

Evaluering av alvorlig hendelse

23.05.2025



Foto: Erik Dankel, Helse Fonna HF

Fritz Arne Lilleskog
Helse Fonna HF
28.10.2025

Innholdsfortegnelse

1.0	Sammendrag av hendelsen	3
1.1	Hendelse	3
1.2	Hovedfunn	3
1.3	Forbehold og rapportens formål	4
1.4	Igangsatte tiltak	4
2.0	Målet med evalueringen	5
3.0	Metode for evalueringen.....	6
3.1	Datagrunnlag og gjennomføring	6
3.2	Prinsipper for vurdering.....	6
3.3	Analyse	7
3.4	Begrensninger.....	7
3.5	Lovverk	8
4.0	Vurdering av beredskap og respons.....	9
4.1	Generell informasjon	9
4.2	Administrative og organisatoriske tiltak.....	9
4.3	Tekniske tiltak	15
4.4	Personellrelaterte tiltak	17
4.5	Fysiske tiltak.....	20
5.0	Foreslåtte læringspunkt og tiltak	23
6.0	Anbefalinger	27

1.0 Sammendrag av hendelsen

1.1 Hendelse

Fredag morgen den 23.05.25 oppsøkte en pasient Haugesund Sykehus. Pasienten hadde en akutttime kl. 1200, men møtte tidligere. Nøyaktig tidspunkt for oppmøte er usikkert, men første registrerte kontakt er kl. 0628. Pasienten oppholdt seg på sykehuset frem til hun ble tilsett av behandler ca. kl. 1200. Samtalen varte til ca. 1240, og på vei til ventesone felles akuttmottak, angrep pasienten behandler med kniv. Hendelsen ble meldt ut til alarmsentralene, og politiet definerte hendelsen som en PLIVO. Pasienten ble raskt tatt kontroll på av sykehusets ansatte, og behandler ble medisinsk ivaretatt ved Haugesund Sykehus. Felles akuttmottak begrenset inntaket i en periode, og de ansatte opplevde en periode med utrygghet. Hendelsen ble også en nasjonal nyhetssak, med flere lokale nyhetsoppslag.

1.2 Hovedfunn

Dette kapittelet oppsummerer de viktigste hovedfunnene av knivhendelsen ved felles akuttmottak. Funnene er basert på dokumentgjennomgang, intervjuer av ansatte og egne vurderinger. Det er viktig å understreke at vi ikke har intervjuet fornærmede, og årsaksbildet kan derfor være mer komplekst enn det som fremgår her. Hovedfunnene må derfor forstås som generelle læringspunkter, og ikke som en fullstendig årsaksanalyse.

1. Lang ventetid og opplevd manglende tydelig pasientansvar kan ha økt risikoen for hendelsen.

- Pasienten opplevde å vente lenge på den hjelpen hun ønsket.
- Pasienten ble møtt av flere ansatte fra ulike avdelinger, men ingen tok et synlig, helhetlig ansvar for pasienten.
- Å vente lenge i en urolig og åpen ventesone kan potensielt forverre symptomer og øke voldsrisikoen.

2. Pasienten ble ikke vurdert til å utgjøre en sikkerhetsrisiko.

- Pasienten gav alvorlig truende uttalelser knyttet til behovet for hjelp uten at det ble oppfattet som en alvorlig trussel som medførte umiddelbare risikoreduserende tiltak.
- Trusselen ble tolket som et uttrykk for frustrasjon og ikke aggresjon.
- Vold og voldshandlinger kan oppstå uten forutgående aggressiv atferd, noe som ikke ble fanget opp.
- Voldshandlinger er vanskelige å forutse.

3. Hendelsesforløpet bar preg av tilfeldigheter som reduserte skadepotensialet.

- Tilfeldigheter gjorde at to ansatte var til stede og kunne avverge situasjonen og yte umiddelbar livreddende behandling.
- Det var ikke planlagt at en ansatt skulle følge pasienten og fornærmede i gangen på vei ut etter samtalen.

4. Delvis manglende etterlevelse av prosedyrer og «alarmtrettthet» blant ansatte kan ha bidratt til forhøyet risiko.

- Helse Fonna har prosedyrer og opplæring som skal bidra til å identifisere og håndtere vold og trusler.

- I en travel situasjon, og en arbeidshverdag hvor trusler og vold ikke er uvanlig, kan «alarmtrettthet» gjøre det vanskelig å vurdere trusler og gjennomføre alle forebyggende tiltak.
- Full etterlevelse av gjeldende prosedyrer kunne sannsynligvis redusert risikoen for hendelsen.
- Med dagens omfang og kompleksitet i planverk og drift er det i praksis svært utfordrende å følge alle rutiner og prosedyrer til enhver tid.

