



Presentasjon av ny nasjonal opplæringsmanual Akuttnettverket 21.10.19

Bente Sundbye

Psykiatrisk sykepleier, MSc v Regional sikkerhetsseksjon (RSA)

Gunnar Eidhammer

Klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie, MSc v Regionalt kompetansesenter for sikkerhet,
fengsels og rettspsykiatri HSØ

.... mange metoder

- Kriseintervenering
- Konflikthåndtering
- Terapeutisk mestring av vold
- (TMV)
- Terapeutisk aggresjonsmestring
- Terapeutisk møte med aggresjon (TERMA)
- Terapeutisk mestring av aggresjon (TMA)
- Terapeutisk konflikthåndtering (TKH)
- TRUA
- Løvstadskolen (TMV)
- Risikohåndtering
- Simulering / SIMBA
- Samhandlingstrening
- HAVA
- VERGE
- FOMA
- Alternativ til vold (ATV)
- Skadeavverging
- Brøset-modellen

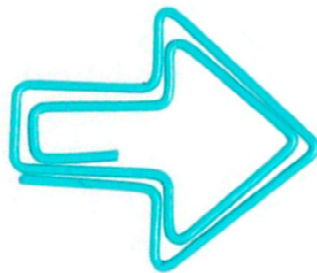
Visjonen til MAP

- *Øke kompetansen til ansatte*
- *Bidra til økt trygghet og sikkerhet for pasienter og personale*
- *Redusere forekomsten av aggressive og voldelige episoder*

Overordnede målsetninger med MAP

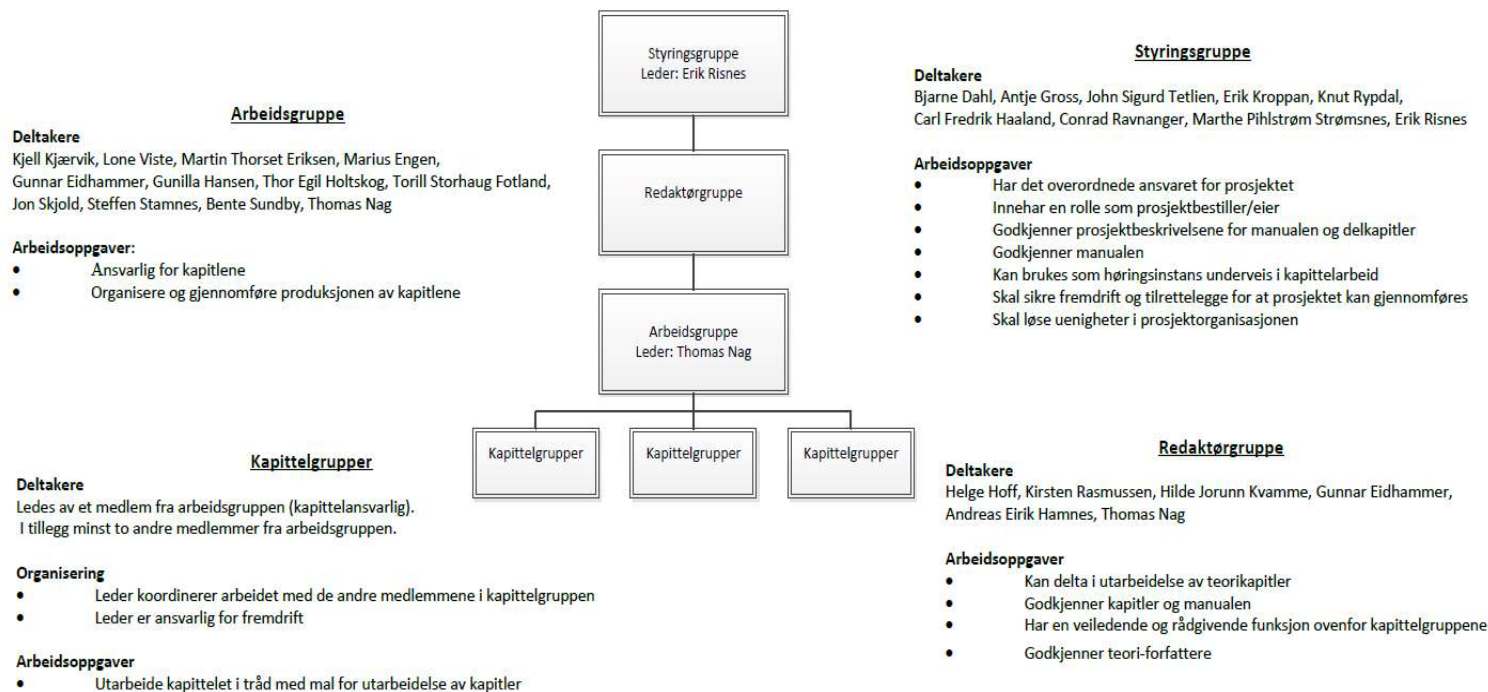
- Forebygge vold på tidligst mulig nivå
- Ivareta gode relasjoner
- Redusere grad av utrygghet
- Unngå skade
- Redusere makt og tvang
- Læring og kompetanseutvikling

