forebyggende tiltak.*

Ulike samfunnssektorer må spille på lag for å redusere vold og trusler mot medarbeidere i spesialisthelsetjenesten

### **Prosjektet anbefaler følgende tiltak, se kapittel 7:**

- felles holdninger; vi aksepterer ikke at medarbeidere utsettes for vold og trusler
- regulatoriske bestemmelser må endres slik at det er tilstrekkelig handlingsrom og vern, og like muligheter uavhengig av somatikk og psykiatri for medarbeidere til for eksempel å frata pasienter farlige gjenstander, gå gjennom bagasje mv
- vold og trusler som fast tema i avdelingsmøter – bygge felles kultur
- lik metodikk for risikovurdering av vold og trusler, og lik registrering og dokumentasjon i DIPS. Risikovurderinger skal foretas etter forskrift om utførelse av arbeid, §23A
- voldshendelser politianmeldes og følges opp
- sørge for at rutiner, melding av vold og trusler i Synergi og registrering av kritisk informasjon i DIPS er lett tilgjengelig og godt kjent
- holdningskampanjer synlig i helseforetakene, eksternt; i sosiale medier, tidsskrifter og aviser
- standardisering av opplæring, veiledning og øvelser
- foretakene bør etablere et system for å sikre rett dimensjonering og sammensetning av personell ved plutselig endring i driftssituasjonen med hensyn til voldsrisiko (en form for plan for høy aktivitet/høy risiko for vold)
- samarbeidsavtaler og dialog med politiet. I tillegg skape felles holdning sammen med politiet slik at de følger opp anmeldelser på samme måte som når polititjenestemenn utsettes for vold og trusler
- gjennomføre kartlegging, trening av risikovurdering av forhold ved arbeidssituasjonen, vurdere tiltak som kan benyttes når det er nødvendig, særlig for avdelinger med høy risiko for vold og trusler
- gi tilstrekkelig veiledning og eventuelt opplæring til andre medarbeidere enn de som tilhører avdelingen, (renholdere og portører mfl.), etablere rutiner om å ta kontakt med avdelingen ved risiko, (informasjon via Imatis)
- tiltak som kan gi ledere trygghet for å kunne ivareta medarbeiderne etter alvorlige hendelser
- etablere regionalt nettverk for videre læring og systematisk utvikling over tid, for å dele erfaringer på tvers av foretakene

# INNHOOLD

<b>1. INNLEDNING</b>	<b>6</b>
<b>1.1. FORMÅL</b>	<b>9</b>
<b>1.2. GJENNOMFØRINGSPROSESS</b>	<b>9</b>
<b>1.2.1. ARBEIDSFORM</b>	<b>10</b>
<b>1.2.2. METODIKK OG PROSESS</b>	<b>10</b>
<b>2. PROSJEKTETS AVGRENSNINGER OG FORUTSETNINGER</b>	<b>11</b>
<b>3. LOVGRUNNLAG</b>	<b>11</b>
<b>3.1. HJEMLER</b>	<b>11</b>
<b>3.2. AKTUELT REGELVERK</b>	<b>12</b>
<b>3.3. NÆRMERE OM BRUK AV HJEMMELSGRUNNLAG</b>	<b>12</b>
<b>3.3.1. PSYKISK HELSEVERN</b>	<b>12</b>
<b>3.3.2. SOMATIKK</b>	<b>12</b>
<b>3.4. FUNN AV ULOVLIGE OG/ELLER FARLIGE GJENSTANDER</b>	<b>13</b>
<b>3.5. GENERELT OM VARSLINGSPLIKT OG SAMARBEID MED POLITIET</b>	<b>15</b>
<b>4. HOLDNINGER OG PRINSIPPER FOR Å POLITIANMELDE VOLD OG TRUSLER</b>	<b>16</b>
<b>4.1. POLITIANMELDTE SAKER I FORETAKENE</b>	<b>17</b>
<b>5. OPPLÆRING OG TRENING</b>	<b>18</b>
<b>5.1. FAGUTVIKLING OG OPPLÆRING FRA KOMPETANSESENTER FOR SIKKERHETS-, FENGSELS- OG SIKKERHETSPSYKIATRI</b>	<b>22</b>
<b>6. FUNN ETTER KARTLEGGINGEN</b>	<b>23</b>
<b>6.1. FUNN</b>	<b>23</b>
<b>6.2. RISIKOOMRÅDER</b>	<b>23</b>
<b>6.2.1. OMFANG AV VOLD OG TRUSLER</b>	<b>26</b>
<b>6.3. ALVORLIGHETSGRAD</b>	<b>32</b>
<b>6.3.1. VOLD OG TRUSLER FORDELT PÅ UKEDAGER OG ALVORLIGHETSGRAD</b>	<b>33</b>
<b>6.3.2. VOLD- OG TRUSSEL FREKVENNS</b>	<b>34</b>
<b>6.4. TILGJENGELIG INFORMASJON OM VOLDSRISIKO FOR AMBULANSETJENESTEN OG AMK</b>	<b>39</b>
<b>7. KONKLUSJON OG ANBEFALING</b>	<b>40</b>
<b>7.1. EFFEKT AV TILTAKENE</b>	<b>42</b>
<b>8. VEDLEGG</b>	<b>43</b>
<b>8.1. FORHÅNDSDEFINERTE RISIKODOKUMENTER I DIPS (MALER)</b>	<b>43</b>
<b>8.2. OVERSIKT OVER ULIK MAP OPPLÆRING PER FORETAK</b>	<b>46</b>
<b>8.3. GJENNOMFØRTE MAP KURS I ÅRENE 2019 TIL 2022 PER FORETAK MED ANTALL DELTAKERE</b>	<b>51</b>
<b>8.4. HENDELSER FORDELT PÅ UKEDAGER OG KLOKKESLETT SAMLET FOR HELSEFORETAKENE INKLUDERT HARALDSPASS DIAKONALE SYKEHUS</b>	<b>59</b>
<b>8.5. FORDELING UKEDAGER PÅ ANTALL HENDELSER PER 1 000 MEDARBEIDER PER FORETAK</b>	<b>61</b>

# 1. INNLEDNING

Medarbeidere i helseforetakene utsettes for truende og voldelig adferd fra pasienter og pårørende, noe som over tid til en viss grad har blitt «akseptert – det er noe en må tåle når man jobber i spesialisthelsetjenesten», (en form for resignasjon).

*Det kan ikke aksepteres at medarbeidere utsettes for vold og trusler. Samfunnets uuttalte holdninger til hva medarbeidere skal akseptere må endres med virkemidler og tiltak som kan bidra til varige endringer.*

*Vold og trusler mot medarbeidere har negativ innvirkning på arbeidsmiljøet, medarbeidernes opplevelse av trygghet på jobb, deres sikkerhet og helse, kvalitet og pasientsikkerhet.*

Risikovurdering, tiltaksutvikling og oppfølging er mangfoldig og krevende. Det er forventet at foretaksgruppen Helse Vest etablerer ytterligere tiltak som kan redusere risiko for å bli utsatt for vold og trusler i utførelse av sine oppgaver.

Prosjektet har lagt vekt på å vurdere nåsituasjonen og identifisere tiltak for å redusere vold og trusler, samtidig være varsomme med å trekke frem eksempler med risiko for identifisering, men likevel sette sammen kunnskap som gir mening og presentere denne på en respektfull måte.

På den annen side er det behov for åpenhet om hendelser og bakenforliggende årsaker for å identifisere nødvendige tiltak.

[Arbeidsmiljøloven](#), [Internkontrollforskriften](#), [Forskrift om utførelse av arbeid §23A](#) og [Arbeidsplassforskriften § 2.1](#) har stått sentralt i arbeidet.

Rapporten baserer seg på data fra ulike IKT-system og innhenting av rutiner fra foretakene.

Det er grunn til å anta at det foreligger underrapportering av faktiske hendelser. Kartleggingen som er gjennomført har vist at foretakene har ulike rutiner/prosedyrer, tiltak, opplæring og veiledning for å redusere vold og trusler.

Kartleggingen har ført til viktig læring for prosjektdeltakerne og har gitt foretakene et nytt felles kunnskapsgrunnlag som legger godt til rette for etablering av- og gjennomføring av tiltak.

Helse Bergen og Helse Stavanger har egne områder for vold og trusler på sine Intranett, mens Helse Førde og Helse Fonna har informasjon om vold og trusler under bedriftshelsetjenestens område på sine intranett.

I Sjukehusapoteka Vest er tema publisert i HMS håndboken. Tydeligere synliggjøring er ett tiltak.

For at medarbeidere skal få informasjonen raskt, og lett tilgjengelig når de blir gjort oppmerksom på mulig risiko, anbefaler prosjektet at det opprettes eget temaområde på alles Intranett.

Helse Vest har i flere oppfølgingsmøter med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) belyst behov for å vurdere endring av lovverket når det gjelder risiko for å bli utsatt for vold og trusler i helsesektoren.

Ulikt juridisk handlingsrom for medarbeidere mellom psykiatri, somatikk og prehospitale tjenester bør endres. Medarbeidere bør ha det samme handlingsrommet uavhengig av sektor, organisatorisk enhet. Er det for eksempel mistanke om at en pasient har med seg en farlig gjenstand, må det være lik mulighet til å avverge bruken enten det oppstår det ene eller andre stedet i spesialisthelsetjenesten. Pasienter har behov for utredning og behandling på tvers av ulike sektorområder i helseforetakene.

Problemstillinger drøftet oppfølgingsmøter med Helse- og omsorgsdepartementet.

- *Eksempler: Dersom pasienter eller pårørende bringer med seg farlige gjenstander bør det vurderes samme rett til å gå gjennom bagasje for å hindre bruk av farlige gjenstander*
- *Ett eksempel fra Helse Fonna der en pasient kom inn i resepsjonsområdet på moped. Så lenge det ikke skjedde i psykiatrien hadde ingen rett til å ta mopeden fra pasienten. Pasienten kjørte riktignok ut, men kom inn igjen en gang til.*
- *Tilsvarende tilfeller gjelder der pasienter bringer med seg farlige gjenstander som er egnet for slag; kniver og andre gjenstander.*
- *Selvsagt kan en tilkalle politiet, men i de mest krevende situasjoner hindrer det ikke svært alvorlige hendelser, før politiet er på plass. Skaden kan allerede ha skjedd.*
- *Nødvergebestemmelsen kan benyttes, men det er svært krevende for medarbeidere å dokumentere og gjennomføre. En bør vurdere en rett til å beskytte arbeidsplassen på samme måte som for psykisk helsevern.*
- *Mange kommer til sykehusene uten at de har en psykiatrisk diagnose eller får stilt en slik diagnose, men de kan være svært utagerende og ha med seg farlige gjenstander. Det er viktig at en ikke stigmatiserer pasientgrupper, men setter søkelys på trusler og vold mot medarbeidere som uakseptabelt uavhengig av situasjon eller sted.*

Det finnes flere saker i media om vold og trusler mot medarbeidere. Det er ikke en problemstilling som bare gjelder helsepersonell, det gjelder undervisningspersonell, ansatte i NAV, og Politiet for å nevne noe.

Forebygging av vold forutsetter systematisk samarbeid mellom helsevesenet og politiet om kommunikasjon om mulig farlige pasienter.



### Dagens medisin skriver om "Farlige pasienter" 22. desember 2022:

*«DET FINNES pasienter som er farlige. Vold og trusler om vold mot helsepersonell er forholdsvis vanlig. Omtrent 18 prosent av kvinnelige helsearbeidere oppgir de opplever vold eller trussel om vold et par ganger i måneden eller oftere. Ansatte i hjemmetjenesten kan oppleve vold fra demente eller uklare pasienter. Pasienter i psykiatriske institusjoner kan være paranoide og voldelige i perioder.»*

Vi presiserer at tallene som er omtalt i artikkelen i Dagens medisin, gjelder hele helse- og omsorgstjenesten, (kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten).

### I en pressemelding skriver justisdepartementet:

*«Regjeringen har sett seg lei på at politifolk og ansatte i kriminalomsorgen blir truet, og vurderer å endre loven for å skjerme politifolk.»*

*«ansatte i politiet over tid har påpekt at de og deres familier altfor ofte utsettes for trusler og ubehagelige hendelser som følge av jobben i politiet. Regjeringen setter nå ned et utvalg som skal se på om både deres identitet, og også identiteten til ansatte i kriminalomsorgen, i større grad skal kunne skjermes.*

*– Ansatte i politiet og i kriminalomsorgen går hver dag på jobb for å gjøre samfunnet vårt tryggere. At det rapporteres om trusler mot enkeltpersoner og familiene deres tar jeg på største alvor. Slike hendelser er alvorlige for den som utsettes for dem, og kan på sikt også gjøre det vanskelig for etatene å ivareta samfunnsoppdraget, sier justisminister Mehl fra talerstolen.»*

### Bergens tidene publiserte en artikkel den 19. mars 2023, der de skriver:

*«Kunnskapsministeren varsler nytt lovforslag for å stoppe voldsøkningen i skolen  
Kunnskapsministeren varsler et nytt lovforslag til våren for å bremse den negative utviklingen.»*

De mange avis-/medieoppslagene i det siste viser at det er flere sektorer som har søkelys på denne problemstillingen, og at det er viktig at det nå gjøres noe.

Prosjektet mener det er like tydelig at medarbeidere i spesialisthelsetjenesten skal ha høy beskyttelse mot vold og trusler.

### 1.1. Formål

Målet med prosjektet er å identifisere konkrete målrettede tiltak som skal bidra til å redusere antall uønskede hendelser knyttet til vold og trusler mot medarbeidere i foretaksgruppen Helse Vest.

Prosjektet skal utarbeide et **kunnskapsgrunnlag** som skal nyttes til konkrete **tiltak som på kort og lang sikt** kan redusere uønskede hendelser som vold og trusler mot medarbeidere.

Prosessen skal gjennomføres av ressurspersoner i helseforetakene, gjennom analyse og metodikk for risikostyring.

Resultatet skal leveres i en rapport til styringsgruppen.

### 1.2. Gjennomføringsprosess

Prosjektet er eid av administrerende direktør i Helse Vest, og organiseres som oppgitt i tabellen:

Rolle	Navn	Tilhørighet
<b>Prosjekteier</b>	Inger Cathrine Bryne, administrerende direktør	Helse Vest RHF
<b>Styringsgruppeleder</b>	Inger Cathrine Bryne, administrerende direktør	Helse Vest RHF
<b>Styringsgruppe</b>	Direktørmøtet, Helse Vest Oddvin Næsse, konserntillitsvalgt Ingeborg Sævareid, konsernhovedverneombud	RHF og HF RHF og Delta
<b>Prosjektansvarlig</b>	Hilde Christiansen	RHF
<b>Prosjektleder</b>	Gina Holsen	RHF
<b>Prosjektdeltaker</b>	Kjersti Heie Åsa Eldøy Elisabeth Jane Dragsnes Halvard Brekke Berit Berntsen Mira Mykletun  Oddvin Næsse Ingeborg Sævareid	Helse Stavanger Helse Fonna Helse Bergen Helse Førde Sjukehusapoteka Vest Haraldsplass Diakonale Sykehus KTV, YS KHVO

Tabell 1: Prosjektorganisering

Prosjektgruppen har bestått av representanter fra helseforetakene med avdelingsledere for HMS/BHT i Helse Stavanger og Helse Fonna, personal- og organisasjonsdirektør i Sjukehusapoteka Vest, rådgivere innen HMS i Helse Førde, Helse Bergen og Haraldsplass Diakonale Sykehus, konserntillitsvalgt og konsernhovedverneombud. I tillegg har prosjektgruppens representanter involvert ledere og ressurspersoner på ulike fagområder i foretakene.

### **1.2.1. Arbeidsform**

Prosjektet startet august 2022, og ble avsluttet mars 2023. Prosjektet har vært gjennomført med:

- ti digitale arbeidsmøter
- en heldagssamling i Bergen

Mellom arbeidsmøtene har prosjektgruppen hatt konkrete oppgaver til neste møte. Oppgavene er gjennomført for hvert av helseforetakene for å sørge for rett grunnlag for hvert av foretakene. Arbeidet har gitt læring og utveksling på tvers.

### **1.2.2. Metodikk og prosess**

Arbeidet er organisert i henhold til Helse Vests prosjektmetodikk. Prosjektgruppen vil ha det overordnede ansvaret for gjennomføringen av prosjektet.

Det er gjort kartlegging ved hjelp av flere ulike datakilder, som blant annet saker meldt i avvikssystemet Synergi, registreringer i DIPS, bemanningsdata i GAT, sammensetning av yrkesgrupper mm (ikke pasientjournal og BHT-system) for å bygge opp kunnskapsgrunlaget innen vold og trusler mot medarbeidere.

Hovedelementene i arbeidet har vært:

- Utarbeide faktagrunnlag og beskrivelse av nåsituasjonen
- Gjennomføre analyser av kunnskapsgrunlaget
- Utvikling av og deling av tiltak i foretaksgruppen Helse Vest
- Evaluering og korrigerings

Beskrivelsen av nåsituasjonen inneholder oversikt over lokale rutiner, krav og retningslinjer som er etablert i helseforetakene inkludert oversikt over opplæring, simulering, samhandling med mer.

Det rettslige grunnlaget inkluderes også i beskrivelsen av nåsituasjonen, som en del av rammebetingelsene for fremtidige tiltak.

## 2. PROSJEKTETS AVGRENSNINGER OG FORUTSETNINGER

Prosjektet har ikke ansvar for å gjennomføre tiltak og forbedringer som presenteres gjennom prosjektet. Dette ansvaret ligger til helseforetakene.

I styringsdokumentet for 2023 er det lagt til grunn at «*helseforetakene skal etablere og sette i verk tiltak som kjem fram i rapport Topp 5 risiko – vold og trusler mot medarbeidere*».

Helse Vest har inngått databehandleravtaler med helseforetakene for å sikre ivaretagelse av personopplysninger ved analyser på tvers av ulike system som er benyttet i prosjektet.

## 3. LOVGRUNNLAG

### 3.1. Hjemler

[Arbeidsmiljølovens §4-3 \(4\)](#) stiller krav om at arbeidstaker, så langt det er mulig, skal beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre. [Forskrift om utførelse av arbeid 23A](#) definerer arbeidsgivers plikter for det systematiske arbeidet med tematikken. Det stilles særskilte krav til [kartlegging og risikovurdering](#) av forhold ved arbeidssituasjonen som kan medføre at arbeidstaker blir utsatt for vold og trusler.

Videre kreves det at arbeidsgiver ved arbeid som kan medføre risiko for å bli utsatt for vold og trusler om vold:

- Gir [nødvendig opplæring og øvelse](#) i forebygging og håndtering av vold- og trusselsituasjoner, og bruk av eventuelt sikkerhetsutstyr, som skal gjentas og tilpasses vesentlige endringer i risikovurderingen og ellers ved behov.
- Gir arbeidstakerne og deres representanter [nødvendig informasjon](#) om
  - risikofaktorer knyttet til vold og trussel om vold, og iverksetter tiltak og rutiner for å forebygge, håndtere og følge opp slike situasjoner.
  - rutiner for varsling og rapportering av vold og trusler
- Iverksetter [tiltak på bakgrunn av risikovurdering](#), som så langt som mulig fjerner eller reduserer risiko for vold og trusler, med særskilte krav til visse tiltaksområder.
- Sørger for at arbeidstakerne som er utsatt for vold og trusler får [nødvendig oppfølging](#), med hensyn til fysiske og psykiske belastninger hendelsen kan ha medført.

[Arbeidsplassforskriften § 2-1](#) stiller krav til fysisk utforming av arbeidsplasser, ved at arbeidslokaler og atkomsten til disse skal være tilpasset den virksomheten som skal finnes i lokalet og ha en tilfredsstillende velferdsmessig standard. Det stilles særskilte krav til at lokalene utformes og innredes med hensyn til faren for vold og trusler.

## 3.2. Aktuelt regelverk

[Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten - Lovdata](#)

### 3.3. Nærmere om bruk av hjemmelsgrunnlag

Regelverket som danner grunnlaget for medarbeidere sitt handlingsrom ved vold og trusselsituasjoner og/eller funn av farlige eller ulovlige gjenstander *vil i all hovedsak utgå fra alminnelige regler om nødverge/nødrett og varslingsplikt*. Det er to hovedforskjeller for medarbeideres handlingsrom hvor den ene er innskrenkede rettigheter på bakgrunn av helselovgivningens taushetsplikt, og den andre er en *noe utvidet rett innenfor deler av psykisk helsevern*.

#### 3.3.1. Psykisk helsevern

For pasienter under frivillig eller tvangsmessig vern på institusjon i psykisk helsevern er undersøkelse av rom, eiendeler, kroppsvisitasjon og mulighet til å ta beslag i gjenstander mv. regulert i kapittel 4 i Psykisk helsevernloven. Man må imidlertid merke seg at reglene har avgrenset virkeområde for sikkerhetsavdelinger, og får større rekkevidde ved pasienter under tvang enn hos dem som er frivillig innlagt.

Når det gjelder vold og trusler kan man i henhold til lov om psykisk helsevern § 4-8 ta i bruk tvangsmidler overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre pasienten i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige. Merk at bestemmelsen kun gjelder for pasienter i døgnopphold i psykiatrien.

Dersom en pasient har utagerende atferd ved poliklinikk eller dagbehandling, vil nødverge være hjemmelsgrunnlag for å avverge skade eller fare for skade. Avhengig av situasjonen vil man ved behov ha bistand fra politiet, da helsepersonell ikke vil ha myndighet til lovlig å handle utenfor det begrensede handlingsrommet som inngår i bestemmelsene om nødrett/nødverge, jf. straffelovens §§ 17 og 18.

#### 3.3.2. Somatikk

For somatikk vil medarbeiderne sitt handlingsrom ved vold og trussel-situasjoner utgå **utelukkende fra nødverge/nødrettsbestemmelser**. Retten til nødrett og nødverge fremgår henholdsvis av straffelovens §§ 17 og 18.

Hovedforskjellen på de to bestemmelsene er at reglene om **nødrett omfatter at en handling som ellers ville være straffbar er lovlig, når den blir foretatt for å redde en annen interesse (rett mot rett)**, mens reglene om **nødverge krever at handlingen er foretatt** for å avverge et ulovlig angrep (rett mot urett) og er knyttet til tilfeller hvor det er nødvendig med en form for forsvar. Kravet til interesseovervekt vil være lavere ved bruk av nødvergebestemmelsen og denne vil være mest aktuell i diskuterte vold og trussel situasjoner.

