

Meldinger om vold og aggresjon i spesialisthelsetjenesten – et pasientsikkerhetsperspektiv

Læringsnotat fra Meldeordningen
April 2015

- Tittel** Meldinger om vold og aggresjon i spesialisthelsetjenesten – et pasientsikkerhetsperspektiv
- Institusjon** Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Ansvarlig** Magne Nylenna, direktør
- Forfattere** Unni Krogstad, prosjektleder, seniorforsker
Eli Saastad, seniorforsker
Øystein Enger, psykologspesialist, seniorrådgiver
Asbjørn Kolseth, sjefpsykolog, seniorrådgiver
Elisabet Hafstad, forskningsbibliotekar
Øystein Flesland, seksjonsleder, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- ISBN** 978-82-8121-949-6
- Prosjektnummer** 9999
- Publikasjonstype** Notat
- Antall sider** 41 (inkludert vedlegg)
- Søkeord (MeSH)** Aggression; Inpatients; Violence/Aggresjon; Sykehuspasienter; Vold
- Sitering** Krogstad U, Saastad E, Enger Ø, Kolseth A, Hafstad E, Flesland, Ø. Meldinger om vold og aggresjon i spesialisthelsetjenesten – et pasientsikkerhetsperspektiv. Læringsnotat fra Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten 2015. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helse- direktoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Kunnskapssenteret takker overlege og spesialist i psykiatri Øystein Eiring for kommentarer.

Kunnskapssenteret tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, april 2015

Sammendrag

I perioden 1.7.2012-31.12.2013 mottok Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten 385 hendelser knyttet til vold og aggresjon. Meldingene i seg selv kan gi verdifull læring, både enkeltvis og sortert i mønstre. Basert på de mottatte meldingene ble det identifisert fem områder som dannet utgangspunkt for litteratursøk med tanke på forbedring. I det følgende er relevante studier, rapporter og utredningsarbeider knyttet til disse områdene. De identifiserte forbedringsområdene er gjensidig avhengig av hverandre og må ses i sammenheng.

- **Ressurser og bemanning:** Én systematisk oversikt tydet på at tilstrekkelig, stabil og kompetent bemanning kan ha positiv virkning for reduksjon av voldshendelser.
- **Samarbeid:** Meldingene beskrev oftest samarbeidsproblemer på tvers av avdelingsgrenser. Dette innebærer lederinvolvering og strukturell forbedring av rutiner. Alle ansatte må inkluderes for å bygge en god samarbeidskultur. Felles læring over fag- og avdelingsgrenser kan bedre samarbeidsforståelse og kultur.
- **Rutiner, retningslinjer og utstyr:** Mange av meldingene beskrev problemer i skjæringspunktet mellom bemanning, samarbeid og uklare rutiner. Inntakskriterier og triage – vurdering, sortering og prioritering kan være et område med behov for oppmerksomhet. Meldingene gjenspeilet også at retningslinjer og utstyr som er viktig i akuttsituasjoner, ikke alltid er oppdatert og kontrollert. Det er et lederansvar å sørge for at rutiner og utstyr er på plass.
- **Erfaring og kompetanse:** Å forebygge og takle situasjoner med potensiell eller manifest vold er ekstremt krevende og fordrer kontinuerlig utvikling, vedlikehold og bearbeiding. Risikovurderingsinstrumenter som hjelpemiddel er dokumentert effektivt. I tillegg kan det være nyttig å se på bruk av simulering som treningsmetode.
- **Informasjon og kommunikasjon:** Meldingene tydet på at manglende informasjon om potensiell aggresjon fra psykisk helsevern til somatisk helsetjeneste eller andre etater er et problem. Dette temaet er sentralt i en pågående diskusjon om personvern og opplysningsplikt.

Innhold

| | |
|---|-----------|
| SAMMENDRAG | 3 |
| INNHold | 4 |
| FORORD | 5 |
| Melde for å lære | 5 |
| INNLEDNING | 6 |
| Bakgrunn | 6 |
| METODE | 8 |
| Uttrekk fra database for identifikasjon av hendelser | 8 |
| Litteratursøk | 9 |
| RESULTAT | 11 |
| Innmeldte hendelser | 11 |
| Resultat av litteratursøk | 12 |
| DEFINISJON AV PASIENTSIKKERHET OG VIDERE ANALYSE | 13 |
| EKSEMPLER OG DISKUSJON | 15 |
| Ressurser / bemanning | 15 |
| Samarbeid | 17 |
| Rutiner, retningslinjer og utstyr | 21 |
| Erfaring og kompetanse | 23 |
| Informasjon og kommunikasjon | 28 |
| OPPSUMMERING | 31 |
| Vold og aggresjon i pasientsikkerhetsperspektiv | 31 |
| Behov for videre forskning | 32 |
| REFERANSER | 33 |
| VEDLEGG | 38 |
| Vedlegg 1: Flytskjema for identifikasjon av relevante hendelser | 38 |
| Vedlegg 2. Søkestrategi | 39 |

Forord

Melde for å lære

Spesialisthelsetjenesten har etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven plikt til å melde fra om «betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ført til betydelig personskade». Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten overtok ansvaret for ordningen fra Helsetilsynet i fylket 1. juli 2012. Formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten ved at meldingene skal brukes for å avklare årsaker til hendelser og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen.

Etter dette har Meldeordningen for uønskede hendelser i Kunnskapssenteret (Meldeordningen) mottatt nærmere 24000 meldinger fra spesialisthelsetjenesten. I perioden 1.7.2012-31.01.2013 ble det trukket ut 385 hendelser knyttet til vold og aggresjon.

Formålet med notatet er å synliggjøre systemrelaterte forbedringsområder som kommer fram i meldingene. Målgruppen er ansatte tilknyttet psykisk helsevern, men det retter seg også mot annet helsepersonell som kan ha ansvar for å takle aggresjon i jobben sin. Læringsperspektivet har vært førende for arbeidet med å identifisere meldinger som representerer systemproblemer og sortere disse i tema der det er mulig å oppnå forbedringer.

Det ble søkt etter forskningslitteratur på de definerte områdene for å finne dokumenterte tiltak for forbedring. Denne litteraturen og norske rapporter og utredningsarbeider ga grunnlag for diskusjon og eventuelle forslag fra Meldeordningen.

De ulike temaene illustreres gjennom typiske eksempler fra anonymiserte hendelser. Personidentifiserende opplysninger, stedsnavn og datoer er fjernet. Enkelte eksempler er forkortet og noen skrivefeil er rettet for å øke lesbarheten.

Anne Karin Lindahl
Avdelingsdirektør

Øystein Flesland
Seksjonsleder

Unni Krogstad
Prosjektleder

Innledning

Bakgrunn

James Reason, en av pasientsikkerhetstenkningens «fedre», hevdet at de fleste uønskede hendelser i helsesektoren ikke skyldes uunngåelige, menneskelige feil, men organisasjoners utilstrekkelighet i å beskytte pasienter mot konsekvenser av feil (1, 2). Arbeidet med notatet har lagt dette perspektivet på aggresjon og vold som pasientsikkerhetsproblem til grunn. Terapeutiske tiltak for spesifikke diagnoser eller individuell behandling behandles ikke her. Juridiske betraktninger om overlegg og straffeansvar ligger også utenfor dette notatets tematikk.

Pasientsikkerhetsarbeidet i psykisk helse deler mange av de risikofaktorer som er kjent i somatisk helse. Det er likevel noen særtrekk ved pasientsikkerhetsarbeid i psykisk helsevern. Eksempler på dette er situasjoner med potensiell eller manifest vold og aggresjon. En systematisk oversikt fra 2013 hevder at vold og aggresjon blant psykiatriske innlagte pasienter er utbredt. Variasjonen mellom land og behandlingssteder er stor, men et gjennomsnitt blir estimert til å tilsvare 3,5 hendelse per uke i en enhet på 16 senger. Det blir fastslått at dette påvirker det terapeutiske behandlingsmiljøet i sterk grad (3). Mer enn 136 000 personer i Norge mottok behandling i psykisk helsevern for voksne i 2013. Når det gjelder tverrfaglig spesialisert rusbehandling, er tallet over 23 000, og registerdataene viser at ruspasienter ofte også behandles i psykisk helsevern (4). Innholdet i meldingene til meldeordningen viser at begge pasientgrupper er representert i dette materialet.

Aggresjon og vold er både en subjektiv og en objektiv erfaring og virker skremmende på alle som opplever den (5). De aller fleste pasienter i psykisk helsevern representerer ikke risiko for skade på andre. Det er imidlertid en liten, men robust sammenheng mellom psykisk sykdom og vold (6). Dobbeltdiagnose (rusmisbruk og psykisk lidelse) øker risiko for vold. Fazel et al. argumenterer for at voldsreducerende strategier bør fokuseres mot å redusere rusmisbruk både blant befolkningen generelt og blant pasienter i psykisk helsevern (6).

Vold og trusler om vold i en behandlingseenhet kan være rettet mot medpasienter, personale, pasienten selv eller mot inventar. I alle tilfeller skaper utagering og trusselsituasjoner utrygghet i miljøet og representerer en pasientsikkerhetsrisiko både for utøver og for mulige ofre. En voldsepisode ses derfor i denne sammenhengen som en

pasientsikkerhetsrisiko både for den som er offer for vold og aggresjon, for vitner til - og for utøver/gjerningspersonen selv. Åpne trusler, utagering og voldsepisoder vil derfor bli behandlet som pasientsikkerhetshendelser i dette notatet uansett hvem eller hva truslene eller volden er rettet mot.

Pasientsikkerhet defineres av Nasjonal enhet for pasientsikkerhet som: *Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser.*

Vold i denne sammenhengen defineres som handlinger som med overlegg skader, skremmer, sårer eller har annen negativ påvirkning på mennesker (7). Selv om forskningen bekrefter at det er en sammenheng mellom psykisk sykdom og vold (6) er det å bli trigget til å utøve vold, utsatt for vold eller vitne til vold ikke en del av sykdommen. Det innebærer at så lenge pasienter er i «helsevesenets varetekt» bør forebygging av og skjerming mot direkte eller indirekte vold være en del av helsetjenestens ytelser. Tiltak er viktig for å forebygge akutte skader, men også for å forebygge langsiktige traumer og konsekvenser for pasientgruppen. Dette gjør pasientsikkerhetsarbeidet med denne typen uønskede hendelser viktig.

Åpen aggresjon er beskrevet som et vanskelig utslag av psykisk sykdom i kliniske situasjoner (8). Aggresjonen manifesterer seg imidlertid ikke bare i psykiatriske avdelinger. Helsepersonell og medpasienter i mottak og legevakter er også utsatt for aggresjon fra pasienter med psykiske lidelser (9). Mottatte meldinger om aggresjonshendelser fra intensivavdelinger og somatiske sengeposter er også vurdert til å ha et sammenfallende læringspotensial og er inkludert i den videre analysen.

Helsepersonell i psykisk helsevern må håndtere voldelige og truende situasjoner i daglig praksis. Utagerende pasienter utfordrer helsetjenestens kvalitetskrav om å være både trygg og virkningsfull (10). Det er lett å forstå at en hendelse som eksemplet under er en skremmende opplevelse for alle som observerer den.

