



MAP prehospital

PROSESS OG BAKGRUNN

Hvem tilbyr dette nå

- Verge
- RESIMA
- TMA
- MAP
- ReBAS

ReBAS

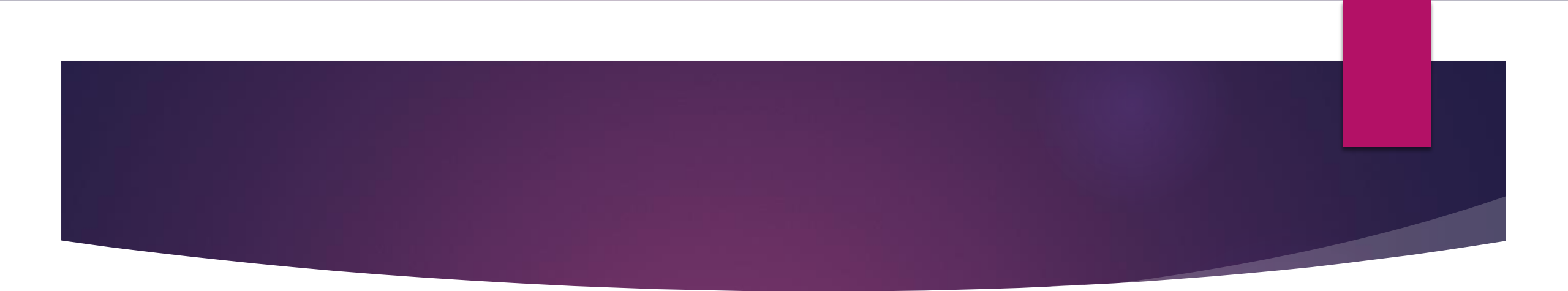
ReBas: «Jo bedre man er på forebygging, herunder kommunikasjon, kunne lese situasjonsbilde godt, ta gode, trygge avgjørelser basert på adekvat informasjon, dess mindre

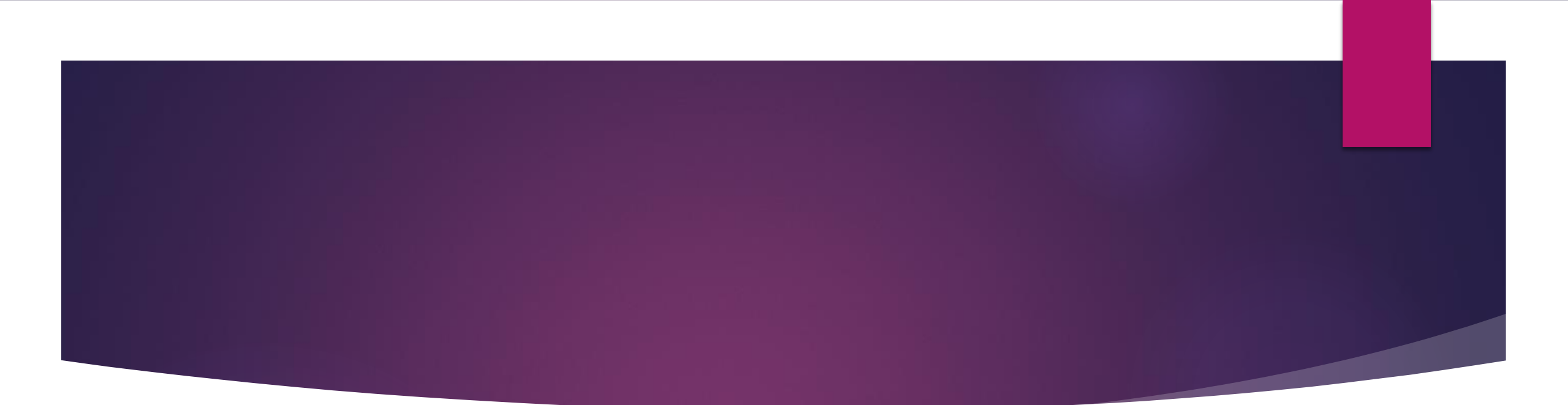
sjanse for trusler og vold og behov for fysiske teknikker.