I sin helhet fremgår det av strl. § 18 at *en handling som ellers ville være straffbar, er lovlig når den*

- a) blir foretatt for å avverge et ulovlig angrep,*
- b) ikke går lenger enn nødvendig, og*
- c) ikke går åpenbart ut over hva som er forsvarlig under hensyn til hvor farlig angrepet er, hva slags interesse som angrepet krenker, og angriperens skyld.*

Det kreves ikke at angrepet er i gang og bestemmelsen hjemler også såkalt preventiv nødverge. Imidlertid vil det ved disse tilfellene stilles strengere krav til hvilke forsvarshandlinger som aksepteres etter den forholdsmessighetsvurdering som må foretas jf. bokstav b) og c). Nødvergeregulene gjelder også når angrepet er rettet mot tredjemann – herunder kan tenkes offentlig eiendom.

### **3.4. Funn av ulovlige og/eller farlige gjenstander**

Først og fremst er det her viktig å presisere at man for somatiske helsetjenester ikke har anledning til å gjennomgå pasienters rom, bagasje, klær eller person uten eksplisitt samtykke. Dette gjelder også ved sterk mistanke om oppbevaring av farlige gjenstander, rusmidler el.

I de tilfeller der medarbeidere likevel gjør observasjoner av ulovlige eller farlige gjenstander hos en pasient vil dessuten taushetsplikten i helselovgivningen her utgjøre en begrensning i større grad enn for allmennheten ellers. En privatperson eller andre yrkesgrupper, ikke bundet av taushetsplikten, vil stå fritt til å tipse/informere politiet om straffbare handlinger eller mistanke om slike.

Det følger av helsepersonelloven § 23 at *taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre.*

Terskelen for bruk av bestemmelsen er høy. Nødrettssituasjoner kan trekkes fram som eksempler på tilfeller hvor det ikke er lovstridig å bryte taushetsplikt., og det forteller at det må ligge tungtveiende private eller offentlige interesser i bunn. Imidlertid antas det at bestemmelsen rekker noe lengre og dette kommer blant annet fram i rettspraksis på området. Høyesterett har definert terskelen blant annet ved å komme til at det ikke var brudd på taushetsplikten at en psykiater varslet om trusler fra en pasient mot en politibetjent (Rt. 2008 s. 1491).

Ved funn av narkotika er hovedregelen at helsepersonell har taushetsplikt om pasienters rusmiddelmissbruk og funn av narkotiske stoffer. Dette er også lagt til grunn i rettspraksis (Rt. 2013 s. 1442). Det må dermed foretas en konkret vurdering av om de tungtveiende private eller allmenne interesser er utsatt for tilstrekkelig risiko, alvorligheten av faren og det mulige skadeomfang. Som eksempelet fra Høyesterett ovenfor viser er ikke ethvert brudd på straffelovgivningen tilstrekkelig for å tilsidesette taushetsplikten.

Merk imidlertid utdrag fra Rundskriv (2012/007) om *Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid*, punkt 5.4 som på generelt grunnlag beskriver tilfeller hvor det kan tenkes unntak:

*«Det kan imidlertid tenkes at meddelelse til politiet vil være nødvendig for å avverge alvorlig skade, enten på pasienten selv eller andre pasienter. Vilkårene vil kunne være til stede i en akutt situasjon, hvor meddelelse av opplysninger til politiet fremstår som eneste utvei for å redde noens liv eller hindre alvorlig helseskade. Ved kunnskap om at pasienten er i besittelse av et «urent stoff» hvor skadepotensialet er stort, er det grunn til å tro at helsepersonellet rettmessig vil kunne melde fra. I slike situasjoner vil helsepersonellet ellers også kunne ha anmeldelsesplikt etter straffeloven § 139 jf. forgiftningsalternativet i strl. § 51.*

*Det kan videre tenkes situasjoner der en klar og overhengende fare for nye alvorlige narkotikaforbrytelser gjør det rettmessig for helsepersonell å melde fra til politiet. Det følger av legemiddeloven § 23 første ledd at taushetsplikten ikke er til hinder for at opplysninger om mulig misbruk av narkotika gis til Statens helsetilsyn. Opplysninger om misbruk som gis Statens helsetilsyn, kan gis videre til politiet dersom det er mistanke om en lovstridig handling.»*

Unntaket fra taushetsplikten regulert i helsepersonelloven § 23 punkt 4. kan sees i sammenheng, og er til dels sammenfallende, med reglene om helsepersonells varslingsplikt i helsepersonelloven § 31. Den åpenbare forskjellen er at § 23 omtaler en *varslingsrett* hvorav § 31 viser til en *varslingsplikt*.

I saken fra Høyesterett nevnt ovenfor kom retten til at psykiateren i det konkrete tilfellet hadde både rett (helsepersonelloven. § 24) og plikt (helsepersonelloven § 31) til å varsle politiet om trusselen.

Det er her et spørsmål om hva medarbeidere kan gjøre innenfor retten for å beskytte seg selv, andre pasienter og pårørende. Prosjektet foreslår at situasjonen for medarbeidere i helsetjenesten utredes. Det kan ikke være slik at taushetsplikten og andre bestemmelser hindrer intervensjon for å hindre alvorlige hendelser.

Dette gjelder ikke bare i forhold til taushetsplikt og medarbeiders rett, men gjelder også arbeidsgivers handlingsrom for å beskytte medarbeiderne. En utredning bør også ha som mål å peke på de utfordringene som er knyttet til “motsetninger” i lovverk på flere områder.

For eksempel er det ikke lov å skjerme, ikke lov å gjennomgå medbrakt bagasje/ta beslag i farlige gjenstander, ikke lov å bruke beskyttelse mot spyting, ikke lov å bruke narkotikahund. Dette begrenser arbeidsgivers mulighet til å forebygge hendelser og beskytte medarbeiderne. Det kan ikke være slik at arbeidsgiver enten må velge å bryte lovverket for å ivareta medarbeiderne eller risikere skade på medarbeiderne.

### 3.5. Generelt om varslingsplikt og samarbeid med politiet

Regler om plikt til å varsle politiet finnes både i straffeloven og politiloven, men er også uttrykkelig definert i helsepersonelloven § 31 hvor det kommer frem at *Helsepersonell skal varsle politi og brannvesen dersom dette er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom.*

Helsepersonelloven § 31 innebærer opplysningsplikt for helsepersonell og har et videre anvendelsesområde enn bestemmelsen om avvergingsplikten enhver borger har etter straffeloven (strl. § 139). Det foreligger imidlertid en høy terskel for at hensynet til å avverge vurderes som viktigere enn hensynet til den enkeltes personvern og det kan ikke gis opplysninger utover det som er nødvendig for å avverge mulig skade. Dersom situasjonen er *over*, vil helsepersonell igjen være bundet av taushetsplikten. Bruk av begrepet «avverget» trekker paralleller til terskelen vi har sett i reglene om nødrett/nødverge.

To store hovedhensyn står mot hverandre i tematikken vist til ovenfor. Det ene er hensynet til medarbeideres sikkerhet og rett til et trygt og forsvarlig arbeidsmiljø i tråd med arbeidsmiljøloven mv. Hensynet som veier tungt på den annen side, og som i tilfeller vil utgjøre en faktisk motstridende interesse, er hensynet til å utøve best mulig helsehjelp, med hjelp av pasientens vern i taushetsplikten og basert på tillit mellom pasient og behandler.

Helsetjeneste og politi er bundet av hver sine regelsett om taushetsplikt. De ulike hjemmelsgrunnlag åpner opp for unntak i på ulike vilkår gitt sektorenes ulike rolle i samfunnet. Det må være et utgangspunkt at man etterstreber den dialog som det er åpnet for i det eksisterende regelverket. For å forsikre seg at man benytter seg av mulighetene som finnes i regelverket er det viktig med god opplæring og gode prosedyrebeskrivelser på hvilken informasjon som kan gis i hvilke situasjoner. Regelverket oppstiller ulike hjemler og skjønnsmessige vilkår. Samtidig skal de aktuelle vilkår veies opp mot en respektert taushetsplikt det kan være straffbart å bevege seg utenfor. Dette skjæringspunktet må naturlig tenkes krevende for helsepersonell som raskt skal ta stilling til *om*, og eventuelt *hvilken*, informasjon som kan meddeles politiet i et gitt tilfelle.

Slik lovverket er i dag er det avgjørende at det er godt samarbeid mellom politi og helseforetak. Det er tidligere vist til rundskriv om samhandling knyttet til psykisk helsevern, men det kan enkelt argumenteres for at dette bør utformes også for helsetjenesten ellers. Samhandlingsrutiner som forplikter kan og bør også inngås mellom de lokale helseforetak og gjeldende politidistrikt. En pasient har ofte tilbud både innenfor somatikk og psykisk helsevern. Vold og trusler oppstår ikke bare i psykisk helsevern. Diagnoseuavhengig rett til å beskytte seg som medarbeider i helsetjenesten må diskuteres. Vold og trusler endrer seg hele tiden. Trusler oppstår ikke bare ansikt til ansikt, men også i sosiale medier.

Imidlertid vil samhandlingsrutiner fortsatt måtte legge til grunn eksisterende hjemmelsgrunnlag og være begrenset av lov. Politiets plikt til å yte bistand til offentlig virksomhet følger av politiloven § 2 nr. 5 hvor det følger at *politiet på anmodning skal yte andre offentlige myndigheter vern og bistand under deres tjenesteutøvelse, når dette følger av lov eller sedvane.* Imidlertid vil man i hovedsak her kunne hente ut bistand til



situasjoner som beskrevet i psykisk helsevernloven § 3-6 annet ledd, jf. §§ 31 og 35, og herunder tilfeller knyttet til pasienter under tvungent psykisk helsevern.

Beskrivelsen over gir ikke en klar og entydig avgrensning av hva medarbeidere har rett til ved uventede hendelser med vold og trusler uavhengig av hvor og når det skjer. Samfunnet må bygge barrierer som sikrer medarbeidere i deres utførelse av sine oppgaver. Slik det kommer frem opplever medarbeidere en form for «rettsløs tilstand eller et konglomerat av for og mot som er utrolig krevende å forholde seg til når det kan stå om sekunder».

## **4. HOLDNINGER OG PRINSIPPER FOR Å POLITIANMELDE VOLD OG TRUSLER**

Helseforetakene har retningslinjer for politianmeldelse av vold og trusler mot medarbeidere. Disse varierer lite i ordlyd og innhold, og er tilgjengelig for ledere og medarbeidere i styrende dokumentasjon/elektroniske håndbøker. Det er som oftest administrerende direktør som melder på vegne av foretaket eller leder på vegne av medarbeider. Hensynet bak at administrerende direktør skal politianmelde på vegne av foretaket er å beskytte medarbeider.

Ved vold fra pasient mot medarbeider, iverksettes de nødvergetiltak som må til for å beskytte, herunder vurdering om det er nødvendig å tilkalle vekter og/eller politi.

Nærmeste leder skal varsles umiddelbart. Lederen har ansvar for å ivareta og følge opp medarbeider, blant annet sørge for følge til lege for undersøkelse/behandling, samt dokumentasjon av skaden. Leder skal også sørge for at hendelsen og tiltak dokumenteres i både avvikssystemet Synergi og eventuelt i HMS mappe/medarbeiders personalmappe i Elements.

Dersom forholdet ikke er anmeldt ved tilkalling og oppmøte av politiet, har leder ansvar for at det vurderes politianmeldelse. Helseforetakene tilbyr å politianmelde på vegne av medarbeider når vedkommende ønsker det. Medarbeider må være innforstått med at dette innebærer at vedkommende må forklare seg for politiet. Dersom medarbeider ønsker å anmelde hendelsen selv, kan dette gjøres ved personlig oppmøte [på nærmeste politistasjon/lensmannskontor](#).

I alvorlige saker kan oppnevning av bistandsadvokat være betinget av at fornærmede/medarbeider ønsker anmeldelse, og at vedkommende vil være vitne i sak for retten.

#### 4.1. Politianmeldte saker i foretakene

<b>Helse Stavanger</b>	<b>2020-2022</b> 61 anmeldelser 29 henleggelse (foreløpig kun fått svar på 7 av 26 saker fra 2022) 3 straff/behandling
<b>Helse Bergen</b>	<b>2017-2022</b> om lag 180 anmeldelser 40 henleggelse 9 straff/behandling
<b>Helse Fonna</b>	<b>2020-2022</b> 54 anmeldelser 29 henleggelse 5 straff/behandling
<b>Helse Førde</b>	<b>2019 - 2022</b> 4 anmeldelser 3 henleggelse 1 straff/behandling
<b>Sjukehusapoteka Vest</b>	0
<b>Haraldsplass Diagonale Sykehus</b>	<b>2018-2022</b> 7 anmeldelser 6 henleggelse 1 straff/behandling

Samlet oversikt over politianmeldelser, henleggelse og straff/behandling i alle foretak for perioden 2017 - 2022.

	Antall	Andel av alle politianmeldelser
Politianmeldelser	306	
Henleggelse	107	35%
Straff/behandling	19	6%
Ukjent	180	59%

For perioden som vist over i tabellen ovenfor utgjør henleggelse 35 prosent av totalt antall anmeldelser, og 94 % førte ikke til kjent straff eller behandling hos politiet.

Prosjektets vurdering er at det i foretakene finnes ulike grenser på hva som aksepteres av vold og trusler. I foretakenes retningslinjer for anmeldelse blir begrepet «alvorlige hendelser» brukt i noen sammenhenger, uten at nærmere definisjon er angitt. Enhver voldshendelse eller trussel er i seg selv alvorlig, men konsekvensene kan ha ulik alvorlighetsgrad i form av skade eller belastning.

Prosjektet anbefaler at **enhver voldshandling er alvorlig, enhver trussel er alvorlig for våre medarbeideres trygghet og arbeidsmiljø**. Prosjektet foreslår videre at politianmeldelse av vold mot medarbeidere bør være hovedregelen.

### **Hva kan/skal politiet bistå med**

Det er utarbeidet et rundskriv (2012/007) om *Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid*. Rundskrivet er ment å klargjøre ansvars- og oppgavefordelingen mellom helsetjenesten og politiet i forhold til pasienter med psykiske lidelser. Her beskrives politiets varslingsplikt og bistandsplikt knyttet til tvungen psykisk helsevern. Dette er ikke dekkende for de situasjoner som oppstår uventet på ulike avdelinger i helseforetakene.

Foretakene har flere ulike rutiner som beskriver bistand fra politiet tilpasset ulike situasjoner, fra skarpe oppdrag/PLIVO (Pågående livstruende vold), til samarbeid med helsetjenesten som gjelder psykisk syke. De situasjoner som ikke inngår i dette, som er voldshendelser som oppstår hvor som helst og når som helst som ikke har noe med psykisk syke pasienter å gjøre.

Retningslinjer beskriver i hovedsak samarbeidet i den prehospital delen av pasientforløp, med unntak av rutiner som beskriver at politiet kan/skal tilkalles ved hendelser med ran, vold eller behov for bistand i forbindelse med fastvakt på eller tilbakeholdelse av pasienter som vurderes som farlige for seg selv eller andre.

Vold og trusler oppstår også av andre pasienter enn pasienter med kjent psykisk lidelse. **Det er tid for å legge den generelle utviklingen i samfunnet til grunn.** Stigmatisering av vold eller trusler fra en pasientgruppe, mens vold og trusler fra andre pasienter er et «ikke tema» er vanskelig å forstå. Vold og trusler overfor medarbeidere er like alvorlig og uakseptabelt om det oppstår i et somatisk akuttmottak, på et skadested, på en intensivavdeling eller i psykisk helsevern.

## **5. OPPLÆRING OG TRENING**

Det er arbeidsgivers plikt å sørge for at alle medarbeidere som kan bli utsatt for vold og trusler, skal få nødvendig opplæring og øvelse for å kunne håndtere/forebygge redusere slik risiko. For å redusere/forebygge en truende situasjon fra å eskalere eller bli voldelig, må den enkelte medarbeider ha kunnskap og ferdigheter om hvordan egen adferd kan påvirke situasjonen. Medarbeidere med god kompetanse har ofte tryggheten som trengs både for seg selv, pasienten og kollegaer, for å hindre/gripe inn på rett måte.

I perioden 2019-2022 har totalt 5 061 medarbeidere gjennomført ulike MAP kurs (totalt i alle foretak). Se fordeling per foretak i vedlegg i slutten av rapporten.

<b>Aktiviteter og resultater - Totaler i perioden 01.01.2021 - 31.12.2022</b>					
Org.enhet:	Alle				
Brukere:	Aktive				
<b>Foretak:</b>	<b>Helse Vest</b>				
Kurs	Kursgjennomføringsperiode	Kurstype	Deltaker	Aktiv	Bestått
<a href="#">Forebygging og mestring av aggresjon og vold</a>		Scorm kurs	675	762	147
	08.08.2017 - 10.10.2022		605	697	20
	10.10.2022 - 31.12.2037		155	154	128
<a href="#">Introduksjon til voldsrisikotriage i psykisk helsevern</a>		Scorm kurs	86	75	50
	31.05.2022 - 20.02.2023			3	
	05.09.2022 - 31.12.2037		86	72	50
<a href="#">MAP – Møte med Aggresjonsproblematikk</a>		Strukturert læring	1796	1734	925
	14.12.2020 - 31.12.2035		1796	1734	925
<a href="#">MAP - Møte med aggresjonsproblematikk Teori</a>		Strukturert læring	67	1	67
	12.12.2021 - 31.12.2022		67	1	67

Tabellen over viser mange påmeldte, men en for lav grad av fullføring. Helseforetakene bør ha en mer bevisst oppfølging av gjennomføringsgraden.

Helseforetakene har over mange år gjennomført opplæring i forebygging av vold og trusler/møte med aggresjon innenfor psykiatri- og rusfeltet. Opplæringsprogrammene som tidligere ble brukt var TMA/TERMA (terapeutisk mestring av aggresjon). Disse er nå erstattet av MAP (møte med aggresjonsproblematikk). Det er også andre kurs tilgjengelig for ledere og medarbeidere relatert til vold og trusler i Læringsportalen.

MAP ([www.sifer.no/map](http://www.sifer.no/map)) er et standardisert og kunnskapsbasert nasjonalt opplæringsprogram. Det er tatt i bruk i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) for helseforetakene i Helse Vest. Opplæringsprogrammet blir driftet av de fire regionale kompetansesentrene (KPS) for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER-nettverket). Utprøvingen av MAP-kursene startet i 2019, først med instruktøropplæring høsten samme år.

MAP opplæring for somatikk, prehospitaltjenester, portører og renhold og eventuelt andre driftsfunksjoner er ulikt i foretakene. Helse Stavanger tilbyr et forenklet MAP kurs. Helse Fonna, Helse Førde og Helse Bergen har ikke etablert tilsvarende.

Det er også høy risiko for vold og trusler ved enkelte avdelinger i somatikk. Prosjektet mener det vil være viktig å rette søkelyset på dette. Det anbefales like felles/standardiserte kurstilbud i somatikk og prehospitaltjenester. Haraldsplass tilbyr forenklet MAP-kurs til alle medarbeidere som etter risikovurdering kan bli utsatt for vold og trusler, for eksempel

portør. Risikovurdering skal i henhold til prosedyre utføres på avdelingsnivå og behov for MAP-kurs meldes til HMS-rådgiver.

Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Helse Vest startet MAP-prosjektet i 2015 og gjennomførte et forprosjekt med litteraturgjennomgang og metodebeskrivelse som lå til grunn for opplæringsmanualen. Utprøvingen av MAP-kurs startet i 2019 med oppstart av instruktøropplæring høsten samme år. Den videre instruktøropplæringen i MAP forutsettes gjennomført som en del av den ordinære virksomheten.

Det er ikke vesentlig variasjon i MAP-opplæring i foretakene innenfor psykiatri og rus. For somatikk er situasjonen annerledes. Prosjektet anbefaler standardisering av MAP-opplæringen for somatikk, med tilnærmet likt innhold og varighet av opplæringen. Erfaring fra Helse Stavanger og Haraldsplass legges til grunn.

Utdrag fra noen kurs som er tilgjengelig i Læringsportalen for hele foretaksgruppen Helse Vest:

- Forebygging og mestring av aggresjon og vold
- Grunnleggende voldsrisikovurdering og håndtering
- Introduksjon til voldsrisiko-triage i psykisk helsevern

Kursene gjennomføres med faste intervaller. Alle kursene publiseres i Læringsportalen. Rapporter fra Læringsportalen viser hvor mange som har gjennomført de ulike kursene. Fullførte kurs blir også overført til Kompetanseportalen slik at ledere har oversikt over hvem som har fullført.

I tillegg gjennomføres simulering, MAP-undervisning på forespørsel for somatikk og psykiatri.

### **Helse Førde**

Gjennomføringsgrad for psykisk helsevern om lag 85 % for alt av klinisk helsepersonell med pasientkontakt.

### **Helse Fonna**

Om lag 530 medarbeidere gjennomført MAP-grunnkurs siden innføringen av programmet september 2019.

### **Helse Stavanger**

Om lag 770 medarbeidere har gjennomført MAP-grunnkurs fra og med 2020 til mars 2023. (ca. 220 per år og 110 til mars 2023).

I tillegg har flere ansatte i somatikk gjennomført dagskurs tilpasset somatikk, men dette er per definisjon ikke et MAP-grunnkurs, men tilpasset undervisning.

### **Helse Bergen**

Om lag 1 300 medarbeidere har gjennomført MAP-grunnkurs siden innføringen av programmet september 2019.

Det er startet et arbeid for å utarbeide eget tilpasset opplæring i forebygging og håndtering av vold for somatikk.

Det ble opprettet egne MAP-kompetanseplaner mai 2022. Planene har en todeling, (lavt risikonivå og mod/høyt risikonivå), hvor innholdet er overlappende, men varigheten og hyppigheten varierer basert på vurdert risikonivå.

Planene blir godt tildelt medarbeidere, men det er fortsatt lav fullføringsgrad.

- Møte med aggresjonsproblematikk (MAP), lavt risikonivå, klinisk personell er tildelt 401 medarbeidere – fullføringsgraden er bare 24%
- Møte med aggresjonsproblematikk (MAP), moderat/høyt risikonivå, klinisk personell er tildelt 820 medarbeidere – fullføringsgraden er bare 23 %

Samtlige MAP-kurs, også E-læringskurs er tilgjengelige i Læringsportalen. Det er egne kurs for Divisjon Psykisk helsevern, Avdeling for rusmedisin og Barne- og ungdomspsykiatrien.

Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri har blant annet kompetanse på forebygging av vold og trusler på organisasjonsnivå, med særlig søkelys på en klinisk forståelse av vold og trusler i institusjoner. Noe av dette kan også være nyttig for forebygging for andre enheter enn psykisk helsevern.

### **Haraldsplass Diakonale Sykehus**

Hver avdeling skal gi opplæring i sikkerhetsrutiner til nye medarbeidere. Det blir også gitt grunnleggende opplæring i forebygging og håndtering av vold og trusler i kurs for nye medarbeidere.

