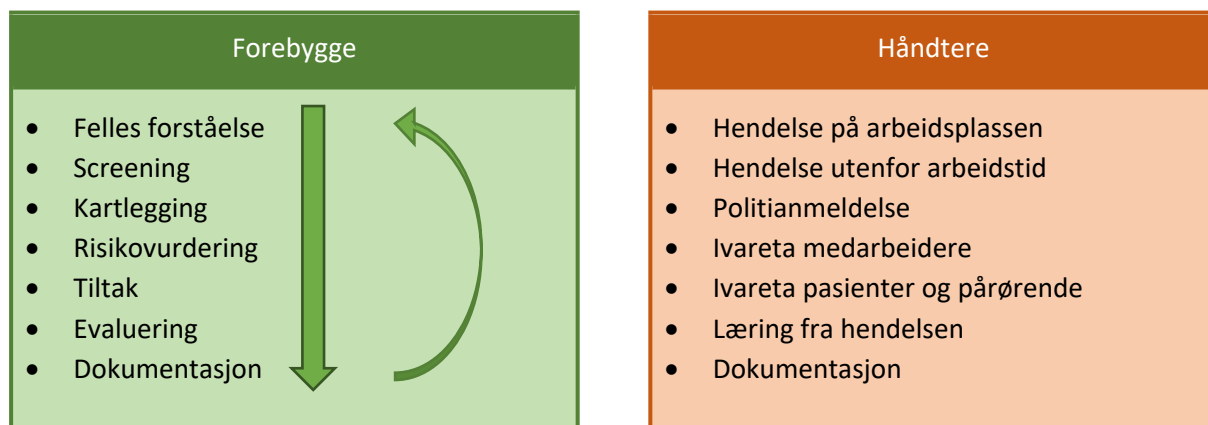


Kategori: Ledelse og styringssystem/HMS Helse, miljø og sikkerhet	Gyldig fra/til:09.01.2026/09.01.2028
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Fellesdokumenter/Ledelse og styringssystem	Versjon: 8.05
Godkjenner: Bua, Ingvild	Prosedyre
Dok. ansvarlig: Elisabeth Jane Dragsnes	Dok.id: D11079

Innholdsfortegnelse

1	Hensikt	2
2	Målgruppe	2
3	Definisjoner	2
4	Ansvar	2
5	Forebygge hendelser med vold og trusler	3
5.1	Felles forståelse	3
5.2	Screening	3
5.3	Kartlegging	3
5.4	Risikovurdering	3
5.5	Tiltak	4
5.5.1	Handlingsplan	4
5.5.2	Lokale prosedyrer, opplæring, øvelse og informasjon	4
5.6	Evaluering	4
5.7	Dokumentasjon	5
6	Håndtere hendelser med vold og trusler	5
6.1	Hendelse på arbeidsplassen	5
6.2	Hendelse utenfor arbeidstid	5
6.3	Politianmeldelse	5
6.4	Ivareta medarbeidere	5
6.5	Ivareta pasienter og pårørende	6
6.6	Læring fra hendelsen	6
6.7	Dokumentasjon	6
7	Referanser	6
8	Forankring	7
9	Endringer siden forrige versjon	7



1 Hensikt

Hensikten med prosedyren er å beskrive hvordan vold og trusler rettet mot medarbeidere, pasienter, pårørende og andre forebygges og håndteres i Helse Bergen for å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø og ivaretagelse av pasientsikkerhet knyttet til denne typen hendelser.

2 Målgruppe

Målgruppen for denne prosedyren er primært alle ledere i Helse Bergen, men også verneombud og tillitsvalgte. Innholdet i prosedyren er aktuelt for alle medarbeidere i Helse Bergen.

3 Definisjoner

- «Vold» er enhver handling som har til hensikt å føre til fysisk eller psykisk skade på person, eller stort skadeverk på inventar og utstyr
- «Trusler» brukes i denne prosedyren i stedet for begrepet "trusler om vold". Trusler er verbale angrep eller handlinger som tar sikte på å skade eller skremme en person
- «Utskjelling» og «sjikane» defineres som uheldige belastninger som skal unngås iht. AML §4-3 og forebygges og håndteres på samme måte som trusler

4 Ansvar

Leder har ansvar for å sikre etterlevelse av denne prosedyren for sin enhet. *Verneombud* har som oppgave å påse at leder har fokus på vold og trusler, og medvirke i arbeidet med forebygging, håndtering og oppfølging. *Tillitsvalgte* samarbeider med leder i det systematiske arbeidet.

