

**KORT OMTALE AV PROSJEKT SOM HAR FÅTT TILDELT  
KVALITETSUTVIKLINGSMIDLAR i 2010.**

Skjemaet skal brukast som informasjon til nettstaden om kvalitetsatsinga i Helse Vest

**Prosjektnamn**

**Kvalitetsforbedring av systematisk risikovurdering og risikohåndtering ved  
Psykiatrisk divisjon , SUS**  
( en del av prosjektet "Reduksjon av tvang ")

**Prosjekteigar** (Helseforetak/avdeling/eining som er ansvarleg for prosjektet)

Helse Stavanger /Psykiatrisk divisjon /Spesialavdeling for voksne  
Helse Stavanger / Psykiatrisk divisjon/ UoF-avdeling

**Prosjektleder** (kontaktperson)

Alla Passeniouk, overlege, Seksjon Sikkerhet, Spesialavd for voksne

**Bakgrunn for prosjektet/hovudpunkt.**

Kvifor blei prosjektet starta?

En stor del av de uønskede hendelser i psykisk helsevern forbindes med fysiske skader på pasienter og personal og er knyttet til vold mot andre og seg selv (faktisk selvskadning kan medføre vold mot personalet når pasienten blir hindret å skade seg). Truende og voldelig atferd både mot andre og seg selv( det er veldokumentert at personer som skader seg selv har høyere risiko til voldelig atferd mot andre) har klar sammenheng med bruk av tvangsmidler.

Det er kjent at å forutsi hvilke personer som kan utgjøre en risiko for voldelig atferd samt risiko til villig selvpåført skade har alltid vært vanskelig.

SHdir utgitt rundskrivet IS 9-2007 "Vurdering av risiko for voldelig atferd – bruk av strukturerte kliniske verktøy" som gitt beskrivelse til rutiner for implementering av risikovurderinger, innføring i hvilke situasjoner som kan kreve en risikovurdering og innfører bruk av standardiserte verktøy som V-RISK-10 , B VC , VAFA o.l. klinisk testede diagnostiske verktøy skal brukes i forskjellige institusjoner.

Ved Psykiatrisk divisjon mangler rutiner med kartlegging av voldsrisiko per i dag tross at mange innleggelse til Psykiatrisk divisjon, spesiell til tvunget observasjon, skjer med begrunnelse i at vedkommende utgjør fare for andre . Enkelt kontroll av epikriser viser at det er mangler voldsrisiko vurdering ved utreise tross det er krav til dette ihh til forskrifter. Voldsrisikovurdering med HCR-20 gjøres grunnen innleggelse til Sikkerhetspost. Det registrert enkelte tilfeller med brukt V-RISK for vurdering av voldsrisiko og det medførte henvisning ti Seksjon Sikkerhet for videre utredning, men det er ikke organisert konsultativ tjeneste for slik henvisninger .

Det mangler systematisk arbeid med kronisk suicidale pasienter som ofte påfører villige skader, gode rutiner til oppfølging og behandling av disse. Bruk av tvangsmidler på den gruppe pasienter fortsatt høy.

Det er ikke systematisk registrering av voldsepisoder og heller ikke hendelser som medførte bruk av tvangsmidler tross det er kjent at bruk av tvangsmidler skjer i truende situasjoner. Det er ikke systematisk analyse og spesifisert miljøterapi for pasienter som har risiko til voldelig og utagerende atferd, og mangel av dette medfører stor bruk av resurser, re-innleggelse og ofte unødvendig bruk av tvang.

Vi mener at dette er forhold t som både kan og bør forbedres og det vil derfor settes i gang kvalitets forbedrende arbeid på dette området

**Mål for prosjektet**

Kva for forbetring håper de at prosjektet skal føre til?

*1. Systematisk voldsrisiko vurdering . og voldsrisikohåndtering samt kartlegging av trauma og selvskading ( viser til egen prosjekt søknad om TASI) frå oppstart av behandling / innkomst til utskrivning*

Det er anbefales bruk av V-RISK på alle pasienter som kommer til akutt psykiatrisk post, poliklinikk og DPS (IS 9-2007). V-RISK er et kort screeninginstrument med 10 ledd som dekker historiske, kliniske og risikohåndteringsvariabler.

Ved Psykiatrisk klinikk i Midt Norge brukes Brøset Violence Checklist (BVC), som kan brukes i de fleste psykiatriske døgnenheter for å forutsi voldelig atferd i et kort perspektiv . BVC har seks ledd som beskriver observerbare, mulige tidlige tegn på voldelige atferd innenfor en tidsramme for de påfølgende 24 timer.

Det ønskes å innføre bruk av BVC ved innkomst på alle pasienter, slik at man kan allerede i første døgn blir bevisst og sette i gang voldsreducerende tiltak.

Det antas at tidforbruk per pasient i akutt mottak ikke økes , men kvalitet av diagnostikk heves og bruk av tvangsmidler samt personal skader minskes.