Det gis tilbud om 1 dags MAP-kurs i forebygging og håndtering av vold og trusler.. Det er om lag 45 medarbeidere som har gjennomført MAP-kurs på Haraldsplass Diakonale Sykehus siden 2019. Disse er fra ulike avdelinger på sykehuset basert på risiko og behov, og mange av de er alenarbeidere. Det er foreløpig ikke stilt krav til når kurset bør repeteres, men dette bør gjenspeiles i risikovurdering for når man velger deltagere til kurset. Det er foreløpig ikke stilt krav til når kurset bør repeteres, men dette bør gjenspeiles i risikovurdering for når man velger deltagere til kurset.

Haraldsplass Diakonale Sykehus har ikke hatt kurs tilpasset somatikk, men brukt innhold basert på kurs innen psykisk helsevern. Det er et sterkt ønske om å få et mer tilpasset kurs tilpasset somatikk.

Alle medarbeidere har tilgang til e-læringskurs i MAP i Læringsportalen, men det er foreløpig ikke satt som obligatorisk for noen roller.

Det har tidligere vært gjennomført simulering i hovedsak på etterspørsel. Avdelinger er valgt ut på bakgrunn av risiko.

E-læringskurs og øvrige læringsressurser tilknyttet MAP-programmet er også tilgjengelig på [www.sifer.no/map](http://www.sifer.no/map)

## 5.1. Fagutvikling og opplæring fra Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og sikkerhetspsykiatri

Kompetansesenterets aktivitet med utvikling og deling av modellen har vært finansiert fra basistilskuddet fra Helse Vest og fra tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet.

Kompetansesenteret har siden oppstarten også gjennomført opplæring i voldsrisikovurderinger regionalt og nasjonalt. Kompetansesenteret arrangerer også nasjonale kurs i disse metodene for kursholdere (train – the - trainer), med mål om at helseforetakene skal ha mulighet til å arrangere kurs selv. Det tilbys årlig opplæring i helseforetakene i Helse Vest.

Kompetansesenteret har også bidratt til utvikling av ny metode for identifisering av pasienter med voldsrisiko, kalt Voldsrisiko-Triage (VRT). Det er arrangert egne kurs for kursholdere. Det tilbys nå opplæring i Voldsrisiko-Triage i helseforetakene. Det er også utviklet et e-læringskurs i Voldsrisiko-Triage i Helse Vest, som er tilgjengelig i Læringsportalen.

Voldsrisiko-Triage inngår også i opplæringen hos [Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging \(RVTS\)](#) og [Kompetansesentrene på rus \(KoRus\)](#). Det regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging i vest, og kompetansesentrene på rus i Bergen og Stavanger, har fått opplæring slik at de også tilbyr Voldsrisiko-Triage-kurs. Tilsvarende gjelder for de andre helseregionene.

Kompetansesentret har bidratt i utarbeidelsen av Nasjonale faglige råd for Voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse. Senteret har også bidratt i utarbeidelse av Rutine for kartlegging og vurdering av voldsrisiko i Helse Vest.

Kompetansesentret på rus utvikler nå et kurs om vold og trusler i somatikk som ble prøvd ut i Helse Bergen november 2022.

Kompetansesentrets vurdering er at det bør utvikles egne kurs i møte med vold og trusler tilpasset ulike deler av helsetjenesten. Årsaken er at det kan være svært forskjellige utfordringer, og tid til opplæring og trening er ulik.

Kurs i møte med vold og trusler er ett av flere viktige tiltak for å redusere vold og trusler mot medarbeidere. Det må her likevel påpekes at det er flere områder med tiltak som er minst like viktige for å redusere vold og trusler, som f.eks. grundig kartlegging av situasjoner som eventuelt kan lede til vold og trusler.

Prosjektet anbefaler standardisert MAP-opplæring i helseforetakene, også innenfor somatikk, drift og prehospitale tjenester.

Prosjektet anbefaler videre at kurs blir tillagt kompetanseplaner for aktuelle avdelinger, at det etableres et regionalt samarbeid om dette. Kompetansekrav i MAP-modellen er nasjonal og inneholder opplæring og godkjenning, samt vedlikehold av godkjenning.

## 6. FUNN ETTER KARTLEGGINGEN

### 6.1. Funn

For å fremskaffe et felles kunnskapsgrunnlag om vold og trusler mot medarbeidere, har prosjektet søkt å få svar på disse spørsmålene, men ikke avgrenset til dette:

- kjennetegn av risiko for vold og trusler i sykehus, se punkt 6.2
- antall rapporterte uønskede hendelser, se punkt 6.2.1
- typer uønskede hendelser, se punkt 6.2.1
- lokasjon for hendelse, se punkt 6.2.1
- tidspunkt på døgnet og ukedager, se punkt 6.2.1
- involverte i de hendelsene, se punkt 6.1

Gjennom flere analyser i foretakene, vil man kunne få ny kunnskap og løfte frem nye/andre problemstillinger som bør vurderes. Ved hjelp av systematiske analyser i tilgjengelig materiale er det mulig å utforske mulighetsrommet på kort og lang sikt. Dette kan gi et grunnlag for å utarbeide gode og framtidsrettede strategier for å redusere vold og trusler mot medarbeidere.

Med de dataene som er tilgjengelig er det ikke mulig vurdere om uønskede hendelser kan knyttes til grupper av pasienter, liggetid, reinnleggelser mv. For de pasienter som er registrert med «Kritisk informasjon» kan det være noen felles kjennetegn, men foretakene bør gjøre en nærmere vurdering av for eksempel hvor lenge de pasientene som utøver vold har vært innlagt. I dataene som er tilgjengelig er det av personvern hensyn ikke anledning til å vurdere dette for enkeltpasienter.

### 6.2. Risikoområder

Prosjektet har vurdert tiltak, forslag til endringer i rutiner, synlighet, veiledninger, bruk av IKT løsninger som kan være viktige bidrag i å redusere risiko for vold og trusler. Det må være et organisatorisk systemansvar som fremmer nulltoleranse for vold og trusler mot medarbeidere. Pasienter kan ha svært krevende diagnose og være i en tilstand i ulike deler av sitt pasientforløp der risiko for vold og trusler er til stede. Det må gjennomføres risikovurderinger av pasienter det er aktuelt for, det bør etableres organisatoriske barrierer og tiltak for å hindre situasjoner, som ett av de viktigste tiltakene overfor disse pasientene.

Risikovurderinger må skje som en del av den ordinære arbeidsdagen. Det må prioriteres for avdelinger med høy risiko for vold og trusler. I tillegg må nye kunnskapsgrunnlag benyttes.

Risikovurderinger må basere seg på:

- Gjennomføre risikovurdering for å sette inn ekstra ressurser når det er pasienter med særlig voldsrisiko.
- Gjennomføre analyser av kunnskapsgrunnlaget inkludert risikovurdering ut fra prinsipp- og retningslinjer for risikostyring i Helse Vest



- Risikomodul i Synergi - aktiv bruk kan gi bedre innsikt i operasjonell og strategisk risiko
- Evaluering og korrigerende (risikostyring)
- Bygge barriere for risiko – Bow tie

Ved gjennomgang av dokumenter og analyse av datagrunnlag, er det identifisert flere risikoområder for medarbeidere og pasienters sikkerhet helseforetakene bør rette særlig oppmerksomhet på, se punkt 6.2.

Arbeidstilsynet har i sin veiledning momenter som kan øke risikoen for vold og trusler:

- manglende medvirkning
- kontakt med kunder eller pasienter
- alenearbeid
- tidspress og arbeidspress
- underbemanning
- dårlig planlagt utforming av arbeidslokaler og tekniske løsninger
- egenskaper ved virksomheten

Kilde: [Vold og trusler - Arbeidstilsynet](#)

Helseforetakene har i sine rammer for risikovurderinger lagt til grunn at flere av disse momentene er ivaretatt og supplert med andre som er særlig viktig i helseforetakene.

Disse yrkene er i henhold til tall fra Statistisk sentralbyrå mest utsatt for vold og trusler:

Yrke	Utsatt i alt (%)
<b>Vernepleiere</b>	56
<b>Miljøarbeidere</b>	34
<b>Sykepleiere</b>	31
<b>Sikkerhetsarbeidere (militær, tollere, politi)</b>	25
<b>Pleie- og omsorgsarbeidere</b>	25
<b>Psykologer, prester, rådgivere</b>	20
<b>Grunnskolelærere</b>	19
<b>Leger</b>	17
<b>Førskolelærere</b>	14
<b>Sjåfører</b>	12

Tall hentet fra Statistisk sentralbyrå

Tallunderlagene gir delvis støtte til SSB sine tall basert på rapporter fra foretakene. I rapporter fra Synergi for vold og trusler, fordelt på stillingstype i 2022, viser at det for de store sykehusene er sykepleiere, assistenter og vernepleiere som har rapportert flest hendelser, deretter helsefagarbeidere. Ved mindre sykehus er det også sykepleier og assistenter som har rapportert flest hendelser.

Det er en viss sammenheng mellom antall rapporterte hendelser per yrkesgruppe. Miljømedarbeidere har mer pasientkontakt enn de andre yrkesgruppene. Leger/psykologer oppholder seg i kortere perioder på sengepostene.

Data fra Synergi viser at risiko for å bli utsatt for vold og trusler er høyest innen psykisk helsevern, akuttmottak og rus. Forhold som kan påvirke risiko er manglende opplæring, hensiktsmessige areal og fysiske rammer, tilgang til rusmidler, tilgang til farlige gjenstander, pasienter med forhøyet voldsrisiko og utilsiktet informasjon om medarbeidere til uvedkommende eller at det er manglende tilgjengelige ressurser der og når den aktuelle hendelsen skjer.

Verdien «*Farlighet*» i kritisk informasjon ble avsluttet 22.2.2022. Dersom det ikke settes sluttdato på registreringen, vil denne være aktiv når pasienten igjen er i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Informasjonen vil også være tilgjengelig for medarbeidere når de åpner Kritisk informasjon for pasienten i DIPS. Registreringer i «Kritisk informasjon» er knyttet til den enkelte pasient og ikke til en enkelt kontakt/ett opphold/eller en del av foretaket.

Per 13.02.23 er det 778 pasienter som det er registrert «*Farlighet*» uten sluttdato. Ved gjennomgang av hva som er registrert er det en del registreringer som tyder på at «*Farlighet*» området i DIPS er benyttet for annet enn det som angår voldsrisiko. For eksempel «*Pasienten skal på grunn av glaukom IKKE behandles med steroider*».

*Det er viktig at helseforetakene sørger for at informasjon er riktig registrert, at informasjon som tilhører andre områder i DIPS blir rettet.*

Ulike rutiner i foretakene kan også påvirke risiko. Når en i stedet for å registrere *Voldsrisiko* i DIPS velger å fylle ut et skjema for deretter å skanne dokumentet inn i DIPS, vil nødvendig og viktig informasjon være langt mindre tilgjengelig. Det som ikke er registrert riktig og i rett felt, blir ikke tilgjengelig informasjon. Riktig informasjon som er tilgjengelig rett sted i DIPS er et viktig forebyggende tiltak.

### 6.2.1. Omfang av vold og trusler

Det er registrert et betydelig omfang hendelser om vold og trusler mot medarbeidere i Synergi. For perioden 01.01.2020 til 31.12.2022 var det registrert 7 118 hendelser totalt i alle foretak, inkludert Haraldsplass Diagonale Sykehus.

Av disse har 5 726 hendelser skjedd i psykisk helsevern og 1 392 i somatikk. Det er registrert 201 hendelser med vold og trusler for avdelinger der oppfølging av pasienter oppstår ved oppsøkende virksomhet og i prehospitaltjenester.

Noen av de mest alvorlige hendelsene har skjedd ved oppsøkende virksomhet.

Det er mulig at det har utviklet seg en form for «stille aksept for å tåle vold og trusler» – uten at det er uttalt. Det underbygges blant annet av at Arbeidstilsynet legger til grunn at helsearbeidere over hele landet underreporterer slike hendelser.


#### [NRK Rogaland 3. januar 2023](#)



Stavanger Aftenblad Meninger Sport Kultur Magasin Søk

## Aldri – aldri! – privatiser vold og trusler om vold!


KRONIKK: Hvorfor melder arbeidstakere ikke fra om vold og trusler på jobben?



«Hvis ansatte ikke har tid eller krefter til å registrere og rapportere alvorlige hendelser på jobb, er det alvorlig», skriver Hanne Line Wærness. Foto: Shutterstock/NTB

Av **Hanne Line Wærness**  
Vernepleier og førstelektor, VID Vitenskapelige høyskole,  
Stavanger

Publisert: 12. januar



- *Vold og trusler i arbeidslivet er ikke et personlig anliggende. Blir du utsatt for vold og trusler på jobb så blir du utsatt som profesjonsutøver og arbeidstaker – ikke som privatperson.*
- *Ansvar for forebygging og tilrettelegging handler om arbeidsmiljø og er arbeidsgivers ansvar – ikke den enkelte ansattes.*
- *Det er ikke en del av jobben å bli utsatt for vold og trusler om vold. Ikke la noen lure deg til å tro det!*

I dette arbeidet er data fra ulike IKT-system og innhenting av rutiner fra foretakene lagt til grunn. Det bør legges til grunn til at det foreligger underrapportering av faktiske hendelser.

Kartleggingen har vist at foretakene har ulike rutiner/prosedyrer, tiltak, opplæring og veiledning for å redusere vold og trusler. Kunnskapen har ført til viktig læring og erfaringsoverføring mellom foretakene, det er et nytt felles kunnskapsgrunnlag som legger godt til rette for etablering av- og gjennomføring av tiltak.

Helse Bergen har utarbeidet prosedyre og verktøy for kartlegging og håndtering av vold og trusler i tråd med Forskrift om utførelse av arbeid § 23 A. Dette kan være til nytte for de øvrige foretakene i regionen.

Omtrent 18 prosent av kvinnelige helsemedarbeidere oppgir at de opplever vold eller trussel om vold et par ganger i måneden eller oftere. Ansatte i hjemmetjenesten kan oppleve vold fra demente eller uklare pasienter. Pasienter i psykiatriske institusjoner kan være paranoide og voldelige i perioder. Ref. sak i [Dagens medisin 22. desember 2022](#). Dette er tall som omfatter hele helse- og omsorgstjenesten, både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Slag og trusler er de hyppigste hendelsestypene i alle foretakene. Hendelsestypen «Annet – vold og trusler om vold mot ansatte» benyttes når det for eksempel har skjedd flere, og gjerne ulike typer av vold og trusler i løpet av en og samme vakt, (kan være samme pasient eller fra flere pasienter i løpet av samme vakt).

### Hendelser fordelt på ukedager og klokkeslett samlet for alle helseforetak inkludert Haraldsplass Diakonale Sykehus

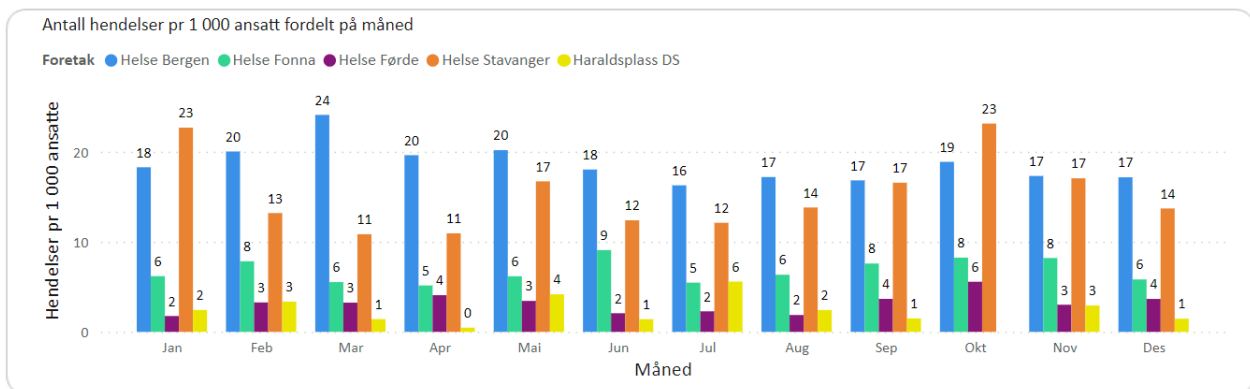
De fleste registrerte hendelser i psykisk helsevern og rus oppstår i tidsrommet kl. 10.00-11.00 og kl. 17.00-18.00.

For somatikk er det om lag like mange registrerte hendelser i tidsrommet kl. 12.00-13.00, 16.00-17.00, 18.00-19.00 og 19.00-20.00 (henholdsvis 64, 65, 66 og 65).

### Hendelser fordelt per 1 000 medarbeidere

Av det totale antallet hendelser over en treårs periode, er det et begrenset antall pasienter som står for flesteparten.

For årene 2020, 2021 og 2022 er det for Helse Bergen rapportert flest hendelser i mars, i Helse Fonna flest hendelser i juni, i Helse Førde er det flest hendelser i oktober, i Helse Stavanger er det flest hendelser i januar og oktober, og i Haraldsplass er det flest hendelsen i juli. Denne kunnskapen bør benyttes i helseforetakene.



### Hensiktsmessige arealer og fysiske rammer tilpasset behandling av pasienter med forhøyet voldsrisiko

Det foreligger ikke retningslinjer eller prosedyrer som kan benyttes ved utforming av fysiske rammer for beskyttelse. Det er heller ikke nasjonale veiledninger for hva man bør ta hensyn til ved utforming av arealer for inneliggende pasienter ved avdelinger med høy voldsrisiko.

Ved å ta i bruk «Finne frem» løsningen som er tatt i bruk i helseforetakene er det mulig å stenge/åpne dører, adkomstveier, heiser mv. automatisk ved akutte hendelser for å beskytte medarbeidere, andre pasienter og pårørende. Det forutsettes at teknologien som er tilgjengelig fullt ut nyttes, at bemanning innen drift bruker system for forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling (FDVU) og «Finne frem» løsningen slik det er tiltenkt.

Kartleggingene viser at risiko for vold og trusler i jobbsituasjonen er særlig høy for psykisk helsevern, somatiske akuttmottak, eldremedisin og rusmedisin. Gjennom samtaler beskrives det også at risikoen er høy i ambulansetjenesten. Sistnevnte har registrert få hendelser i Synergi. Dette kan skyldes at det er etablert en kultur der dette er *"noe en må forvente eller tåle"*, manglende kunnskap om hva som skal meldes, at det er ikke en klar forventning til at alt skal meldes, at det ikke nytter å melde, eller at alvorlige hendelser ikke får konsekvenser etter anmeldelse for å nevne noe.

### **Tilgang til rusmidler som kan utsette medarbeidere, andre pasienter og pårørende for skade**

Helseforetakene har retningslinjer og prosedyrer som beskriver hvordan medarbeidere skal forholde seg til rusmiddelbruk som blir avdekket blant pasienter eller pårørende. Rutinene er tilgjengelig i kvalitetsstyringssystemene. Sjukehusapoteka har i tillegg rutiner for å avgrense tilgang til rusmidler og medikamenter.

### **Tilgang til farlige gjenstander som kan skade medarbeidere og andre pasienter i sykehuset**

Helseforetakene har retningslinjer og prosedyrer som beskriver hvordan medarbeidere skal forholde seg for å avgrense tilgang til farlige gjenstander, herunder funn av farlige gjenstander samt rutiner for kroppsvisitasjon og kontroll av rom/eiendeler. Rutinene er tilgjengelig i kvalitetsstyringssystemene.

### **Pasienter som forårsaker vold og trusler**

Gjennom anonymiserte data fra DIPS og Synergi er det dokumentert at det er et mindre antall pasienter som står for de fleste registrerte vold- og trussel hendelsene.

### **Utsikta opplysninger om medarbeidere**

Helse Vest har satt bruk av sosiale medier og nettvett som tema på samlinger for foretakstillitsvalgte og verneombud ved flere anledninger, over flere år.

Sosiale medier inkluderer Facebook og Twitter, personlige blogger, nettpat og andre personlige informasjonskanaler over Internett, som blir mer og mer brukt som kanaler for trusler. Bruk av sosiale medier er blitt en naturlig del av samfunnet. Sosiale medium er offentlige rom, informasjonen som blir lagt ut på digitale flater, er søkbar. I det øyeblikket informasjonen er publisert, mister den som deler informasjonen kontrollen over det som er publisert. Informasjonen kan være vanskelig å trekke tilbake eller fjerne i ettertid.

Helseforetakene har retningslinjer og rutiner for bruk av sosiale medier og filming av medarbeidere i pasientrelasjon.

Retningslinjene forutsetter at medarbeidere på forhånd godkjenner både fotografering og eventuelt publisering. Det kan i mange situasjoner være vanskelig for medarbeidere å takke nei. Det gjelder også filming. Det er særlig påpekt situasjoner på et skadested der medarbeider ikke får spørsmål om dette. Fødeavdelinger registrerer at fødende har med seg profesjonelle fotografer som skal dokumentere tiden på fødestuen.

Det bør være et grunnleggende prinsipp **at det ikke kan forventes at medarbeidere i sin yrkesutøvelse skal akseptere filming eller bilder** fra sin arbeidssituasjon. Det bør ikke stilles andre forventninger til våre medarbeidere enn det som kan forventes ellers i arbeidslivet. Normalt ansees filming eller at det tas uønskede bilder på en arbeidsplass som både overvåking av arbeidssituasjon og svært inngripende handlinger.

Det er blant annet tilstrekkelig med muntlig samtykke av medarbeider, mens det for pasienter er krav om samtykkeerklæring.

***Det anbefales at det skal foreligge skriftlig samtykke fra medarbeidere.***

Samtykkeerklæring som kan være aktuell bør være utformet i samarbeid med tillitsvalgte og vernetjeneste. Dette kan være et tiltak som kan beskytte medarbeidere mot uønsket fotografering eller filming, at de gis tid til å legge frem samtykkeerklæring foretakene har utarbeidet. Rutiner bør bli endret i tråd med dette.

Dette vil gi medarbeidere tid og anledning til refleksjon og mulighet for å takke nei i tråd med rutiner. Dagens rutiner er tilgjengelig i kvalitetssystemet eller e-Håndbok.

Psykisk helsevern i Helse Stavanger melder at trusler og negativt press mot medarbeidere i økende grad oppstår på sosiale medier.

Det har vært diskutert om medarbeidere i ambulansetjenesten skal identifisere seg med fullt navn eller ansattnummer. Tanken bak å begrense til ansattnummer er at eksponeringen av den enkelte medarbeider reduseres for å unngå eventuelle hevnaksjoner eller publisering i media i akutte situasjoner med mange involverte, både skadde og tilskuere. Det må på den annen side føre til at medarbeidere i prehospitale tjenester er tilsvarende tilbakeholden med eksponering av seg selv. Det er svært mye som publiseres med gode hensikter der en identifiseres i arbeidstøy, stasjon, navn og bilder mm på sosiale medier.