1.3 Forbehold og rapportens formål

Denne rapporten tar utgangspunkt i den konkrete knivhendelsen, men formålet er å trekke læring som kan styrke sikkerheten og kvaliteten generelt. Evaluering av alvorlige hendelser er en rutinemessig del av det kvalitets- og forbedringsarbeidet som gjøres kontinuerlig i helse- og omsorgstjenesten. Grunnlaget for vurderingene er informasjon som har kommet frem gjennom intervjuene, samt øvrig innsamlet dokumentasjon. Funnene er resultatet av en samlet analyse av denne informasjonen, og rapporten gir en sammenfatning av tiltak som vil vurderes sammen med fagpersoner, tillitsvalgte, verneombud og ledelse for å sikre at nødvendig læring gjøres, og at kvalitet og sikkerhet styrkes med utgangspunkt i disse læringspunktene. Det er viktig å understreke at vurderinger og forslag i denne rapporten baserer seg på informantenes tilbakemeldinger, vurderinger eller observasjoner, og er sammenfattet og aggregert med det formål å identifisere punkter for læring og utvikling i forhold til kvalitet og sikkerhet for pasienter og ansatte.

I tråd med HRO-prinsippene vurderes alvorlighetsgrad og plausibilitet i observasjonene høyere enn volum alene. Derfor undersøker vi også enkeltfunn systematisk og søker uavhengig bekreftelse før konklusjon.

Det er viktig å understreke at verken funnene eller de foreslåtte tiltakene nødvendigvis ville ha forhindret den aktuelle hendelsen. At et forhold er beskrevet som et funn, betyr ikke at det er en direkte årsak til hendelsen, eller at det i den konkrete situasjonen ville gitt et annet utfall. Hensikten er å belyse sikkerhetsmessige forhold og identifisere risikoområder der forbedringer kan forebygge lignende hendelser i fremtiden.

De foreslåtte tiltakene er derfor rettet mot bredere risikoområder og generell forebygging, ikke bare mot å forhindre en identisk hendelse. Rapporten har heller ikke som mål å plassere skyld på enkeltpersoner, avdelinger eller foretak, men å legge til rette for bred læring og forbedring gjennom en åpen og konstruktiv evaluering.

1.4 Igangsatte tiltak

Fastleger og legevakter ble som et akutt tiltak varslet om at alle pasienter som skulle til felles akuttmottak, skulle nå gå inn via resepsjonen ved hovedinngangen. Dører inn til felles akuttmottak ble besluttet holdt låst hele døgnet. Vekter ble leid inn gjennom påfølgende helg, og det ble gitt føringer på at det var mulighet for å tilkalle vektertjeneste ved behov. Kameraovervåkingen ved sykehuset har blitt utvidet til flere områder. Det ble igangsatt et systematisk evalueringsarbeid ved Helse Fonna HF.

2.0 Målet med evalueringen

Administrerende direktør har gitt ansvaret for utarbeidelse av evalueringsrapporten til Sikkerhets- og beredskapsleder Fritz Arne Lilleskog.

Rapportens overordnede formål er å systematisere informasjon om hendelsesforløpet, gjeldende praksis, fysiske forhold og planverk, slik at Helse Fonna HF kan identifisere sårbarheter og iverksette tiltak for tidlig oppdagelse og effektiv håndtering av fremtidige, uønskede vilde handlinger.

Rapporten skal ikke fordele skyld eller ha et hovedfokus på å finne en rotårsak til knivhendelsen.

Definisjoner:

PLIVO (Pågående Livstruende Vold)	Det er en prosedyre som beskriver hvordan nødetatene (politi, brannvesen og helsevesen) skal samhandle og koordinere seg i situasjoner hvor det er pågående, livstruende vold mot flere personer.
Beredskapsplan	Dokumentert plan for å beskytte liv, helse, miljø og materielle verdier ved ekstraordinære hendelser. Skal inkludere roller, varslingsrutiner, ressurser og øvelseskrav.
Tilsiktede vilde handlinger	Handlinger utført av en aktør med vilje, ofte med hensikt å skade, spre frykt eller fremme egne interesser. Disse handlingene er bevisste og planlagte, og skiller seg fra utilsiktede hendelser som uhell eller naturhendelser.
Knivhendelse	Voldshandling der stikk- eller skjærevåpen har vært brukt eller truet med bruk.
High Reliability Organizations (HRO)	Organisasjoner som over tid oppnår svært få alvorlige hendelser til tross for høy risiko og kompleksitet, ved å være kontinuerlig opptatt av svake signaler og avvik, unngå forenkling, holde tett kontakt med operativ drift, bygge robusthet og la relevant ekspertise nær arbeidet styre beslutninger
Defuse	En kort, uformell samtale som gjennomføres rett etter en traumatisk eller stressende hendelse for å gi umiddelbar støtte til de som er berørt.
Debrief	En samtale som holdes etter en hendelse for å gjennomgå hva som skjedde, bearbeide opplevelser og lære av erfaringene.
Informant	Person som har blitt interjuvet som en del av evalueringen.
Møte med Aggresjonsproblematikk (MAP)	Opplæringsprogram som har til hensikt å forhindre vold og sørge for at pasienter og personale opplever seg trygge.
Brøset Violence Checklist (BVC)	BVC er en 6-punkts sjekkliste som bidrar til at helsepersonell lettere kan forutsi voldelig atferd i et kortsiktig perspektiv (de neste 24 timene) og gjennom dette forhindre og forebygge uønsket og farlig/voldelig atferd (Linaker & Busch-Iversen, 1995).
Alarmtretthet (Alarm fatigue)	Alarmtretthet er en tilstand der gjentatt eksponering for hyppige varsler, advarsler eller trusler – ofte av varierende

	alvorlighetsgrad – fører til at oppmerksomheten og reaksjonsevnen svekkes over tid. Når mange av varslene ikke krever umiddelbar handling, kan ansatte gradvis bli mindre sensitive for alarmer, noe som øker risikoen for at reelle og alvorlige situasjoner ikke blir oppdaget eller håndtert raskt nok.
--	--