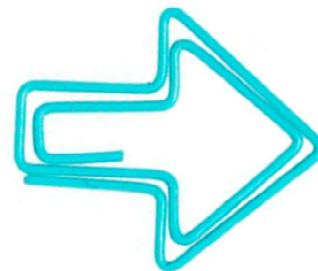
- Organisering og forankring



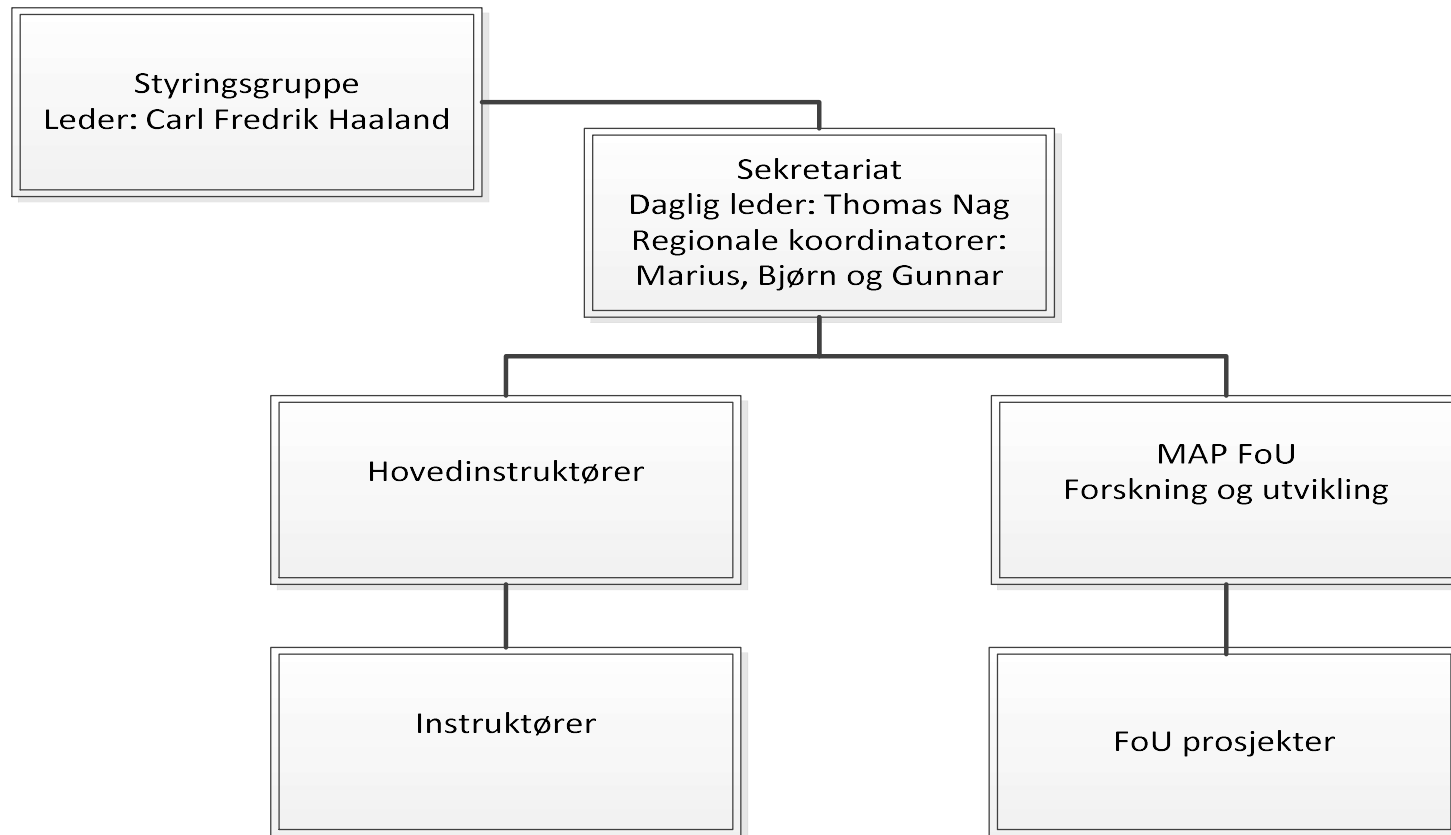
MAP utviklingsprosjekt fra 2015

Prosjektorganisasjon





MAP implementering, drift og FoU fra 2019



Fra prosjekt til drift

Den nye MAP organisering er tilpasset de fremtidige målene

- Klinisk implementering
 - Opplæring og oppfølging av instruktører er i gang
- Økonomi, ressurser
 - Tett dialog med RHF-ene, H-Dir og Departementet
 - Egen budsjettpost
- FoU
 - Opprettet egen gruppe



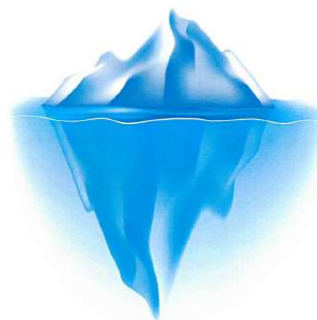
FoU gruppe

- Medlemmer:
- Thomas Nag, Stål Bjørkly, Maria Knutzen, Roger Almvik
 - Veilder Kevin Douglas
- Oppgaver og mandat:
 - Overordnet ansvar for forskning og fagutvikling i MAP
 - Initiere og gjennomføre prosjekter
 - Veilede lokale prosjekter ved behov
 - Pri 1pt: Sikre god implementering
 - Jobben er akkurat i gang

- Faglig innhold

MAP

Møte med aggresjonsproblematikk



Opplæringsmanual

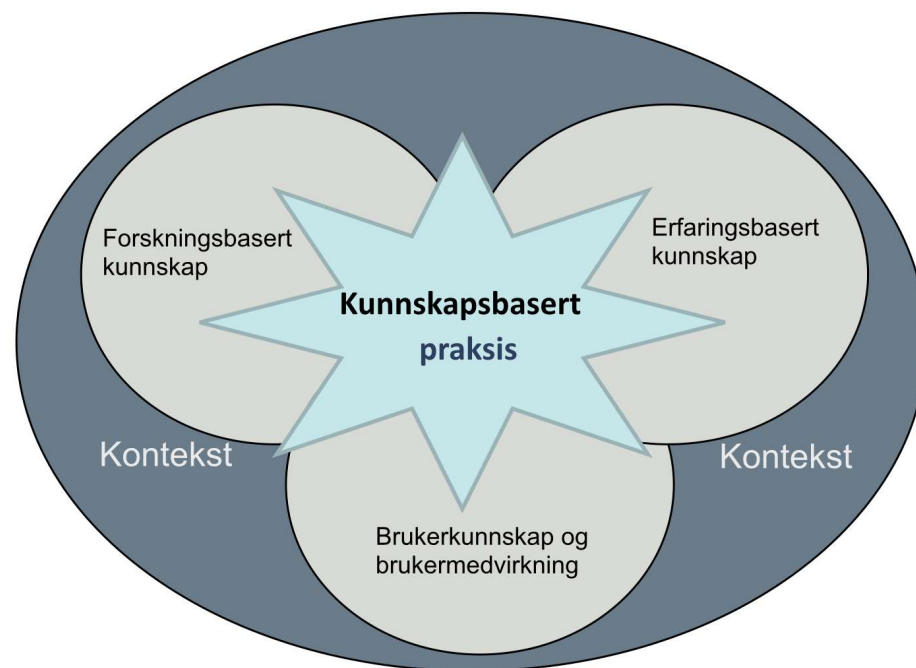
Versjon 1.0

Utarbeidet av Thomas Nag, Gunilla Maria Berg Kristiansen, Lone Viste, Torill Storhaug Fotland, Kjell Kjærvik, Thor Egil Holtskog, Bente Sundbye, Gunnar Eidhammer, Martin Thorset Eriksen, Marius Engen, Steffen Stamnes og Jon Skjold

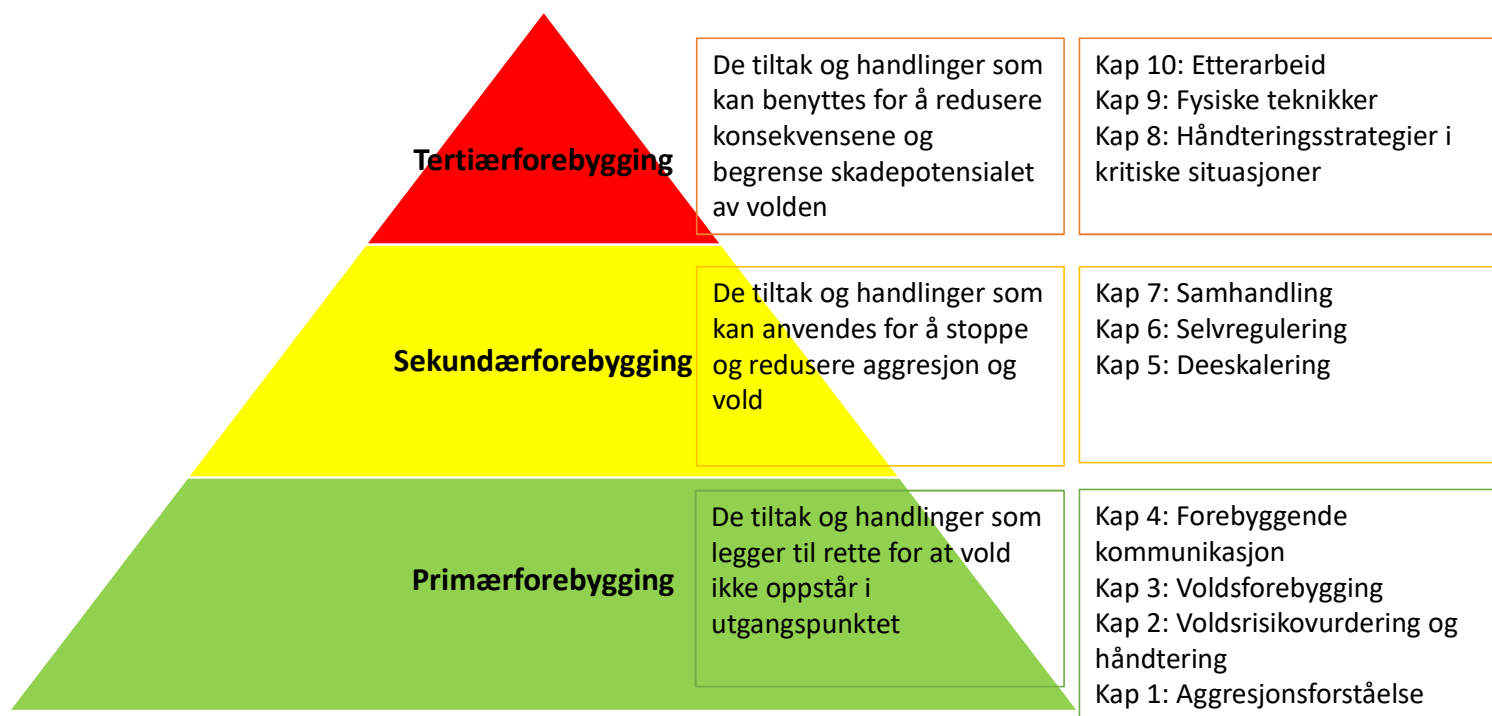
HELSE • MIDT-NORGE HELSE • NORD
HELSE • SØR-ØST HELSE • VEST

SIFER
Sikkerhetss - Funksjons - og Relaterte Psykiatri
Nasjonalt kompetansesenter for vold

Kunnskapsbasert manual



Voldsforebyggende arbeid



Forskningsbasert kunnskap

Kapittel

Kap.1: Aggresjonsforståelse

Kap.2: Voldsrisikovurdering og –håndtering

Kap.3: Voldsforebygging

Kap.4: Forebyggende kommunikasjon

Kap.5: Deeskalering

Kap.6: Selvregulering

Kap.7: Samhandling

Kap.8: Håndteringsstrategier i kritiske situasjoner

Kap.9: Fysiske teknikker

Kap. 10: Etterarbeid

Teoriforfatter

Kap.1: Ragnar Urheim

Kap.2: Helge Hoff

Kap.3: Frans Fluttert, Gunnar Eidhammer, Roger Almvik og Jakob Hvidhjelm

Kap.4: Caroline Logan

Kap.5: Brodie Paterson

Kap.6: Anette Harris og Anders Meland

Kap.7: Olav Kjelle vold Olsen

Kap.8: Thor Egil Holtskog m.fl.