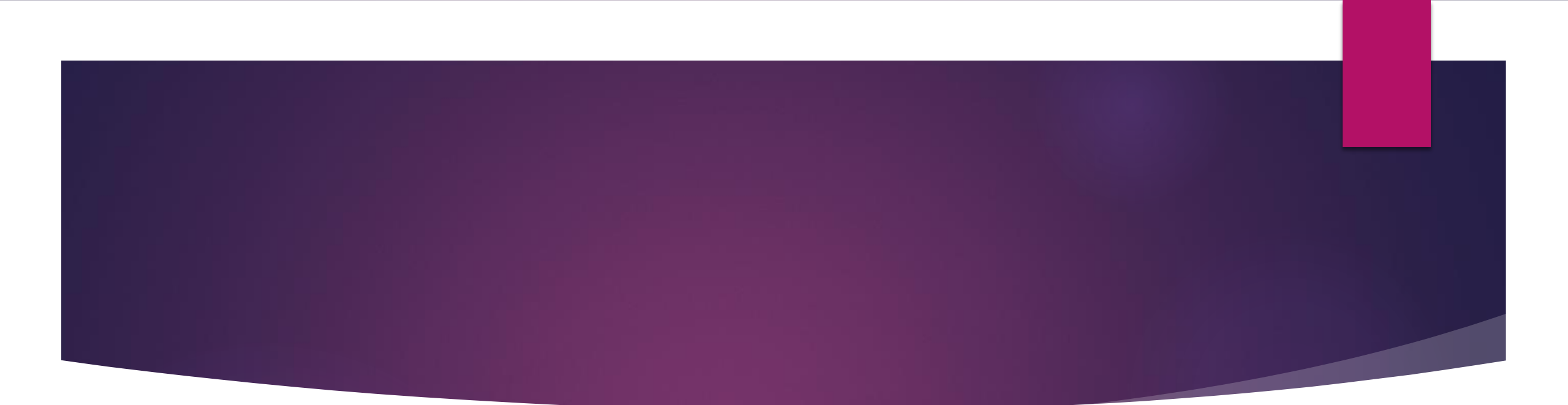
Like viktig er evnen til å se hele mennesket, møte pasienten med respekt, empati og en

inkluderende holdning, herunder evnen til å skape gode relasjoner.»

Jarle Lexau

- 
- ▶ Større risiko prehospitalt
 - ▶ Mindre kurs
 - ▶ Mindre kunnskap
 - ▶ Mindre fokus i utdanningen

- 
- Teknikker
 - Jus
 - Samarbeid
 - Setting

- 
- Spredning
 - Gjennomslag
 - Oppfølging

Bakgrunn for prosjektet MAP

- ▶ Tilby en standardisert, kunnskapsbasert og kvalitetssikret opplæring av medarbeidere
- ▶ Utarbeide en opplæringsmanual for instruktører som skal undervise ansatte i møte med aggresjons- og voldsproblematikk i helse- og sosialsektoren
- ▶ Definere beste praksis

Forankring

- ▶ Styringsgruppe forankret på RHF-nivå
- ▶ Omtalt i nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023
- ▶ Anbefalt i nye nasjonale faglige råd om redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern

Nasjonalt koordinatorknettverk

- ▶ Erfaringsutveksling og dialog
 - ▶ implementerings- og driftsfremmere og -hemmere
 - ▶ faglige problemstillinger
 - ▶ organisatoriske og systemiske problemstillinger
 - ▶ forbedringsområder
- ▶ Deling av fag- og kvalitetsarbeid
- ▶ Rapportere på aktivitet
- ▶ Fremme samarbeid mellom foretakene

Kunnskapsgrunnlaget

Kunnskapsbasert praksis

- 10 teorikapitler skrevet av eksperter på området
- Evidensbaserte modeller



- Fagnettverket i MAP
- Deltakere

- Erfaringsmedarbeider
- Brukerorganisasjoner

(MAP) er et kunnskapssenter for helsetjenesten

Hva består
opplæringsprogr
ammet av?