Alle *medarbeidere* har ansvar for å:

- medvirke til kartlegging, risikovurdering og eventuelt i utarbeidelse av lokale rutiner
- følge prosedyrer og rutiner, herunder å delta i opplæring og øvelsesaktiviteter
- melde uønskede hendelser med vold og trusler

5 Forebygge hendelser med vold og trusler

Hendelser med vold, trusler, utskjelling og sjikane kan gi alvorlige helsemessige konsekvenser. Forebygging av vold og trusler inngår i systematisk HMS- og pasientsikkerhetsarbeid. Leder skal involvere verneombud, og eventuelt tillitsvalgt, i alle delene av det forebyggende arbeidet.



5.1 Felles forståelse

Situasjoner knyttet til vold og trusler kan oppleves ulikt. Leder, verneombud og ev. tillitsvalgt etablerer først felles forståelse av utfordringsbildet knyttet til vold og trusler. I samtalen identifiseres hendelser og situasjoner som medarbeiderne, pasientene og eventuelt andre opplever som særlig belastende i enheten.



5.2 Screening

Screening gjentas regelmessig og minimum hvert annet år, samt ved endringer som kan ha betydning for risikoforholdene. Dersom enheten har kjent risiko for vold og trusler, kan man gå direkte til Kartlegging.



→ [Til screening – vold og trusler \(verktøy\)](#)

Screening gjøres først på nivå 2 og benytter informasjon fra:

- Arbeidet med ForBedringsundersøkelsen
- Det grønne korset
- Uønskede hendelser / Synergi
- Status på gjennomført opplæring i Kompetanseportalen
- Andre kilder og tilbakemeldinger

Ved ett eller flere "vet ikke" ved screening på nivå 2, gjennomføres ny screening på nivåene under. Dersom nivå 2-, 2.1- eller 3-enheten har ett eller flere "ja" på screeningen, gjennomføres kartlegging og påfølgende risikovurdering på aktuelle nivå 3-enheter.

5.3 Kartlegging

Kartlegging etterfølger screening. God forebygging begynner med kartlegging av arbeidsplassen og påfølgende risikovurdering. Grunnlaget hentes fra de samme fem punktene som i screeningen. Kartleggingen omfatter organisatoriske, psykososiale og fysiske arbeidsbetingelser. Risikoforholdene som er beskrevet i [Forskrift om utførelse av arbeid § 3A-2](#) skal særlig tas hensyn til.



→ [Til kartlegging – vold og trusler \(verktøy\)](#)

5.4 Risikovurdering

Gjennomført kartlegging legger til rette for risikovurdering.

→ [Til risikovurdering – vold og trusler \(verktøy\)](#)

Risikovurdering av vold og trusler bygger på foretakets prosedyre for [risikovurdering av helse, miljø og sikkerhet](#).

5.5 Tiltak

Målrådte t tiltak kan redusere sannsynligheten for at slike situasjoner oppstår og redusere konsekvensen av hendelser som likevel oppstår.



5.5.1 Handlingsplan

I forbindelse med risikovurderingen utarbeides risikoreduserende tiltak med formål å redusere sannsynlighet for-, eller reduserer konsekvensene av, en uønsket hendelse. Tiltakene som prioriteres dette året legges til i [enhetens handlingsplan i Synergi](#). Mange samtidige tiltak kan være krevende å gjennomføre og de kan fortrenge andre viktige tiltak i handlingsplanen. Vær oppmerksom på de fem punktene som særlig skal tas hensyn til ved gjennomføring av tiltak, beskrevet i [Forskrift om utførelse av arbeid, § 3A-3](#).

→ [Til tiltak – vold og trusler \(verktøy\)](#)

5.5.2 Lokale prosedyrer, opplæring, øvelse og informasjon

Leder er ansvarlig for at det foreligger lokale prosedyrer for håndtering av akutte hendelser med vold og trusler ved enheten. Prosedyrene må gjøres kjent for medarbeidere i enheten. Utarbeidelse eller revisjon av lokale prosedyrer vurderes som et risikoreduserende tiltak.

Overføring av pasienter mellom enheter kan medføre forhøyet risiko for vold og trusler. Den avgivende enheten skal så tidlig som mulig beskrive risiko for vold og trusler der det er aktuelt, slik at den mottakende enheten kan forberede seg på å ta imot pasienten. Ansvarsforhold når tvangsinnlagte pasienter i Divisjon psykisk helsevern eller Avdeling for rusmedisin har parallelt opphold i somatisk enhet, er beskrevet i [egen retningslinje](#).