Kap.9: Jakub Lickiewicz

Kap. 10: Øivind Ekeberg

Hvert kapittel består av 3 deler:

1. Teoridel

Kapittel 1 - prototype		
Aggresjon og aggresjonsforståelse		
Læringsmål:		
Deltakeren på todagerskurset skal:		
1. Forstå og ha kunnskap om ulike definisjoner, kategorier og former for aggresjon og forstå forskjellene mellom disse 2. Kjenne til forekomst av aggresjon og vold i ulike populasjoner 3. Forstå ulike forklaringsmodeller 4. Kjenne til individuelle og situasjonelle årsaker for vold og aggresjon (omtalsvis i i risikovurderingskapittelet) 5. Kjenne til beslutningsteori (repeteres i senere kapitler)		
Del 1: Teoretisk og empirisk bakgrunn		
Aggresjon og aggresjonsproblemer		
Av Ragnar Urheim, Ph.D.		
Begrepsavklaring og kjennetegn		
Ordet aggresjon byr på utfordringer. Mens det er enighet om at vold innebærer mer alvorlige handlinger, som i HCR-20 ⁹ (2014): «faktisk, forsøk på eller trusler om fysisk skade på annen person», varierer bruk av betegnelsen aggresjon 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. Avgrensing av hvilke handlinger som inkluderes kan variere. Bruk av SOAS-R (Nijzga, 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 aggresjon kan gi en større gråson. Vi kan stå overfor handlinger som skremmende sinneutbrudd, omtale av alvorlige voldstanter, 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 tilskattet. Kunnskap til utøveren kan bidra til avklaring, men vi må regne med flere	
	Vi møter svært ulike aggresjonsdefinisjoner 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 aggresjon 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 aggresjon uten å være sinte. Skuffelse, opplevelse av krenkelse eller av provokasjoner, ofte med grensesetting som foranledning, kan føre til imitasjonsutløst aggresjon.	følelser bedre, vi utvikler selvkontroll, evne til å ta andres perspektiv og dermed til empati, vil lære av bedre måter å løse konflikter (Njøsde, A. m.fl. 2012). Et slikt utviklingsforløp viljer 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 aggresjonsproblemer.
	Definisjoner kan også legge vekt på kognitive aspekter ved at aggresjonsutøveren 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. Aggresjonsdefinisjoner 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.	Verdens Helseorganisasjon beskriver vold som et av de største helseproblemene 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).
	Beskrivelse av aggressiv atferd og mulig samspill med omgivelsene er en sentral oppgave og kan støttes ved bruk av registreringsskredskap. Forståelse av andre sider ved aggresjon, som holdninger og motiv er viktig, men vanskeligere å beskrive på en pålitelig måte.	Det er stor forskjell mellom skapt 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 aggresjonsnivået kunne variere betydelig over tid. Drapsraten i Norge økte betydelig siste halvdel av forrige århundre, men har deretter sunket, mens anmeldelser av vold og
	Hva kjennetegner normalaggresjon og hvor vanlig er vold?	
	Vi er mest voldelige i de første leveårene. Normalt reduseres slik atferd når den	

2. En undervisningsveileder

Del 2: Undervisningsveileder

Tidsbruk: ca. 45 minutter.

Hjelpemidler: Presentasjon, videoklipp, refleksjonsspørsmål, eksempler, gruppediskusjoner og historier.

Læringsmål med læringspunkter for kapittel 1:

1. Forstå ulike definisjoner, kategorier og former for aggresjon og forstå forskjellene mellom disse
 - Læringspunkt 1: Definisjoner
 - Læringspunkt 2: Kategorier av aggresjon
 - Læringspunkt 3: Former for aggresjon
2. Kjenne til forekomst av aggresjon og vold i ulike populasjoner
 - Læringspunkt 4: Forekomst – i ulike populasjoner
3. Forstå ulike forklaringsmodeller
 - Læringspunkt 5: Forklaringsmodeller for aggresjon og vold
4. Kjenne til individuelle og situasjonelle årsaker for vold og aggresjon (omtales igjen i risikovurderingskapittelet)
 - Læringspunkt 6: Årsaker – individ og situasjon
5. Kjenne til beslutningsteori (repeteres i senere kapitler)
 - Læringspunkt 7: Beslutningsteori

Læringspunkt 1 - definisjoner

Definisjon på aggresjon:
-atferd som er rettet mot å skade andre psykisk eller fysisk.

Forklare hva definisjonen på vold er:
-faktisk, forsøk på eller trusler om fysisk skade på annen person.

Forklare hva sinne er:
-sinne er en følelse. Vi skiller mellom aggressiv atferd på den ene siden og sinne og andre konflikttrelaterte følelser på den andre.

Sinne er ofte knyttet til aggresjon, men vi kan være sinte uten å være aggressive, og aggressive uten å være sinte.

Refleksjonsspørsmål knyttet til læringspunkt 1:

Er det greit å være sint? Er det greit å være aggressiv?
Hvor går grensen mellom sinne og aggresjon?
Har du noen gang opplevd sinne og tolket dette som aggresjon?

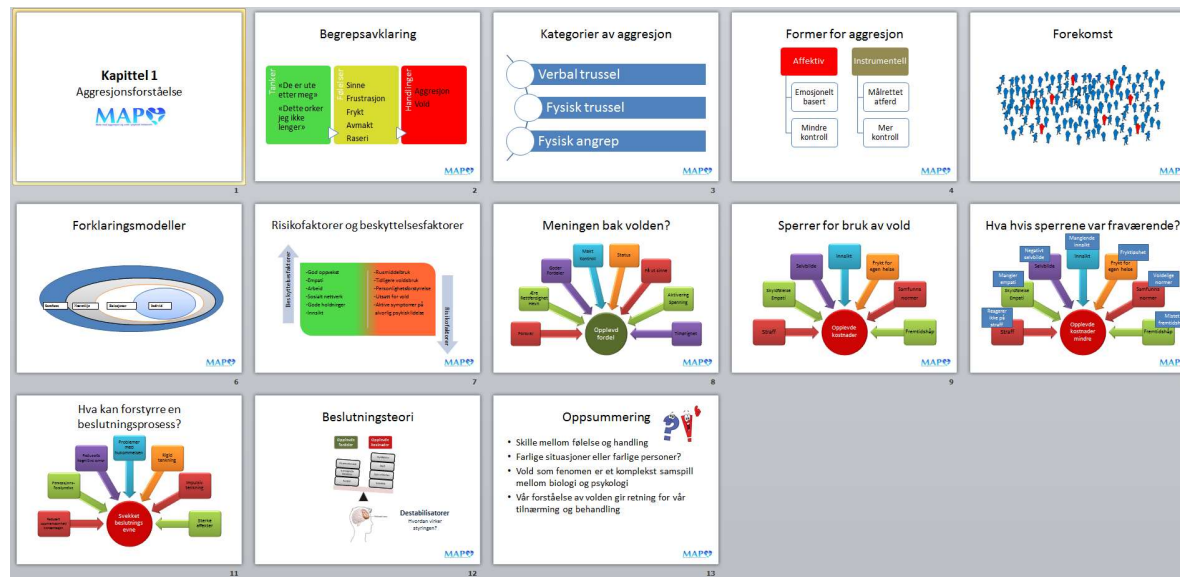
Hvor mye skal vi som helsepersonell tåle/akseptere av sinne og aggresjon?
Er det greit å... banne? Kjeffe? Rope? Slåne døren igjen? Knytte nevene? Slå hånden i bordet? True?