Tema i kurset

Grunnkurset

Dag 1

[0800-0900](#): Aggresjonsforståelse
[0900-1000](#): Voldsrisikovurdering og håndtering
1000-1100: Fysiske teknikker
1100-1200: Fysisk trening
1200-1230: Lunsj
1230-1330: Fysisk trening
1330-1430: Voldsforebygging
1430-1530: Forebyggende kommunikasjon

Dag 2

[0800-0900](#): Deeskalering
[0900-1000](#): Selvregulering
1000-1100: Samhandling
1100-1200: Fysisk trening
1200-1230: Lunsj
1230-1330: Fysisk trening
1330-1430: Håndteringsstrategier i kritiske situasjoner
1430-1530: Etterarbeid

Hvert kapittel består av 3 deler

En teoridel

Kapittel 1 - prototype

Agresjon og agresjonsforståelse

Læringsmål:

Deltakeren på todagerskurset skal:

1. *Forstå* og *ha kunnskap* om ulike definisjoner, kategorier og former for agresjon og *forstå* forskjellene mellom disse
2. *Kjenne* til forekomst av agresjon og vold i ulike populasjoner
3. *Forstå* ulike forklaringsmodeller
4. *Kjenne* til individuelle og situasjonelle årsaker for vold og agresjon (omtales igjen i risikovurderingskapittelet)
5. *Kjenne* til beslutningsteori (repeteres i senere kapitler)

Del 1: Teoretisk og empirisk bakgrunn

Agresjon og agresjonsproblemer

Av Ragnar Urheim, [Bb,Q](#)

Begrepsavklaring og kjennetegn

Ordet agresjon byr på utfordringer. Mens det er enighet om at vold innebærer mer alvorlige handlinger, som i HCR-20⁹ (2014): «faktisk, forsøk på eller trusler om fysisk skade på annen person», varierer bruk av betegnelsen agresjon både i dagligtale og faglitteratur. Et sentralt aspekt ved aggressive handlinger vil være at de er rettet mot å skade andre og for vår bruk at de kan beskrives ved hjelp av anerkjente kartleggingsredskap. Avgrensning av hvilke handlinger som inkluderes kan variere. Bruk av SOAS-R (Nijman, m.fl. 1999) innbefatter at rent

minst forsøk på fysisk krenkelse eller skade, eller trussel om dette.

En vid definisjon av hva som skal kalles agresjon kan gi en større gråsoner. Vi kan stå overfor handlinger som skremmende sinneutbrudd, omtale av alvorlige voldstanker, eller fiendtlige holdninger. Slike uttrykksmåter kan vekke frykt uten at vi kan si sikkert om hensikten er å true. På samme måte kan det være uklart om hensynsløs og risikabel atferd er tilskilt. Kjennskap til utøverens kan bidra til avklaring, men vi må regne med flere

Vi møter svært ulike agresjonsdefinisjoner i faglitteraturen. Dette kan delvis knyttes til at mange legger vekt på atferd og samspill med omgivelsene, mens andre er opptatt av aspekter som ikke behøver være direkte observerbare som emosjonelle kjennetegn, kognitive aspekter eller underliggende motiv. Ofte vil agresjon være knyttet til konfliktrelaterte følelser, og sinne kan stå sentralt i noen definisjoner. Det er imidlertid viktig å understreke at vi kan være sinte uten å handle aggressivt, og utøve agresjon uten å være sinte. Skuffelse, opplevelse av krenkelse eller av provokasjoner, ofte med grensesetting som foranledning, kan føre til irritasjonsutløst agresjon.

Definisjoner kan også legge vekt på kognitive aspekter ved at agresjonsutøveren vurderer situasjonen og tar avgjørelser. Det er viktig å forstå hva det kan være ved utøverens opplevelse, tenkning og holdninger som kan bidra til dette. Agresjonsdefinisjoner har tradisjonelt også lagt vekt på impulser og drivkrefter. Det kan være viktig å forstå om handlingen kan knyttes til ulike motiv som f.eks. spenningsreduksjon, gjengjeldelse, ønske om kontroll eller opplevd frykt.

Beskrivelse av aggressiv atferd og mulig samspill med omgivelsene er en sentral oppgave og kan støttes ved bruk av registreringsredskap. Forståelse av andre sider ved agresjon, som holdninger og motiv er viktig, men vanskeligere å beskrive på en pålitelig måte.