Ved arbeid som kan medføre risiko for å bli utsatt for vold og trussel om vold skal det gis nødvendig opplæring og øvelse i forebygging og håndtering av vold- og trusselsituasjoner, samt i bruk av eventuelt sikkerhetsutstyr ([Forskrift om utførelse av arbeid § 3A-5](#)). Leder skal sikre at medarbeidere får tilstrekkelig informasjon om risikofaktorer, tiltak og prosedyrer for å forebygge, håndtere og følge opp vold- og trusselsituasjoner, samt om rutiner for dokumentasjon av uønskede hendelser knyttet til vold og trusler ([Forskrift om utførelse av arbeid § 3A-4](#)). Egnede tidspunkt er blant annet i forbindelse med ansettelse, personalmøter og arbeid med ForBedringsundersøkelsen.

Opplæring, øvelse og informasjon må gjentas, må oppdateres ved vesentlige endringer i risikovurderingen og kan være egne tiltak i handlingsplanen. Opplæring, øvelse og informasjon må tilpasses behovet i den enkelte enhet. Dersom opplæring er et av de valgte tiltakene i enhetens handlingsplan, kan man få hjelp til valg av nivå på opplæringen fra foretakets side for slik opplæring.

→ **[GÅ TIL SIDE FOR OPPLÆRING \(LENKE KOMMER NÅR ARBEIDET ER SLUTTFØRT I 2023\)](#)**

5.6 Evaluering

Oppfølging og gjennomføring av tiltak for å forebygge og håndtere vold og trusler evalueres i forbindelse med årlig evaluering av handlingsplanen i ForBedringsundersøkelsen. Arkfanen «Evaluering» i verktøyet kan benyttes som hjelpemiddel i evalueringen av tiltakene. Leder har ansvaret for å korrigere tiltak som følge av evalueringen.



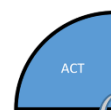
→ [Til evaluering – vold og trusler \(verktøy\)](#)

5.7 Dokumentasjon

Det systematiske arbeidet med vold og trusler dokumenteres slik:

- *Screening, kartlegging, risikovurdering, tiltak og evaluering* dokumenteres i [Elements](#)
- *Handlingsplaner* dokumenteres i [Synergi](#)
- *Opplæringsaktiviteter og kontroll av gjennomføring* dokumenteres i [Kompetanseportalen](#)
- *Referat fra personalmøter* for informasjon og annen aktivitet som gjennomføres i personalmøter dokumenteres der enheten lagrer slike referater

Proessen med forebygging av vold og trusler (punktene 5.1 – 5.7) gjentas regelmessig og minimum hvert annet år, samt ved endringer i enheten som kan ha betydning for risikoforholdene.



6 Håndtere hendelser med vold og trusler

Ledere og medarbeidere må gjennomsystematisk arbeid forebygge voldshendelser i størst mulig grad. Når det likevel skjer, skal medarbeidere benytte seg av skånsomme, terapeutiske metoder til å håndtere vold og trusler. Metodene som anvendes ivaretar den ansatte og verdigheten til pasient, med færrest mulig negative konsekvenser for tjenesten og omgivelsene.

6.1 Hendelse på arbeidsplassen

Følg lokal prosedyre i egen enhet for å håndtere en eventuell akutt hendelse med vold og/eller trusler. Dersom enheten mangler lokal prosedyre, kan [disse momentene](#) være til hjelp. Nærmeste leder varsles så snart som hensiktsmessig.

6.2 Hendelse utenfor arbeidstid

Når medarbeidere utenfor arbeidstid blir utsatt for vold eller trusler knyttet til arbeidet, skal medarbeider informere leder og melde hendelsen i Synergi. Når hendelsen er mindre alvorlig, skal personen som har truet eller utøvd vold, få tilbakemelding fra foretaket. Slik tilbakemelding skal gis i brev fra leder som dokumenteres i arkivsystemet (Elements).

6.3 Politianmeldelse

Leder vurderer om hendelsen skal politianmeldes, jamfør [prosedyre for politianmeldelse](#). Selv om foretaket ikke politianmelder, kan medarbeideren selv velge å anmelde. Anonyme hendelser kan også anmeldes.

6.4 Ivareta medarbeidere

Medarbeidere som har blitt utsatt for vold eller trusler, eller har vært involvert i en situasjon der andre har vært utsatt for dette, ivaretas i tråd med retningslinjen [Ivaretagelse av medarbeidere etter alvorlige hendelser](#). Tiltak rettet mot alle medarbeiderne i enheten kan også være aktuelt.

6.5 Ivareta pasienter og pårørende

Pasienter og pårørende som har blitt utsatt for vold eller trusler, eller har vært involvert i en situasjon der andre har vært utsatt for dette, følges opp med samtaler. Enheten som pasienten tilhører har ansvaret for oppfølging av en pasient som har utøvd vold. Hendelser som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven §3-3a, ivaretas i tråd med retningslinjen [Oppfølging og ivaretagelse av pasienter og pårørende etter alvorlige hendelser](#).