Eksempel 1

Pasienten hadde fastvakt i miljø. Pasienten gikk ut av rommet sitt og inn på kjøkkenet i fellesarealet. Pleier fulgte med pasienten i henhold til program. Pasient kom plutselig ut av kjøkkenet med en brødkniv hevet over hodet. Pasienten kom målrettet mot ansatt som var fastvakt. Ansatt ropte til øvrige personale, men glemte å løse ut alarmen.

Meldingene om vold og aggresjon beskriver krevende arbeidssituasjoner og kunne også vært analysert med fokus på helsepersonellens sikkerhet. Meldeordningens mandat gjør det naturlig å behandle alle utageringsepisoder, også mot personell, som et pasientsikkerhetstema. Vi mener at pasientsikkerhetsperspektivet vil kunne tjene både personale og pasienter.

Metode

Meldingene er notatets «rådata». Et utvalg av meldingene ble sortert for å identifisere mønstre av hendelser. Analysen tar utgangspunkt i James Reasons modell for uønskede hendelser i helsetjenesten (1, 2) som illustrerer systemperspektivet på pasientsikkerhet. Notatet som helhet bygger på to datakilder:

1. Meldinger: Et uttrekk av meldinger om uønskede pasienthendelser fra Meldeordningens database, innkommet i perioden 01.07.2012 - 31.12.2013.
2. Litteratur: Et søkeresultat fra internasjonale forskningsdatabaser som beskriver forskning på vold og aggresjon.

Uttrekk fra database for å identifisere relevante hendelser

Meldinger knyttet til vold og aggresjon ble identifisert gjennom to trinn. Først ble relevante saker identifisert ut fra klassifikasjonen utført av Meldeordningens saksbehandlere. Alle hendelser klassifiseres etter WHO's rammeverk "Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety", heretter kalt WHO-klassifikasjonen. Hendelser som involverer vold og aggresjon er inkludert i kategorien «Patient Behavior». Kategoriene i engelsk originalversjon og de norske begrepene er vist i tabell 1 (intern oversettelse).

Tabell 1 Kategorier som involverer vold og aggresjon

| Kategorier | |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| Risky/Reckless/Dangerous | Truende/farlig |
| Verbal Aggression | Verbal aggresjon |
| Physical Assault | Fysisk overfall |
| Sexual Assault | Seksuelt overfall |
| Aggression toward an Inanimate Object | Angrep mot ting/utstyr/inventar |
| Death Threat | Dødstrussel |

Tekstuttrekk

For å få fram meldinger som involverte vold og aggresjon også blant ikke-klassifiserte hendelser, ble hendelser fra tekstuttrekk inkludert. Relevante begrep ble trukket ut ved hjelp av tekstsøk fra variablene «Hendelsesbeskrivelse», «Årsaksbeskrivelse» og «Sted for hendelsen» i meldingsdatabasen (se flytskjema, vedlegg 1):

Følgende begrep ble brukt: vold, trusler, truende, trussel, dytting, sparke/sparking, bite/biting, lugge/lugging, skalle/skalling, klore/kloring, aggresjon, aggresiv, utagerende, agiterende

Inklusjonskriterier:

- Hendelsen har skjedd i spesialisthelsetjenesten og er meldt som en pasientsikkerhetshendelse i aktuell periode
- Alle meldinger i databasen som er klassifisert i en av kategoriene i tabell 1.
- Alle meldinger identifisert ved tekstuttrekk etter søkebegrep nevnt ovenfor.

Eksklusjonskriterier:

- De identifiserte meldingene ble vurdert enkeltvis, og hendelser som ikke omhandler aggresjonsproblematikk ble ekskludert.
- Meldinger som beskriver individuell vurderingssvikt, behandlingssvikt eller respons på behandling er ekskludert.

Uttrekkene fra databasen ble gjort av én forsker (ES), gjennomlesing og gruppering av meldingene ble gjort av en annen forsker (UK) og kvalitetssikret av en tredje (ØE). Litteratursøk ble gjort av forskningsbibliotekar.

Enkeltmeldinger er ikke tolket eller analysert, men brukt som tematiske illustrasjoner. Personlige vurderingsfeil eller faglig uenighet er ikke en del av diskusjonen i notatet.

Vi viser enkelte tallmessige oversikter innledningsvis for å gi et bakgrunnsbilde av mottatte meldinger, men gjør oppmerksom på at antall meldinger ikke er det samme som antall hendelser. Kvantitative analyser av omfang og fordeling av «feil» er derfor ikke relevant her.

Litteratursøk

Vi søkte etter litteratur i følgende databaser:

- Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effect, Health Technology Assessment Database)
- CRD (Database of Abstracts of Reviews of Effect, Health Technology Assessment Database)

- MEDLINE
- PsycINFO

Søkeordene var tekstord og termer (hvor dette finnes) for vold/aggresjon/trusler kombinert med tekstord for pasienter uavhengig av diagnose. Vi søkte etter systematiske oversikter på engelsk og skandinavisk språk publisert i 2010 eller senere. Søkestrategiene ble fagfellevurdert. Søket ble utført i november 2014. De fullstendige søkestrategiene er gjengitt i vedlegg 2.

Litteratursøket identifiserte 449 unike artikler. Titler og sammendrag ble lest av én forsker med tanke på relevans, og 97 artikler ble innhentet i fulltekst og gjennomgått med fokus på pasientsikkerhet. Av disse ble 19 beholdt som relevante for læringsnotatet.

I dette notatet er oppsummert forskning anvendt der hvor det finnes. I tillegg henvises det til relevante rapporter, retningslinjer og annen «grå litteratur» fra norske og internasjonale pasientsikkerhetsorganisasjoner og helseforvaltning.

Resultat

Innmeldte hendelser

Alle meldinger til Kunnskapscenteret er sendt fra personell i spesialisthelsetjenesten. Uttrekket fra meldingsdatafila identifiserte 385 meldinger. Datafila inneholder ikke detaljert informasjon om pasient, melder eller hendelsessted. Tabellene nedenfor er derfor laget på bakgrunn av informasjon direkte fra meldingene der det finnes.

Hvor skjer de beskrevne hendelsene?

Tabell 3. Antall meldinger som beskriver stedet for utagering/voldshendelser (n=385). Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende da enkelte meldinger kan beskrive utagering flere steder i for eksempel et innleggelsesforløp.

| Hjemme | Under transport | I mottak | På poliklinikk | Psyk. institusjon /DPS | Somatiske avdelinger |
|--------|-----------------|----------|----------------|------------------------|----------------------|
| 19 | 14 | 20 | 2 | 260 | 50 |

Langt de fleste meldingene beskrev hendelser innenfor psykiatriske behandlingstilstander. Det er ikke mulig å skille mellom døgnbehandling og dagbehandling i dette materialet.

Hvem er involvert?

I den aktuelle samlingen meldinger kan det identifiseres 219 menn og 147 kvinner blant utøverne. Typen vold som ble utøvd varierte fra trusler, spyting, klyping – til slag, spark, «slåssing». Det er også meldt om én voldtekt.

Graden av vold og den frykten som trusselen om vold skaper, har sammenheng med fysisk styrke og potensiale for skade. Likevel viser meldinger at kvinner, på grunn av rus eller desperasjon, også kan utgjøre en betydelig trussel.

Eksempel 2

En kvinnelig pasient er urolig og svært truende natten mellom X. og XI. Hun har ingen respekt for kvinnelige ansatte. Hun smeller med dørene, kjefter og stormer mot personalet. Vi står i fare for å bli skadet både når hun smeller igjen dørene og når hun går mot oss. Vi har ingen ting å stille opp med. Hun roes kun med en mannlig fast ansatt tilstede. Det nytter ikke å ringe alarm, fordi pasienten holder det gående hele natten.

Tabell 4. Antall meldinger som beskriver trusler og vold mot ulike mål (n=385). Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende da enkelte meldinger kan beskrive utagering overfor flere.

| Trusler | Vold mot personale | Vold mot annen pasient | Vold mot seg selv | Vold mot pårørende/andre | Vold mot inventar |
|---------|--------------------|------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|
| 183 | 155 | 81 | 35 | 7 | 77 |

155 av meldingene gjaldt aggresjon mot personalet. Dette varierte fra direkte angrep til at personalet grep inn for å avverge aggresjon mellom pasienter. Utageringen kan være voldsom selv om den ikke er målrettet. Meldingene viste at fysiske tiltak og tvangsmidler av og til ses som nødvendig. Av de 385 meldingene beskrev 49 at politi var involvert eller måtte tilkalles, og 42 hendelser endte med at pasienten ble beltelagt.

Resultat av litteratursøk

Det systematiske litteratursøket identifiserte 449 referanser. Gjennomgangen av titler og sammendrag for referansene i treffmengden resulterte i at 97 artikler ble innhentet i fulltekst. Av disse ble 19 oversiktsartikler vurdert som relevant for problemstillingen og brukt i det videre arbeidet med læringsnotatet.

Ingen av artiklene gir effektestimater av gjennomførte tiltak, men de inkluderte artiklene gir en oversikt over hvilke deler av problematikken som er studert. I dette notatet er oppsummert forskning anvendt der hvor det finnes. På grunn av det sparsomme funnet av slik forskning ble det underveis søkt etter enkeltstudier i PubMed og i Google etter retningslinjer, norske og internasjonale rapporter og utredninger. I tillegg ble fagbøker og referater fra offentlig ordskifte benyttet etter innspill fra fageksperter.

Definisjon av pasientsikkerhet og videre analyse

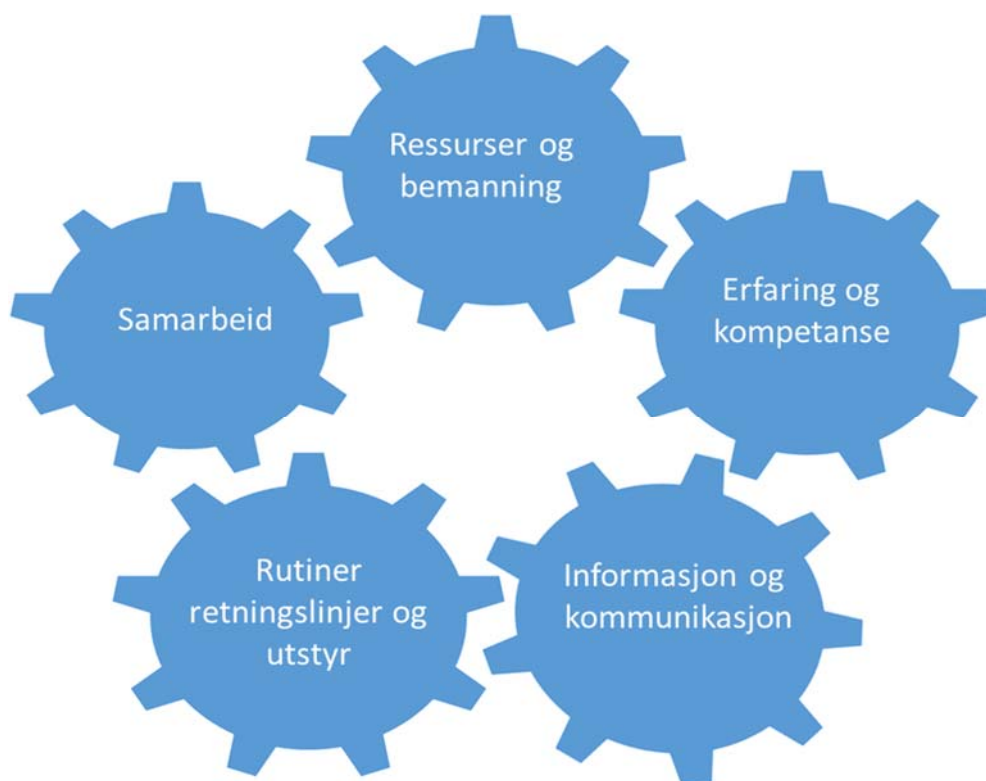
De 385 meldingene ble lest på nytt for å identifisere hendelser som kunne forklares eller påvirkes av forhold som rommes av definisjonen på pasientsikkerhet: *Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser.*