[Helsedirektoratet har nasjonale faglige råd for bruk av sosiale medier.](#)

**Oppfølging av medarbeidere som har vært utsatt for vold og trusler**

Foretakene har retningslinjer og prosedyrer for oppfølging av medarbeidere som har vært utsatt for vold og trusler. Det kan være samtaler med Bedriftshelsetjenesten og psykolog. Rutinene er en del av kvalitetssystemet eller e-Håndbok.

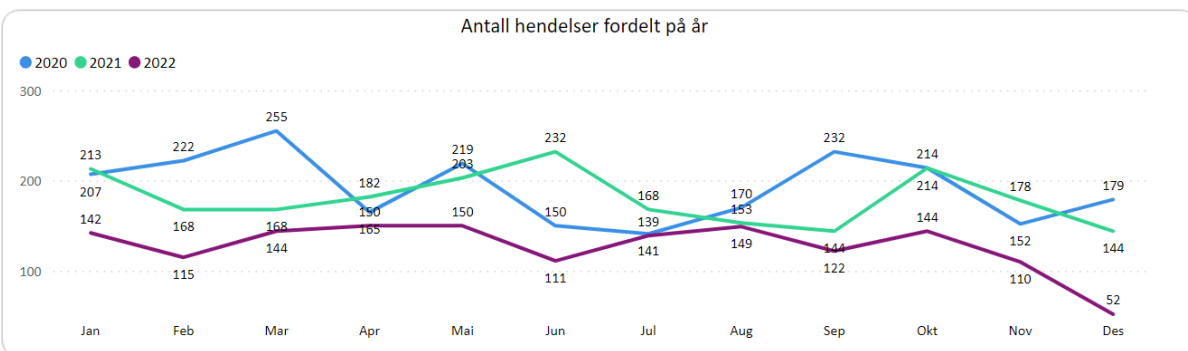
Det er viktig at ledere, medarbeidere, tillitsvalgte og verneombud er kjent med tiltak for å forebygge vold og trusler. God samhandling og medvirkning støtter vi opp om Hovedavtalens intensjon, og [Arbeidsmiljøloven §4-1s](#) ufravikelige krav:

*«Arbeidsmiljøet i virksomheten skal være fullt forsvarlig ut fra en enkeltvis og samlet vurdering av faktorer i arbeidsmiljøet som kan innvirke på arbeidstakernes fysiske og psykiske helse og velferd. Standarden for sikkerhet, helse og arbeidsmiljø skal til enhver tid utvikles og forbedres i samsvar med utviklingen i samfunnet».*

Engasjerte ledere og medarbeidere kan bygge en felles kultur og holdninger. Målet er at medarbeidere ikke skal utsettes for vold eller trusler. Det aksepteres ikke.

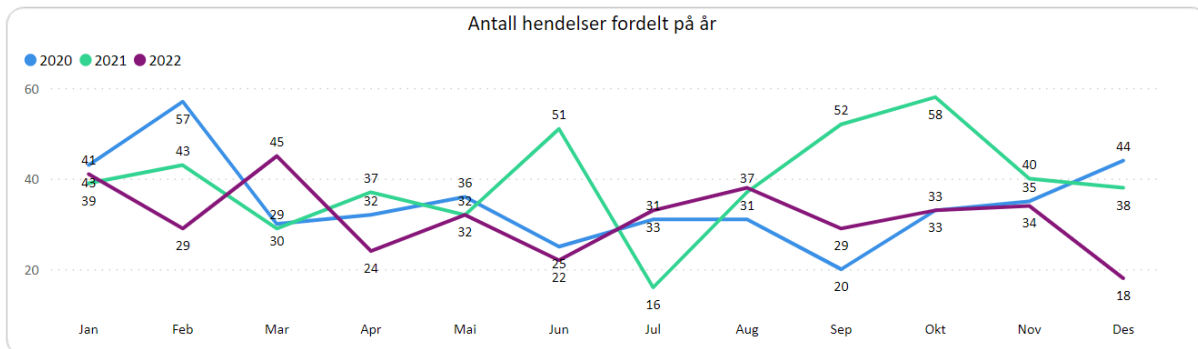
Det anbefales at temaet vold og trusler er fast tema i møter i alle avdelinger og på alle nivå. Oppmerksomhet og tilslutning til holdninger og kultur må bygges over tid, sammen med kampanjer og informasjon/oppslag/plakater synlig for medarbeidere/pasienter og pårørende.

### Antall registrerte hendelser vold og trusler – psyksik helsevern og rus i Synergi



Figur 1

### Antall registrerte hendelser vold og trusler – somatikk i Synergi



Figur 2



### 6.3. Alvorlighetsgrad

De fleste registrerte hendelser med vold og trusler er kategorisert med lav alvorlighetsgrad i Synergi.

#### Definisjoner på alvorlighetsgrad – Ansattskader i Synergi

##### Død (uopprettelig)

##### Svært alvorlig

Samme beskrivelse som alvorlig, men med lengre tids fravær og/eller varig men.

##### Alvorlig

Skader som har ført til fravær utover skadedagen og/eller behov for medisinsk behandling i form av f. eks kirurgi, tannreparasjon, syng av sår, rensing av øye med bruk av instrumenter, stikkskader med behov for behandling osv., samt oppfølging etter traumatiske hendelser/vold og trusler utført av helsepersonell (f.eks. BHT/psykolog).

##### Mindre alvorlig

Skader uten fravær, førstehjelpsskader som medarbeider/arbeidsplassen selv kan håndtere, f.eks. sårbehandling (plastring, fjerning av flis, osv.), stikkskader uten behov for behandling, traumatiske hendelser/vold og trusler som leder selv følger opp, samt kontakt med medisinsk personell for vurdering, f.eks. i form av røntgen/ og enklere sårbehandling.

##### Ubetydelig/ingen

Skader uten behov for oppfølging

### 6.3.1. Vold og trusler fordelt på ukedager og alvorlighetsgrad

Tilbake til rapport		ANTALL VOLD OG TRUSSEL HENDELSER FORDELT PÅ UKEDAGER OG ALVORLIGHETSGRAD														
Foretak		Helse Bergen			Helse Fonna			Helse Førde			Helse Stavanger			Haraldsplass DS		Total
Ukedag		PHV og Rus	Somatikk	Totalt	PHV og Rus	Somatikk	Totalt	PHV og Rus	Somatikk	Totalt	PHV og Rus	Somatikk	Totalt	Somatikk	Totalt	t
<input type="checkbox"/> Mandag		596	91	687	51	11	62	14	5	19	250	43	293	5	5	1 066
1 Ubetydelig/Ingen		248	54	302	38	5	43	4	1	5	68	15	83	3	3	436
2 Mindre alvorlig		269	39	308	15	4	19	10	2	12	131	12	143	2	2	484
3 Alvorlig		81	6	87	1		1	1	3	4	44	11	55			147
4 Svært alvorlig		3	1	4		2	2		2	2	3		3			11
--ikke valgt--											1		1			1
<input type="checkbox"/> Tirsdag		607	85	692	70	10	80	20	1	21	226	39	265	12	12	1 070
1 Ubetydelig/Ingen		275	51	326	49	2	51	6		6	71	19	90	6	6	479
2 Mindre alvorlig		264	32	296	17	4	21	11		11	127	19	146	6	6	480
3 Alvorlig		66	10	76	2	3	5	4	1	5	22	5	27	1	1	114
4 Svært alvorlig		4		4							4	1	5			9
<input type="checkbox"/> Onsdag		562	106	668	65	12	77	27	6	33	254	46	300	10	10	1 088
1 Ubetydelig/Ingen		246	67	313	50	5	55	8	3	11	83	8	91	6	6	476
2 Mindre alvorlig		262	47	309	13	6	19	15	1	16	139	26	165	3	3	512
3 Alvorlig		55	8	63	1	2	3	4	2	6	36	12	48	1	1	121
4 Svært alvorlig		2		2	2		2									4
<input type="checkbox"/> Torsdag		493	96	589	57	12	69	29	4	33	246	48	294	7	7	992
1 Ubetydelig/Ingen		212	47	259	30	4	34	14	4	18	58	8	66	2	2	379
2 Mindre alvorlig		219	44	263	25	4	29	13	3	16	144	29	173	4	4	485
3 Alvorlig		58	9	67	2	4	6	3		3	37	10	47	1	1	124
4 Svært alvorlig		5		5		1	1				5	1	6			12
--ikke valgt--												1	1			1
<input type="checkbox"/> Fredag		517	84	601	71	19	90	22	2	24	220	43	263	9	9	987
1 Ubetydelig/Ingen		209	48	257	50	9	59	7	2	9	71	9	80	4	4	409
2 Mindre alvorlig		235	36	271	20	9	29	11		11	110	16	126	3	3	440
3 Alvorlig		71	7	78	1	1	2	2		2	34	16	50			132
4 Svært alvorlig		3		3		3	3	2	2	2	4	1	5			13
<input type="checkbox"/> Lørdag		536	79	615	58	11	69	21	3	24	253	77	330	5	5	1 043
1 Ubetydelig/Ingen		229	46	275	44	4	48	6	2	8	73	18	91	3	3	425
2 Mindre alvorlig		246	30	276	14	5	19	13	1	14	136	34	170	2	2	481
3 Alvorlig		57	4	61	1	1	2	2		2	40	21	61			126
4 Svært alvorlig		6	1	7		1	1				4	3	7			15
<input type="checkbox"/> Søndag		521	87	608	55	9	64	18	1	19	232	51	283	7	7	981
1 Ubetydelig/Ingen		211	46	257	41	1	42	4	1	5	58	17	75	2	2	381
2 Mindre alvorlig		234	39	273	12	6	18	13		13	133	24	157	3	3	464
3 Alvorlig		74	9	83	2	2	4	2		2	36	7	43	1	1	133
4 Svært alvorlig		5		5	1		1				5	2	7			13
<b>Totalt</b>		<b>3 832</b>	<b>628</b>	<b>4 460</b>	<b>427</b>	<b>84</b>	<b>511</b>	<b>151</b>	<b>22</b>	<b>173</b>	<b>1 681</b>	<b>347</b>	<b>2 028</b>	<b>55</b>	<b>55</b>	<b>7 227</b>

Figur 3 Antall vold og trusler fordelt på ukedag og alvorlighetsgrad. Tidsperiode 01.01.2020 til 31.12.22, kilde Synergi

Analyser av rapporterte hendelser synliggjør at de fleste mindre alvorlige hendelsene oppstår onsdager, se tabell ovenfor. Når det gjelder alvorlig hendelser så skiller mandager seg ut, og når det gjelder svært alvorlige hendelser så skiller lørdager seg ut, se tabell nedenfor.

Alvorlighetsgrad	mandag	tirsdag	onsdag	torsdag	fredag	lørdag	søndag	Totalt
<b>Antall alvorlig</b>	147	114	121	124	132	126	133	897
<b>Antall svært alvorlig</b>	11	9	4	12	13	15	13	77
<b>Andel alvorlig</b>	16,4 %	12,7 %	13,5 %	13,8 %	14,7 %	14,0 %	14,8 %	100 %
<b>Andel svært alvorlig</b>	14,3 %	11,7 %	5,2 %	15,6 %	16,9 %	19,5 %	16,9 %	100 %

### 6.3.2. Vold- og trussel frekvens

Felles interregionale HMS-indikatorer benyttes for å følge trender og utvikling. Det skal gi grunnlag for felles kunnskapsgrunnlag for læring og forbedringsarbeid. Frekvens for vold og trusler, (hyppigheten av hendelser), defineres som antall hendelser pr. 1 000 netto månedsverk.

Et skadeforebyggende tiltak er at foretakene har særlig oppmerksomhet på frekvens for vold og trusler som ledd i arbeidet med kontinuerlig forbedring. Rapport som er utviklet og nå blir tilgjengelig for alle ledere og medarbeidere skal gi hver enkelt avdeling anledning til oppdatert kunnskapsgrunnlag som bør benyttes. Det vil også være et viktig grunnlag for risikovurdering, hva som kjennetegner deres avdeling osv.

#### **Vold og trussel frekvens:**

*Informasjon om risiko for vold og trusler av pasienter med forhøyet voldsrisiko i foretakene.*

Helseforetakene har rutiner for å registrere *kritisk informasjon/ voldsrisiko* i DIPS for pasienter som utgjør risiko for vold og trusler. Rutinene er tilgjengelig for ledere og medarbeiderne i kvalitetsstyringssystemene. I gjennomgangen avdekkes det at kunnskapen om krav/forventninger til registrering er mangelfull.

Foretakene har ulike praksis og bruk av registrering i feltet «voldsrisiko» i DIPS. Dette påvirker kvaliteten i tallgrunnlaget, se tabellene 2, 3 og 4. Det mest alvorlige er at nødvendig informasjon ikke er tilgjengelig når det er behov for informasjonen, raskt og alltid oppdatert og fra rett felt i DIPS.

Det er også avdekket manuell utfylling av skjema i stedet for å registrere riktig i DIPS, registrering i andre system som blant annet i Excel ark. Det siste ivaretar heller ikke krav til personvern. Bruk av annet enn DIPS må avvikes og informasjon som er lagret i Excel ark må slettes. Denne informasjonen skal bare registreres i pasientadministrative system. Det er også avdekket at registrering av «Kritisk informasjon – voldsrisiko» i DIPS, i varierende grad benyttes slik det er forutsatt. Det gjør det vanskelig å ha rask tilgang til opplysningene når det er behov for det, som forebyggende informasjon.

I 2022 ble feltet «Kritisk informasjon» «farlighet» i DIPS endret til «voldsrisiko». Endringen skulle bidra til at feltet for «voldsrisiko» ikke inneholder annen kritisk informasjon enn voldsrisiko. Enkelte av foretakene registrerer fremdeles voldssaker i «Farlighet» i henhold til tidligere prosedyrer i kvalitetssystemet. Det tyder på at foretakene ikke har redigert gjeldende rutiner i tråd med endringene som ble gjort i DIPS.

Dersom det ikke settes sluttdato på registrert risiko for den enkelte pasient, vil registrert informasjon være aktiv når pasienten har ny kontakt med spesialisthelsetjenesten. Den vil vises for medarbeidere når de åpner «Kritisk informasjon» på pasienten i DIPS. Per februar 2023 er det registrert «farlighet» for 778 pasienter uten sluttdato. Registreringer i «Kritisk informasjon» er knyttet til person og ikke til kontakt/opphold/virksomhet. Det betyr at informasjonen er tilgjengelig så lenge registreringen ikke er avsluttet med sluttdato.

Beskrivelsene av hva som er registrert viser at koden er benyttet til/forstått å brukes for helt annen informasjon enn den som er relevant i forhold til voldsrisiko. For eksempel er det registrert at «Pasienten skal på grunn av glaukom IKKE behandles med steroider». Årsaken til at feltet ble endret fra «Farlighet» til «voldsrisiko» i DIPS var å sikre at medarbeidere har rett informasjon og kan være opplyst så raskt som mulig i møte med pasient. Registreringer som ikke var knyttet til voldsrisiko ble flyttet til rett område i DIPS.

I tallgrunlaget for perioden 2017 - 2022, inkludert de private ideelle, og Haugaland- og Rogaland A-senter, var det registrert totalt 394 pasienter med «kritisk informasjon-voldsrisiko». Disse 394 pasientene stod for totalt 7 014 pasientkonsultasjoner. Antall pasienter er angitt per år og samme pasient kan være representert i tallene hvert av årene, det vil si over flere år. Ved bruk av NPR-Id er det identifisert 88 unike pasienter. Av personvern hensyn er det ikke anledning til å fordele de 88 pasientene per foretak.

For å forebygge vold og trusler, må informasjon om voldsrisiko være tilgjengelig for medarbeidere med tjenlig behov, uavhengig av hvor pasientkontakten inntreffer. Hensikten med riktig registrering i DIPS er å gi medarbeidere mulighet til å forberede seg/forebygge og sikre tilstrekkelig oppmerksomhet så tidlig som mulig, dersom det er aktuelt.

Tabellene nedenfor viser kun tall for Helse Fonna HF, Helse Førde HF, Helse Bergen HF, Helse Stavanger HF og Haraldsplass Diakonale Sykehus. Tallene må brukes med et visst forbehold, da det er usikkerhet rundt registreringen <sup>2</sup>.

### Antall pasienter registrert med «Kritisk informasjon» innenfor voldsrisiko

Antall pasienter per år						
	2018	2019	2020	2021	2022	Totalt
Helse Bergen HF	28	31	35	24	50	168
Haraldsplass Diakonale Sykehu	2	2			5	9
Helse Førde HF	1		1	1	1	4
Helse Fonna HF	12	8	8	8	11	47
Helse Stavanger HF	8	11	11	20	19	69
<b>Totalt</b>	<b>51</b>	<b>52</b>	<b>55</b>	<b>53</b>	<b>86</b>	<b>297</b>

Tabellen nedenfor viser antall pasientkontakter de samme 297 pasientene hadde i perioden 2018 - 2022. Disse pasientene representerer svært mange pasientkontakter. Jo hyppigere kontakten er jo høyere kan risikoen for utløst vold og trusler være, eller motsatt, at behandling og utredning over tid reduserer risikoen.

<sup>2</sup> Pasientforløp som er registrert i psykisk helsevern, avsluttet i psykisk helsevern og deretter registrert ved annen enhet, kan føre til dobbel telling, selv om det har vært lang tid mellom registreringene. Dersom foretakene registrerer informasjon om varighet på «voldsrisiko» ved å benytte feltene registrert tidspunkt og avsluttet tidspunkt, gir dette mer korrekt informasjon.

## Antall pasientkontakter gjennomført der det har vært pasienter registrert med «Kritisk informasjon» - voldsrisiko

Antall pasientkontakter	2018	2019	2020	2021	2022	Totalt
Helse Bergen HF	630	413	360	193	1 314	2 910
Haraldsplass Diakonale Sykehu.	2	2			8	12
Helse Førde HF	2		1	14	5	22
Helse Fonna HF	145	108	89	329	201	872
Helse Stavanger HF	59	207	614	677	715	2 272
<b>Totalt</b>	<b>838</b>	<b>730</b>	<b>1 064</b>	<b>1 213</b>	<b>2 243</b>	<b>6 088</b>

Variasjon i bruken av disse forhåndsdefinerte dokumentene vises i tabellen nedenfor. Tabellen inneholder dokumenter som inneholder ordet «vold» og finnes i journalgruppe «Voldsrisiko», som er godkjent av behandler. Dokumentmalene er tatt inn i *kapittel 8 vedlegg*.

## Antall forhåndsdefinerte dokumenttyper i journalgruppe Voldsrisiko, per 3. november 2022

Antall forhåndsdefinerte dokumenter i journalgruppen Voldsrisiko	2018	2019	2020	2021	2022	Totalsum
<b>☐ Helse Bergen HF</b>		<b>53</b>	<b>110</b>	<b>172</b>	<b>128</b>	<b>463</b>
Intervju om vold (sk)			1			1
Journalnotat BU			1			1
Notat			1			1
Overflyttingsnotat PS					1	1
Telefonnotat			1			1
Voldsrisiko HCR-20		17	35	34	23	109
Voldsrisiko V-RISK-10		20	49	111	74	254
Voldsriskonotat		16	22	27	30	95
<b>☐ Helse Førde HF</b>		<b>8</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>46</b>
Voldsrisiko HCR-20		7	10	3	9	29
Voldsrisiko V-RISK-10		1	5	4	1	11
Voldsriskonotat				2	4	6
<b>☐ Helse Fonna HF</b>		<b>53</b>	<b>270</b>	<b>379</b>	<b>297</b>	<b>999</b>
Voldsrisiko HCR-20		8	17	14	13	52
Voldsrisiko V-RISK-10		21	24	64	80	189
Voldsriskonotat		24	229	301	204	758
<b>☐ Helse Stavanger HF</b>	<b>2</b>	<b>2 495</b>	<b>2 950</b>	<b>2 716</b>	<b>2 568</b>	<b>10 731</b>
Andre rapporter					1	1
Notat PS					1	1
Poliklinisk notat				1		1
Psykisk helse vurdering (elektronisk) HST				1		1
Voldsrisiko HCR-20		27	26	37	36	126
Voldsrisiko Savry		2	1		1	4
Voldsrisiko V-RISK-10		1 846	2 185	2 017	1 872	7 920
Voldsriskonotat	2	620	738	660	657	2 677
<b>Totalsum</b>	<b>2</b>	<b>2 609</b>	<b>3 345</b>	<b>3 276</b>	<b>3 007</b>	<b>12 239</b>

Helse Stavanger bruker dokumentet «Voldsrisiko V-RISK-10 vesentlig mer enn de andre foretakene. Årsaken er:

*«Etter en granskning i 2018, innførte Klinikk psykisk helsevern voksne kartlegging med VRISK-10 ved psykiatrisk akuttmottak. Ved innkomst gjennomfører sykepleier en screening ved bruk av VRISK-10, og der utfallet er moderat/høy, utføres en journalgjennomgang hvor episoder med voldsrisiko identifiseres, dateres og sammenfattes i et eget voldsrisikonotat. Også andre sengeposter bruker VRISK-10, men rapportutdraget henviser i all hovedsak til innført praksis ved akuttmottaket. I rapportutdraget er frekvensen av voldsrisikonotat lavere enn VRISK-10. Dette har sammenheng med at cut-off for opprettelse er satt til moderat/høy.»*

Det er ulike rutiner for hvordan informasjonen "voldsrisiko" i DIPS skal benyttes i foretakene. Alle foretakene registrerer voldsrisiko enten i DIPS eller i Imatis, men i ulikt omfang. Det er viktigst å registrere informasjon i DIPS. Registrering i Imatis gjøres når det er aktuelt, men er ikke informasjon som deles eller beholdes utover det aktuelle oppholdet. Det er ikke integrasjon for dette mellom DIPS og Imatis.

Helse Stavanger, Helse Fonna, Helse Førde, Helse Bergen, og Haraldsplass Diakonale Sykehus registrerer informasjonen i DIPS. I Helse Stavanger er registreringen tilgjengelig for medarbeidere i psykiatri og somatikk gjennom felles journalgruppe i DIPS kalt «FE-voldsrisiko». Haraldsplass Diakonale Sykehus registrere i tillegg informasjonen i Imatis.

I Helse Stavanger bruker helsepersonell med tjenlig behov dokumenttypene *Voldsrisikonotat* (fritekstdokument) og *Voldsrisikosjekkliste (V-Risk 10)*. Begge dokumenttyper er unntatt visning på Helsenorge.no. Andre dokument som brukes i kartlegging er *Structured Assesment of Violence Risk in Youth (Savry)*, *Brøset Violence Checklist (BVC)*, *Triageskjema*, *Historical, Clinical and Risk Management (HCR-20)*.