Pasient som er sint grunnet opplevde bivirkninger av medisinen

Pasient er tydelig forbannet grunnet opplevde bivirkninger av medisineringen. Han sier med en sint tone til personalet at han blir trett, sliten og kvalm av medisinene. Personalet svarer han med viktige råd og er forberedt dersom du opplever slike bivirkninger av en medisin. Det må være fornuftig og måtte ta en medisin som gjør at du blir trett, sliten og kvalm. Det er helt greit at du er forbannet. Samtidig er det viktig at du her og nå gjør det du kan for og ikke la sinnet gå ut over omgivelsene dine.

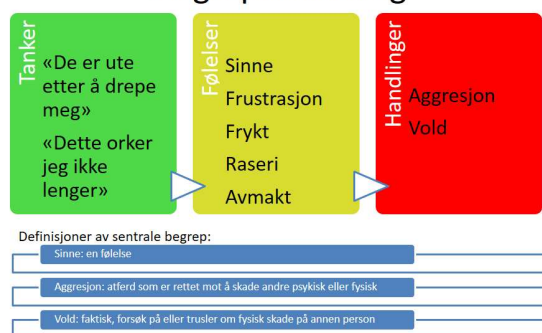
Her lager personalet et tydelig skille mellom sinne og aggresjon. Personalet uttrykker forståelse for pasientens følelser og beroliger pasienten med å si at det er helt greit å være sint, men at det ikke er greit å være aggressiv.

3. En presentasjon

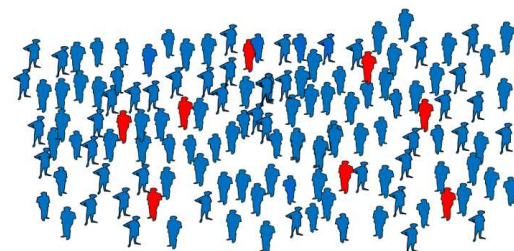


Kapittel 1 - Aggresjonsforståelse

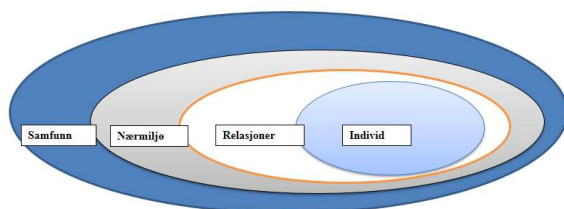
Begrepsavklaring



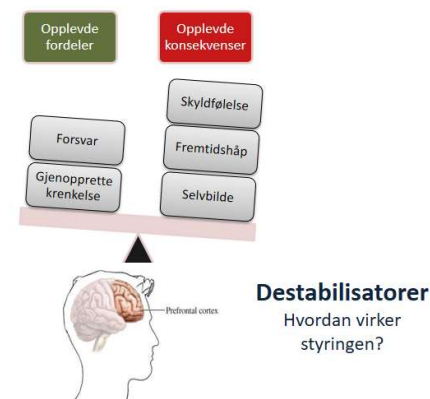
Forekomst



Forklaringsmodeller



Beslutningsteori



Kapittel 2 – Voldsrisikovurdering og håndtering

Sentrale begreper og definisjoner

Vold: Faktisk, forsøk på eller trusler om fysisk skade på annen person

Risiko: En trussel eller fare som vi ikke fullt ut forstår, og som vi derfor bare kan forutse med usikkerhet

Vurdering: Innsamling og analyse av informasjon for kunne gjøre beslutninger om forebyggende tiltak

Håndtering: Tiltak som kan forebygge vold eller redusere konsekvensene av volden



Case

«Når du kommer på jobb en fredag ettermiddag får du høre at det er dårlig stemning i avdelingen.

Grunnen er at det «ryker ut av ørene» på Knut og han har vært irritert og mistenksom på nytt personale det siste døgnet. Han har også nektet å ta medisinerne.

Du vet at Knut ofte blir mistenksom og utrygg på personalet i perioder hvor han opplever mye stress. Ved to tidligere tilfeller har han gått til angrep på personalet da han opplevde at de var ute etter han.

Mulige kilder til at Knut nå opplever seg stresset er at han venter på besøk av sin søster (som det er flere år siden han traff sist) og at han er tom for røyk.»

Essensen av risikovurdering

Hva kan skje?

Hvorfor kan det skje?

Hva kan vi gjøre med det?



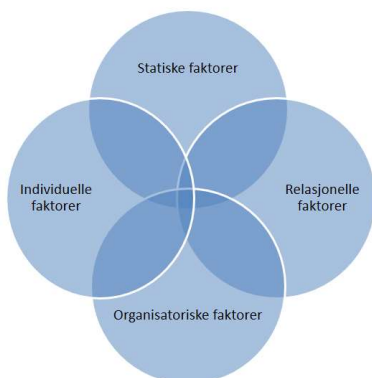
Eksempel på klinisk risikohåndtering

KLAR - "Kliniske Alternativ til Risikohåndtering"

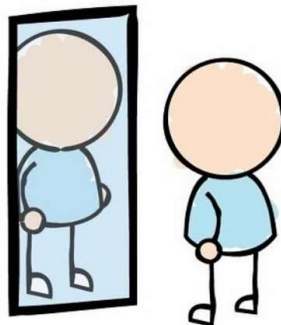
Risikohåndterings-situasjon Korte beskrivelser av atferd og situasjoner som tidligere er rapportert som problematiske.	Handlingsalternativ 1 Kort beskrivelse av hva som vil være tiltak nummer 1 i situasjonen.	Handlingsalternativ 2 Kort beskrivelse av hva som vil være tiltak nummer 2 i situasjonen.	Handlingsalternativ 3 Kort beskrivelse av hva som vil være tiltak nummer 3 i situasjonen.

Kapittel 3 - Voldsforebygging

Voldsforebyggende faktorer



Individuelle faktorer hos personalet



Relasjonelle faktorer

Relasjonskonto



Samspill



By Fritz Ahlefeldt

Hva dersom du...



...ikke kunne trene når du ville?

...ikke kunne forsyne deg i kjøleskapet når du ønsket?



...ble fortalt hva du kunne gjøre og ikke gjøre?



...var innlagt mot din egen vilje?

Sårbarhetsområder

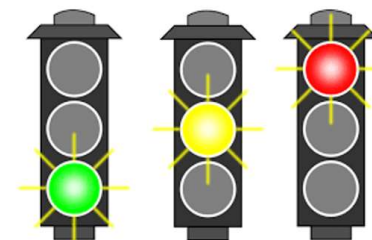
Eksempler på sårbarhetsområder:

- Fysisk kontakt
- Grensesetting
- Kommunikasjonsproblem
- Omstillinger
- Personer
- Risiko-kontakt
- Rusmidler
- Tilleggsområder

(VAF)



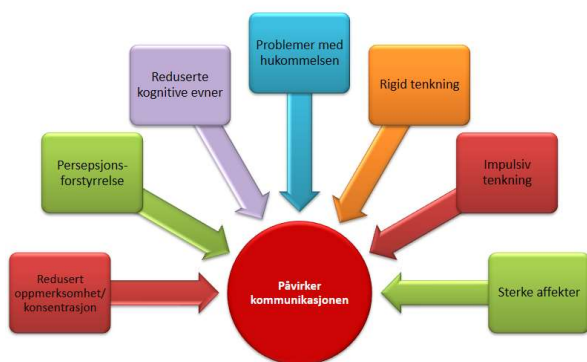
Forvarsler



Generelle ↔ Individuelle
Tidlige ↔ Sene
Indre ↔ Ytre

Kapittel 4 – Forebyggende kommunikasjon

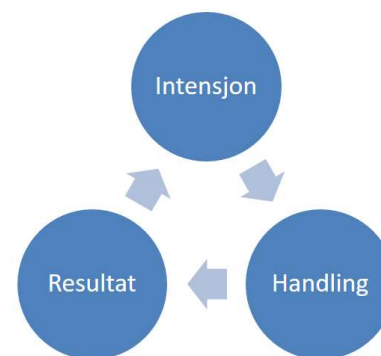
Kommunikasjonsmessige hensyn



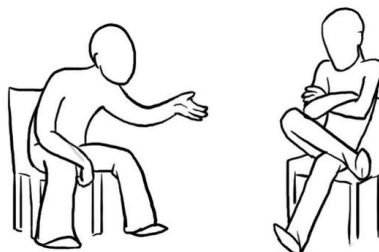
Brukermedvirkning



Kommunikasjonsmodell



Non-verbal kommunikasjon

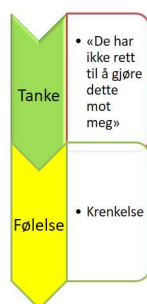


Verbal kommunikasjon

- Respekt
- Empati
- Åpenhet
- Ikke-dømmende holdning
- Ærlighet
- Likeverdighet



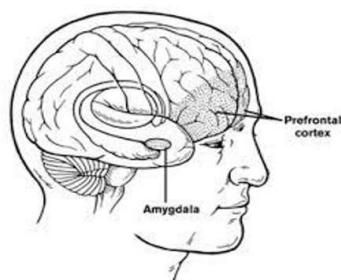
Kapittel 5 - Deeskalering



«Det holder på å klikke for meg!»