Plan for risiko håndtering både INNE da pasient innlagt og UTE da pasient utskrives ( fordi en og samme persons voldsrisiko kunne være forskjellig avhengig av hvilken situasjon eller relasjon han/hun var i) må bli utarbeidet tidligst mulig i prosess

*2. Tidlig kartlegging av atferd gir mulighet til å optimalisere behandlingsopplegg tilpasset hver enkelt pasient*

Under innleggelse bør innhentes relevant informasjon fra politi og andre instanser (barnevern, bolig) og vurderes henvisning til med strukturert vurdering av voldsrisiko med HCR-20. Alle risikoepisoder spesielt de som medførte bruk av tvangsmidler bør kartlegges. Per i dag er SOAS-R (verktøy til kartlegging av hendelses forløp for og under en risikoepisode som brukes på Sikkerhetspost A1) viste seg å være bruker vennlig , ikke tidskrevende samt omfattende skjema for denne formål.

*3. Tidlig intervensjon reduserer voldrisiko og tvangsbruk*

Ved repetering av risiko episoder bør pasient vurderes av TMA konsulent og personal fra Sikkerhets seksjon

Bruk av konsultering og intervensjon på postene skape trygghet for personalet og skape trygghet for pasient

Implementering av ERM metode ( kriseplan rettet for risikohåndtering ) **øker brukervedvirkning i behandlingsprosess**

*4. Øke kunnskapsnivået hos personal om bruk av strukturerte kliniske verktøy for vurdering av voldsrisiko og kartlegging av risikoatferd på behandlings enheter.*

Det er i hovedsak vært leger i spesialisering eller psykologer tar imot pasienter primært, mens spesialister i psykiatri eller klinisk psykologi står ved utskrivning.

Miljøpersonal registrerer og kartlegger episoder med utgagering/ trusler mm.

*5. Organistere fast team som utfører voldsrisikovurdering ved HCR-20 på poster*

Det er kjent at voldsrisikovurdering må gjøres i tverrfaglig gruppe helst av spesiell opplærte personal (f.eks med kurs VIVO i regi av Kompetansesenter for retts- og sikkerhetspsykiatri).

Teamet må bestå av en spesialist ( psykiater , psykolog) , verne-eller sykepleier og komplementeres med pas. behandler og primær kontakt .

Det er viktig å utarbeide gode rutiner som sikrer at alle grupper får tilstrekkelig og relevant opplæring og veiledning i bruk av anbefalte verktøy og implementere bruk av disse ved alle enheter.

**Metodisk tilnærming / evaluering av effekt**

Kva skal gjerast og korleis skal effekten av tiltaket målast ?

1.Kartlegge voldsrisiko ved innkomst til Akutt mottak /DPS og ved oppstart av poliklinisk behandling ved bruk av V-RISK -10 og BVC ( for poliklinisk behandling bar emed V-RISK)

2.Forberede mottakende post slik at rett miljøterapi blir tilrettelagt til pasienten

3.Bruk av SOAS –R for registrering av alle risikoepisoder .

4.Organistere konsultering av risikopasienter på postene av personal fra Sikkerhetsseksjon som kan gjennomføre ved behov HCR-20. For dette må frigjøres en lege / psykolog og en

sykepleier ( som gjennomført opplæring i VIVO-1 og hospitering i Sundsvall rettspsykiatrisk sjukehus)

5.Integrering av ERM( kriseplan rettet for risikohåndtering tilgjengelig for alle som arbeider med pasienten, fylles ut av alle og inkluderer pasient )

Evaluering baseres på

1. Reduksjon av voldsepisoder og bruk av tvangsmidler statistisk

2. Forandring av forholdene på poster ved hjelp av WAS

3. Reduksjon av voldsutagering hos enkelt personer / samt positive forandring i atferd og økning av livskvalitet registreres ved hjelp av selvutfyllende skjema samt

#### **Planlagt bruk av resultat i eiga eining** (implementering i drift m. v.)

Integrering av opplæring i bruk av V-RISK og BVC i allerede eksisterende opplæringsprogram i suicidal risiko vurdering

Bruk av V-RISK og BVC integreres for innkomst journal på samme nivå som suicidal vurdering.

Det skal vurderes tidsforbruk for dette på Akutt motakk C2.

Miljøpersonal i enheter opplæres til bruk av SOAS –R (verktøy til kartlegging av hendelses forløp for og under en risikoepisode) og bruk av SOAS –R integreres i bruk ved hver enkelte risikoepisode.

Personal frå Sikkerhetsseksjon opplæres med F.Flutter til bruk av ERM og jobbe med dette med pasienter der er det aktuelt på de enhetene der pasient befinner seg.

#### **Overføringsverdi / overføring av kunnskap til andre einingar i regionen**

Fagtidsskrift, vitenskapelig artikkel, presentasjon på fagdagar, konferansar osv

Helhetstanke er hvor både kartlegging, utøvelse og evaluering er integrert og kan overføres til andre enheter i Helse Vest HF og i hele landet.

**Oppstarttidspunkt** (planlagt)

01.09.2011

**Sluttidspunkt** (planlagt)

31.08.2012