Hva kjennetegner normalagresjon og hvor vanlig er vold?

Vi er mest voldelige i de første leveårene. Normalt reduseres slik atferd når den

følelser bedre, vi utvikler selvkontroll, evne til å ta andres perspektiv og dermed til empati, vi lærer av bedre måter å løse konflikter (Nærde, A. m.fl. 2012). Et slikt utviklingsforløp skjer i hovedsak i førskolealder. Av både biologiske og sosiale årsaker er det ikke alle som klarer dette, noe som kan innebære en kronisk sårbarhet knyttet til agresjonsproblemer.

Verdens Helseorganisasjon beskriver vold som et av de største helseproblemer i verden, og peker på at drap er den viktigste dødsårsaken i enkelte aldersgrupper i noen verdensdeler (WHO, 2002). Aggressivitet varierer betydelig mellom individer, og aggressivitet kan være knyttet til ulik personlighetsstil. Noen synes kun å være sårbare for provokasjoner, mens andre er generelt mer tilbøyelige til å velge aggressive løsninger. Noen aggressive barn kan ha en kognitiv slagside som fører til misoppfatning av andres hensikter (Crick & Dodge, 1996). Det er også klare kjønnsforskjeller mht. aggressivitet, og dette kommer særlig frem ved alvorlig vold. Funksjonelle sammenhenger kan variere, f.eks. kan kvinner ha større hemninger mot voldsutøvelse (Campbell, 2006).

Det er stor forskjell mellom aksept og bruk av vold i ulike kulturer og historiske epoker. Det er stor forskjell i drapsrate mellom ulike nasjoner og regioner, f.eks. Skandinavia vs. Latin-Amerika og ulike stater i USA. Det er funnet stor reduksjon i voldsrate globalt gjennom historiske epoker (Pinker, 2011) og innen samme land vil også agresjonsnivået kunne variere betydelig over tid. Drapsraten i Norge økte betydelig siste halvdel av forrige århundre, men har deretter sunket, mens anmeldelser av vold og

En undervisningsveileder



Læringsmål – Ha kunnskap om hva voldsrisiko håndtering innebærer (monitorering, restriksjoner, behandling og beskytte mulige offer)

Få frem at voldsriskohåndtering kan innebære flere tiltak og at det er vanlig å vurdere forebyggende tiltak innenfor fire hovedområder: a) monitorering b) restriksjoner, c) behandling og d) beskytte mulige offer. De fleste pasienter med voldsrisiko har flere ulike tiltak i sin plan for risikohåndtering.

Illustrer med eksempler på hvilke elementer av risikohåndtering som kan være nødvendige for å redusere risikoen til Knut både i et korttids og langtidsperspektiv (eksemplene under er forslag, du må gjerne erstatte de med egne eksempler).

Monitorering: Knut må ta ukenlige urinprøver på bakgrunn av at dersom han kuser seg på amfetamin, blir han tiltakende mistenksom og utrygg, noe som igjen øker voldsriskoen hans. Han profilerte også på samtaler med sin miljøkontakt i begynnelsen av hver vakt. Dette gjør han både trygg på vedkommende, samt at personalet kan observere dagsformen hans.

Restriksjoner: I perioder hvor Knut er svært mistenksom, får han kun gå ut med følge av personal. Grunnen for dette er at han lettere benytter seg av rusmidler når han er alene ute. Han blir også i perioder med høy mistenksomhet skjært i kortere perioder. Dette ettersom skjerming/erfaringsmessig hjelper han med å få økt og tettere kontakt med personalet, og gjenetablere tilliten i relasjonene.

Behandling: For Knut er det viktig å gi han større innzicht i hva som fører til at han blir økende mistenksom (rus og stress), og at han lærer seg å kjenne igjen egne tidlige tegn på forverring slik at han kan sette inn egne tiltak tidligere (gå turer, avlede tankene med musikk, snakke med personalet).