- A: Forsøk å finn roen.
- B: Det der høres virkelig ikke greit ut!
- C: Hvorfor det?

Møt følelsene først

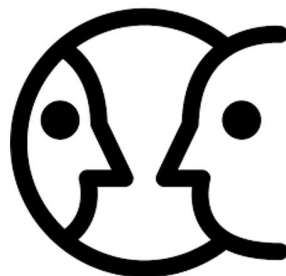


Deeskalering

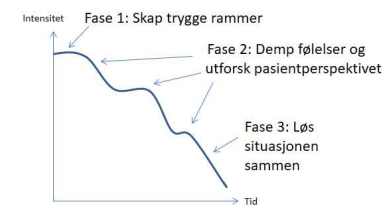
- Selvregulering
- Åpenhet og ærlighet
- Tid



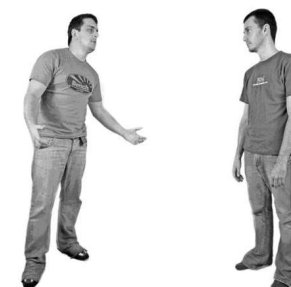
Hvordan påvirker du samspillet?



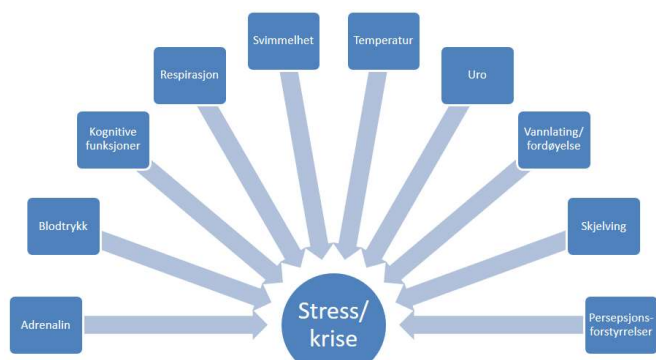
Deeskalering



Konfliktdempende kroppsspråk



Kapittel 6 - Selvregulering



Hvordan reagerer du i et møte med aggresjon?



Hva kan manglende selvregulering føre til?

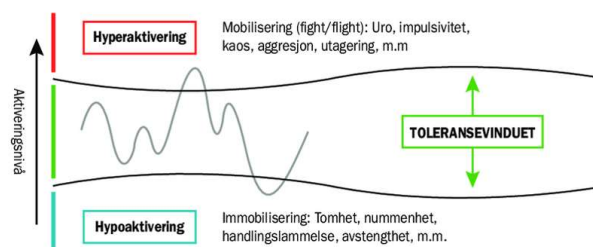
- Vanskeligere å være profesjonell
- Mangel på fokus og oversikt
- Overfører stress og angst over på pasienten
- Vi kan bli krenket og gå i forsvar
- Vi får større behov for kontroll
- Vi kan eskalere situasjonen



Stressmodell



Toleransevinduet



Selvregulerende teknikk - pusteøvelse



Kapittel 7 - Samhandling

Hvem tar ledelsen i en kritisk situasjon med aggresjon?



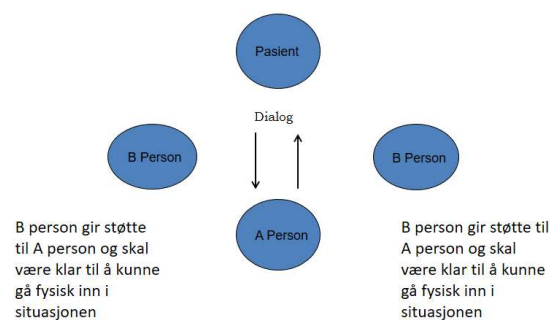
Planlegging



Hvilke roller finnes det i en kritisk situasjon med aggresjon?



Posisjonering i kritiske situasjoner



Kapittel 8 – Håndteringsstrategier i kritiske situasjoner

Tvangsmidler §4-8

Skal kun benyttes når det er **uomgjengelig nødvendig for å avverge skade** og når **lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige**.

Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart **oppveier ulempene** med tiltaket.

- A. Mekaniske tvangsmidler
- B. Kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale tilstede
- C. Enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler
- D. Kortvarig fastholding



Hvordan avslutte bruk av mekaniske tvangsmidler?



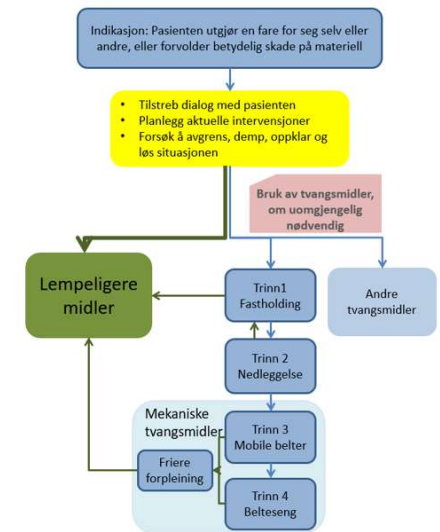
Samarbeidsdialog

- Hva er det som pleier å utløse fortvilelse hos deg?
- Hvis du begynner å bli sint eller frustrert– hvordan kan vi se det på deg?
- Dersom du har det vanskelig – hva pleier å hjelpe når du har det slik?
- Dersom du skulle bli rastløs og urolig – hvordan kan vi møte deg på en best mulig måte?
- Dersom personalet må ta fysisk kontroll på deg – hvordan ønsker du at dette blir gjort?

En brukers perspektiv

- Forsøk å ha dialog med meg. Målet er at jeg skal kunne gjenopprette kontroll over meg selv, slik at kontrolltiltak kan opphøre eller reduseres.
- Kun én person snakker til meg om gangen, som orienterer fortløpende om hva som skjer, og bakgrunnen for at dette blir gjort.
- Tilpass fysisk kraft/motstand etter min kraftbruk.
- Vær varsom, tenk pasient – og personalsikkerhet for oss alle.
- Bruk nødvendig tid. Jeg trenger ofte tid.
- Unngå automatiserte prosesser, alle overganger skal være gjennomtenkte og nødvendige.
- Husk at måten tvang blir gjennomført på, har stor påvirkning på vår opplevelse. Ha et sterkt omsorgsfokus og unngå unødig krenkelse.
- Forsøk hele tiden å ivareta, samt øke min autonomi så langt det er mulig.

Indikasjon for fysisk håndtering



Kapittel 9 – Fysiske teknikker

Grunnleggende fagetiske prinsipp
ved bruk av fysiske teknikker

For pasienten:

Ikke påføre skade

Minst mulig smerte

Unngå unødig krenkelse

Trygg opplevelse

Tilpasse fysisk kraft

For personalet:

Unngå skader

Effektive

Enkle å lære

Enkle å bruke

Tillit til ferdigheter

Hvorfor trene?