Helse Fonna bruker dokumentene *Structured Assesment of Violence Risk in Youth (Savry)*, *Brøset Violence Checklist (BVC)*, *Triageskjema*, *START AV*, *Historical, Clinical and Risk Management (HCR-20)*, *Voldsrisikosjekkliste (V-RISK-10)* og *Structured Assessment of Protective Factors for violence risk (SAPROF)* for kartlegging.

Helse Førde bruker dokumentene *Historical, Clinical and Risk Management (HCR-20)*, *Voldsrisikosjekkliste (V-RISK-10)* og *Voldsrisikonotat*.

Helse Bergen gjennomfører voldsrisikoscreening av alle pasienter i Psykiatrisk akuttmottak. Denne dokumenteres i pasientens innkomstjournal på under "Voldsrisiko". Dersom initiell voldsrisikoscreening er positiv, gjøres innledende kartlegging (V-Risk 10). Andre dokumenter som brukes er *Structured Assesment of Violence Risk in Youth (Savry)*, *Brøset Violence Checklist (BVC)*, *Historical, Clinical and Risk Management (HCR-20)*.

I tillegg blir *Staff Observation Agression Scale-skjema (SOAS)* registrert i Excel arbeidsbok, men i lite omfang. I Helse Stavanger blir dette bare brukt i avdeling for sikkerhetspsykiatri, i Helse Bergen er det klinikk for sikkerhetspsykiatri som bruker dette, i Helse Fonna brukes *Staff Observation Agression Scale-skjema* i noen grad på Valen sjukehus og i Helse Førde

brukes det på Sikkerhetsposten. Ingen pasientopplysninger registreres. Pasientene skilles ved hjelp av nummer. Nummer er ikke koblet til navn i SOAS-arket.

Kriseplaner kan inngå i dokumenter eller ved å bruke feltet «*kriseplan*» i DIPS. Kriseplaner skal etableres sammen med pasient, og skal være tilgjengelig for helsepersonell som har kontakt med pasienten. Pasienter kan ha kontakt med mange ulike enheter i helseforetakene. Kriseplanene kan inneholde viktig informasjon som kan bidra til tiltak som reduserer voldsrisiko og må være tilgjengelig på tvers av sektorområdene. Kriseplaner bør inneholde informasjon om pasientens behov og utfordringer, for at helsepersonell kan møte pasienten på best mulig måte. Foretakene bør følge opp at de pasientene som skal ha kriseplan faktisk har fått kriseplan. De ulike dokumenttypene er vedlagt prosjektrapporten.

Sjukehusapoteka Vest registrerer voldshendelser i Synergi.

### Kriseplaner i DIPS

Antall kriseplaner						
	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Helse Bergen	1 679	1 468	1 854	2 405	2 507	9 913
Helse Førde	136	132	252	175	156	851
Helse Fonna	738	919	772	870	881	4 180
Helse Stavanger	1 301	1 419	1 552	1 562	1 354	7 188
<b>Total</b>	<b>3 854</b>	<b>3 938</b>	<b>4 430</b>	<b>5 012</b>	<b>4 898</b>	<b>22 132</b>

### Registreringer av "kontakt personalet - farlighet" i Imatis

Informasjonen i Imatis er begrenset til «*kontakt personalet - farlighet*». Eksisterende integrasjon mellom DIPS og Imatis omfatter ikke kritisk informasjon om voldsrisiko. Det betyr at informasjon som er registrert i DIPS eventuelt også må registreres i Imatis. Dette er informasjon som bør være tilgjengelig for andre medarbeidere som har pasient nær kontakt, for eksempel portører, renholdere, bioingeniører, fysioterapeuter for å nevne noen. Varsel til disse gruppene bør være at «*avklar dine oppgaver med avdelingen*».

Helse Førde, Helse Stavanger, Helse Fonna, og Haraldsplass Diakonale Sykehus har lagt til rette for å registrere «*kontakt personalet - farlighet*» i Imatis. Helse Bergen er tidlig i prosessen med å ta i bruk IMATIS løsningen for sengeposter. Så langt er det bare gynekologisk sengepost som har tatt løsningen i bruk. For fødepostene vises ikke informasjon om pasient hvor opplysningen «*kontakt personalet - farlighet*» vises. Voss sjukehus planlegger å benytte regional standard ved å registrere dette i Imatis, når de tar løsningen i bruk.

Det er gjort en tilfeldig verifisering for å bekrefte om alle som har tatt i bruk Imatis benytter muligheten til å registrere «*kontakt personalet - farlighet*». Foreløpig er det kun Haraldsplass Diakonale Sykehus som har kunnet bekreftet dette.

#### 6.4. Tilgjengelig informasjon om voldsrisiko for ambulansetjenesten og AMK

##### **Ambulanse:**

Ambulansetjenesten benytter ikke DIPS. De har derfor ikke tilgang til informasjon om voldsrisiko. Prosjektet anbefaler at informasjon om voldsrisiko bør være tilgjengelig for ambulanspersonell i deres IKT løsning. Hvordan dette skal løses må avklares nærmere.

Helseforetakene registrer spesialinfo i Akuttmedisinsk informasjonssystem (AMIS) for pasienter ved kjent voldshistorikk. Informasjon er tilgjengelig for ambulanspersonell.

Ambulansetjenesten benytter *Brøset Violence Checklist* i møte med pasient. *Brøset Violence Checklist (BVC)* er en 6-punkts sjekklister som skal bidra til at helsepersonell på en strukturert måte kan forutsi voldelig atferd i et kortsiktig perspektiv, og gjennom dette forhindre og forebygge uønsket og farlig atferd.

##### **Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK)**

AMK sentralene har i varierende grad tilgang til DIPS. De benytter Akuttmedisinsk informasjonssystem; AMIS.

I tillegg har de tilgang til pasientens kjernejournal; Denne sjekkes ved behov, men ikke som standard prosedyre.

Verken kjernejournal eller AMIS kan hente informasjon fra DIPS om for eksempel voldsrisiko. AMIS og kjernejournalen utveksler informasjon mellom systemene.

Kjernejournalen har et felt for kritisk informasjon.

AMIS har også et felt for pasientopplysninger, med en varseltrekant, som kun lege eller leder i AMK kan knytte informasjon til.

Helseforetakene opplyser at ambulanspersonell får beskjed om voldshistorikk dersom det er tidligere kjent voldshistorikk. Det er basert på kunnskap hos medarbeidere i AMK sentralene. I noen tilfeller blir det opplyst over ambulansetjenestens telefon.

Prosjektet anbefaler at helseforetakene sørger for nødvendig informasjonsdeling om voldsrisiko for ambulansetjenesten og AMK.

AMK-sentralene og ambulansetjenesten har følgende rutiner/prosedyrer:

- Administrative prosedyrer - spesial info i AMIS # 3860
- Beredskapsplan store hendelser PLIVO (Pågående Livstruende Vold) # 3915
- Prosedyrer/ rutiner for Ambulanse er tilgjengelig i Tiltaksbok Ambulanse
- Generelt om egensikkerhet # 3729
- Oppdrag med økt risiko # 1052
- PLIVO, pågående vold # 8806
- Skarpe oppdrag # 8805



Tall for 2021 er vurdert for Helse Stavanger. Det er en økning i antall tvangsinnleggelses i april og november. Disse månedene skiller seg likevel ikke ut med høyere antall registrerte tilfeller av vold og trusler. Det er et høyere antall registrerte hendelser med vold og trusler i januar, juni, august og oktober 2021. I 2022 er antall tvangsinnleggelses relativt stabil med noe høyere antall i mars og juli. Mens antall registrerte hendelser med vold og trussel er høyest i mai og oktober.

## 7. KONKLUSJON OG ANBEFALING

Prosjektet har identifisert tiltaksområder som kan bidra til å redusere vold og trusler mot medarbeidere:

- felles holdninger; vi aksepterer ikke at medarbeidere utsettes for vold og trusler
- regulatoriske bestemmelser må endres slik at det er tilstrekkelig handlingsrom og vern, og like muligheter uavhengig av somatikk og psykiatri for medarbeidere til for eksempel å frata pasienter farlige gjenstander, gå gjennom bagasje mv
- vold og trusler som fast tema i avdelingsmøter – bygge felles kultur
- lik metodikk for risikovurdering av vold og trusler, og lik registrering og dokumentasjon i DIPS. Risikovurderinger skal foretas etter forskrift om utførelse av arbeid, §23A
- voldshendelser politianmeldes og følges opp
- sørge for at rutiner, melding av vold og trusler i Synergi og registrering av kritisk informasjon i DIPS er lett tilgjengelig og godt kjent
- holdningskampanjer synlig i helseforetakene, eksternt; i sosiale medier, tidsskrifter og aviser
- standardisering av opplæring, veiledning og øvelser
- foretakene bør etablere et system for å sikre rett dimensjonering og sammensetning av personell ved plutselig endring i driftssituasjonen med hensyn til voldsrisiko (en form for plan for høy aktivitet/høy risiko for vold)
- samarbeidsavtaler og dialog med politiet. I tillegg skape felles holdning sammen med politiet slik at de følger opp anmeldelser på samme måte som når polititjenestemenn utsettes for vold og trusler
- gjennomføre kartlegging, trening av risikovurdering av forhold ved arbeidssituasjonen, vurdere tiltak som kan benyttes når det er nødvendig, særlig for avdelinger med høy risiko for vold og trusler
- gi tilstrekkelig veiledning og eventuelt opplæring til andre medarbeidere enn de som tilhører avdelingen, (renholdere og portører mfl.), etablere rutiner om å ta kontakt med avdelingen ved risiko, (informasjon via Imatis)

- tiltak som kan gi ledere trygghet for å kunne ivareta medarbeiderne etter alvorlige hendelser
- etablere regionalt nettverk for videre læring og systematisk utvikling over tid, med ulike dele erfaringer på tvers av foretakene



Kampanje eksternt kan bidra til å synliggjøre at mange medarbeidere opplever vold og trusler, samt hvilke utfordringer som er knyttet til motsetninger i lovverk på dette området. For eksempel ikke lov å skjerme, ikke lov å gjennomgå medbrakt bagasje/ta beslag i farlige gjenstander, ikke lov å bruke beskyttelse mot spytting, ikke lov å bruke narkotikahund. Dette begrenser arbeidsgivers mulighet til å forebygge hendelser og beskytte medarbeiderne. Det kan ikke være slik at arbeidsgiver enten må velge å bryte lovverket for å ivareta medarbeiderne eller risikere skade på medarbeiderne. Systematisk kartlegging og risikovurderinger av forhold ved arbeidssituasjonen som kan medføre at medarbeidere blir utsatt for vold og trussel om vold vil være viktige kunnskapsgrunnlag som kan bidra til rask endring av regulatoriske bestemmelser.

Det anbefales at helseforetakene gir tilslutning til tiltakene som kommer frem i rapporten, iverksetter de prosesser som må til for å gjennomføre de foreslåtte tiltakene. Foretakene må i samarbeid standardisere retningslinjer, prosesser og prosedyrer. Læring på tvers er et av satsningsområdene i Helse Vest, og dette samarbeidet kan føre til god erfaringsutveksling og læring på dette området. Helseforetakene har mer ressurser og kapasitet å spille på dersom alle bidrar sammen og på vegne av hverandre.

Foretakene bør etablere konkrete planer som tydelig legger til grunn at det er nulltoleranse for vold og trusler mot medarbeidere. Medarbeidere skal ha en trygg arbeidshverdag. Tiltakene kan også bidra til å sikre god faglig kapasitet, pasientsikkerhet og kvalitet i

behandlingen. Et trygt og forutsigbart arbeidsmiljø tiltrekker seg dyktige medarbeidere, det bidrar til å beholde og utvikle medarbeidere.

### 7.1. Effekt av tiltakene

Dersom helseforetakene gjennomfører målrettede, kjente og tydelige tiltak, utnytter faglig kapasitet på området, samarbeider om utvikling og standardisering av retningslinjer og prosedyrer, kan det gi viktige bidrag for å redusere vold og trusler mot medarbeidere. *Ingen har kapasitet til alt, men alle har kapasitet til å bidra noe i et felles arbeid.*

Det er ulik organisering i helseforetakene. Tiltakene som foreslås kan ha ulik effekt i foretakene, og tiltak som har stor betydning i et foretak kan ha mindre betydning i et annet.



# 8. VEDLEGG

## 8.1. Forhåndsdefinerte risikodokumenter i DIPS (maler)

<p><b>[hENDELSEDATO] [dOK-BETEGNELSE]</b>          [Avd.noAVN] v/[Forf.tITTEL] [Forf.noAVN]</p> <p style="text-align: center;"><b>Breiset Violence Checklist (BVC)</b></p> <p>BVC er et korttids predikasjonsverktøy som kan hjelpe å identifisere fare for voldelige handlinger i løpet av det nærmeste døgnet (her-og-nå). Verktøyet skal ikke brukes til å avklare om pasienten bør gjennomgå en fullstendig voldsrisikovurdering. Hvis pasient scorer 2 poeng bør pasienten observeres nøye. Ved score &gt; 3 poeng bør det iverksettes risikoreducerende tiltak i behandlingsplan.</p> <p><b>Scoringprosedyre (I de seks rubrikkene for hver vakt skal det gis en score på 1 eller 0):</b>          Fravær av symptom/atferd = 0 poeng.          Atferden er observert = 1 poeng.          Maksimal totalscore er 6 poeng.</p> <p style="text-align: center;"><b>Endringscore:</b></p> <p>Kjenner du pasienten godt fra flere tidligere innleggelses gir du score 1 poeng <b>kun</b> hvis atferden du fra før er kjent med forsterker seg fra det vanlige. Hvis en pasient du kjenner godt og som til vanlig kommer med verbale trusler som egentlig ingen av dere tar alvorlig fordi det er en del av pasientens normalatferd, så gir du score 0 poeng i rubrikken for nevnte type atferd. Hvis denne vanlige atferden forsterker seg eller blir verre enn kjent fra før, scorer du med verdien 1 poeng.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">DAG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Poeng</td> <td style="text-align: center;">0/1</td> </tr> <tr> <td>Forvirret</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Irritabel</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Støyende atferd</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Verbale trusler</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fysiske trusler</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Slag, spark, etc. mot gjenstander</td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>Totalscore</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Signatur:</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">KVELD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Poeng</td> <td style="text-align: center;">0/1</td> </tr> <tr> <td>Forvirret</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Irritabel</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Støyende atferd</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Verbale trusler</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fysiske trusler</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Slag, spark, etc. mot gjenstander</td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>Totalscore</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Signatur:</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">NATT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Poeng</td> <td style="text-align: center;">0/1</td> </tr> <tr> <td>Forvirret</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Irritabel</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	DAG		Poeng	0/1	Forvirret		Irritabel		Støyende atferd		Verbale trusler		Fysiske trusler		Slag, spark, etc. mot gjenstander		<b>Totalscore</b>		Signatur:		KVELD		Poeng	0/1	Forvirret		Irritabel		Støyende atferd		Verbale trusler		Fysiske trusler		Slag, spark, etc. mot gjenstander		<b>Totalscore</b>		Signatur:		NATT		Poeng	0/1	Forvirret		Irritabel		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Støyende atferd</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Verbale trusler</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fysiske trusler</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Slag, spark, etc. mot gjenstander</td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>Totalscore</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Signatur:</td> <td></td> </tr> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">Første gang dokumentet opprettes (eks. dagvakt) skal en fylle ut score, signere og godkjenne dokumentet. Foretas en ny score innenfor samme døgnet (eks. kveldsvakt), opprettes en ny versjon av samme dokument som signeres og godkjennes. Starter første registrering på natt, gjør en tilsvarende for dag og kveld innenfor samme døgnet.</p>	Støyende atferd		Verbale trusler		Fysiske trusler		Slag, spark, etc. mot gjenstander		<b>Totalscore</b>		Signatur:	
DAG																																																													
Poeng	0/1																																																												
Forvirret																																																													
Irritabel																																																													
Støyende atferd																																																													
Verbale trusler																																																													
Fysiske trusler																																																													
Slag, spark, etc. mot gjenstander																																																													
<b>Totalscore</b>																																																													
Signatur:																																																													
KVELD																																																													
Poeng	0/1																																																												
Forvirret																																																													
Irritabel																																																													
Støyende atferd																																																													
Verbale trusler																																																													
Fysiske trusler																																																													
Slag, spark, etc. mot gjenstander																																																													
<b>Totalscore</b>																																																													
Signatur:																																																													
NATT																																																													
Poeng	0/1																																																												
Forvirret																																																													
Irritabel																																																													
Støyende atferd																																																													
Verbale trusler																																																													
Fysiske trusler																																																													
Slag, spark, etc. mot gjenstander																																																													
<b>Totalscore</b>																																																													
Signatur:																																																													

<p>[hENDELSEDATO] [dOK-BETEGNELSE] [Avd.nAVN] v/[Forf.tITTEL] [Forf.nAVN]</p> <p>Validerisiko sjekkliste - 10 (V-RISK-10) Inn <input type="checkbox"/> Ut <input type="checkbox"/> Poliklinikk <input type="checkbox"/></p> <p>Namn: [Pas.Fornavn] [Pas.Etternavn] Født: [Pas.Eddelinn]</p> <p>Kvinne <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Pasientnummer</p> <p>Innlagt dato [Bel.Starttid] Utskriv dato [Bel.Stuttid] Løpenummer</p> <p>Utført av [Eof.Navn] Dato [Sys.Dato]</p> <p>Skåringsinstruksjon: Den som skårer samler inn informasjon om kvar av dei ti risikofaktorene i sjekklista V-RISK-10. Under kvart heidi har vi tatt med nokre dæne på viktig skåringsinformasjon. Set kryss i boksen for å angj grad av sannsynleg heit for at risikofaktoren passar for den aktuelle pasienten: I. Nei Passar ikkje for denne pasienten II. Kanskje/moderat Passar kanskje/ tilstades i middels alvorleg grad III. Ja Passar definitivt i alvorleg grad IV. Veit ikkje Har for lite informasjon til å kunna svara.</p>		<p>Nei Kanskje Ja Veit ikkje /moderat</p> <p>4. Tidlegare og/eller aktuell alvorleg psykisk liding Her må ein finne ut om pasienten har eller har hatt en psykisk tilstand (d.å. schizofreni, paranoid psykose, psykisk affektiv liding), og i så fall å forklare av personlegdomsforsyringstilf</p> <p>5. Personlegdomsforsyringar Aktuelle i denne samanhengen er eksterne (schizofreni, paranoid) og dei impulsive og uansettlege (erosjonelt, utrolig, antisosial) personlegdomsforsyringar.</p> <p>6. Manglar insikt i sjukdom og/eller tilfærd Her meinar i kva grad pasienten manglar insikt i si psykiske liding, forhold til åv behov for medikasjon og/eller korshovsar, eller tilfærd i sjukdom eller personlegdomsforsyring.</p> <p>7. Mistenksomheit Pasienten gjev uttrykk for mistenksomheit overfor andre pasientar eller noverbal. Mistenksomheit er ut til å vera "dårlig" overfor omsorgspersonar.</p> <p>8. Viser manglande innleving (empati) Pasienten verkar kjensleteild og utan innleving i andres ein sammenheng eller kjenslemessige situasjon.</p> <p>9. Urealistisk planlegging Her måler ein i kva grad pasienten sjølv har urealistiske planar for framtida (i eller utanfor dagmaridning). Er til dæne pasienten sjølv realistisk i forhold til åv han/hø kan venta av støtte frå familie og av profesjonell og sosial støtte? Det er viktig å vurdere om pasienten er samarbeidsvillig og motiver til å samarbeide i åv sjølvne vilkår.</p> <p>10. Framtidige stress-situasjonar Her skal ein vurdere moglegheitene for at pasienten kan bli utsatt for påspenningar og belastande situasjonar i framtida og hans/hennar evne til å motstå desse. Dæne (i og utanfor dagmaridning). Mestingsnivået overfor grensesetjing, nærliggj til mogleghe voldsopfer, rusing, busstøtje, opphald i voldsleg miljø, nær tilgang til våpen etc.</p>		<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Forslag etter samla klinisk vurdering: Ikke meir ingående validerisikovurdering Meir ingående validerisikovurdering <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Iverksetjing av forebyggjande tiltak. Begrunning skal føerast inn i journal og/eller epikrise.</p>
<p>1. Tidlegare og/eller aktuell vold Med alvorleg vold meinar fysisk angrep (inkludert med ulike våpen) mot ein annan person for å påføre alvorlig fysisk skade. Ja/ Vedkomande må ha gjort minst 3 moderate voldshandlingar eller 1 alvorleg voldshandling. Moderert eller mindre alvorleg aggresjonshandlingar som spark, slag og døttung som ikkje påfører alvorlig skade hos offeret skal ikkje vurderast Kanskje/moderat.</p> <p>2. Tidlegare og/eller aktuelle truolar (verbale/fysiske) Værdele tilgang, røy og blånande som innleder truolar om å påføre andre personar fysisk skade. Fysiske tilgangar og gestar som varslar fysisk angrep.</p> <p>3. Tidlegare og/eller aktuell rusmiddelbruk Pasienten har ei historie med misbruk av alkohol, medikament og/eller narkotiske stoff (d.å. amfetamin, heroin, hash). Misbruk av stoff medfører eller inn skal inkludert her. For å ikkje ja må pasienten ha og/eller ha hatt omfattande misbruk/utslagstiltak med medvete funksjon i arbeids- skule, helse- og/eller fritidsliv.</p>		<p>Samla klinisk vurdering Basert på klinisk kjennet, anna tilgjengelig informasjon og sjekklista: Kor stor trur du validerisikoen er for denne pasienten? Låg Moderat Høg</p>		