Inklusjonskriterier for videre analyse var derfor:

- Den beskrevne hendelsen innebærer direkte eller indirekte trusselopplevelse for en eller flere pasienter
- Den beskrevne hendelsen antas å kunne forebygges eller forbedres av systemrettede tiltak i helsetjenesten

Alle meldingene ble lest om igjen i dette perspektivet. Fem hovedkategorier av hendelser i følgende modell ble identifisert:

Figur 1. Fem gjensidig avhengige kategorier av systemsvakheter



Tabell 5. Kategorier av systemsvakheter som beskrives (n= 385). Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende og flere meldinger beskrev en kombinasjon av ulike systemsvakheter

| Ressurser og bemanning | Samarbeid | Rutiner, retningslinjer og utstyr | Erfaring og kompetanse | Informasjon og kommunikasjon |
|------------------------|-----------|-----------------------------------|------------------------|------------------------------|
| 26 | 25 | 45 | 10 | 8 |

Den følgende meldingen viser en typisk kombinasjon av manglende ressurser og mangel på klare retningslinjer for inntak av pasienter.

Eksempel 3.

Pas. har hyperaktivt delir, og nektet medisiner. Samt at han truet personalet på avdelingen. Pas. ble holdt nede av portvakter og personalet, og tvangsmedisinert. Vi har ikke bemanning til å ta på oss så vanskelige pas. når erfaring med samme pas viser at behandling vi kan tilby ikke har vært tilfredstillende.

Dette er ikke ansvarlig eller trygt hverken overfor denne pasient, personalet eller medpasienter på avdelingen.

Mange av meldingene har beskrevet situasjoner der kombinasjoner av ressurser, samarbeid, kommunikasjon og erfaring kan være mulige forbedringsområder. Vi forsøker likevel å diskutere de fem kategoriene hver for seg, og knytte relevant litteratur til hvert tema i det følgende.

Eksempler og diskusjon

Sammensatte årsaksforhold gjør det vanskelig å studere effekt av tiltak, og vi finner lite oppsummert forskning som kan gi godt grunnlag for å anbefale tiltak. Selv om vi ikke finner forskningsbaserte forslag til tiltak, kan det være meningsfullt å systematisere hendelsene tematisk for å peke på muligheter til videre tenking lokalt. Der hvor forskningen mangler, er ofte den lokale kompetansen den beste til å formulere forbedringsprosjekter eller forskningsspørsmål.

Pasientsikkerhet er Meldeordningens fokus. Vi har likevel valgt også å inkludere meldinger hvor personalet er offeret for aggresjonen. Det er flere grunner til dette. Den ene er at det er viktig å anerkjenne at personalets virkelighet i en jobbsituasjon med reelle trusler er krevende og stiller helt spesielle krav til balansen mellom pasienters autonomi og sikkerheten for både personell og pasienter. Dette feltet har både helsefaglige, juridiske og etiske aspekter.

Den andre grunnen er, at vi ved å betrakte alle åpne voldstilfeller som en trussel mot behandlingsmiljøet, anvender et systemperspektiv som kan bidra til å redusere personalets opplevelser av personlig svakhet, nederlag og ydmykelse som rapportert i flere studier (11, 12). Uten å ville bagatellisere HMS-aspektet ved sakene kan det hende at ved å skifte perspektiv fra å tenke på angrep på personell som en person- og personalsak, til et angrep på behandlingsmiljøet, kan gjøre det lettere å rapportere og dermed bedre oppfølgingen.

Den tredje grunnen er at om aggresjonen med bedre forebygging eller håndtering kunne vært unngått, må den sees på som en uønsket hendelse også fra utøverens side.

Ressurser og bemanning

Meldinger som peker på spørsmål om ressurser og bemanning kommer fra hele landet. Alle meldinger til Meldeordningen er anonyme og bortsett fra tilfeldige detaljer i beskrivelsene, har ikke Kunnskapssenteret kjennskap til hvilket behandlingsnivå eller sted som er involvert. Faktiske bemanningsproblemer kan derfor ikke underbygges av dette materialet. Nasjonale oversikter over bemanning i voksenpsykiatrien viser at antall årsverk pr. 10 000 innbyggere varierer noe mellom helseregioner, med Helse Nord som best bemannet i forhold til landsgjennomsnittet (13).

SAMDATA-rapporten viste 36 prosent nedgang i antall døgnplasser for voksne i psykisk helsevern for 2013. I løpet av opptrappingsplanen for psykisk helse, økte bemanningen i psykisk helse for voksne fram til 2006 da det flatet ut på ca 16 000 årsverk. Deretter har det vært en markert nedgang i bemanning i døgnavdelinger og en tilsvarende økning på dagbehandling og ambulant virksomhet (13).

Flere av meldingene peker på bemanning som en del av voldsproblematikken. Få studier ser på variabler i behandlingskonteksten og vi finner ikke kontrollerte studier som har undersøkt effekt av ressurs- eller bemanningsøkning. Det er likevel enkelte studier som diskuterer ulike sider ved bemanning som viktig for forebygging av vold (14).

Eksempel 4.

Bemanningen på natten var lav, og resterende personal var opptatt med bla. skjermingsvakter, og trygging av annen pas. inne på rom. To pasienter som var skjermet måtte forlates for å bistå med hjelp. Bemanningssituasjonen på natt bør vurderes kontinuerlig ut i fra inneliggende pasienters tilstand og med tanke på at det er mottakspost.

Cornaggia finner i en systematisk oversikt fra 2011, seks studier som rapporterer ulike aspekter ved bemanning korrelert med voldshyppighet. Tilstrekkelig bemanning, stabil bemanning, og kompetent bemanning hevdes å ha positiv virkning for reduksjon av voldshendelser. Studiene som rapporteres i oversikten er publisert i tidsrommet 1995 - 2009 og metodene varierer fra tverrsnittstudier og case-kontroll, til kohortstudier (14). En studie om holdninger til vold blant pasienter og personale fra Storbritannia i 2013 finner at både pasienter og personale mener at kvinnelig personale er viktig for å redusere voldsepisoder (15). På den annen side finner vi også studier som viser at kvinnelige sykepleiere, sammen med unge og uerfarne leger er mest utsatt når det gjelder aggresjonsutfall fra pasienter, og at de rapporterer vold hyppigst (12).

I en norsk surveystudie av både pasienter og personale ved et psykiatrisk sykehus fra 2002 om holdninger til tvangsmidler (restraint and seclusion), mener personalet at økt bemanning er det som kan redusere bruken av tvangsmidler (16). Denne studien er gammel men det finnes fortsatt ikke nasjonale retningslinjer for bruk av tvangsmidler. Det finnes derimot en fagprosedyre (17) som kan bidra til at variasjon som kan skyldes lokale holdninger hos ansatte, etterhvert kan reduseres. De gjennomgåtte meldingene viser at bruk av vektere, politi, belter og skjerming er relativt hyppig i norsk helsetjeneste.

På tross av forslagene i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (IS-1370) og regjeringens mål om å utvikle en tjeneste basert på frivillighet, tilgjengelighet, mestring og brukermedvirkning synes ikke omfanget av tvang i det psykiske helsevernet å ha blitt redusert. Samtidig viser statistikk til dels betydelige

geografiske forskjeller både når det gjelder tvangsinnleggelse og bruk av tvangsmidler. Man har ikke sikker kunnskap om hva disse forskjellene skyldes, men sannsynligvis har det flere årsaker, blant annet bemanning, kompetanse og måten tjenestene er organisert og dimensjonert på.

Ressurser og bemanning må ses i sammenheng med kompetanse. Det neste eksemplet viser at forholdet mellom pasientbehov og ressurser kan bli ekstra skjevt dersom den rette kompetansen ikke er til stede.

Eksempel 5.

Pas var nyoperert... Ønsket ikke å være på avdelingen, og ville hjem. Det ble satt i gang tvangstiltak §4A. Vekterne var innblandet, og måtte hjelpe til å få pas opp igjen til avdelingen. Det ble ikke leid inn ekstra personale til nattevakt. ...Pas var aggressiv og utagerende, og u.t måtte kontakte vektere flere ganger. Pas er svært ustø på bena, og burde hatt kontinuerlig tilsyn hele tiden. På morgenen fant pleier pasient på gulvet. Han hadde autoseponert drenet og falt på gulvet. Observerte et kutt som blødde ganske kraftig. Kontaktet bakvakt + turnuslege. Turnuslege kom for å tilse pas. Renset såret og sydde. Pas hadde ingen nevrologiske utfall. Det må være klarere rutiner på når man skal leie inn ekstra personale, spesielt ved tvangsvedtak og fare for både pasientens helse og helsepersonell.

En canadisk rapport fra 2009 argumenterer for at pasientsikkerhet i psykisk helsevern må ses i sammenheng med bemanning, kompetanse, personellsikkerhet og arbeidsforhold for øvrig (18). I tråd med denne rapporten finner også Anderson, som Cornaggio, at helsepersonell som er mest i kontakt med pasienter er de som er mest utsatt. Sykepleiere og unge, uerfarne leger nevnes spesielt. Et annet funn er at leger som ble fysisk angrepet av pasienter sjelden rapporterte dette videre, og at oppfølging etterpå var enda mer sjelden (11).

Noe av forklaringen på dette kan kanskje finnes i en oversiktsartikkel fra Journal of Safety Research, 2013 som blant annet viser at legers følelser i forbindelse med voldsutbrudd på jobben inkluderte både redsel, ydmykelse, selvkritikk og nederlag. Dette nevnes også i den Canadiske rapporten. Sykepleiere rapporterer også at de oppfatter å melde fra om voldshendelser som et svakhetstegn (12).

Samarbeid

Den nasjonale kvalitetsstrategien definerer helsetjenestekvalitet ut fra følgende seks områder, i tråd med WHO og andre land:

1. Virkningsfulle tiltak
2. Trygge og sikre tjenester
3. Involvere brukerne og gi dem innflytelse
4. God samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet
5. God ressursutnyttelse
6. Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling

Trygge og sikre helsetjenester forutsetter at sannsynligheten for feil og uønskede hendelser er redusert til et minimum. Dette innebærer igjen at det 4. punktet om god samordning og kontinuitet i tjenesten, er ivaretatt. Samarbeid er avhengig av både personer, struktur og kultur. Et systemperspektiv innebærer å bygge samarbeid inn i strukturene og ikke la det være opp til enkeltpersoners evne eller vilje til å løse utfordringer. Strukturer (regler) kan vedtas mens kultur (normer) for «hvordan vi gjør det her» må innarbeides, og personell må sosialiseres til en kultur over tid.