Sikkerhet

Teamarbeid

Forberedt på situasjoner

Erfaringsutveksling

Grunnlag for refleksjoner



Unnvike, beskytte og flykte



Unnvike:

- Holde avstand /rygge bakover
- Vinkle kroppen med siden til
- Unnvik et angrep ved å rotere hofte bakover



Beskytte seg:

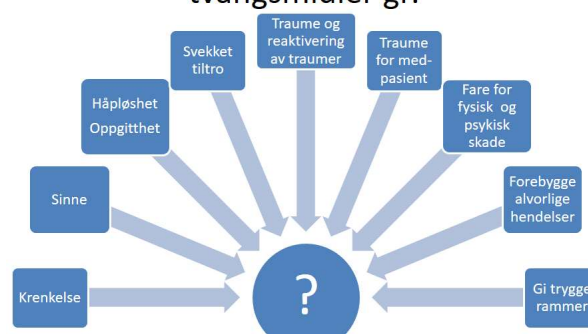
- Vinkle kroppen med siden til
- Ved opplevd risiko legges begge hender på tinning og albuer presses sammen for å beskytte ansikt



Flykte fra angriper:

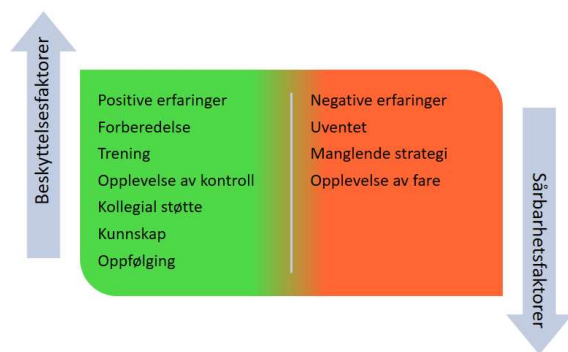
- Bøy kne, senk deg hurtig ned et nivå under angriperes armer.
- Søk angriperens midje, ta tak rundt den og roter deg forbi angriper

Hvilke konsekvenser kan bruk av
tvangsmidler gi?



Kapittel 10 – Etterarbeid

Hva kan påvirke vår opplevelse av stress og kriser?



Ettersamtale med pasient

- Hensikt
- Gjennomføring



Ulike reaksjoner

- Stressreaksjon
- Krisereaksjon
- Overdeterminert reaksjon



Ulike typer oppfølging

- Ettersamtale med pasient
- Kollegastøtte
- Psykologisk førstehjelp
- Defusing
- Debriefing



HMS-arbeid og rutiner

- Lederansvar
- Rutiner for oppfølging
- Dokumentasjon



Grunnleggende fagetiske prinsipp ved bruk av fysiske teknikker

For pasienten:

Ikke påføre skade

Minst mulig smerte

Unngå unødig krenkelse

Trygg opplevelse

Tilpasse fysisk kraft

For personalet:

Unngå skader

Effektive

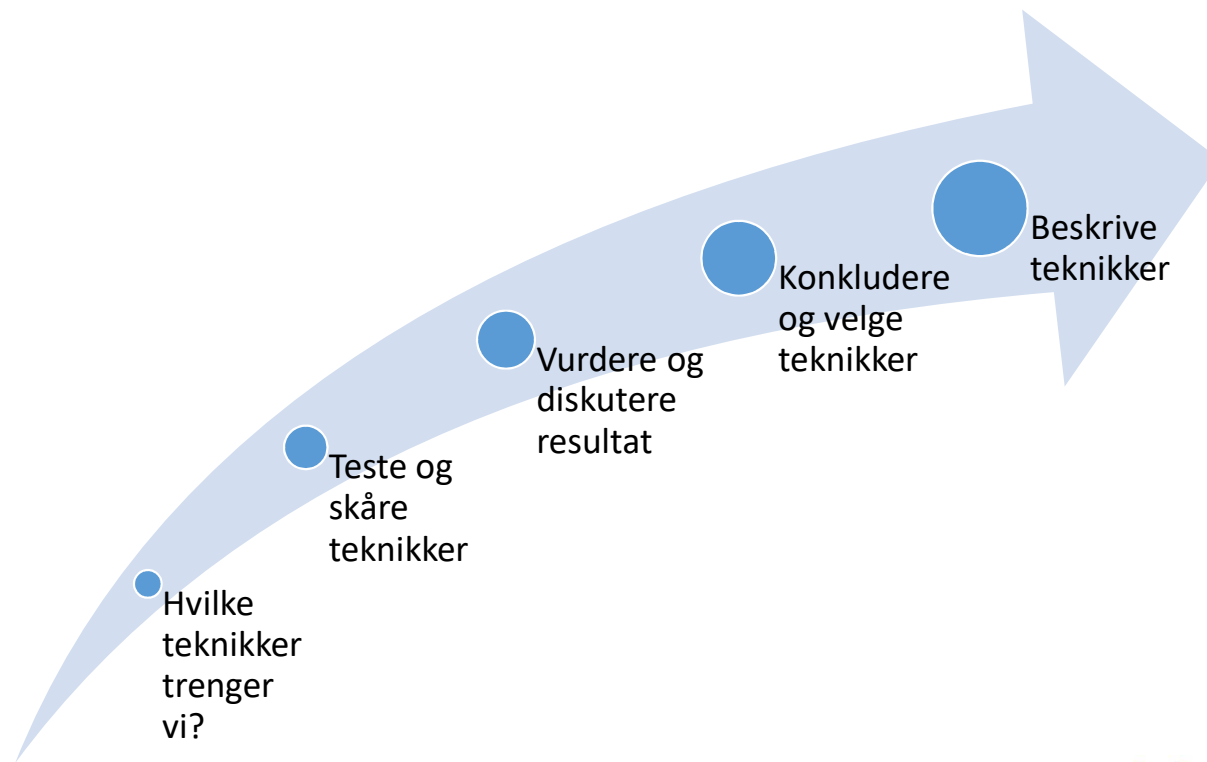
Enkle å lære

Enkle å bruke

Tillit til ferdigheter

Viktig prinsipp var færrest mulig teknikker,
heller få og overlæring enn mange og
underlæring

Metode



Hvilke teknikker trenger vi?

Vi hadde behov for teknikker for:

- Unnvikelse fra slag og spark
- Frigjering frå lugging, klestak, biting, strupetak forfra og bakfra
- Holding stående og liggende
- Nedlegging til gulv
- Påføring av transportbelter

Teste og skåre teknikker

- Effektiv til å avverge angrep
- Enkel å lære bort
- Enkel å bruke
- Smertefull for aggresjonsutøver
- Krenkende for aggresjonsutøver
- Potensiale for å påføre skade på pasient
- Potensiale for å påføre skade på personale

Evalueringskjema av fysiske teknikker				
Teknikk 1: <i>Utmivelse av slag</i>				
I hvilken grad vurderer du teknikken som effektiv for å avverge angrep?				
I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
I hvilken grad syntes du teknikken er enkel å lære bort?				
I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
I hvilken grad syntes du teknikken er enkel å bruke?				
I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
I hvilken grad vurderer du at teknikken kan være smertefull for aggresjonsutøver?				
I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
I hvilken grad tror du at teknikken kan oppleves krenkende for aggresjonsutøver?				
I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
I hvilken grad tror du at teknikken kan ha potensiale for å påføre skade?				
I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Dersom du vurderte at teknikken kan ha stor eller svært stor grad av skadepotensiale – hvilken type skade er du bekymret for?				
I hvilken grad har du erfaring med at trening av denne teknikken kan påføre skade på personalet?				
I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad

Vurdere og diskutere resultat

Presentasjon av resultat for alle deltakere:

- Konsensusdiskusjon.
- Noen teknikker presentert på nytt med mulighet for å teste ytterligere
- Avstemming

Konkludere og velge teknikker

Workshop Fysiske teknikker i Bergen 23-24.mars 2017. 23.03 ble 11 utvalgte teknikker presentert fra 4 ulike områder i Norge, Oslo, Bergen, Trondheim, Stavanger. Totalt 16 deltakere fikk prøve teknikkene i praksis og skåret de i etterkant. 24.03 ble resultatet presentert teknisk for teknikk med påfølgende konsensusdiskusjon som resulterte i en konklusjon for hver teknikk, og som kan bli utgangspunkt for en nasjonal standard.