<p>[hENDELSEDATO] [dOK-BETEGNELSE] [Avd.nAVN] v/[Forf.tITTEL] [Forf.nAVN]</p> <p><b>HISTORISKE RISIKOFAKTORER</b></p> <p>Tidligere voldshandlinger: <u>&lt;MARKOR&gt;</u></p> <p>Tidligere ikke-voldelige lovbrudd:</p> <p>Tidlig debut av voldshandlinger:</p> <p>Manglende respons på veiledning/intervensjon:</p> <p>Historie med selvskadning/selvmoedsforsøk:</p> <p>Vitne til vold i hjemmet:</p> <p>Utsatt for omsorgssvikt/overgrep i barndommen:</p> <p>Kriminalitet hos foreldre/foresatte:</p> <p>Tidlig separasjon fra omsorgsperson:</p> <p>Dårlige skoleprestasjoner:</p> <p><b>SOSIAL/KONTEKSTUELLE RISIKOFAKTORER</b></p> <p>Ungdomskriminell vennegruppe:</p> <p>Utsøting/avvisning fra venner:</p> <p>Stress og dårlige mestringsevner:</p> <p>Dårlig oppdragelse fra foreldrenes side:</p> <p>Manglende personlig/sosial støtte:</p> <p>Vanskeligstilt nabolag:</p> <p><b>INDIVIDUELLE RISIKOFAKTORER</b></p> <p>Negative holdninger:</p> <p>Risikoatferd/impulsivitet:</p> <p>Rusmiddelbruk:</p> <p>Problemer med sinneestring:</p> <p>Psykopatiske trekk:</p>		<p><b>Oppmerksomhetsproblemer/hyperaktivitet:</b></p> <p>Lite samarbeidsvillig:</p> <p>Liten interesse/forpliktelse overfor skolen:</p> <p><b>BESKYTTENDE FAKTORER</b></p> <p>Prosocial atferd:</p> <p>Sterk sosial støtte:</p> <p>Sterke tilknytninger og bånd:</p> <p>Positive holdninger til intervensjoner og autoriteter:</p> <p>Sterk forpliktelse overfor skolen:</p> <p>Motstandsdyktige personlighetstrekk:</p> <p>Oppsummering:</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>DENDELSEDATO</b> [DOK-BETEGNELSE] [AldersAVN] vs [Fødselsdato] [KjønnAVN]</p> <p><b>Namn:</b> [Fødselsnavn] [Fødselsnavn] Fødselsdato: [Fødselsdato] Høivest av: Vurdert av: Dato ferdigstilt: Informasjon kilde:</p> <p><b>Oppsummering av psykososial historie</b> Familie/oppvekst Somatiske problem Suicidalitet Annet</p> <p><b>Voldsforløp (tidligere, nytt, aktuelt)</b> Beskriv aktuelle hendelser og mønstre Når (tidspunkt), hva (type skade), mot hvem (offer og relasjon til offer), <b>hvorfor</b> (motivasjon, utløsere, mål), <b>hvordan</b> (lokalisering, kontekst), personlig relasjon (alders- og kjønn), <b>gjentatte hendelser</b> (alders- og hendelsene?), frekvens, forskjellige typer vold, alvorlige (<b>konsekvenser</b>) <b>eskalerende</b> (utviklingsforløp)</p> <p><b>Voldsforsøttlinger (tidligere og nytte)</b> Beskriv hendelser og mønstre Når (tidspunkt), hva (type skade), mot hvem (offer og relasjon til offer), <b>hvorfor</b> (motivasjon, utløsere, mål), <b>hvordan</b> (lokalisering, kontekst), personlig relasjon (alders- og kjønn), <b>gjentatte hendelser</b> (alders- og hendelsene?), frekvens, forskjellige typer vold, alvorlige (<b>konsekvenser</b>) <b>eskalerende</b> (utviklingsforløp)</p> <p><b>Historiske faktorer:</b></p> <p><b>H1. Tidligere problem med vold som...</b> a. Barn (12 år og yngre) b. Ungdom (13 - 17 år) c. Voksen (18 - og eldre)</p> <p><b>H2. Tidligere problem med annen antisosial atferd som...</b> a. Barn (12 år og yngre) b. Ungdom (13 - 17 år) c. Voksen (18 - og eldre)</p> <p><b>H3. Tidligere problem med relasjoner</b> a. Intime b. Andre relasjoner</p> <p><b>H4. Tidligere problem med arbeid og utdanning</b></p> <p><b>H5. Tidligere problem med rusmiddelbruk</b></p> <p><b>H6. Tidligere problem med alvorlig psykisk lidning</b></p>	<p>a. Psykoselidning b. Alvorlig stemningslidning c. Annan <b>alvorlig</b> psykisk lidning</p> <p><b>H7. Tidligere problem med personlighetsforstyrrelse</b> a. Antisocial, <b>Personlighet</b>, Dysosial b. Anna</p> <p><b>H8. Tidligere problem med traumatisk oppleveling</b> a. <b>Utløsnings</b>/traume b. Omsorgsstrikt i oppvekst</p> <p><b>H9. Tidligere problem med voldelige holdninger</b></p> <p><b>H10. Tidligere problem med respons på behandling og tilsyn</b> Andre <b>risikofaktorer</b></p> <p><b>Kliniske ledd:</b></p> <p><b>C1. Nytt problem med innsett</b> a. Fysisk lidelse b. Voldstrisiko c. Behov for behandling</p> <p><b>C2. Nytt problem med voldsforsøttlinger eller -intensjoner</b></p> <p><b>C3. Nytt problem med symptom på alvorlig psykisk lidning</b> a. Psykoselidning b. Alvorlig stemningslidning c. Annan <b>alvorlig</b> psykisk lidning</p> <p><b>C4. Nytt problem med ustabilitet</b> a. Adferd b. Adferdsmessig c. Kognitiv</p> <p><b>C5. Nytt problem med respons på behandling og tilsyn</b> a. Samarbeid b. Motvillighet</p> <p>Andre kliniske <b>faktorer</b></p> <p><b>Risikohåndteringsledd:</b> Spesifiser <b>ansvarshavende</b>(instusjon) eller ute(samfunnet)</p> <p><b>R1. Framtidig problem med bruk av offentlige tjenester</b></p> <p><b>R2. Framtidig problem med buforhold og omgivelse</b></p>	<p><b>R3. Framtidig problem med personleg støtte</b></p> <p><b>R4. Framtidig problem med respons på behandling og tilsyn</b> a. Samarbeid b. Motvillighet</p> <p><b>R5. Framtidig problem med stress og måtning</b> Andre risikohåndteringsledd</p> <p><b>Risikoformulering</b> Scenarier for framtidig vold</p> <p><b>Beskyttende faktorer:</b> - indre <b>faktorer</b> - ytre <b>faktorer</b> - motvirkende <b>faktorer</b></p> <p><b>Type</b> - hva slags vold er det sannsynlig at personen vil utføre? - hvem er <b>sannsynlig offer</b>? - hva er sannsynlig motivasjon (hva vil personen oppnå ved vold)?</p> <p><b>Alvorlighet</b> - hva for psykiske eller fysiske skader er <b>sannsynlige</b>? - Er det mulighet for eskalering til alvorlig eller <b>livstruende vold</b>?</p> <p><b>Umiddelbarhet</b> - kor snart kan <b>personen</b> komme til å utføre <b>vold</b>? - Er det noen forvarsel om <b>aukande</b> eller umiddelbar <b>risiko</b>?</p> <p><b>Frekvens/varighet</b> - Når vil vold oppstå <b>ein gang</b>, <b>flere ganger</b>, <b>ofte</b>? - Er risiko vedvarende eller akutt (<b>hva</b> <b>risikogrænse</b>)?</p> <p><b>Sannsynlighet</b> - kor hyppig eller vanlig er denne typen vold i samfunnet for <b>gjensvar</b>? - basert på bakgrunns historien, kor sannsynlig er det at denne personen utfører slik <b>vold</b>?</p> <p><b>Håndteringsstrategier</b></p> <p><b>Monitorer/tilsyn</b> - hva er den beste måten å fange opp tegn på at personens risiko kan være <b>aukande</b>? - hva for <b>hendelser</b>, <b>betingsforhold</b>, eller omstendigheter bør utløse <b>ein</b> <b>revidering av risiko</b>?</p> <p><b>Behovstilpasset behandling</b> - hva for behandlings- eller rehabiliteringsstrategier for <b>gjensvar</b> for å håndtere <b>voldstrisiko</b>? - hva psykososiale tilpassingsproblemer bør ha prioritet som <b>målområde</b>?</p> <p><b>Restriksjoner/kontroll</b></p>
	<p>- hva for strategier for <b>restriksjoner</b> eller kontroll bør <b>utføres</b> for å håndtere risiko i dette <b>situasjonen</b>? - hva for <b>restriksjoner</b> på aktivitet, bevegelsesfrihet, sosiale kontakter og kommunikasjon er <b>viktige</b>?</p> <p><b>Offerbeskyttelse</b> - hva for tiltak vil kunne <b>gjøres</b> for å <b>auke</b> sikkerheten til potensielle <b>offer</b>? - Kvalitet vil den fysiske sikkerheten eller evnen til beskytte <b>auke</b> for potensielle <b>offer</b>?</p>	

## 8.2. Oversikt over ulike MAP opplæringer per foretak

### Helse Stavanger

Helse Stavanger	Varighet	Målgruppe	Hvem som tilbyr kurs
<b>MAP - nettverkssamling ressurspersoner</b>	1 dag	Ressurspersoner i MAP (instruktører og ressursperson)	Ressurspersoner i MAP (instruktører og ressursperson)
<b>MAP - Møte med Aggresjonsproblematikk (e-læringskurs - basert på 10 kapitler innen MAP-manualen som i MAP grunnkurs)</b>		Alle yrkesgrupper som jobber klinisk innenfor psykisk helsevern	Alle yrkesgrupper som jobber klinisk innenfor psykisk helsevern
<b>MAP-grunnkurs *</b>	3 dager		Fast ansatt miljøpersonell, behandlere og helgevakter og gjelder for fagpersonell som har kontakt med pasienter med aggresjonsproblematikk i Klinikk Psykisk Helsevern
<b>Mestring av aggresjon og vold (MAP) - somatikk</b>	1 dag	Alle yrkesgrupper som jobber klinisk i somatikken	Alle yrkesgrupper som jobber klinisk i somatikken
<b>Bruk av tvang i øyeblikkelig hjelp-situasjoner i Somatikken (e-læring)</b>		Helsepersonell som står i akutte situasjoner hvor øyeblikkelig hjelp, er nødvendig	Helsepersonell som står i akutte situasjoner hvor øyeblikkelig hjelp, er nødvendig.
<b>Voldsrisikotriage i psykisk helsevern</b>		Helsepersonell i psykisk helsevern og TSB	Helsepersonell i psykisk helsevern og TSB

\*obligatorisk

## Helse Førde

Helse Førde	Varighet	Målgruppe	Hvem som tilbys kurs
<b>MAP – Møte med Aggresjonsproblematikk (e-læringskurs – basert på 10 kapitler innen MAP-manualen som i MAP grunnkurs)</b>		Alle yrkesgrupper som jobber klinisk innenfor psykisk helsevern	Alle yrkesgrupper som jobber klinisk innenfor psykisk helsevern
<b>MAP-grunnkurs *</b>	2 dager		Fast ansatt miljøpersonell, behandlere, ledere, tilkallingsvakter, helgevakter og gjelder for fagpersonell som har kontakt med pasienter med aggresjonsproblematikk i Klinikken psykisk helsevern
<b>MAP – Møte med Aggresjonsproblematikk</b>	1 dag	Sommervikarer	Sommervikarer
<b>Tilrettelagt internundervisning for somatikken – kartlagt og tilbudt ved etterspørsel.</b>			Somatikken blir tilbudt oppfølging ved etterspørsel. Jobber med kartlegging og legge til rette for obligatorisk undervisning i hele somatikken.
<b>Voldsriskotriage i psykisk helsevern</b>		Helsepersonell i psykisk helsevern	Helsepersonell i psykisk helsevern

\*obligatorisk



## Helse Fonna

Helse Fonna	Varighet	Målgruppe	De som tilbys kurs
<b>MAP – nettverkssamling ressurspersoner</b>	1 dag	Ressurspersoner i MAP (instruktører og ressursperson)	Ressurspersoner i MAP (instruktører og ressursperson)
<b>MAP – nettverkssamling ressurspersoner nasjonalt*</b>	1 dager	MAP instruktører	MAP instruktører
<b>MAP – Møte med Aggresjonsproblematikk e-læringskurs</b>		Nytilsatte i påvente av kurs, samt til vedlikeholdsopplæring	Nytilsatte i påvente av kurs, samt til vedlikeholdsopplæring
<b>MAP-grunnkurs *</b>	2 dager	Alt klinisk helsepersonell i døgnpost og poliklinikk, samt behandlere, helgevikarer og ferievikarer i psykisk helsevern og rus.	Alle med klinisk pasientkontakt i klinikk for psykisk helsevern og rus. Opplæring og trening tilpasses det risikobildet som er i enheten. Ferievikarer.
<b>MAP opplæring – tilpasset opplæring gis til poliklinikker i psykisk helsevern og rus.</b>	Varier fra ½ til 1 dag		
<b>MAP vedlikeholdsopplæring, varierende lokal vedlikeholdsopplæring ved de ulike seksjonene i psykisk helsevern og rus.</b>	Fra ukentlig, til hver 14 dag, til månedlig avhengig av risikonivå i enheten.		Alt klinisk arbeidende miljøpersonell i psykisk helsevern og rus, hyppighet varierer fra ukentlig
<b>Utdanning av MAP-instruktører i psykisk helsevern og rus</b>	10 dagers	12 instruktører	12 instruktører
<b>Voldsrisikotriage i psykisk helsevern</b>		Helsepersonell i psykisk helsevern og TSB	Helsepersonell i psykisk helsevern og TSB

\*obligatorisk

## Helse Bergen

Helse Bergen	Varighet	Målgruppe	Hvem som tilbys kurs
<b>MAP-grunnkurs *</b>	2 dager	Alle nyansatte miljøterapeuter og behandler innen psykiatri (DPH)	Alle nyansatte miljøterapeuter og behandlere innen psykiatri (DPH). Samtlige medarbeidere i Avdeling for rusmedisin (AFR)
<b>MAP - Møte med Aggresjonsproblematikk e-læringskurs</b>		Alle yrkesgrupper som jobber klinisk innenfor psykisk helsevern	
<b>Vedlikeholdsoplæring, som kan bestå av alt fra simuleringstrening, etisk refleksjon, teoriundervisning, felles gjennomgang av e-læringskurs til fysisk konflikthåndtering.</b>		Ukentlige drop-in treninger i regi av psykiatrisk klinikk og klinikk for sikkerhetspsykiatri + varierende lokal opplæring	
<b>Utdanning av MAP-instruktører</b>	10 dager	38 instruktører	38 instruktører
<b>Utdanning av ressurspersoner</b>	3 dager	Psykiatrisk klinikk og DPS-ene.	Psykiatrisk klinikk og DPS-ene

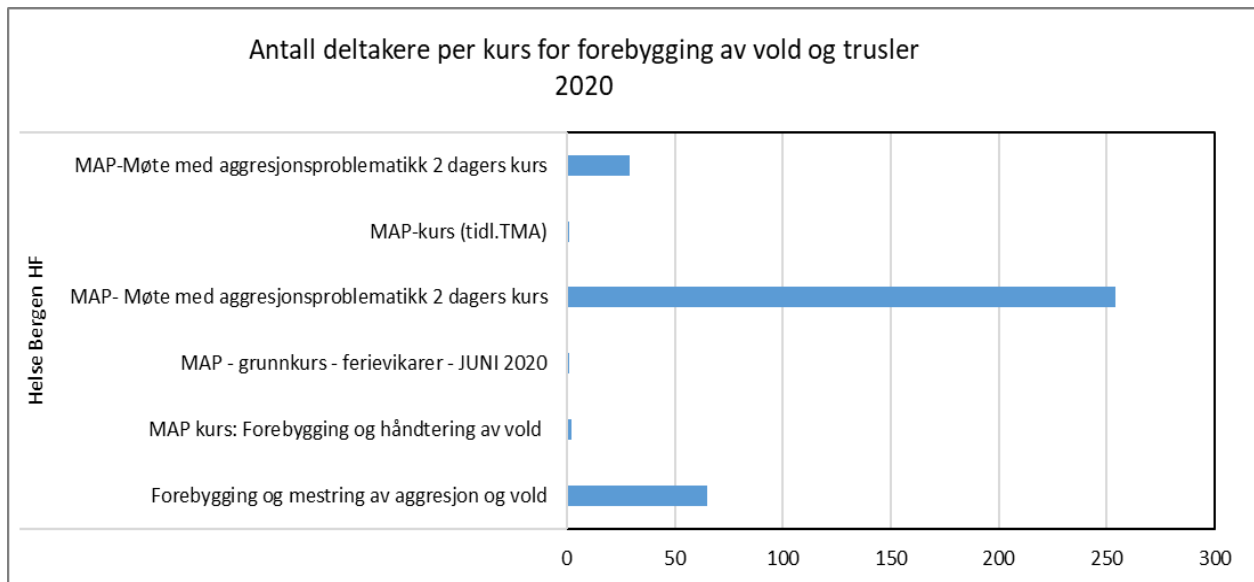
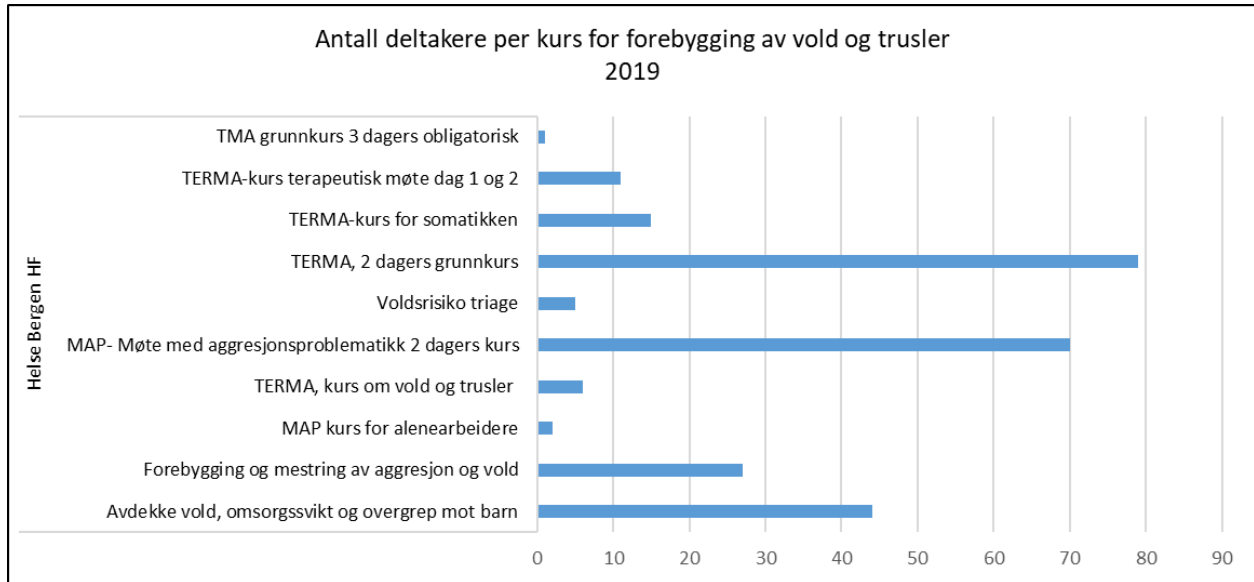
\*obligatorisk

## Haraldsplass diakonale sykehus

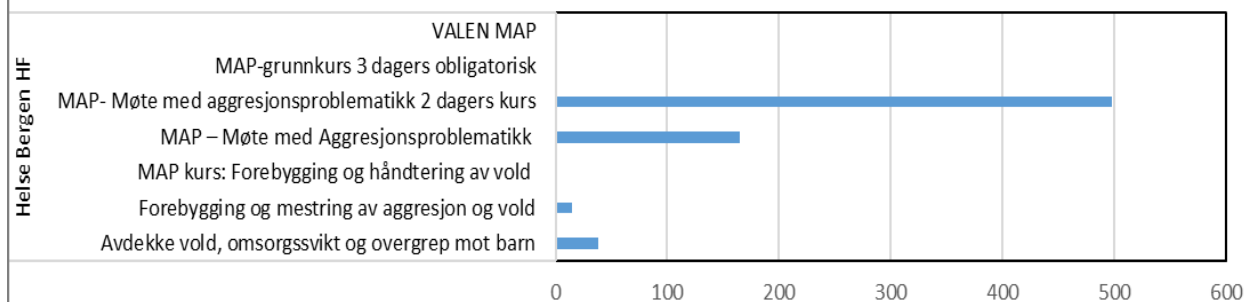
Haraldsplass diakonale sykehus	Varighet	Målgruppe	Hvem som tilbys kurs
<b>MAP-kurs</b>	1 dag	Verneombud, ledere, alenearbeidere og medarbeidere som har forhøyet risiko for å bli utsatt for vold og trusler	Verneombud, ledere, alenearbeidere og medarbeidere som ut fra risikovurdering har høyere risiko for p bli utsatt for vold og trusler