Etableringen av strukturelle og kulturelle rutiner for samarbeid er et lederansvar. Eksemplene under viser hvordan opplevd svikt i samarbeid kan fordre gjennomgang og diskusjon av både regler, kultur og personlige holdninger når det gjelder samarbeid.

Eksempel 6.

Både undertegnede og vakthavende nevroanestesilege kontaktet psykiatrisk bakvakt for å få tilsyn på svært motorisk urolig hallusinert pasient med hodeskade og rus/vold i anamnesen mtp videre medisinerings og håndtering av pasienten ev overflytting til psykiatrisk avdeling. Han ville ikke komme på tilsyn eller gi konkrete råd om medisinerings. Han sa at dette var nevrokirurgisk pasient som skulle følges opp av nevrointensiv overvåking dersom sengeposten hadde behov for assistanse.

Femti meldinger kom fra somatiske avdelinger og Tishler (9) beskriver at blant annet personell som jobber i mottaksavdelinger kan være særlig utsatt. Samtidig som en akutt innleggelse kan oppleves skremmende eller truende for pasienter, har klinikere i mottak-/legevakts avdelinger ofte mindre informasjon om aktuelle pasienters aggresjonsdisposisjon enn de kunne behøve fordi slik informasjonen er taushetsbelagt. Balansen mellom taushetsplikt og informasjonsplikt kan være vanskelig. Helsepersonell i somatiske avdelinger kan dermed være mer uforberedt og ha mindre erfaring til å håndtere slike situasjoner, noe som stiller ekstra store krav til samarbeid og samhandling.

En diskusjonsartikkel av Aggarwal (19) påpeker at svikt i samarbeidsforholdene mellom sykehusavdelinger representerer en trussel for pasientsikkerheten.

Prinsippene om hvordan best sikre informasjonsdeling og lage beredskapsplaner kan overføres fra ulike typer avdelinger selv om planene i seg selv må konkretiseres i hver enkelt avdeling. Det å ha diskutert og prioritert handlingsalternativer når vanlige retningslinjer er umulig å gjennomføre kan spare tid og i tilfellet med voldsproblematikk, også øke tryggheten for pasienter og personale.

En arbeidsgruppe ved *Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors* og *Massachusetts Hospital Association*, kom fram til en rekke råd på områdene kommunikasjon, samarbeid og informasjonsoverføring. Gruppen behandler følgende generelle spørsmål som utgangspunkt for sikre rutiner (20):

- Hvem skal rutinemessig motta informasjon?
- Hvem skal motta informasjon hvis primærkontakt ikke er tilgjengelig?
- Hvilken type informasjon krever ekstra rask og pålitelig tilbakemelding?
- Når skal informasjon aktivt tilbakerapporteres innen fastsatte tidsrammer?
- Hvordan skal pasientansvarlig helsepersonell kontaktes?
- Hvordan skal aktuelle informasjonsrutiner planlegges, støttes og vedlikeholdes?

Artikkelen gir konkrete og detaljerte råd om hvordan systemet kan bygges opp i samarbeidet mellom ulike typer avdelinger. I tillegg til konkrete råd gir artikkelen anbefalinger om å innføre en rutine for at kunnskap, tiltak og evaluering deles på tvers i organisasjonen (20).

Meldingene viser behovet for lederdiskusjoner på tvers av avdelinger. Ikke bare for nye regler og rutiner, men for når man bør og hvordan man kan heve blikket og se på pasientsikkerhet som felles utfordring. Samarbeid kan institusjonaliseres på mange nivåer. Tiltak for å bedre kommunikasjon og samarbeid i tilfeller som ligner de ovennevnte eksemplene kan iverksettes på lokalt nivå, og ledere bør gå foran med gode eksempler. I tilfeller med avdelingsoverskridende samarbeid er det viktig at kriseplaner ikke bare blir et administrativt vedtak, men at en aktivt forankrer beslutningen i alle relevante organisatoriske enheter, og på den måten jobber både med strukturer, personer og kultur.

Samarbeid har vært et gjennomgangstema i mange år på overordnet nivå. I Helsedirektoratets notat i 2006, om utbyggingen av en desentralisert spesialisthelsetjeneste er samarbeid et kjernebegrep (21). I en evalueringsrapport om arbeidsdeling og samarbeid mellom DPS og sykehus (22), beskrives en rekke tiltak som foreslått ovenfor ved at fagfolk hos DPS hadde hospitert ved sykehusavdelinger for å bli kjent med dem og lære noe som en kunne ta med tilbake til DPS. Men de opplevde ikke, eller i liten grad, interesse fra sykehusavdelingene for hospitering ved DPS. De fant også at det ved flere helseforetak hvor det ble arrangert felles undervisning, ofte var sykehusene eller helseforetaket som tok det største ansvaret for dette. Evalueringsrapporten viser både at det ofte er ulik motivasjon for gjensidig læring og samarbeid og at det tar lengre tid å snu kulturer enn å endre regler.

Samarbeid mellom etater og retningslinjer for inntak av pasienter til ulike behandlingsnivåer kan ikke alltid løses lokalt. Meldinger som den nedenfor peker på noen sider ved dette: Er denne pasienten på riktig sted? Har man de opplysningene som er nødvendig?

Eksempel 7.

Pasientens adferd har de siste dagene vært utfordrende for personalet og pasientene. Med dette menes truende adferd som eks. forsøk på skalling ned, opp i ansiktet på personalet, sperret vei for andre pasienter. Strengere rutiner ved inntak, mangelfulle opplysninger om pasienten. Situasjonen bør tas alvorlig ved første melding fra personalet, ikke "se an" situasjonen for lenge. Vi har ikke de ressursene på avdelinga her når slike situasjoner oppstår. Dette i henhold til sikkerhet for personale og pasienter - det bør komme først.

Selv om ingen andre pasienter ble skadet i dette eksemplet, vil en slik pasient i miljøet representere en pasientsikkerhetstrussel. Sårbare pasienter skal ikke utsettes for slik utrygghet i helsetjenesten. Eksemplet viser også at problemet er komplekst og ligger i skjæringspunktet mellom bemanning, samarbeid, informasjon og inntaksrutiner.

Når det gjelder samarbeid mellom somatikk og psykiatri er utveksling av journalopplysninger av betydning. Stortinget vedtok sommeren 2014 en ny pasientjournallov som skal legge til rette for at helsepersonell som yter helsehjelp, skal kunne få relevante og nødvendige opplysninger på en rask og effektiv måte, uavhengig av hvor pasienten har fått helsehjelp tidligere (23). Høringsrundene før vedtaket og debatten etterpå har vist at meningene om loven er delt. Grovt sett kan det se ut som om somatikk og psykiatri har stått på hver sin side i debatten. «Somatikken» har forsvart loven ut fra formålet å redde liv, mens «Psykiatrien» har representert skeptikerne ut fra personvern hensyn.

Meldingene viser opplevd svikt i samarbeid og informasjonsutveksling i institusjoner på tvers av avdelinger. De viser at det er forskjeller i fokus og arbeidskultur mellom ulike kliniske avdelinger. Diskrepans i prioritering er likevel ikke alltid uttrykk for uenighet eller uvilje men for ulik kompetanse, forståelse og arbeidspress.

Pasientsikkerhet er et relativt nytt begrep og først de senere år kommet inn i offentlige dokumenter som et systemansvar. Departementet foreslår at målet om bedre pasientsikkerhet reflekteres i lovens formålsbestemmelse, slik Helse Sør-Øst RHF foreslo i sitt hørings svar.

I høringsnotatet ble det foreslått at pasientjournalloven skal ha som formål å fremme kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, legge til rette for at helsepersonell som yter hel-

sehjelp kan gis tilgang til relevante og nødvendige helseopplysninger på en rask og effektiv måte, og legge til rette for at behandling av helseopplysninger ivaretar den enkeltes personvern.

Ofte kan det se ut som om det er behov for å starte med å gjennomgå og diskutere de formelle strukturene. I tillegg til retningslinjer og rutiner som er laget for å få gjennomsnittshverdagen til å gli, bør det lages «B-planer» som kan settes i verk ved kriser og akuttsituasjoner. Slike planer må forankres lokalt og bevisstgjøres gjennom diskusjoner og trening. Evalueringsrapporten fra SINTEF om samarbeid mellom DPS og sykehus (22) viser at dette ikke nødvendigvis går uten motstand.

Rutiner, retningslinjer og utstyr

Både i somatisk og psykiatrisk helsetjeneste krever akuttsituasjoner at det er klare retningslinjer – men også rom for fleksibilitet og improvisering. Dette stiller ekstra store krav til samarbeid i alle akutte og kritiske pasientsituasjoner.

Eksempel 8.

Akutt situasjon med en pasient som løp ut av avdelingen, tilsynelatende psykotisk. Fare for seg selv og andre. Jeg trykket på alarmknappen under disken i skranken, dette etter befaling fra leger. Det kom ingen sikkerhetsvakter, ringte derfor til vaktentralen. De skulle sende noen. Det gikk ca. 10 min, ingen kom. Ringte igjen, det gikk da flere minutter før det kom to vakter. Situasjonen var kritisk. Pasient og stab av leger og sykepleiere samt 2 sikkerhetsvakter forsøkte holde pasienten nede. Det var slag og spark. De to sikkerhetsvaktene ba meg ringe på forsterkning, hvilket jeg gjorde. Da svarte vedkommende på vekten at jeg måtte slutte å mase, ellers fikk han ikke gjort jobben sin!!! Alarmknappen MÅ virke! Sikkerhetsvakter må ta umiddelbart ansvar og ta innringere på alvor!

Eksemplet ovenfor peker både på en systemsvikt med manglende retningslinjer og arbeidsinstruks for respons på alarm.

I tillegg til regler og «instruks» tyder situasjonen på en mangel på kompetanse og forståelse for hva «alarm» betyr og for betydningen av eget ansvar. Det kan være en personlig svikt, men i et systemperspektiv er oppgaven å sikre at vektere og sikkerhetspersonell kan se for seg hvilke situasjoner som kan oppstå i kliniske avdelinger og forstår betydningen av å reagere korrekt og raskt. En melding som dette kan være et incitament til å lage et undervisningsopplegg med hospitering i relevante avdelinger. Erfaringsmessig vil økt forståelse og kjennskap bidra til større evne til fleksibilitet og samarbeid i akutte situasjoner.

Det neste eksemplet viser at pasienter med blandingsdiagnose gir organisatoriske utfordringer og at ressurser, organisering og rutiner henger sammen. Triagering av pasienter til rett behandlingsnivå er en del av dette bildet.

Eksempel 9.

Det er risiko for voldskade på personal/ pasienter i arbeidsmiljø og miljø utenfor institusjon etter at pasient med tidligere voldsproblematikk og opphold på sterkpost ble returnert Pas. truer penger fra medpasienter. Pas. er ruset og i manisk fase, tar ikke korreksjoner, skårer på alle varselsignaler i kriseplan. Institusjonen kan bli ansvarlig holdt ift at pasienten ikke får den behandling med skjerming for inntrykk, rustilgang og blamering som er anbefalt ift tilstand. Vår institusjon er DPS med ulåste dører og uten sikkerhetslementer som belteseng. Pas. er synlig ruset i posten og dealer rusmidler til medpasienter...