	Oslo	Bergen	Trondheim	Stavanger Teknikk 1	Stavanger Teknikk 2	Diskusjon	Konklusjon
Teknikk 1 Holdning: stående med 2 personale	To personale går inn fra hver sin side og eg tar tak i hver sin arm med et grep rundt armen og den andre holdes rett innstøt pers 1 og 2 med håndbaken utover.	To personale går inn fra hver sin side og eg tar tak i hver sin arm og plasserer den ene armen høyt oppunder armen til pasienten og den andre holdes rett innstøt pers 1 og 2 med håndbaken utover.	To personale går inn fra hver sin side og eg tar tak i hver sin arm med et grep rundt armen og den andre holdes rett innstøt pers 1 og 2 med håndbaken utover. Hoidet legges inn mot pas skulder og en henger på armen for å støtte passienten med nedlegging på gulvet	To personale går inn fra hver sin side og eg tar tak i hver sin arm og plasserer den ene armen oppunder armen til pasienten og den andre holdes rett innstøt pers 1 og 2 med håndbaken utover. (Ik som Bergen)	Person 1 går inn og samler på hendene i kryssgrep. Person 2 kommer skrått bakfra og fanger på øverste arm. Denne trekkes ut til siden og den ene armen plasseres opp under skulderen til pasienten. Pers 1 gjør det samme. Hoftene presset mot pas. Armen til pas skal ikke være vridt, den holdes rett innstøt pers 1 og 2 sin kropp med håndbaken utover.	Enighet om at holdning må ses i 2 faser: 1. Holdning uten å røre ekstremitet, dvs. at man i denne fasen ikke legger vekt på skulder eller for kraftig grep rundt armen, at dette er nødvendig. Holdning kan være beroligende i seg selv og vil i så fall kunne føre til ekstremitet . Dette for å kunne reversere, samt møte dynamisk motstand riktig. Grepet kan lett styrkes om man brått går over i eskalering. 2. Holdning som er beregnet på nedlegging. Noen ganger er skadepotensialet allerede definert til svært høyt eg affekt, fysisk styrke, historikk m.m. som stiller at her dreier det seg om sekunder for å unngå uventede skader. Da må holdning anes som et ledd i en nedleggingsprosess, hvor kontroll-punktet trolig vil være først når man har leggende posisjon på gulvet. Små detaljer skiller Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger sine teknikker. Stavanger, teknikk 2, starter med 1 personale. På dette kryssgrepet til Stavanger er det vanskelig å komme i posisjon til å gjennomføre, dersom en ikke lykkes med det første taket og får låst hendene er det lite effektivt, vanskelig å løse/bruke og har skadepotensiale for personale. Det å henge på armen til pasienten slik Trondheim beskriver, gjøres først når det er tatt en beslutning om å legge pasienten ned. Dette skårer i noen grad på smerte, skade og ekstremitet potensiale. Trondheim og Oslo har like grep rundt armen, mens Stavanger og Bergen holder hele armen høyt opp under pasientens armhule. Dette skårer høyere på effektivitet. I grepet får man mer styrke ved å bruke hele armen enn håndgrep.	Konklusjon: Enighet om at holdning må ses i 2 faser: 1. Holdning uten å røre ekstremitet** 2. Holdning som er beregnet på nedlegging** *1. To personale går inn fra hver sin side og tar grep rundt hver sin arm. Den ene armen plasseres høyt opp under armen til pasienten, den andre holdes rett innstøt personale 1 og 2 med håndbaken utover. **2. Personale presser sine hoffer mot pasienten fra hver sin side
	    	   	   	   	   		
Teknikk 2 Holdning: liggende med 3 personale	Pasienten ligger i mageleie. Et personale sitter på hver sin side av skulderen og holder pasientens armer 90 grader rett ut fra kroppen. Det benyttes press på arm og skulder for å holde pasienten ned på gulv. Personale 3 legger seg sidelengs over føttene og ligger som en tung potetsekk på disse.	Pasienten ligger i stabilt sideleie. Et personale holder pasientens egen arm rundt pasientens hode og observerer vitale tegn. Personale 2 sitter foran ved pasientens mage og holder den andre armen. Personale 3 ligger som en tung potetsekk over pasientens føtter.	Pasienten ligger i mageleie. Et personale sitter på hver sin side av skulderen og holder pasientens armer 90 grader rett ut fra kroppen. Det benyttes press på arm og skulder for å holde pasienten ned på gulv. Personale 3 legger seg sidelengs over føttene og ligger som en tung potetsekk over pasientens føtter.	Ingen ekstra teknikker presentert	Pasienten ligger i stabilt sideleie. Et personale holder pasientens egen arm rundt pasientens hode og observerer vitale tegn. Personale 2 ligger over pasientens hofte/kam og holder den andre armen. Personale 3 ligger som en tung potetsekk over pasientens føtter. Alle ligger bak pasienten med hode vendt mot pasienten.	Skåring viser større variasjoner i oppfatning av grepene. Vi tror dette henger sammen med overordnede tolkninger av spørsmål om mageleie kan anses som et akseptert fenomen i helsevesenet. Alle er enige om at rygløse er vanskelig. Diskusjon gjelder mageleie, med belegg, eller stabilt sideleie med belegg. Kan/må vi vurdere to fremgangsmåter for å kunne tilpasse disse til konteksten og kraften i motstand fra aggresjon/pasient. Mener dette sammen med forskell på rygløse lokal/regional/akuttavdelinger? I så fall er situasjonsorientert et viktig medvirkende ledd her. Og dermed hvor alvorlig trusselen om skadepotensial skal tolkes. Ved holdning er det viktig å kunne ha full kontroll fra første sekund ved verstfalls scenarier. Erfaringsmessig vet vi også at usikkerhet om slik mestring gjør det lettere å bruke lempeligere midler når det holder. Videre diskusjon fokuserer derfor på mageleie og/eller sideleie (stabilt sideleie). Ved avstemning vil 13 av 16 godta at det presenteres to metoder i et kompendium, 3 stemmer for kun mageleie. Representanter fra Trondheim mener at det er større fare for skade/ død ved sideleie. Forklart med potensielt press ovenfra fra den siden som ligger opp, med gulvet mot den andre siden, som da vil klemme torso/hunger på motsatt vinkel fra siden i stedet for magt/trykk. Pasientens anatomi er trolig bedre synlig og dermed kan det hende kommunikasjon sikres noe bedre, men sikkerhetsmessig var det dette meninger. Vi mangler litteratur og forskningsbasert kunnskap om dette. I studier om emnet så refereres det til episoder med dødelig utfall og de er ofte knyttet til mageleie. På eller ingen studier er sammenlignbare nok med regionale sikkerhetsavdelinger. Fordi vi også skal fortsette å være sammen, samt vi kjenner pasienten m.m. i motsetning til pågrepet og arrestasjonen, samt modeller der situasjonen ofte har utvalg og fengselsliggende omgivelser (England, Nederland, Belgia, USA). Tilgjengelig forskning og kunnskap for vår gruppe har i stor grad vært basert på politi-erfaringer. Det ble bestemt at mer database søk utføres for å lete etter slik forskning. Fokus på teknikk med mageleie inkluderer kontroll uten å måtte belaste torso/mage. Og så vårt felles fokus på fortløpende kommunikasjon med pasienten vil kunne sikre mot disse farene. Det er enighet om å beskrives to teknikker i vårt kompendium (opplæringsmanualen), og så får bruker selv velge. Holdning i sideleie med 1 personale foran og to bak ble foretrukket eg at det var ekstremitet med et personale liggende oppå hofte, samt at det ble stort trykk på overkropp. Sideleie ekstremitet ved et personale sitter ved siden av pasienten og ikke ligger oppå.	Konklusjon: Vi må søke etter mer forskning på mageleie på gulv relativt til bekkenskontroll. Det er enighet om å beskrive 2 teknikker i vår opplæringsmanual og så får brukere selv velge. Og 1 og 2 1. Sideleie* 2. Mageleie** *Sideleie der 1 personale sitter foran og 2 sitter bak BKK 15/16 stemmer. **Mageleie: Mageleie der et personale sitter ved hver sin skulder og benytter press på arm og skulder for å holde pasienten ned på gulv. 3 person kan både ligge og sette over beina. (OBS at INGEN skal ligge oppå pasienten).
	  	  	  	  	  		 