6.6 Læring fra hendelsen

På bakgrunn av hendelsens alvorlighetsgrad og type, bør hendelsen gjennomgås med tanke på læring og ev. identifisering av nye tiltak til handlingsplanen. «[Uønskede hendelser – melding, saksbehandling og læring](#)» kan brukes som verktøy for læring. Ved høyere alvorlighetsgrad kan [hendelsesgjennomgang](#) eller [hendelsesanalyse](#) brukes. Aktuelle arenaer for gjennomgang av hendelser er tavlemøter, «Det grønne korset» og personalmøter, samt møter i AMU og KPU.

6.7 Dokumentasjon

Hendelser med vold og trusler dokumenteres slik:

- Hendelser der *pasient har utøvd vold og trusler* registreres med journalnotat og som [viktig informasjon](#) i [DIPS](#)
- Hendelser der *pasient har blitt utsatt for vold og trusler* registreres med journalnotat i [DIPS](#)
- *Alle hendelser med vold og trusler* meldes og behandles i [Synergi](#)
- Ved personskade på medarbeider skal skaden dokumenteres/meldes i henhold til prosedyren [Hvordan meldes skade eller yrkessykdom](#) og dokumenteres i [Elements](#) – undermappe «HMS og oppfølging».
- Ved alvorlig personskade eller dødsfall som skjer i forbindelse med arbeid, har leder plikt til snarest mulig å [varsle Arbeidstilsynet](#) og nærmeste politimyndighet.
- Bedriftshelsetjenesten dokumenterer oppfølging i arbeidshelsejournalen ([Extensor](#)).

7 Referanser

Interne referanser

1.1.8.4-03	Ivaretagelse og oppfølging av pasient, bruker og pårørende etter alvorlige hendelser
1.1.8.4-11	Uønskede hendelser - melding, saksbehandling og læring
1.1.9-2-1-01	Ansvarsforhold i HMS-arbeidet
1.1.9-4.2-02	Ivaretagelse av medarbeidere etter uønskede hendelser
1.1.9-4.5-03	Akutt håndtering av hendelse med vold eller trusler om vold
1.1.9-6-1-04	Risikovurdering av helse, miljø og sikkerhet
1.1.9-6-2-10	Verktøy for forebyggende arbeid mot vold og trusler
1.1.9-7-01	Hvordan melde arbeidsrelatert skade eller arbeidsrelatert sykdom
1.1.13-03	Skytevåpen og andre farlige gjenstander - håndtering
1.2.1.16-01	Sikkerhetsvakt på utagerende pasienter: Oppdragets grunnlag og innhold
1.2.1.16-02	BVC - Brøset violence checklist
1.2.7.3.2-91	Kritisk informasjon - Dokumentere kritisk informasjon (DIPS Arena)
1.2.8-12	Fastvakrutine for parallelle opphold mellom AFR-DPH og somatiske enheter
1.4.2.2-01	Politianmeldelse i Helse Bergen

Eksterne referanser

[1.2.2.3.3 Kapittel 3A Arbeid som kan medføre fare for å bli utsatt for vold og trussel om vold.\(Forskrift om utførelse av arbeid\)](#)

[3.1.3.1.6.15 Vold og trusler om vold](#)

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

[3.1.3.1.3.1.5 Arbeidstilsynet Faktaside Vald og truslar](#)

[1.2.2.7.1.1.13 Utforming og innredning av arbeidsplasser og arbeidslokaler](#)

[1.2.1 Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. \(arbeidsmiljøloven - AML\)](#)

[1.2.1.4.3 AML §4-3 Krav til det psykososiale arbeidsmiljøet](#)

[1.10.1 Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter \(Internkontrollforskriften\)](#)

[1.16.4.6 Kapittel 7. Risikovurdering \(Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning\)](#)

[1.16.4.7 Kapittel 8. Opplæring \(Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning\)](#)

[1.16.4.8 Kapittel 9. Informasjon til arbeidstakerne \(Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning\)](#)

[1.16.4.9 Kapittel 10. Planlegging, tilrettelegging av arbeidet og sikker drift \(Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning\)](#)

[1.16.4.14 Kapittel 15. Bruk av personlig verneutstyr \(Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning\)](#)

8 Forankring

Prosedyren er behandlet i FAMU 23.01.23 og godkjent av KPU i Helse Bergen 07.02.2023.

9 Endringer siden forrige versjon

Oppdatert referanser etter endring i forskift om utførelse av arbeid

Forlenget gyldighet til 09.01.2028