Dette eksemplet viser at det eksisterer en kriseplan, men at denne ikke blir/ kan bli fulgt. En gjennomgang av situasjonen med hendelsesanalyse kan være en måte å få synliggjort mulige forbedringsområder.

Eksempel 10.

Pas. hadde gått gjennom metalldetektor, den gav ingen kritiske utslag. Mottakssamtalen ble holdt på mottakskontoret. pas. drar opp en tapetkniv fra sokken. Pas. kommer truende mot personal med tapetkniv i hånden.

Eksempel 10 er mer konkret og viser betydningen av at sikkerhetsutstyr faktisk virker. Flere av meldingene viser at det finnes mekanisk eller elektronisk utstyr også i avdelinger innen psykisk helsevern, og disse kan svikte. Metalldetektorer og alarmer er eksempler på dette, men like viktig kan det være å sjekke at speil, dører, vinduer og annet inventar ikke kan knuses eller rives løs og brukes som våpen. Sjekklistene er innført som et nyttig sikkerhetsverktøy for ulike områder i helsetjenesten (24). I tråd med tenkingen bak WHO's sjekkliste for trygg kirurgi, er sjekklistene tilpasset for eksempel fødeavdelinger, pediatri og legemiddelhåndtering. En viktig faktor i implementeringen er at hele listen skal gjennomføres hver gang/dag (25). Et kvalitetstiltak kan være å sette opp en liste over alt utstyr, og lage rutine for kontroll som skal utføres til fast tid daglig. Alt personale bør ha rullerende ansvar for, og delta i denne kontrollen slik at alle er kjent med utstyret. Kontrollen signeres daglig av utfører slik at alle kan se at det er gjort. I somatiske akuttavdelinger blir elektronisk utstyr (for eksempel defibrillatorer, respiratorer og lignende) sjekket daglig. Tilsvarende rutiner bør finnes i psykiatriske avdelinger.

Det hender også at faglige retningslinjer er vanskelig gjennomførbare innenfor rammen av tilgjengelige ressurser.

Eksempel 11.

Avd. hadde fått innlagt en pasient med lang og farlig voldshistorie og som har vært innlagt ved sikkerhetsavd. Av sikkerhetsmessige grunner skal det alltid være 2 personale tilstede der pas. er skjermet. Det var på dette tidspunktet 4. personale på vakt på natt. Pas. viste gjennomgående uro og aggressive tilløp fra 21.00 til 04.00. og det var kontinuerlig høy risiko for farlig utagering. Vi valgte derfor å ha 1.pers. i beredskap i tillegg til de to faste. Dette medførte at et personale hadde oppsyn med resten av avd. noe som resulterte i manglende tilsyn og oppfølging av de resterende 9 pasientene. Denne situasjonen er lang fra enestående og gjentar seg med jevne mellomrom uten at det blir tatt tak i.

Retningslinjer skal i størst mulig grad bygges på forskningsmessig evidens. En canadisk litteraturgjennomgang viste som vårt eget søk at det er lite konklusiv forskning på effekt av tiltak for å forebygge/begrense vold i psykiatriske institusjoner (26).

Det må også sies at ikke alle situasjoner kan forutses og forebygges:

Eksempel 12.

*Pas. utagerer mtp å komme seg ut av avdelingen. Forsøker å knuse vindu i ytterdør på skjerming. Lykkes med å ødelegge dør, men kommer seg ikke ut. Går inn på rommet når flere personell kommer til. Utagerer etter kort tid på nytt ved å kaste noe mot romdøren. Ved tilsyn har pas. revet løs luftevinduet. Man lukker døren da pas. ikke tilgjengelig for å roe seg ned, og man ser at vinduet vil kunne brukes mot døren. Pas. er svært aggressiv og veltrent. Man beslutter å tilkalle politiet da pas. har flere remedier å agere med. Disse remedierne er ting som hører hjemme på skjermingsrom, og som pas. klarer å løfte og kaste. (!)
Idet politiet er varslet har pas. klart å sparke ut gitteret foran vinduet, samt metallpersiennene foran vinduet. deretter har han sluppet seg ned på bakken og forlatt stedet. Politiet varsles om dette, og skal lete etter pas.*

Erfaring og kompetanse

Kompetansebegrepet er omfattende og rommer både den profesjonell fagkunnskapen som anses som nødvendig og gyldig, de praktiske ferdighetene som må besittes, og holdninger både til kunnskap, pasienter og samarbeidspartnere.

Helsedirektoratet ga i 2011 ut rapporten «Kvalitet og Kompetanse i psykisk helsevern» (27). Rapporten viser hvordan gjeldende føringer kan operasjonaliseres og

hvordan tiltak på de ulike nivåer henger sammen og på hver sin måte bidrar til arbeidet for økt kvalitet. Den henvender seg først og fremst til fagpersoner som arbeider med kvalitetsforbedring, men kan også være til nytte for beslutningstakere. Gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) er tilbudet til personer med psykiske lidelser blitt styrket. Det tar likevel lang tid å bygge opp kompetanse på et så komplekst område.

Formell kompetanse og opplæring

De fleste avdelinger jobber nå i tverrfaglige team. SAMDATA-rapporten (13) viser at det er allsidig formell kompetanse i psykisk helsevern, men fortsatt er en ganske stor andel av personalet (i underkant av ti prosent) uten helse- eller sosialfaglig utdanning. Tallene stemmer med oversiktstall fra SSB. Meldeordningen har ikke bakgrunnsinformasjon til å kunne si noe om den faktiske bemanning og kompetanse i avdelinger som har meldt hendelser til oss.

Eksempel 13.

U.t ble forespurt om å assistere i 3 etasje grunnet urolige pasienter og lav bemanning. Etter ca en halvtime på posten ble det utløst alarm da det ble oppdaget at den ene pasienten hadde knust speilet sitt, tatt speilbiter som våpen og satt inne på badet på rommet sitt og skrek tidvis. Det ble først forsøkt å få pasient til å gi fra seg våpenet gjennom oppfordringer fra personalet. Da dette var åpenbart uten noen effekt ble det vurdert av posten at man skulle gå inn, dekket av tepper og ta fra pasienten våpenet. U.t påpekte da at det var lite handlingsrom til å ta fra pasienten våpenet, at det var ingen her som hadde kompetanse eller beskyttelsesutstyr til å ta fra pasienten våpenet, og at TERMA forsvant det øyeblikket pasient hadde laget seg ett våpen. De ansvarlige på posten var enig i dette og ringte da avdelingslederen for å informere at politiet ville nå bli tilkalt. Politiet ble tilkalt, fikk tatt fra pasient våpenet og la pasienten i belter.*

** Terapeutisk møte med aggresjon (TERMA), modell som skal redusere graden av makt og tvang*

En systematisk oversikt fra 2012 (28) undersøkte legers forberedelse for å takle voldsproblematikk. Tilsammen femten tverrsnittstudier har beskrevet at mellom 20 % og 80 % av legene i psykiatriske avdelinger og ca 30 % av legene fra ulike somatiske avdelinger, hadde en eller annen form for trening i håndtering av voldsepisoder. Det ble ikke funnet noe formelt kurs eller pensum på dette området, heller ikke retningslinjer for oppfølging etter erfarte episoder.

I Norge er det utarbeidet fagprosedyrer som også er relevante for dette feltet. Helsebiblioteket har i samarbeid med Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer blant annet prosedyrer for bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern. Disse er tilgjengelig i Helsebiblioteket (17).

Praktisk opplæring og trening

Det er ansvarshavende i posten som skal lede og iverksette bruk av mekanisk tvangsmiddel, eller delegere denne oppgaven til en medarbeider med tilstrekkelig realkompetanse. Det er også et lederansvar å sørge for opplæring og trening og å legge en plan for kriseintervensjoner på et så tidlig tidspunkt som mulig. Flere av eksemplene viser at dette ikke alltid er ivaretatt.

Eksempel 14.

Pasient måtte beltelegges (armer, ben og magebelte) på post i tillegg til å bli fysisk holdt nede i seng i ca 50 min av personale uten nødvendig opplæring rundt disse tvangsmidlene. Pasienten var svært utagerende og har fått både skraper fra sengehest og blåmerker på bl.a håndledd etter holding. Tvangen ble forsøkt utført så skånsomt som mulig, og som siste utvei etter å ha forsøkt å prate pasienten ned i en lengre periode uten hell. Pasienten ble satt i fare på bakgrunn av ukyndig personell, og personalet ble satt i fare da de måtte gå inn i en svært aggressiv situasjon uten nødvendig opplæring.

Andersen et al hevder i en oversiktsartikkel at i tider med budsjettbegrensninger kan regelmessig og strukturert gjennomføring av risikovurdering være en rimelig og effektiv måte å triagere rett og redusere vold på (11). Et mye anvendt risikokartleggingsinstrument som også er brukt i Norge er Historical-Clinical-Risk Scheme (HCR-20) fra 1997 (29).

Et annet instrument brukt i Norge er Brøset Violence Checklist (BVC) som ble omtalt i Dagens Medisin allerede i 2001 (30). Dette instrumentet er basert på norsk forskning (31, 32), og har fått internasjonal oppmerksomhet. Det er beskrevet som et kort og praktisk verktøy for alle som observerer pasienten. Almvik (31) understreker imidlertid at det ikke må brukes som en fasit, men som et hjelpemiddel.

Bruk av slike instrumenter er imidlertid ikke ukontroversiell. Det finnes flere instrumenter for strukturert risikovurdering i bruk og i en systematisk oversikt fant Singh et al. (33) stor variasjon i resultater fra bruken av slike standardiserte verktøy. De advarer derfor mot for stor tillit til slike, særlig når det gjelder høyrisikopasienter. Han påpeker også at risikovurdering må inkludere fysiske og sosiale kontekster og at en utvikling av en konkret risikohåndteringsstrategi også må gjøres på systemnivå. I en senere studie dokumenterer Singh at bruk av risikohåndteringsstrategier fortsatt ikke er gjennomført som rutine i klinisk praksis (34).

Typisk for mange krisesituasjoner i helsetjenesten er at situasjonen kan være uoversiktlig med behov for tiltak som krever ulike typer kompetanse. Utvikling av pasientsikkerhet som et eget satsingsområde internasjonal helsetjeneste er i stor grad hentet

fra sikkerhetstenkning i andre bransjer, for eksempel luftfart. En av ideene hentet derfra er å bruke in situ simulering som metode for å forberede seg på kritiske hendelser (35). Simulering har vært brukt som trening innen akuttmedisin og fødselshjelp med gode resultat (35, 36). Selv om settingen vil være forskjellig er det generelle trinn i simuleringstreningen som kan overføres til andre typer avdelinger. Hamman (37) inkluderer tre viktige trinn i simuleringsteknikker

- Beskriv aktuelle scenarier så konkret som mulig: Omgivelser (lokale, gjenstander, avstander), personer (kompetanse, roller), hendelsestype, sikkerhetsrisiko
- Gjennomgå tiltaksalternativer helt konkret, med fysiske øvelser: Hvem gjør hva, prioritering og rekkefølge, utstyr, ta tiden på ulike tiltak (slå alarm, nøytralisere)
- Umiddelbar debriefing: Hva fungerte, hva tok for lang tid, visste alle hvor nødvendig utstyr var? Var dette i orden? Største utrygghetsfaktorer? Kritisk kompetanse?