Beskytte mulige offer: Volden har tidligere ofte blitt rettet mot hans sønner. Det er laget en avtale med henne om hva hun skal gjøre dersom hun merker tegn til forverring hos Knut. Råd om håndteringsstrategier bør alltid ta utgang i minst effektive inngrepsprinsipper, det vil si ikke være mer inngripende enn det som er nødvendig, og stå i forhold til alvoret i faren en prøver å forhindre. Sagt på en annen måte skal en strukturert risikovurdering bidra til at nødvendige tiltak iverksettes, og ikke viktig, til at nødvendige tiltak unngås.

Når en skal vurdere mulige effektive forebyggende tiltak er det viktig å ha fokus på de relevante risikofaktorene, altså de forholdene man antar er årsaksmessig knyttet til voldsrisiko. Så langt som mulig bør tiltakene ha som formål å hjelpe personen til selv å velge andre løsninger enn voldsutøvelse. Når det ikke er mulig, eller tilstrekkelig, handler tiltak om å begrense personens reelle mulighet til å påføre andre alvorlig skade.

Monitorering: Dette handler om å finne og beskrive tiltak som kan fange opp endringer i risikobildet. Dette er viktig da voldsrisiko er et dynamisk og kontekstavhengig fenomen. Eksempler på monitorering kan for være fastsatte tidspunkt for møte med psykisk helsearbeider i hjemmet hvor det da kan observeres flere faktorer (psykisk helse, generell tilstand i hjemmet, mat, søppel, lukk, renhold osv.). Et annet eksempel er urinprøver for å kontrollere bruk av rusmidler eller blodprøver for å kontrollere serumkonsentrasjon på medikamenter.

Restriksjoner: Med restriksjoner menes tiltak som begrenser en persons bevegelsesfrihet eller rettigheter slik at det blir vanskeligere å utøve vold. Sagt med andre ord handler dette punktet om å prøve og begrense personens kapasitet til å utøve vold.

Behandling: Dette handler om å finne behandlingsmessige tiltak som kan rettes mot de mest relevante risikofaktorene. Formålet er å bedre personens psykososiale fungering slik at sannsynligheten for at han eller hun bestemmer seg for å utøve vold reduseres. Eksempel på behandling kan være politisk samtale en gang i uken ved et DPS med fokus på sinnemestring.

Beskytte mulige offer: Med offerbeskyttelse menes tiltak som kan bidra til å øke mulige offers evne til å ivareta egen sikkerhet. Slike tiltak kan for eksempel øke mulige offers evne til å gjenkjenne varsel signaler, unngå uheldige samspills mønstre eller varsle ulike instanser. Et annet eksempel på beskyttelse av offer kan være beskjedsforbud (vurderes av politiet).

Refleksjonsoppsmål:

- Hvilke tiltak benytter dere innenfor monitorering, restriksjoner, behandling og beskyttelse av mulige offer?

Egne notater:

Hva innebærer en implementering av MAP- modellen?

- ▶ 1. Grunnopplæring: Alt klinisk virksomt personell skal gjennom et todagers grunnkurs
- ▶ 2. Integrasjon: Det må legges til rette for systematisk vedlikeholdsopplæring
- ▶ 3. Etterlevelse:

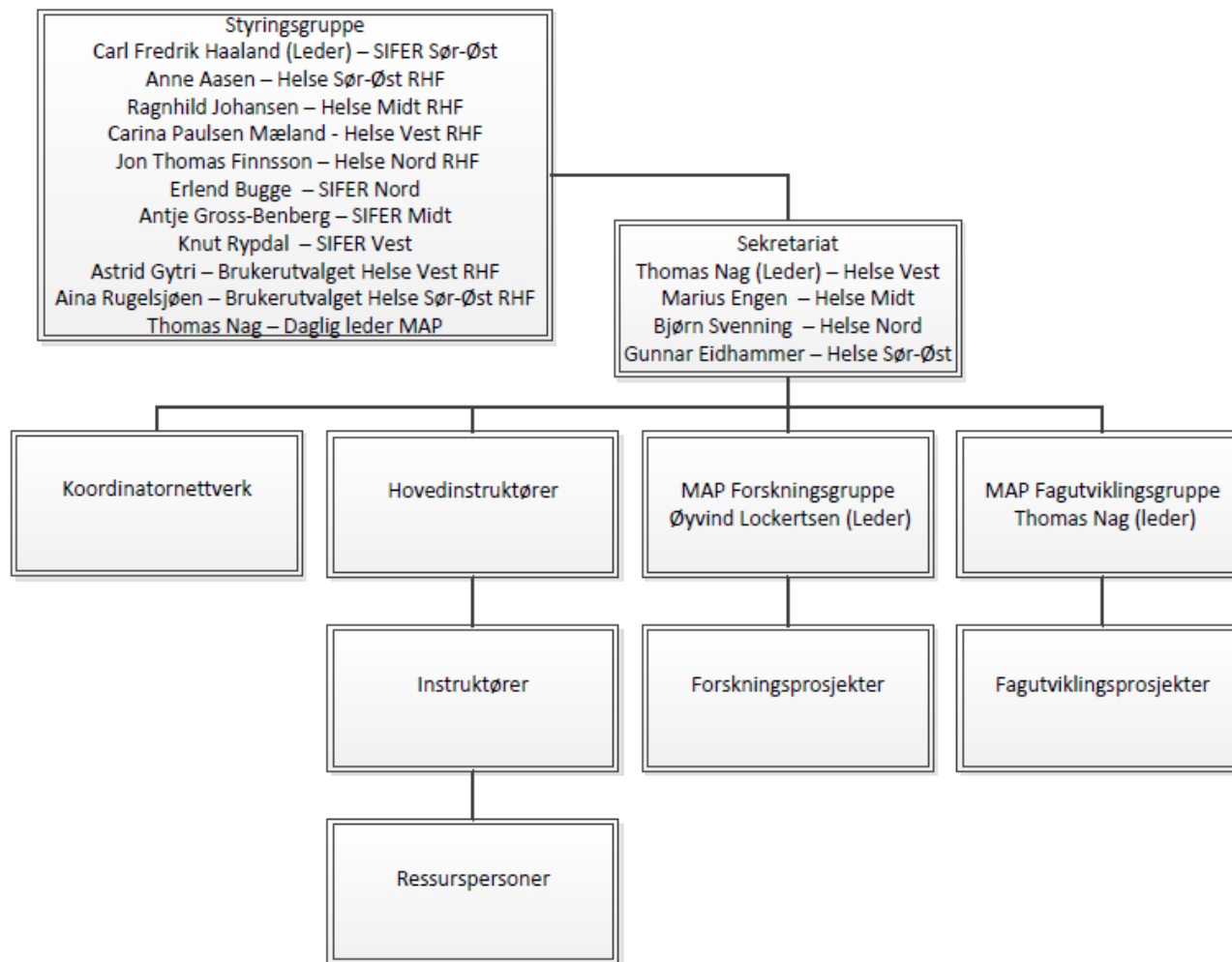
Implementerings- og driftsplan – del 1

Implementeringsplan (*=obligatorisk)