### 8.3. Gjennomførte MAP kurs i årene 2019 til 2022 per foretak med antall deltakere

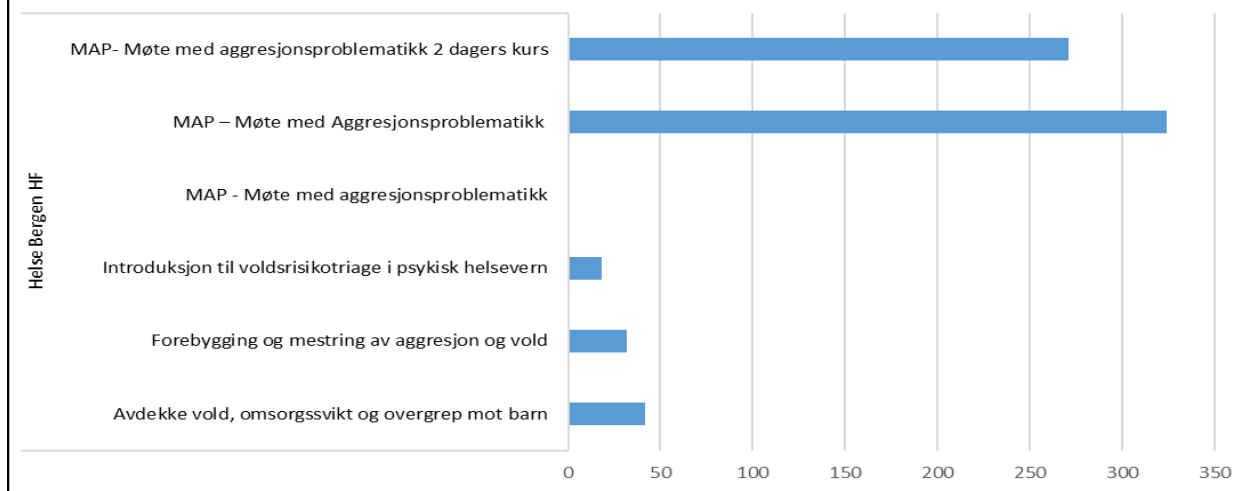
#### Helse Bergen



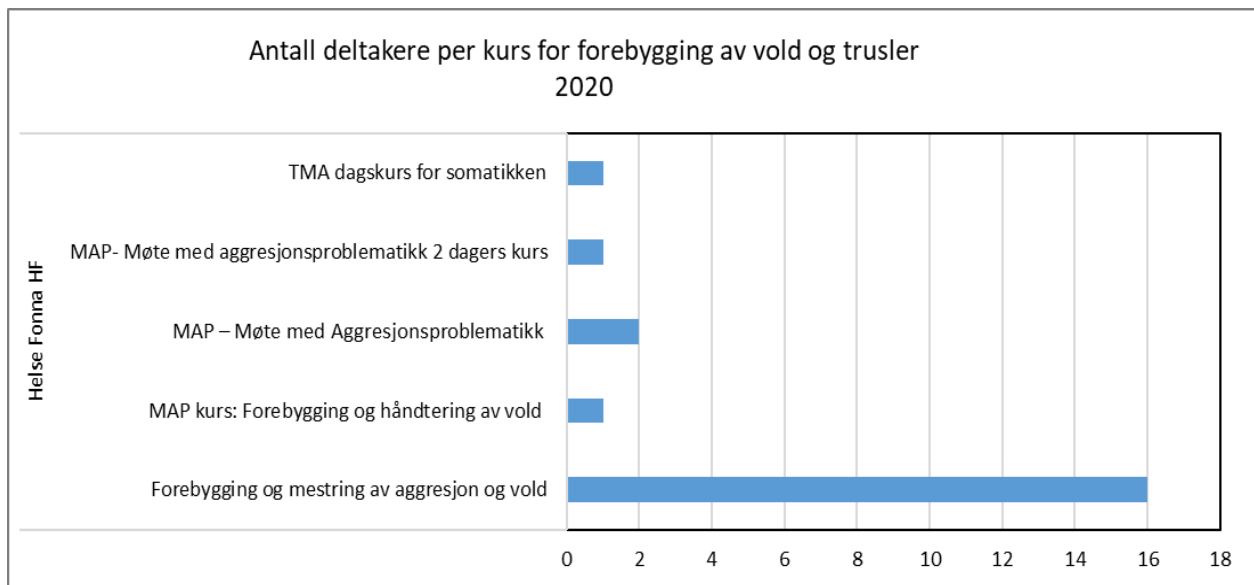
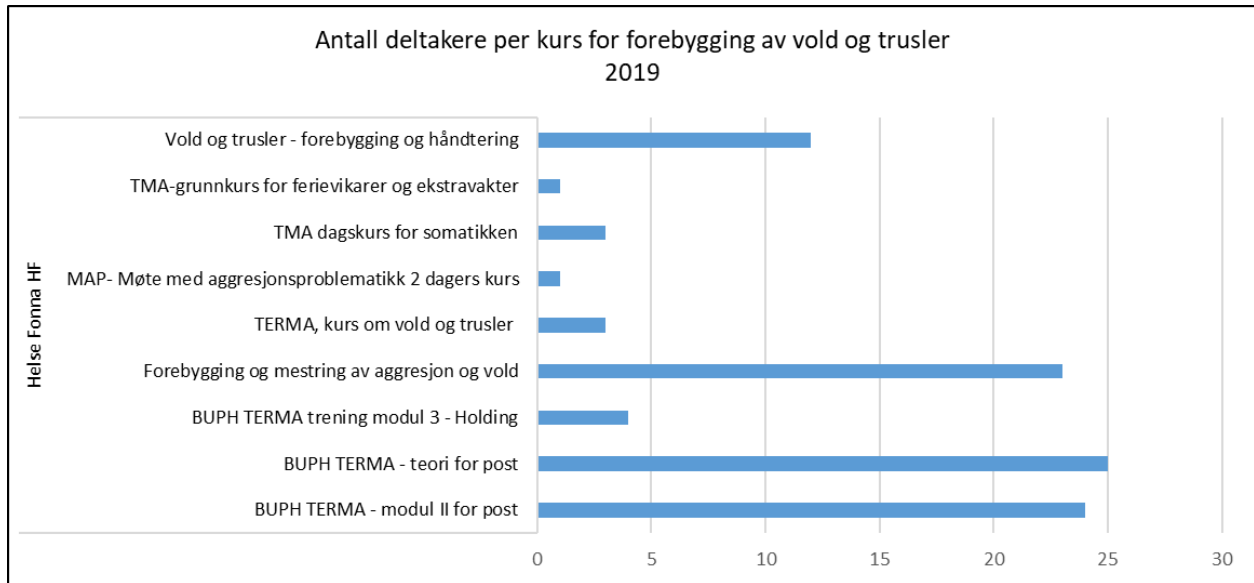
Antall deltakere per kurs for forebygging av vold og trusler  
2021



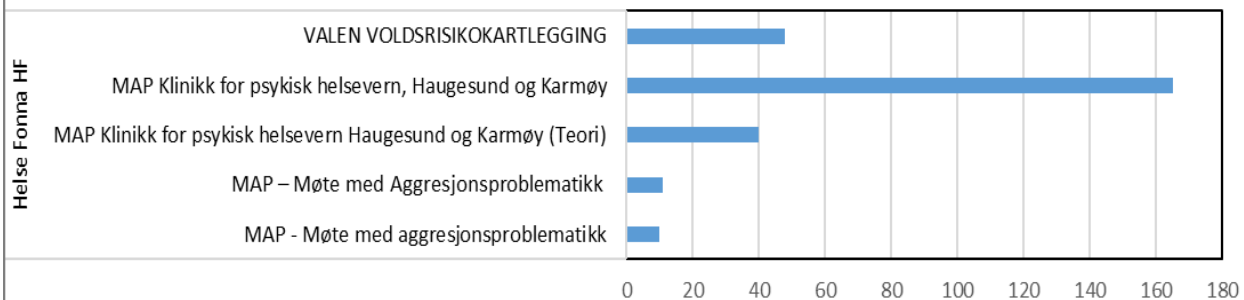
Antall deltakere per kurs for forebygging av vold og trusler  
2022



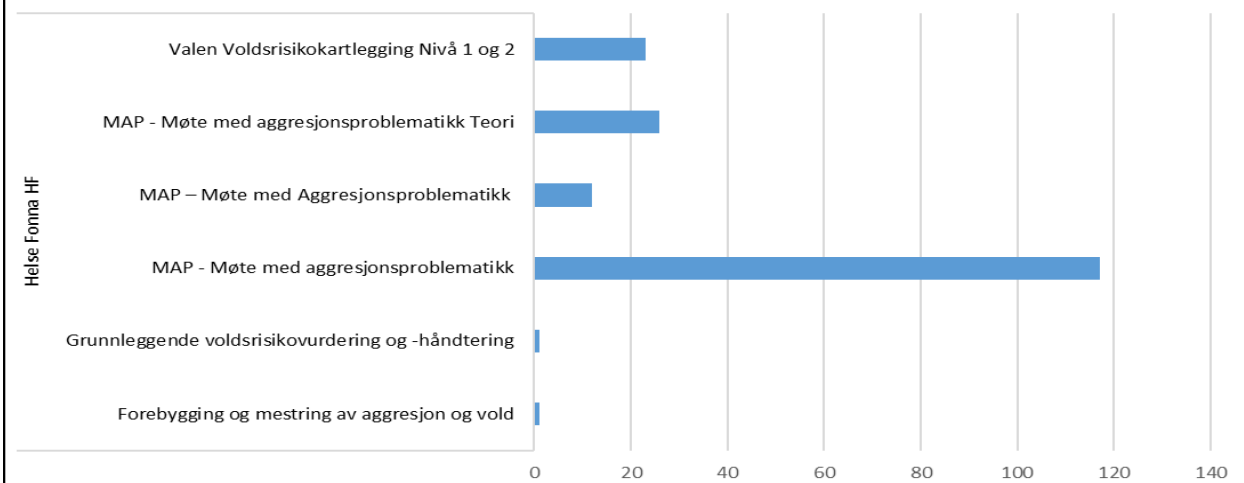
## Helse Fonna



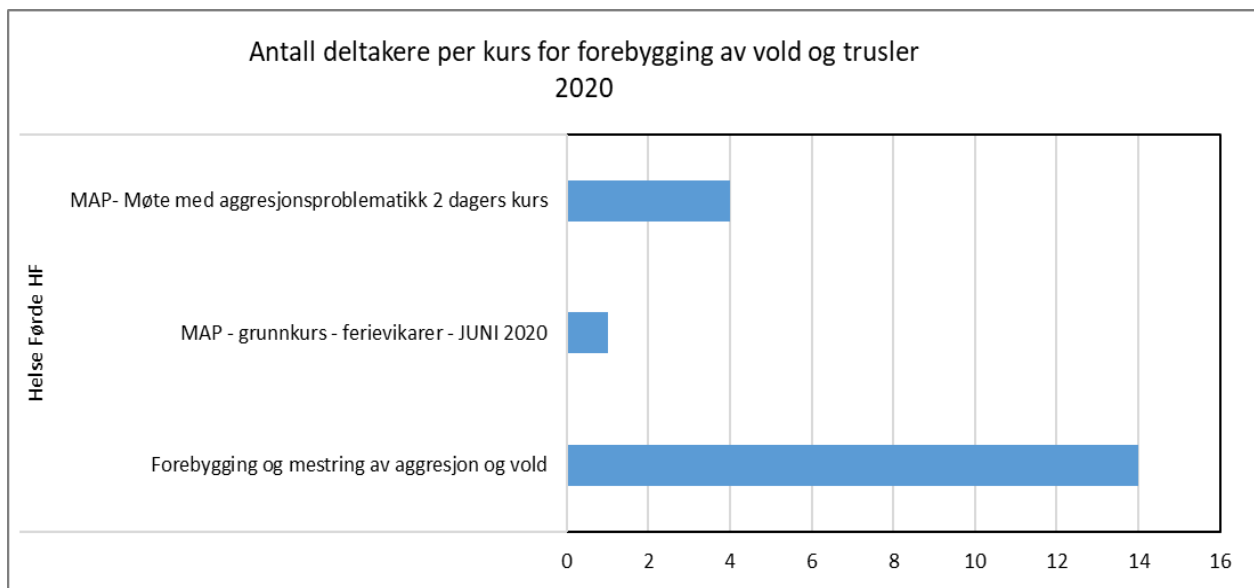
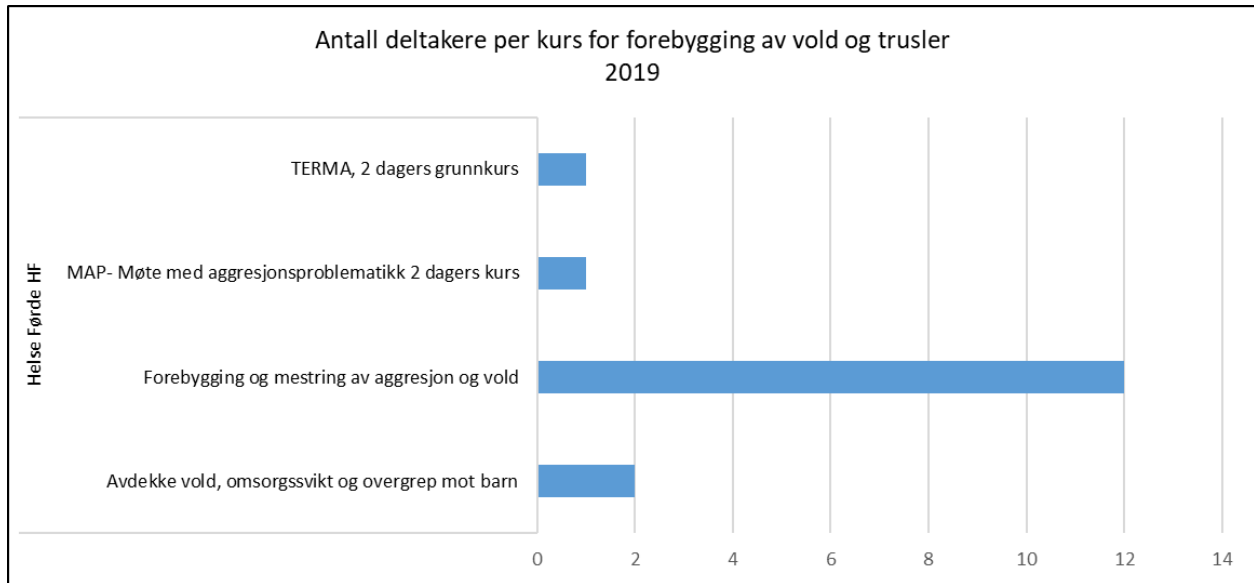
### Antall deltakere per kurs for forebygging av vold og trusler 2021



### Antall deltakere per kurs for forebygging av vold og trusler 2022

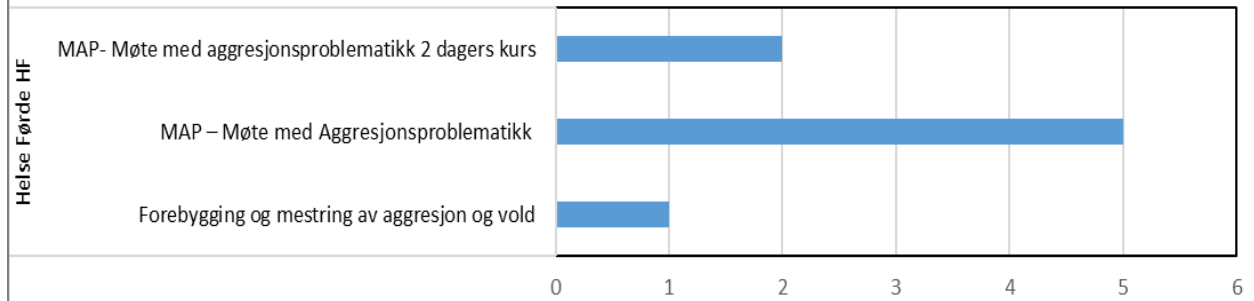


## Helse Førde

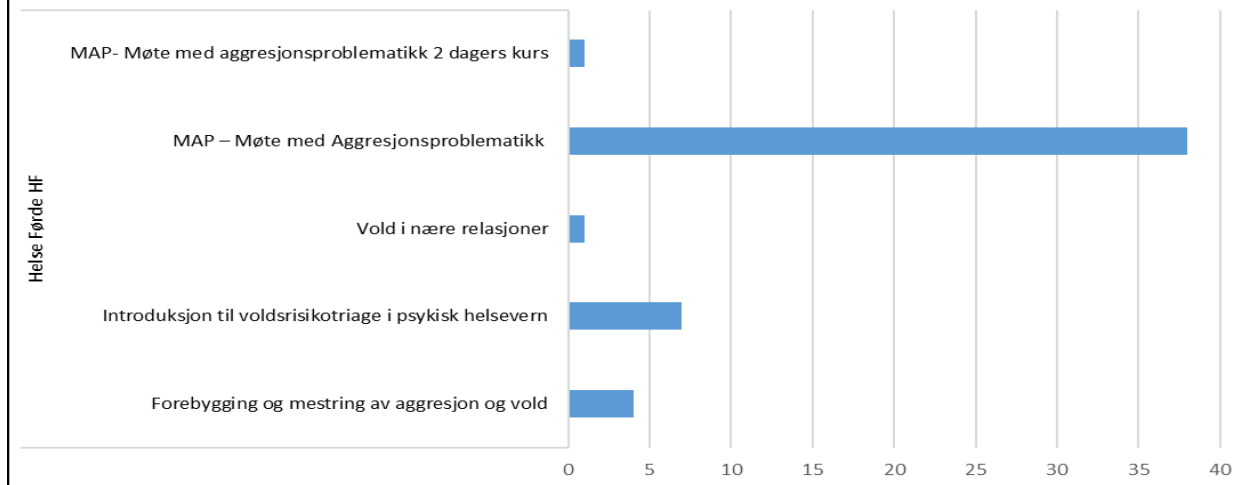




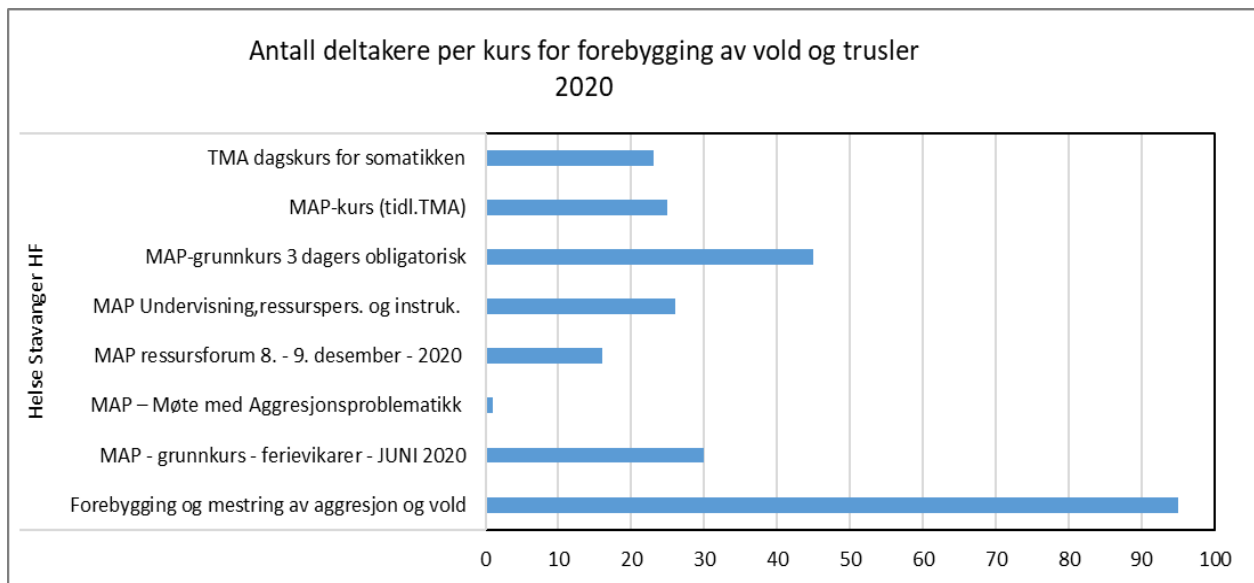
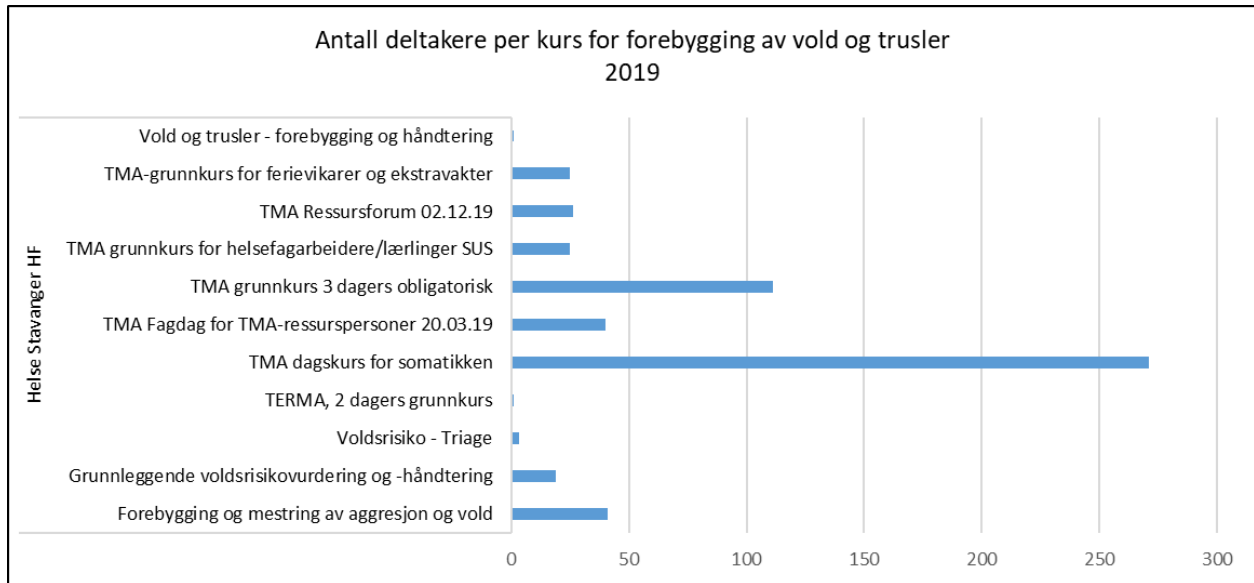
Antall deltakere per kurs for forebygging av vold og trusler  
2021



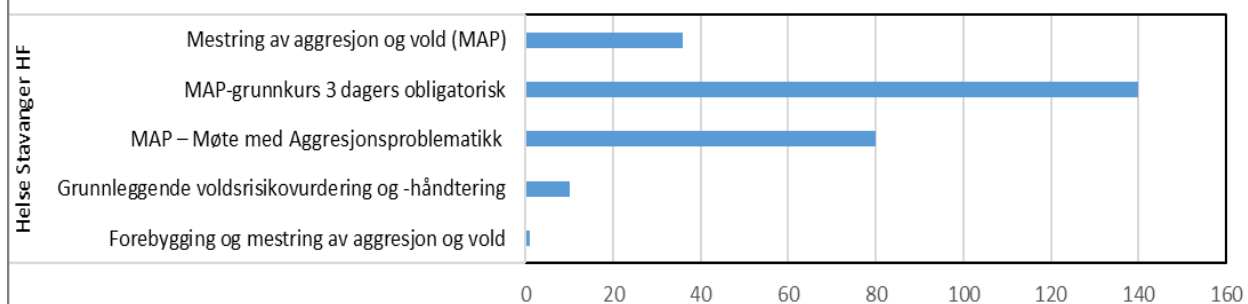
Antall deltakere per kurs for forebygging av vold og trusler  
2022