Flere meldinger kan egne seg som øvingseksempler for situasjonell trening. For eksempel dette:

Eksempel 15.

Pasienten prøvde gjentatte ganger å komme ut fra avdelingen, forsøkt stanset av 4 personer. Grep tak rundt pasienten bakfra og dro ham bort fra døren. Han forsøkte å sparke og slå. Lot ham skli ned på gulvet. Holdt armen hans slik at han lå rolig. Pasienten reiste seg opp etter en kort stund, prøvde igjen å sparke og slå. Holdt rundt armene hans for å hindre ham i å slå.

SICL : Traumatisk hodeskade- beskytte personell og pasient

Sikkerhetsvakter tilstede. Vi trenger temakurs for å bedre ruste personalet for slike situasjoner

Som eksemplene i notatet viser blir voldsepisoder ofte møtt med tvangstiltak. Kunnskapscenterets systematisk oversikt, *Effekt av tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne* (38), viser at kriseplaner og systematisk risikovurdering er tiltak som kan redusere bruk av tvang i psykisk helsevern – og kanskje også redusere vold. To klyngerandomiserte studier i oversikten (39, 40) viste at systematisk risikovurdering kan redusere antall tilfeller av aggresjon hos pasienter som er innlagt på akuttpsykiatrisk avdeling. Når både leger og sykepleiere trenes i å bruke kontinuerlige risikovurderinger og målingene diskuteres regelmessig på tverrfaglige møter, vil dette ikke bare være kompetansehevende, men også holdningsskapende. Oppsummeringen konkluderte med at systematisk risikovurdering av pasienter som er innlagt på akutt psykiatrisk avdeling kan redusere bruk av tvangsmidler og antall tilfeller av aggresjon. Dokumentasjonen var imidlertid av lav kvalitet, og rapporten konkluderer med at det trengs flere studier før man kan konkludere.

Erfaringskompetanse

Kompetansen som behøves for å takle aggresjon og vold er sammensatt, og i situasjoner med voldsutbrudd føler mange ansatte seg hjelpeløse og utilstrekkelige. Flere studier rapporterer at lang erfaring i psykiatrien generelt og mer spesielt, erfaring med voldsproblematikk er gunstig for å dempe aggresjonsnivå og å takle manifest voldsutøvelse (5).

Eksempel 16.

Pasienten er f.o.m kvelden XX.XX økende urolig. Går mye fram og tilbake i gangene og oppleves noe aggressiv i kroppsspråk. Forholder seg i midlertid i lengere perioder på rommet sitt. Pasienten svarer ikke på tilsnakk og nekter ta imot medisiner. Har i løpet av natten holdt rommet i store perioder, men har de siste 1,5-2 timer blitt vurdert av personale til å være lite tilgjengelig og truende av personal. En har valgt å holde avstand til pasienten, pga truende kroppsspråk, svært mørkt og stirrende blick. Pasienten har ved flere anledninger stilt seg opp og stirret på personal i flere minutter. Når nattevakten skal forlate avdelingen, stiller pasienten tett opp i personal, og personal velger å ikke gå ut. Pasienten går da inn på rommet, starter å brøle og skrike inne på rommet. Alarm blir utløst. Mange personal kommer til. En prøver å snakke til pasienten, men han oppleves svært kaotisk og ukontrollerbar. Er truende mot personal, og pasienten presser seg ut i gangen. Begynner da å slå og sparke mot døra, og en velger å låse pasienten inne på gangen. Pasienten prøver å knuse vinduet i døra, slår og sparker med stor kraft. Slår med stor kraft i ruta med knyttet never, og det er en del blodsøl etter små kutt på hendene. Politiet blir kontaktet for å bistå. Og en må ringe x3 for å få hjelp. Politiet kommer til avdelingen og bistår med og få kontroll på pasienten. En velger å beltelegge og medisiner pasient etter kontakt med forvakt.

Lillevik og Øyen skriver i sin bok *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon* (41) at forebygging av aggresjon og vold bør foregå på mange nivå og bør være tilstede som en gjennomgående tankegang i organisasjonen (s 47). Begrepene primærforebygging, sekundærforebygging og tertiærforebygging representerer tiltak på ulike nivåer i helsetjenesten. Holdningsarbeid kan være gjennomgående og aktuelt på alle disse nivåene. Erfaringskunnskap kobles hos Lillevik og Øyen gjennom refleksjon til begrepet personlig kompetanse (side 133-150).

Helsedirektoratets rapport *Kvalitet og kompetanse* (27) hevder at til tross for at det ble satset mye på kvalitets og kompetansehevede tiltak vet man fortsatt lite om innholdet i de tjenestene som blir gitt. Det er derfor behov for et tydeligere fokus på kvalitet, kompetanse og evaluering i årene som kommer.

En informasjonskilde for å få vite noe om tjenestenes kvalitet kan være å spørre pasienter eller helsearbeidere. Kunnskapssenteret ga i 2014 ut rapporter om både pasienters og fastlegers erfaringer med DPSer. Erfaringsundersøkelsen blant voksne pasienter med døgnopphold innen psykisk helsevern viste at pasientene stort sett føler seg

trygge ved institusjonen de er i (42). Fastlegene ble blant annet spurt om å vurdere DPSenes kompetanse. Det nasjonale bildet viser at det er geografiske forskjeller i tilbudet til befolkningen (43).

Danmark har tradisjonelt ligget foran Norge i utvikling av kvalitetsindikatorer og pasientsikkerhetstekning. I 2011 utga organisasjonen «Danske regioner» rapporten Kvalitet i psykiatrien, som blant annet inneholder en liste over 10 kvalitetsindikatorer for psykiatri. Et notatet fra Kunnskapscenteret beskriver metodene for utvikling av kvalitetsindikatorer for utvalgte organisasjoner og nasjoner (WHO, OECD, USA/IOM, Canada og Danmark) (44). For at kvalitetsindikatorer skal være gode nok til å ha legitimitet i fagmiljøene er det viktig at personell med erfaringskompetanse er med i arbeidet.

Informasjon og kommunikasjon

En god og sikker helsetjeneste er avhengig av at de som skal håndtere krevende pasientsituasjoner har all relevant informasjon. Manglende informasjon kan forekomme mellom alle ledd i behandlingsskjeden på samme måte som manglende samarbeid, og kan være et problem i alle typer avdelinger og på alle nivåer.

Det er tidligere påpekt at spesialisthelsetjeneste er et komplekst system, på samme måte som pasienter har komplekse behov. Pasienter med kroniske somatiske sykdommer kan få behov for psykisk helsevern i perioder og omvendt; pasienter med atferdsproblematikk kan ha behov for innleggelse i somatiske avdelinger. For å gi god pleie og behandling er det nødvendig å kjenne pasientens helhetlige behov.

Ulik tradisjon når det gjelder å balansere taushetsplikt mot opplysningsplikt kan være bakgrunn for at opplysninger ikke er gitt. Selv om taushetsplikt er et viktig prinsipp i all helsetjeneste har stigmatisering av psykisk syke, og kanskje spesielt i grensesnittet mot kriminalomsorgen, gjort at mange er ekstra varsomme med å gi ut opplysninger om enkeltpasienter. I somatisk helsetjeneste er tankegangen oftere at all relevant informasjon ses som nødvendig for å sikre liv og helse. En del av meldingene til Meldeordningen gjaldt pasienter som har vist aggressiv atferd i somatiske avdelinger hvor personalet har vært helt uforberedt på situasjonen.

Eksempel 17.

Aggressivitet hos pasient må opplyses om i henvisningstekst/fra avdeling når vi ringer ned pasient til undersøkelse. Denne pasienten burde ikke kommet ned alene, men hatt vakter med seg.

Vi burde hatt trygghetsalarm på nattevakt når vi står så mye alene som vi gjør

Voldsrisiko er dynamisk og kan endre seg ut fra den situasjonen pasienten er i. En kan tenke seg at en undersøkelse- eller behandlingssituasjon kan være angstutløsende hos en sårbar pasient og utløse ukontrollerbar atferd, en uønsket hendelse, ikke bare for omgivelsene som blir angrepet, men også for pasienten som ikke blir møtt med erfaring og profesjonalitet.

Generelt kan en si at en innenfor et fagfelt deler en viss referanseramme når det gjelder risikoforståelse. Ved kommunikasjon på tvers av avdelinger, for eksempel mellom somatiske og psykiatriske avdelinger, mangler denne felles referansen, og det kan være nødvendig med mer eksplisitt informasjon.

Eksempel 18.

Pasient som skulle til CT-undersøkelse av hode/hjerne. Ingen opplysninger i henvisningstekst om aggresjon.

..... Jeg snakket med ham og prøvde å forklare at han måtte ligge stille slik at vi fikk tatt undersøkelsen. Han våknet plutselig og begynte å kjefte, reiste seg opp og truet med vold.

Han slo og fektet med armene og var ikke langt fra å treffe meg. Så ville han ut, jeg lot ham gå, men styrte ham mot akuttmottaket hvor jeg fikk hjelp av vaktleder og flere sykepleiere. I kampens hete kom jeg ikke på telefonnummeret til vekterne, men akuttmottaket tok kontakt. vi var en hel gjeng fra røntgen, akuttmottak og portørene, samt en vokter som fulgte ham rundt på huset, politiet ble kontaktet, men de hadde ikke tid å komme raskt. 3 portører og en vokter fulgte ham opp.

Det stod ingenting i henvisningen om at pasienten kunne være aggressiv.

Portøren hadde fått beskjed, men sa ingenting til oss for han regnet med at XX hadde meddelt dette til oss.

Vakthavende radiolog fikk også beskjed etter hendelsen, om at undersøkelsen ble avbrutt og hvorfor.

Dette var en meget truende situasjon, og jeg fryktet at jeg skulle bli slått ned.

I eksempel 18 manglet informasjon om at dette var en pasient med aggresjonsproblemer som skulle undersøkes. Svikt i flere informasjonsledd førte til en belastende situasjon for både pasient, personale og medpasienter som så pasientens ferd gjennom sykehuset. Situasjonen kunne kanskje ha vært unngått med bedre informasjon og forberedelser.

Helsevesenet er av de grupper som lengst har hatt en lovregulert taushetsplikt, og bestemmelsene i legeloven av 1980 ble i stor grad videreført i den generelle helsepersonelloven av 1999. Synet på forholdet mellom konfidensialitet og informasjonsutveksling er imidlertid ikke statisk. Fra 2000 har mange tatt til orde for økt samarbeid og bedre informasjonsutveksling mellom ulike offentlige etater. NOU 2010: 3, *Drap i Norge i perioden 2004- 2009* diskuterer blant annet taushetsplikt, opplysningsplikt og -rett (45). Her belyses blant annet at en for streng praktisering av taushetsplikt

rundt folk med alvorlige psykiske lidelser i verste fall kan føre til vold og drap. Diskusjonen berører alle nivåer for så vidt som de lovpålagte restriksjonene (strukturene), også nedfeller seg i de faglige kulturene og får dermed betydning på individnivå.

Diskusjonen er også ført i det offentlige rom, blant annet i NRK Fordypning 29.1.2014. I diskusjonen, *Taushetsplikten er et problem*, hevder psykiater Randi Rosenquist, at: «For helsepersonell har taushetsplikten ofte vært hellig. Men selv med dagens lovgivning er det mulighet til å dele informasjon mellom etater. Når NAV, kommunen, fastlegen, psykiatrien og kanskje politiet skal samarbeide om en person, er det viktig at de har lov til å snakke sammen om denne personen». Psykologspesialist Pål Grøndahl påpekte at der Norge har taushetsplikt om alvorlig psykisk syke, har våre naboland opplysningsplikt (46).