Tiltak	Beskrivelse	Ansvarlig	Tidsfrist
Etabler nødvendig forankring	<ul style="list-style-type: none"> Alle ledere som har instruktører blant sine ansatte, samt sende deltakere på kurs må få nødvendig kjennskap til innhold og potensiell nytteverdi av MAP. * Beslutningen om en implementering av MAP bør forankres på høyest mulig nivå i organisasjonen. * Det bør gjøres en lokal kartlegging av hvilke faktorer som kan fremme og hemme implementeringen i egen organisasjon, og utarbeides en handlingsplan basert på denne kartleggingen. Det må etableres dialog mellom bestiller og sekretariat hvor det tydeliggjøres hva en implementering av MAP innebærer. 		
Opprett hensiktsmessig organisering	<ul style="list-style-type: none"> Det må tydeliggjøres hvem som koordinerer instruktørene internt og har ansvar for implementering (grunnkurs) og videre drift. Nødvendige ressurser og rammer må avsettes til vedkommende. * Det må være utpekt en leder/koordinator som har kontakt med regional koordinator. * 		
Rekruttering av instruktørene	<ul style="list-style-type: none"> Utvelgelse av de rette kandidatene er erfaringsmessig svært viktig for å oppnå ønskete resultater med MAP. Det er utarbeidet sentrale kriterier for utvelgelsesprosessen. I tillegg anbefales det å benytte allerede eksisterende søknads- og intervjukjemaer. Retningslinjer for instruktørene må signeres av alle kandidatene. * Instruktørkandidatene må få nødvendig informasjon om hva MAP er, og hva instruktørutdanningen og instruktørrollen vil innebære. * Antallet instruktører må dimensjoneres på en slik måte at sertifiseringskravene kan ivaretas over tid. 		
Avklar ressursramme	<ul style="list-style-type: none"> Kostnad- og ressursbruk av en implementering og videre drift av MAP må tydeliggjøres og kommuniseres til alle relevante parter (særsilt instruktørenes arbeidsgivere). * 		
Utarbeidelse av en fremdriftsplan *	<ul style="list-style-type: none"> Fremdriftsplanen skal konkretisere hvordan samtlige klinisk ansatte i organisasjonen skal gjennomgå grunnkurset (hvor mange kurs, når skal de holdes, hvem skal holde de, rekkefølge og prioritering, hvordan sikre at nattevaktene også får kurset). Planen må inneholde en slutt dato for når implementering ansees ferdig. Det anbefales å få en høy prosentandel av personalet gjennom i løpet av en kort periode for å etablere felles forståelse og unngå potensielle samhandlingsutfordringer. 		

Implementerings- og driftsplan – del 2

Driftsplan (*=obligatorisk)			
Tiltak	Beskrivelse	Ansvarlig	Tidsfrist
Videre forvaltning av instruktørene	<ul style="list-style-type: none"> Organisasjonen må legge til rette for at instruktørens sertifisering kan bli vedlikeholdt (se egne kompetansekrav). * Det anbefales at instruktørene får en større dose kurs- og undervisningsvirksomhet de første 12mnd etter endt instruktørutdanning. Dette for å sikre at kompetansen blir vedlikeholdt og at de blir trygg i instruktørrollen. Det bør utarbeides et lokalt instruktørnettverk som kan benyttes til erfaringsutveksling og videreutvikling av instruktørene. Hovedinstruktører kan tilby veiledning og bistand både ift. instruktørene, samt implementerings- og driftsarbeid. 		
Plan for evaluering	<ul style="list-style-type: none"> Standardisert elektronisk evalueringsskjema skal benyttes etter gjennomførte grunnkurs. * Organisasjonen bør ha oversikt over aggresjons- og voldforekomst, sykefravær, tvangsdata forut for implementering, samt styringssystemer som gir tilgang til fortløpende monitorering av denne dataen. Ovennevnte data bør sendes ut til post-/enhetsledere jevnlig (månedlig). Se egen forskningsprotokoll for anbefalinger og forslag til hvordan følgeforskning kan tilknyttes MAP. Lokal koordinator rapporterer kvartalsvis til regional koordinator på status og fremdrift. 		
Opprettelse av interne retningslinjer	<ul style="list-style-type: none"> Det må utarbeides interne retningslinjer for drift av MAP. Disse bør i utgangspunktet harmoneres i størst mulig grad opp mot de sentrale retningslinjene. * I retningslinjene må det beskrives hvordan ekstern kursvirksomhet skal håndteres (fordeling av inntekter). * 		
Tilrettelegging av vedlikeholdssopplæring	<ul style="list-style-type: none"> Nødvendig vedlikeholdssopplæring skal tilbys til de ansatte basert på en risikovurdering. Systematisk vedlikeholdssopplæring anbefales integrert i struktur og turnus. * Det anbefales å utarbeide et årshjul for grunnkurs for nyansatte/sommervikarer etc. Det må tas stilling til om og når ansatte skal gjennomgå grunnkurset på nytt (anbefalt frekvens: oppfriskningskurs hvert 3-5.år). 		
Sikre vedlikehold og kontinuitet*	<ul style="list-style-type: none"> Klinisk ansatte må få jevnlig og systematisk tilbakemelding på hvilke gevinster implementeringen har medført og vil medføre. 		



MAP

Hvor er vi

- Midler
- Forankring
- Står ikke på viljen