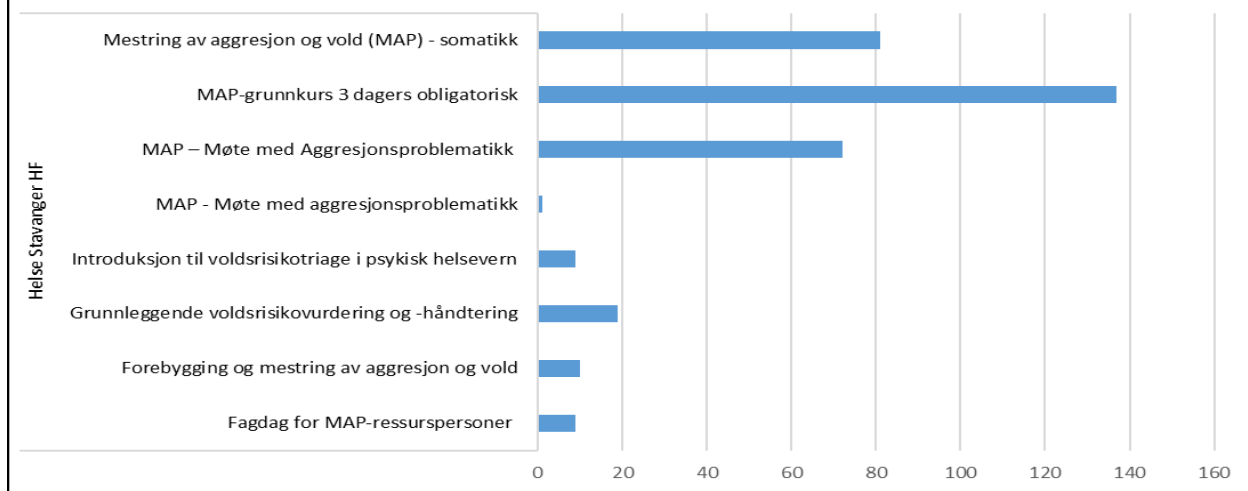
## Helse Stavanger



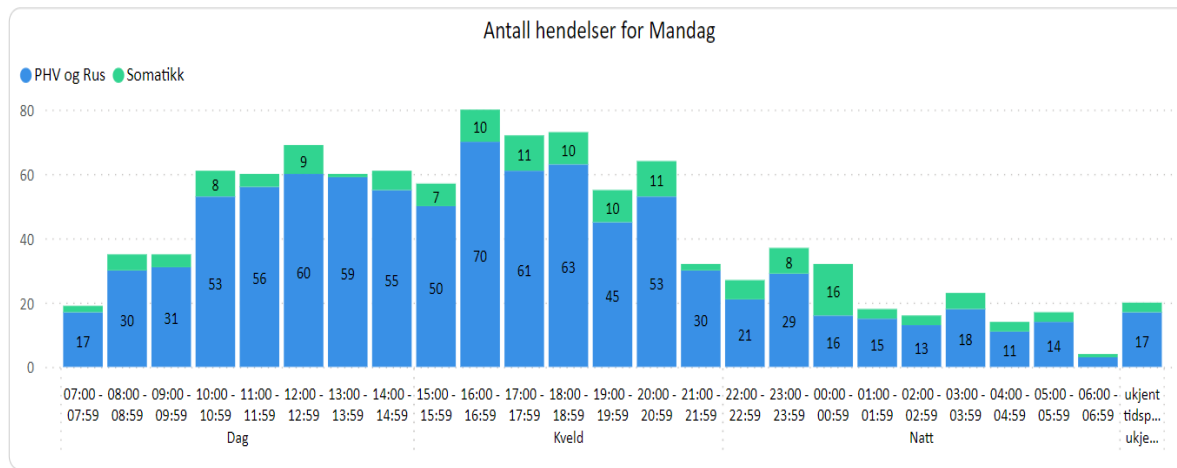
Antall deltakere per kurs for forebygging av vold og trusler  
2021



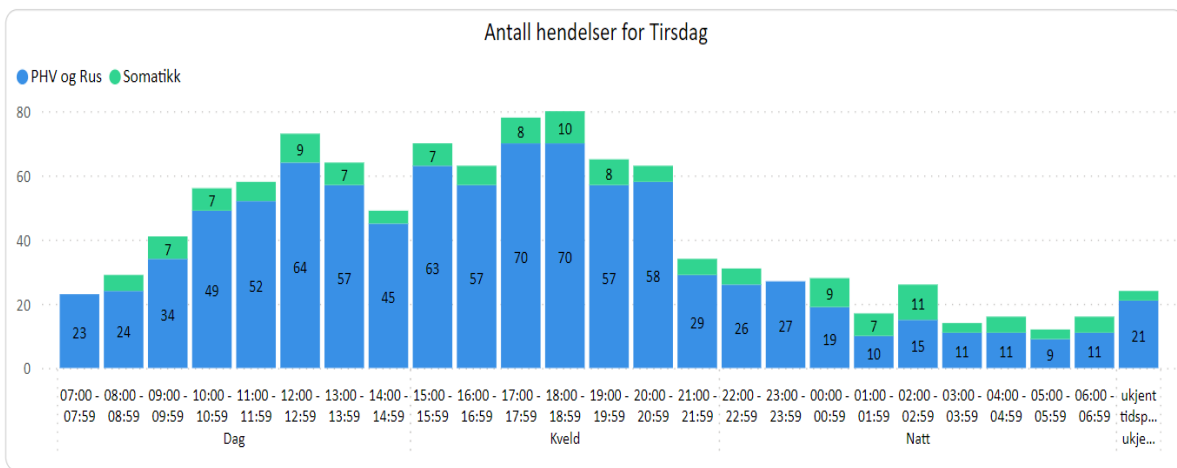
Antall deltakere per kurs for forebygging av vold og trusler  
2022



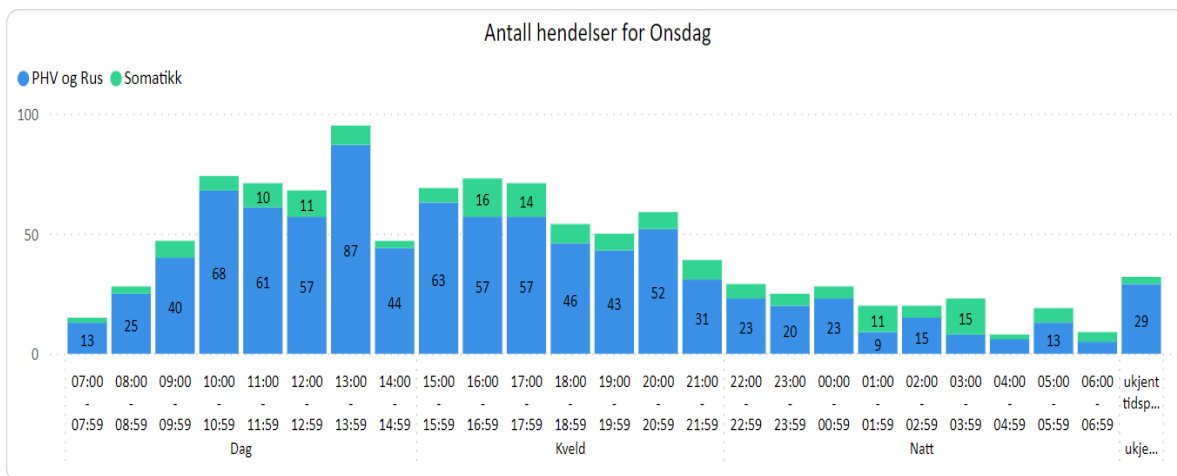
## 8.4. Hendelser fordelt på ukedager og klokkeslett samlet for helseforetakene inkludert Haraldsplass Diakonale Sykehus



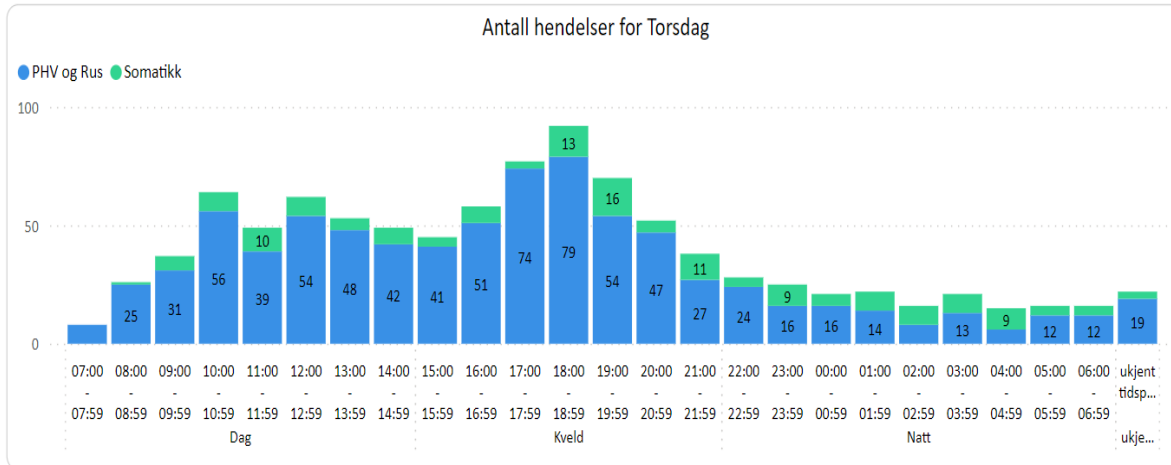
Figur 4 antall hendelser for mandager



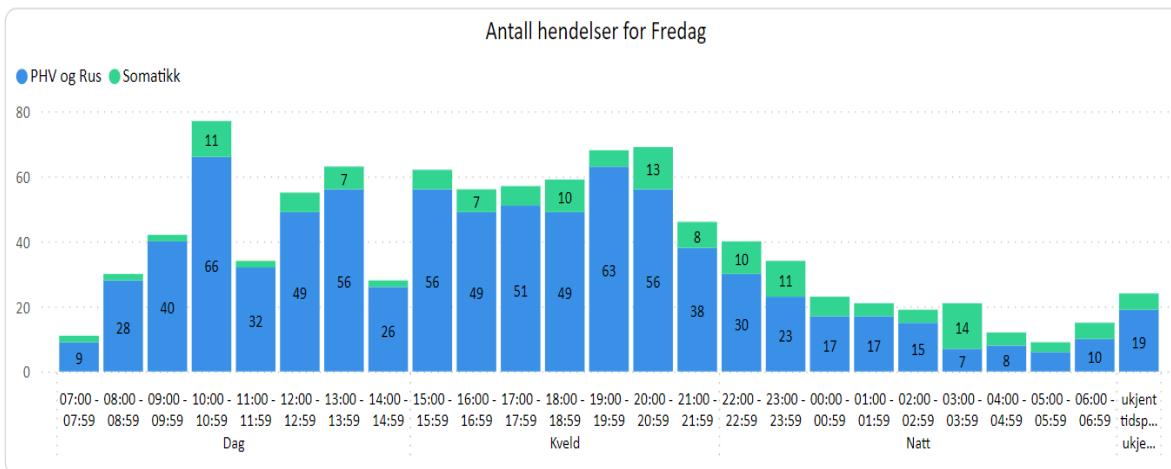
Figur 5 antall hendelser for tirsdager



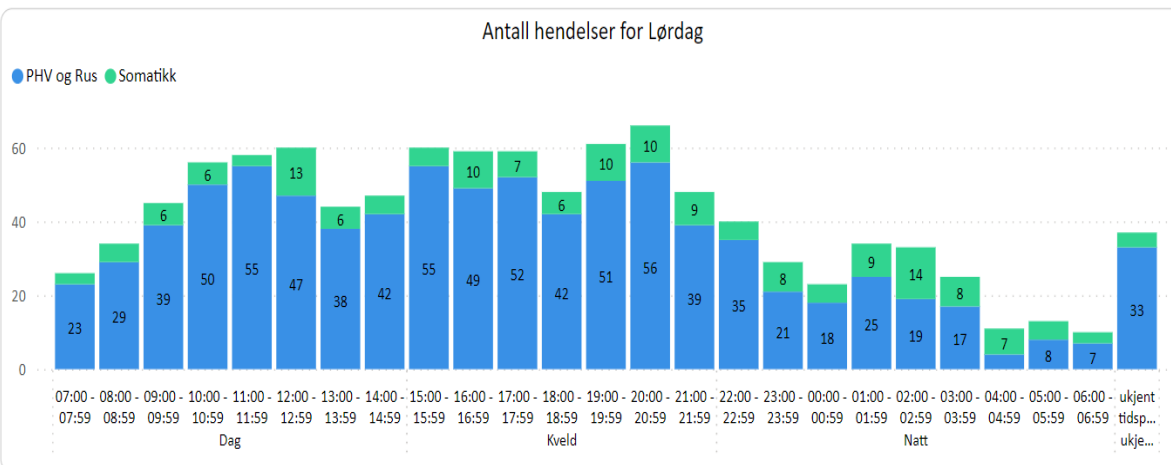
Figur 6 antall hendelser for onsdager



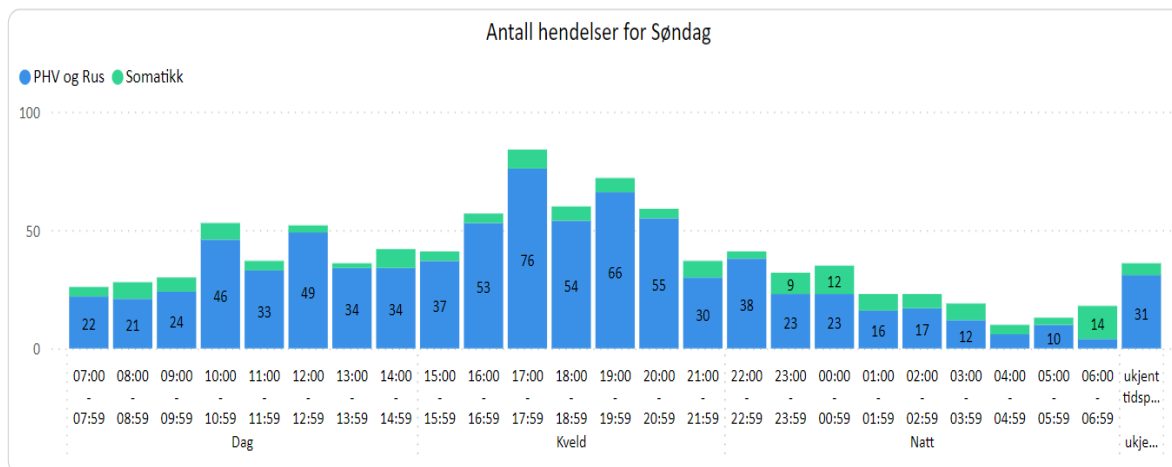
Figur 7 antall hendelser for torsdag



Figur 8 antall hendelser for fredag



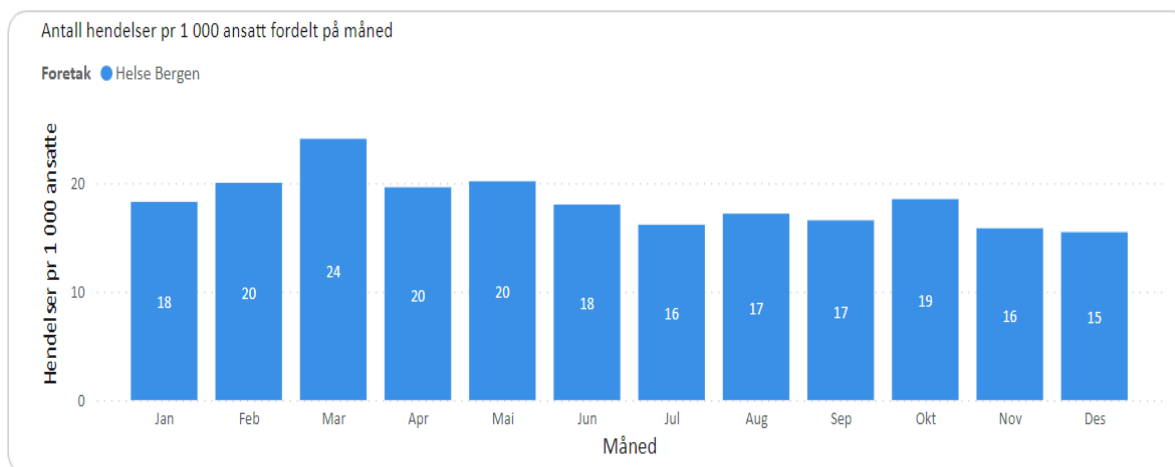
Figur 9 antall hendelser for lørdag



Figur 10 antall hendelser for søndag

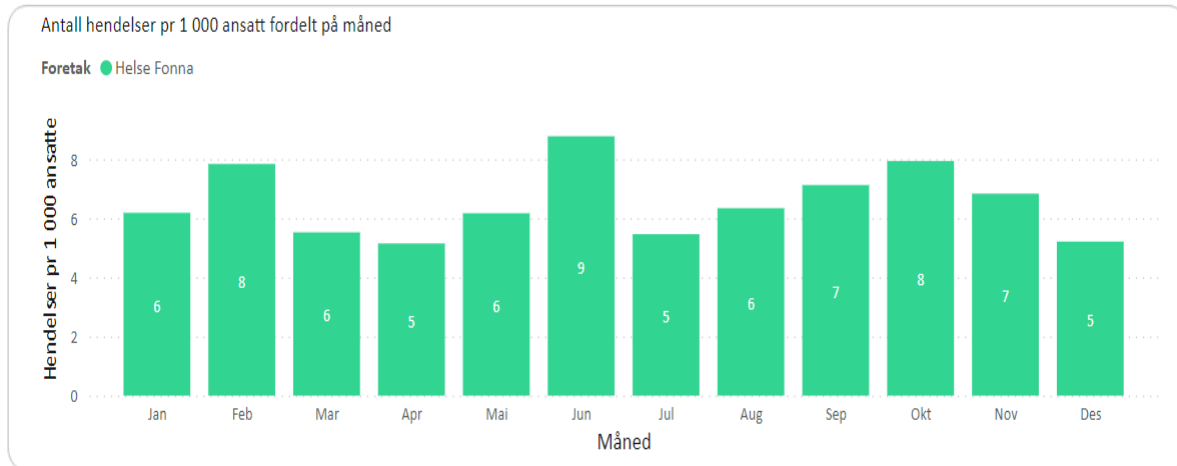
## 8.5. Fordeling ukedager på antall hendelser per 1 000 medarbeider per foretak

### Helse Bergen



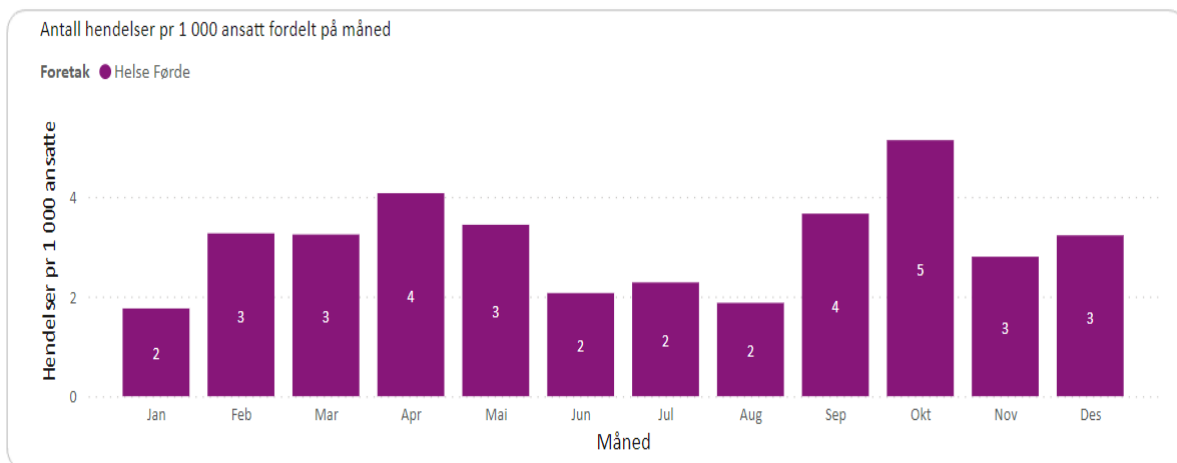
Figur 11 fordeling antall vold og trusler per 1 000 medarbeider fordelt på måned 01.01.2020-31.12.2022

## Helse Fonna



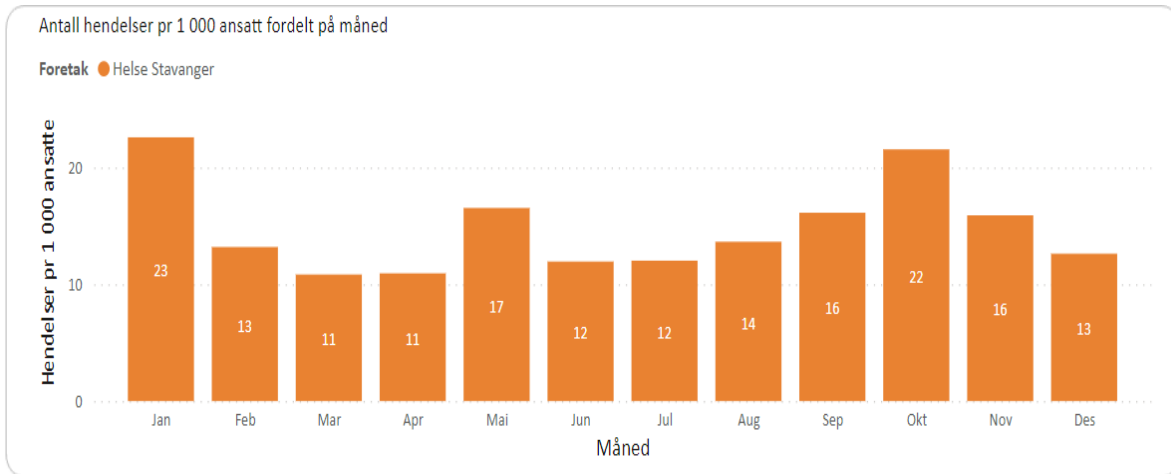
Figur 12 fordeling antall vold og trusler per 1 000 medarbeider fordelt på måned 01.01.2020-31.12.2022

## Helse Førde

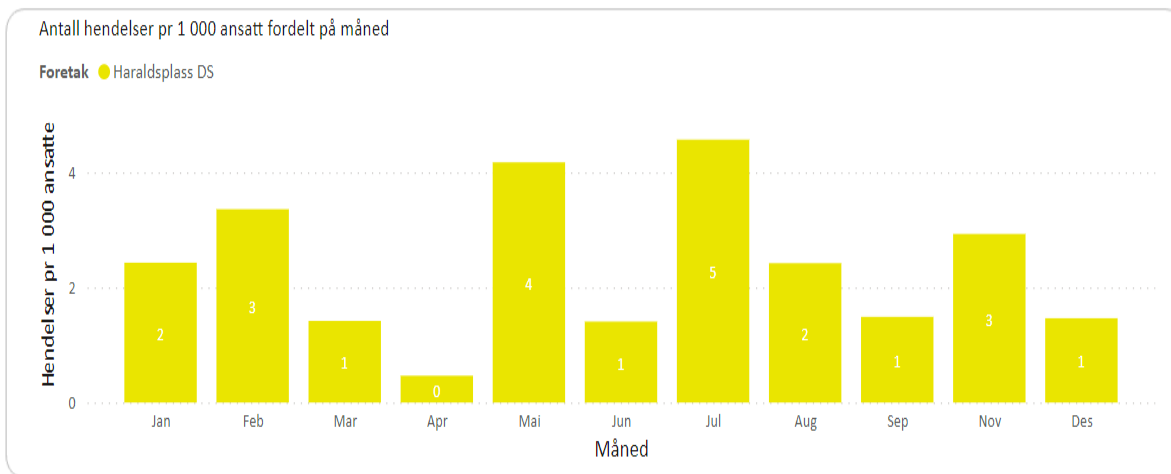


Figur 13 fordeling antall vold og trusler per 1 000 medarbeider fordelt på måned 01.01.2020-31.12.2022

## Helse Stavanger



## Haraldsplass





Helse Vest Postboks  
303 Forus  
4066 Stavanger

Telefon: 51 96 38 00  
[helse-vest.no](http://helse-vest.no)