Både NOU 2010: 3 og NRK-programmet viser både faglige, juridiske og etiske dilemmaer i diskusjonen om taushetsplikt kontra opplysningsplikt. I dette notatet ønsker vi å legge til pasientsikkerhetsperspektivet.

Meldeordningen har imidlertid også fått meldinger som viser at opplysningsplikt kan misbrukes:

Eksempel 19.

Sykepleier fra legevakten som kommer med henvisningen ser på pasienten, som sitter/står i venterommet og sier høyt: "Denne pasienten må dere være obs på, han har vært svært aggressiv, truet personale i Legevakten, knust to stoler og èn dør borte på Legevakten i natt. Nå har vi på Legevakten bestemt at pasienten ikke får komme inn hos oss mer, uten at han har følge med politiet." Dette sier hun i påhør av ikke bare pasienten, men det sitter flere pasienter på venterommet.

Det er kanskje nettopp slike episoder som kan få enkelte til å innta den strengeste posisjonen i diskusjonen om taushetsplikt. En annen strategi kan være å holde diskusjonene om temaet ved like, både i helseutdanning og i avdelinger.

Oppsummering

Vold og aggresjon i et pasientsikkerhetsperspektiv

Meldingene om vold og aggresjon i spesialisthelsetjenesten har vist pasientsikkerhetsutfordringer i et behandlingsmiljø og en arbeidssituasjon som kan være dramatisk. Meldeordningens oppgave er å fokusere på mulige systemforbedringer for å øke pasientsikkerhet.

Meldingene i seg selv gir verdifull læring både enkeltvis og sortert i mønstre. Etter en samlet gjennomlesing ble det identifisert fem problemområder som er gjensidig avhengige av hverandre og må ses i sammenheng.

Litteratursøket ble gjennomført med utgangspunkt i disse fem områdene for å finne dokumentasjon på mulige forbedringsforslag. Mye utredningsarbeid er publisert, men lite forskning på effekt av voldsforebygging generelt og på organisatoriske, systemrettede tiltak spesielt. Men selv om det er sparsomt med dokumenterte effekter, fant vi relevante temaer som er forskningsbelyst.

- Vi fant en systematisk oversikt som tyder på at tilstrekkelig bemanning, stabil bemanning, og kompetent bemanning kan ha positiv virkning på reduksjon av voldshendelser (14).
- Samarbeidsproblemene som viser seg i meldingene, gjelder nesten alltid samhandling over avdelingsgrenser. Dette innebærer ofte behov for strukturell forbedring av rutiner. Forbedringer må starte hos ledere, samtidig som alle må være ansvarlig for å bygge en god samarbeidskultur. Prinsippene om samarbeidsrutiner og kriseløsninger fra *Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors* kan være overførbare (20). Felles læring over fag- og avdelingsgrenser kan bedre samarbeidsforståelse og kultur.
- Mange av meldingene beskriver problemer i skjæringspunktet mellom bemanning, samarbeid og uklare rutiner. Inntakskriterier og triagering ser ut til å være et område med behov for oppmerksomhet. Retningslinjer og utstyr som er viktig i akutsituasjoner, er ikke alltid oppdatert og kontrollert. Meldingene gjenspeiler også at det i tillegg til faste rutiner er behov for å ha krisehåndteringsplaner. Det er et lederansvar å sørge for at både rutiner og krisehåndteringsøvinger er på plass.

- Erfaring og kompetanse i å forebygge og takle situasjoner med potensiell eller manifest vold er krevende og fordrer kontinuerlig utvikling, vedlikehold og bearbeiding. Vi fant god dokumentasjon bak forslagene om å bruke risikovurderingsinstrumenter som hjelpemiddel (31, 32, 39, 40). I tillegg kan det være nyttig å se på bruk av simulering som treningsmetode (35, 37). Ellers er boken til Lillevik og Øien et nytt og norsk bidrag i arbeidet med vold og aggresjon (41).
- Når det gjelder kommunikasjon og informasjon viser meldingene hvilke problemer som kan oppstå når psykisk helsevern gir mangelfull informasjon om potensiell aggresjon til somatisk helsetjeneste eller andre etater. Dette temaet er sentralt i den pågående diskusjon om personvern og opplysningsplikt.

Behov for videre forskning

Flere av de innhentede oversiktsartiklene og Kunnskapssenterets rapport om tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern (38), påpeker behovet for mer forskning.

Både faglitteratur og utredningsarbeider har påpekt at problemstillinger i dette fagfeltet ofte ligger i skjæringspunktet mellom politikk, etikk og fag (27, 41, 45). Det kan gi ofte forskningsmessige utfordringer, og innebærer at man må være åpen for at kunnskapsutvikling på feltet må skje ved hjelp av et bredt metodetilfang.

Kvalitative analyser av uønskede hendelser kan gjøres lokalt ved hjelp av hendelsesanalyse (47) og være et bidrag i et pasientsikkerhetsperspektiv.

Referanser

1. Emanuel L, Berwick D, Conway J, Combes J, Hatlie M, Leape L, et al. Advances in Patient Safety: What Exactly Is Patient Safety? I: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, red. Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol 1: Assessment). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. s.
2. Reason J. James Reason: patient safety, human error, and Swiss cheese. Interview by Karolina Peltomaa and Duncan Neuhauser. Qual Manag Health Care 2012;21(1):59-63.
3. O'Shea LE, Mitchell AE, Picchioni MM, Dickens GL. Moderators of the predictive efficacy of the Historical, Clinical and Risk Management-20 for aggression in psychiatric facilities: systematic review and meta-analysis. Aggression and Violent Behavior 2013;18(2):255-270.
4. Helsedirektoratet. Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk (TSB) Oslo: Helsedirektoratet 2014. (Rapport IS-2171).
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-voksne-og-tverrfaglig-spesialisert-behandling-av-rusmiddelmissbruk-tsb>
5. Privitera M, Weisman R, Cerulli C, Tu X, Groman A. Violence toward mental health staff and safety in the work environment. Occup Med (Lond) 2005;55(6):480-486.
6. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. PLoS Med 2009;6(8):e1000120.
7. Vold og overgrep. Helsedirektoratet [Oppdatert 21.05.2014; Lest 19.03.2015]. Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/psykisk-helse/vold-og-overgrep>.
8. Allen A, Links PS. Aggression in borderline personality disorder: evidence for increased risk and clinical predictors. Current Psychiatry Reports 2012;14(1):62-69.
9. Tishler CL, Reiss NS, Dundas J. The assessment and management of the violent patient in critical hospital settings. Gen Hosp Psychiatry 2013;35(2):181-185.
10. Sosial- og helsedirektoratet. ...og bedre skal det bli! : Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. (Veileder IS-1162).

<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-20052015>

11. Anderson A, West SG. Violence against mental health professionals: when the treater becomes the victim. *Innov Clin Neurosci* 2011;8(3):34-39.
12. Pompeii L, Dement J, Schoenfisch A, Lavery A, Souder M, Smith C, et al. Perpetrator, worker and workplace characteristics associated with patient and visitor perpetrated violence (Type II) on hospital workers: a review of the literature and existing occupational injury data. *Journal of Safety Research* 2013;44:57-64.
13. Huseby BM (red). Samdata – Spesialisthelsetjenesten 2013. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. (Rapport IS-2194).
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samdata-spesialisthelsetjenesten>
14. Cornaggia CM, Beghi M, Pavone F, Barale F. Aggression in psychiatry wards: a systematic review. *Psychiatry Res* 2011;189(1):10-20.
15. Pulsford D, Crumpton A, Baker A, Wilkins T, Wright K, Duxbury J. Aggression in a high secure hospital: staff and patient attitudes. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2013;20(4):296-304.
16. Wynn R. Medicate, restrain or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital. *Scand J Caring Sci* 2002;16(3):287-291.
17. Andersen A-T, Dramsdahl M, Haugen E, Johannessen J, Loftesnes U, Olsen G, et al. Mekaniske tvangsmidler – bruk i psykisk helsevern. Helse Bergen [Oppdatert 23.10.2012 Lest 23.02.2015]. Tilgjengelig fra:
<http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/fagprosedyrer/mekaniske-tvangsmidler-bruk-i-psykisk-helsevern>.
18. Brickell TA, Nicholls T, A., Procyshyn R, M., McLean C, Dempster R, J., Lavoie JAA, et al. Patient safety in mental health. Edmonton, Alberta: Canadian Patient Safety Institute and Ontario Hospital Association; 2009
<http://www.patientsafetyinstitute.ca/english/research/commissionedresearch/mentalhealthandpatientsafety/documents/mental%20health%20paper.pdf>
19. Aggarwal S, Sharma A, Sharma R. Seeking better inter-departmental cooperation in healthcare settings. *Indian J Med Ethics* 2010;7(3):180.
20. Hanna D, Griswold P, Leape LL, Bates DW. Communicating critical test results: safe practice recommendations. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2005;31(2):68-80.
21. Sosial- og helsedirektoratet. Distriktpsikiatriske sentre - med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet 2006. (Veiledere IS-1388).
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/distriktpsikiatriske-sentre-med-blikket-vendt-mot-kommunene-og-spesialiserte-sykehusfunksjoner-i-ryggen>
22. Ruud T, Gråwe R. Arbeidsdeling og samarbeid mellom DPS og sykehus. Oslo: SINTEF Helse; 2007. (SINTEF A1203).
<http://www.sintef.no/Publikasjoner/Publikasjon/?pubid=SINTEF+A1203>