Beskrive teknikker



Manual for Fysiske teknikker

Prosjekt opplæringsmanualen, utarbeida av kapittelgruppe 9:
Leder av kapittelgruppen; Torill Storhaug Fotland.
Kapittelgruppemedlemmer; Tor Egil Holtskog, Jon Skjold, Martin Thorseth Eriksen,
Marius Krogdal Engen. Styringsgrupperepresentant: Conrad Ravnanger.
Teoriforfatter Jakub Lickiewicz

MAP-Manual for fysiske teknikker 2019

2.0 Beskrivelse av fysiske teknikker

2.1 Teknikk 1: Unnvikelse, beskyttelse og flukt fra slag og spark

Trinn 1: Grunnstilling

Indikasjon

Denne intervensjonen er aktuell når personalet samhandler med pasienter i risikosituasjoner



Bilde 1 (grunnstilling)

Stå med god balanse på begge bein med kroppen vendt skrått mot pasienten

Ha synlige hender med åpne håndflater for å kunne blokkere et overraskende angrep og for å signalisere en ikke aggressiv holdning.



Bilde 2 (distanse-avstand)

Distanse og avstand til pasienten bør tilpasses opplevd risiko.



Bilde 3 (kunne blokkere slag)

Opplevd risiko avgjør om hender løftes opp for å kunne blokkere et angrep

Tips:

Når hodet skal beskyttes må hendene ligge oppå hodet, håndledd over tinningen og albuer presses foran ansikt for optimal beskyttelse

Obs!

Teknikken beskytter ikke fullstendig mot skade, men er skadereduserende ved angrep mot **hode og** halsregion.

Ytterligere validering av teknikker

Workshop på 11th european congress on violence in clinical psyciatry i Lillestrøm oktober 2019

- Teste og skåre nedlegging i sideleie og mageleie.

- Pilotering og kursing

Pilotkurs

Trondheim, Bergen og Oslo



Uttesting av produktet
(deriblant innhold,
sammenheng,
pedagogisk opplegg
etc).



Innhenting av innspill
(forbedringsområder,
forslag til endring etc).



3 Pilotkurs
gjennomført, med
fylldig evaluering

Etter piloting

- Svært mange verdifulle tilbakemeldinger fra over 100 kolleger
- Revidering og justering av innhold
- Forbedret produkt basert på tilbakemeldingene

Instruktørutdannelser

- Forløp over 10 dager
- Overordnet læringsmål for instruktørutdanningen er at instruktørene skal være i stand til å holde MAP grunnkurs, undervise i de ulike modulene i MAP, samt kunne vedlikeholde denne kompetansen ved sine arbeidsplasser.

Instruktørutdannelser

- **Oslo:**

- 2019: 17-19.sept, 25-27.sept, 14-17.okt
- 2020: 2-4.mars, 11-13.mars, 23-26.mars
- 2020: 7-9.sept, 16-18.sept, 5-8.okt
- 2021: 1-3.mars, 10-12.mars, 22-25.mars

- **Trondheim**

- 2020: 20-22.jan, 29-31.jan, 4-7.februar
- 2021: 18-20.jan, 27-29.jan, 8-11.februar

- **Bergen:**

- 2019: 14-16.okt, 21-23.okt, 11-14.nov
- 2020: Pilot opplæring kommunal sektor? (Bergen/Stavanger)
- 2020: 12-14.okt, 21-23.okt, 2-5.nov

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

KURSBEVIS

Har gjennomført instruktørutdanning i
MAP

Møte med aggresjonsproblematikk

Kurset har en varighet på 70 timer og har blitt gjennomført i følgende samlinger i 2019:

17-19/09, 23-25/09 og 14-17/10

Kurset består av 10 kapitler:

Kap.1: Aggresjonsforståelse

Kap.6: Selvregulering

Kap.2: Voldsrisikovurdering og håndtering

Kap.7: Samhandling

Kap.3: Voldsforebygging

Kap.8: Håndteringsstrategier i kritiske situasjoner

Kap.4: Forebyggende kommunikasjon

Kap.9: Fysiske teknikker

Kap.5: Deeskalering

Kap.10: Etterarbeid

Oslo Universitetssykehus, Gaustad, 17.10.19

Fagforbundet: Kurset godkjennes som tellende i program for klinisk fagstige for hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere, sykepleiere samt øvrige helsefaglige personellgrupper med 65,5 timer.

Norsk sykepleierforbund: Kurset er meritterende for 30 timer i program for klinisk stige for sykepleiere/spesialsykepleiere.

Gunnar Eidhammer
Hovedinstruktør MAP
Regionalt Kompetansesenter for sikkerhets-,
fengsels-, og rettspsykiatri Helse sørøst
Oslo Universitetssykehus HF

Bente Sundbye
Hovedinstruktør MAP
Regionalt Kompetansesenter for sikkerhets-,
fengsels-, og rettspsykiatri Helse sørøst
Oslo Universitetssykehus HF



Videre.....

- Videreutvikling av nye moduler og pilotering av MAP i andre sektorer
 - Kommune, Barn/unge, Kriminalomsorgen etc
- Tydeligere relasjon mellom SIM (Pedagogikk) – MAP (innhold)
- Publikasjoner
- Jevnlige revisjoner
 - MAP versjon 2: 202?



**Preliminary Program
Registration is now open**

24 – 26 October 2019
Thon Hotel Arena, Neshgata 1, 2004 Lillestrøm, Oslo, Norway

11TH EUROPEAN CONGRESS ON VIOLENCE IN CLINICAL PSYCHIATRY

“Unravelling and understanding violence in clinical practice”

Continue ▶



**Parallel Session 4 Room
Theme**

14.00 – 14.30

Nord-Norge Chair: Ian Needham
Ethical, human rights and legal perspectives – other related themEs
Jorun Rugkåsa (Norway):
Community Treatment Orders for difficult to engage patients with psychosis: what does the evidence say?

Sør-Norge Chair: Joy Duxbury
Humane approaches to reduce restrictive practices
Catherine Hupé, Caroline Larue & Damien Contandriopoulos (Canada):
Nursing care quality and chemical restraints: an evaluation tool

Romerike Chair: Tilman Steinert
Ethical, human rights and legal perspectives
Joke Harte, Ingrid van Houwelingen & Mirjam van Leeuwen (Netherlands):
Needs and dilemmas of caretakers who have been victimized by violence in psychiatry

Oslo Chair: Gunnar Eidhammer
Training and education of staff
Thomas Nag & Gunnar Eidhammer (Norway):
MAP (Management of aggression problems) - a step towards a Norwegian standard regarding staff training programs

14.30 – 15.00

Julian Gojer, Monik Kalia, S. Athavan, C. Kerjikian, J. Magritte, J. Koh & I. Giljanovic (Canada):
Drug Induced Psychosis-A Complicated Relationship and a Diagnostic and Legal Conundrum

Paul Doedens (Netherlands):
Expanding treatment possibilities – development of the Academic High Intensive Care model

Matthé Scholten, Jakov Gather & Jochen Vollmann (Germany):
A conceptual framework for evaluating informal coercion and the use of treatment pressures in psychiatry

Thomas Nag & Bente Sundby (Norway):
Evaluation of staff training in de-escalation - a cluster randomized controlled trial

15.00 – 15.30

Yusheng Tian, Jiansong Zhou & Yamin Li (China):
Workplace violence against healthcare workers in different levels of hospitals in China

Angelika Gusewell, Gilles Bangerter, Alexia Stantzos, Emilie Bovet, Cédric Bornand & Matthieu Thomas (Switzerland):
Music in seclusion rooms – impact of a music listening device on patients' subjective experience

Sven Rooijackers, Laura Hartman, Iris Wallenburg, Eva van Baarle, Yolande Voskes, Roland Bal & Guy Widdershoven (Netherlands):
Just Culture in mental health care: creating a learning environment after severe incidents

Lone Viste & Kjell Kjaervik (Norway):
Can health professionals be a source of aggression? Reflection about self-regulation

www.sifer.no

SIFER
NASJONALT KOMPETANSESENTERNETTVERK FOR
SIKKERHETS-, FENGSELS- OG RETTSPSYKIATRI

Søk

HJEM

KALENDER

UNDERVISNING

VERKTØY

PROSJEKT

PUBLIKASJONER

NYHETSARKIV

MAP

OM SIFER

KONTAKT

Velkommen til SIFER

SIFER er et nasjonalt kompetansesenternettverk i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.

Kompetansesentrene forsker og driver fagutvikling på et høyt internasjonalt nivå. Vi bygger opp og sprer kompetanse innen sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, regionalt, nasjonalt og internasjonalt.