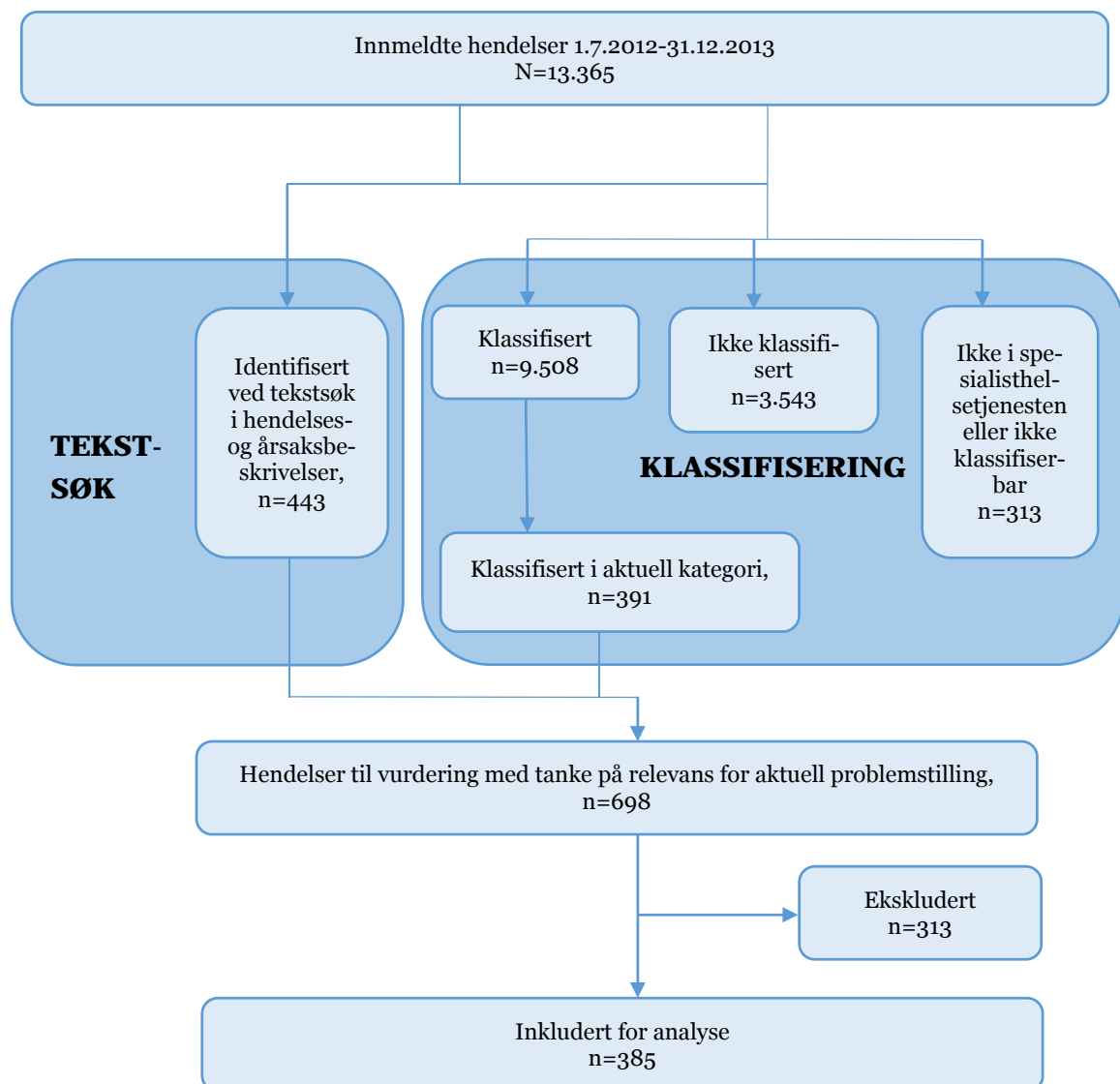
23. Det kongelige helse og omsorgsdepartement. Prop. 72 L (2013–2014) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). Pasientjournalloven og helseregisterloven <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/Prop-72-L-201320141/id756657/?docId=PRP201320140072000DDDEPIS&q=&navchap=1&ch=5>
24. Braham DL, Richardson AL, Malik IS. Application of the WHO surgical safety checklist outside the operating theatre: medicine can learn from surgery. *Clin Med* 2014;14(5):468-474.
25. van Zanten AR, Brinkman S, Arbous MS, Abu-Hanna A, Levy MM, de Keizer NF. Guideline bundles adherence and mortality in severe sepsis and septic shock. *Crit Care Med* 2014;42(8):1890-1898.
26. CADTH. Programs to manage aggressive behaviour in long-term care patients: a review of clinical effectiveness, cost-effectiveness, and guidelines. *CADTH Technol Overv* 2010;1(1):e0103.
27. Helsedirektoratet. Kvalitet og kompetanse : - om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre. Oslo: Helsedirektoratet 2011. (Rapport IS-1914). <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitet-og-kompetanse-om-hvordan-tjenestene-til-mennesker-med-psykiske-lidelser-og-rusproblemer-kan-bli-bedre>
28. Kwok S, Ostermeyer B, Coverdale J. A systematic review of the prevalence of patient assaults against residents. *J Grad Med Educ* 2012;4(3):296-300.
29. Douglas K, Ogloff J, Nicholis T, Grant I. Assessing risk for violence among psychiatric patients : the HCR-20 violence risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist : screening version. *J Consult Clin Psychol* 1999;67(6):917-930.
30. Aakervik A-L. Hvem blir voldelige og hvem blir ikke? . *Dagens medisin*. [Lest 25.02.2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/hvem-blir-voldelige-og-hvem-blir-ikke/>.
31. Almvik R, Woods P, Rasmussen K. Assessing risk for imminent violence in the elderly: the Broset Violence Checklist. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22(9):862-867.
32. Linaker OM, Busch-Iversen H. Predictors of imminent violence in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92(4):250-254.
33. Singh JP, Serper M, Reinharth J, Fazel S. Structured assessment of violence risk in schizophrenia and other psychiatric disorders: A systematic review of the validity, reliability, and item content of 10 available instruments. *Schizophr Bull* 2011;37(Suppl 5):899-912.
34. Singh JP, Fazel S, Gueorguieva R, Buchanan A. Rates of violence in patients classified as high risk by structured risk assessment instruments. *The British Journal of Psychiatry* 2014;204(3):180-187.
35. Hamman WR, Beaudin-Seiler BM, Beaubien JM, Gullickson AM, Orizondo-Korotko K, Gross AC, et al. Using in situ simulation to identify and resolve latent environmental threats to patient safety: case study involving operational changes in a labor and delivery ward.[Retraction in Carroll JG. *Qual Manag*

- Health Care. 2011 Jan-Mar;20(1):86; PMID: 21192212]. Qual Manag Health Care 2010;19(3):226-230.
36. Riley W, Davis S, Miller K, Hansen H, Sainfort F, Sweet R. Didactic and simulation nontechnical skills team training to improve perinatal patient outcomes in a community hospital. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2011;37(8):357-364.
 37. Hamman WR, Beaudin-Seiler BM, Beaubien JM, Gullickson AM, Orizondo-Korotko K, Gross AC, et al. Using simulation to identify and resolve threats to patient safety. *Am J Manag Care* 2010;16(6):e145-150.
 38. Dahm K, Leiknes K, Husum T, Kirkehei I, Hofmann B, Myrhaug H, et al. Tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern hos voksne Oslo Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2012. (Rapport fra Kunnskapssenteret 09–2012).
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekt-av-tiltak-for-a-reducere-tvangsbruk-i-psykisk-helsevern-for-voksne?vis=sammendrag>
 39. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer JE. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008;193(1):44-50.
 40. van de Sande R, Nijman HL, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, van der Staak C, et al. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *Br J Psychiatry* 2011;199(6):473-478.
 41. Lillevik OG, Øien L. Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
 42. Kjøllesdal J, Iversen H. Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern : resultater etter en landsdekkende undersøkelse i 2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2014. (PasOpp-rapport Nr 9–2014).
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienters-erfaringer-med-dognopphold-innen-psykisk-helsevern-resultater-etter-en-landsdekkende-undersokelse-i-2014?vis=sammendrag>
 43. Sjetne I, Holmboe O. Fastlegers vurdering av distriktpsykiatriske sentre : resultater i 2014 og utvikling over tid. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2014. (PasOpp-rapport Nr 4–2014).
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/fastlegers-vurdering-av-distriktpsykiatriske-sentre.resultater-i-2014-og-utvikling-over-tid>
 44. Saunes I. Psykisk helsetjeneste - utvikling av kvalitetsindikatorer. Oslo Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2006. (Notat fra Kunnskapssenteret juni 2006).
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/psykisk-helsetjeneste-utvikling-av-kvalitetsindikatorer>
 45. Drap i Norge i perioden 2004 – 2009 : Utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 24. april 2009. Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 3. mai 2010. Oslo: Statens forvaltningstjeneste; 2010. (NOU 2010:3).
<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/NOU-2010-3/id602257/?docId=NOU201020100003000DDDEPIS&q=&navchap=1&ch=8>

46. Hammerstad K, Hansen S. - Taushetsplikten er et problem. nrk.no. [Oppdatert 29.01.2014; Lest 29.01.2014]. Tilgjengelig fra:
(<http://www.nrk.no/fordypning/vil-rydde-opp-i-taushetsplikten-1.11472886>)
47. Socialstyrelsen. Riskanalys & händelseanalys : handbok för patientsäkerhetsarbete. 2. rev. uppl. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009

Vedlegg

Vedlegg 1: Flytskjema for identifikasjon av relevante hendelser



Vedlegg 2. Søkestrategi

Søkedato: 06.11.2014

Antall unike søketreff: 449

Ansvarlig: Bibliotekar Elisabet Hafstad

Cochrane Library

| ID | Search | Hits |
|----|--|------|
| #1 | ((violen* or aggress* or threat* or assault* or harass* or abusive or dangerous*) and (patient* or inpatient* or outpatient* or out-patient*)):ti | 519 |
| #2 | ((violen* or aggress* or threat* or assault* or harass* or abusive or dangerous*) near/3 (patient* or inpatient* or outpatient* or out-patient*)):ab | 783 |
| #3 | #1 or #2 Publication Year from 2010, in Cochrane Reviews (Reviews and Protocols), Other Reviews and Technology Assessments | 34 |

CRD

| ID | Search | Hits |
|----|---|------|
| #1 | ((violen* or aggress* or threat* or assault* or harass* or abusive or dangerous*) and (patient* or inpatient* or outpatient* or out-patient*)):TI | 23 |
| #2 | ((violen* or aggress* or threat* or assault* or harass* or abusive or dangerous*) near3 (patient* or inpatient* or outpatient* or out-patient*)) | 55 |
| #3 | #1 or #2 IN DARE, HTA FROM 2010 TO 2014 | 18 |

Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations, Ovid MEDLINE(R) Daily, Ovid MEDLINE(R) and Ovid OLDMEDLINE(R) 1946 to Present

| # | Searches | Re- sults |
|---|--|--------------|
| 1 | ((violen* or aggress* or threat* or assault* or harass* or abusive or dangerous*) and (patient* or inpatient* or outpatient* or out-patient*)).ti. | 4918 |
| 2 | ((violen* or aggress* or threat* or assault* or harass* or abusive or dangerous*) adj3 (patient* or inpatient* or outpatient* or out-patient*)).ab. | 13594 |
| 3 | Meta-Analysis.pt. or (systematic* review* or meta-analy* or metaanaly*).ti,ab. | 127669 |
| 4 | health planning guidelines/ or guideline.pt. or practice guideline.pt. or consensus development conference.pt. or (guideline* or guidance or recommendation?).ti,ab. | 408952 |
| 5 | (1 or 2) and (3 or 4) | 1019 |
| 6 | limit 5 to yr="2010 -Current" | 392 |

PsycINFO 1806 to October Week 5 2014

| # | Searches | Results |
|---|---|---------|
| 1 | patient violence/ | 1052 |
| 2 | ((violen* or aggress* or threat* or assault* or harass* or abusive or dangerous*) and (patient* or inpatient* or outpatient* or out-patient*)).ti. | 1935 |
| 3 | ((violen* or aggress* or threat* or assault* or harass* or abusive or dangerous*) adj3 (patient* or inpatient* or outpatient* or out-patient*)).ab. | 3694 |
| 4 | ("systematic review" or "meta analysis").md. or (systematic* review* or meta-analy* or metaanaly*).ti,ab. | 32077 |
| 5 | (guideline* or guidance or recommendation?).ti,ab. | 130869 |
| 6 | (1 or 2 or 3) and (4 or 5) | 340 |
| 7 | limit 6 to yr="2010 -urrent" | 101 |

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Notat: ISBN 978-82-8121-949-6

April 2015

 kunnskapssenteret