3.0 Metode for evalueringen

3.1 Datagrunnlag og gjennomføring

Det ble i perioden 06.06.25 til 02.07.25 gjennomført 15 semistrukturerte intervjuer med informanter som på en eller annen måte hadde en rolle i knivhendelsen fredag 23.05.25 på felles akuttmottak ved Haugesund sykehus. Informantene er hentet fra alle nivåer, fra nivå 1 til nivå 5. Intervjuene ble stort sett gjennomført personlig, med unntak av 2 informanter som ble intervjuet via Teams. Intervjuene ble gjennomført ved at informantene fikk en kort innføring i hva vi ønsket informasjon rundt, at rapporten ikke hadde som hovedfokus å ansvarliggjøre enkeltpersoner, fordele skyld eller vurdere forsvarligheten av handlinger utført/ikke utført.

Parallelt med utarbeidelse av denne rapporten ble det gjennomført en hendelsesanalyse av pasientforløpet med fokus på helsehjelpen pasienten fikk. Der det var naturlig ble det gjennomført felles intervjuer.

Det ble også gjennomgått erfaringer som kom frem under debrief gjennomført 28.05.25.

Beredskapsplanverk, prosedyrer og rutiner som befinner seg i eHåndboken har også blitt gjennomgått.

Forslag til tiltak er oppsummert i tabeller under kapittel 5. Tiltakene står ikke i prioritert rekkefølge. Foreslåtte tiltak kan også allerede være implementerte i avdelingene. Et tiltak kan da være å sjekke ut effekten av tiltaket i avdelingen, for å vurdere om en må endre eller forsterke hele eller deler av dette. Kolonnen med «Ansvar» er bevisst holdt tom ettersom rapporten skal behandles i ledergruppen, og tiltak vil vurderes sammen med fagpersoner, tillitsvalgte, verneombud og ledelse for å sikre at nødvendig læring gjøres og at kvalitet og sikkerhet styrkes med utgangspunkt i disse læringspunktene.

3.2 Prinsipper for vurdering

Denne evalueringen er gjennomført med utgangspunkt i prinsippene for høy-pålitelighetsorganisasjoner (High Reliability Organizations, HRO). Det innebærer at vi legger særlig vekt på tidlige og tilsynelatende «små» signaler om risiko. I tråd med HRO-prinsippene om opptatthet av feil, motvilje mot forenkling og følsomhet for drift, behandles også enkeltobservasjoner og «nesten-hendelser» som verdifulle datapunkter. Når potensialet for skade er stort, er terskelen lav for å undersøke signaler grundig, uavhengig av hvor mange som rapporterer dem.

Rapporten inkluderer derfor innspill fra både ledere og medarbeidere som har den første pasientkontakten. Enkelterfaringer fra informanter er brukt som utgangspunkt for hypoteser,

som vi har søkt å triangulere mot andre kilder (planverk, notater, defuse, debrief og andre informanter). På denne måten kombinerer vi «arbeid som forestilt» (prosedyrer og planer) og «arbeid som gjort» (driftserfaringer), og lar faglig ekspertise nær pasienten veie tungt når den peker på alvorlige svakheter, også når signaler kommer fra få personer.

Tilnærmingen skal ikke tilsløre begrensningene ved datagrunnlaget. Vi er åpne om antall informanter, datakilder og usikkerhet, samtidig som vi følger HRO-prinsippet om å lære tidlig og handle proporsjonalt med risikoens alvor. Målet er å identifisere forbedringstiltak som styrker pasientsikkerhet, samhandling og organisatorisk robusthet.

3.3 Analyse

Intervjuene har blitt gjennomgått og det har blitt trukket ut viktige momenter som treffer evalueringens mandat. Disse momentene har igjen blitt satt sammen i tema som drøftes senere i rapporten.

3.4 Begrensninger

Ettersom formålet med evalueringen var å finne læringspunkter, har ikke hovedfokuset for evalueringen vært å avdekke årsakene til denne spesifikke hendelsen. Saken er under etterforskning ved Sør-Vest Politidistrikt, og de vil se på årsakssammenhengene og straffespørsmålene. Arbeidstilsynet er varslet etter arbeidsmiljøloven § 5-2. Hendelsen er meldt til Statens helsetilsyn, Statens undersøkelseskomisjon og Statsforvalteren i Vestland etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a. Videre tilsynsmessig oppfølging skjer av Statens helsetilsyn eller Statsforvalteren i Vestland.

Evalueringen tar for seg Haugesund Sykehus spesifikt, men noen av læringspunktene og de foreslåtte tiltakene, kan også ha relevans ved andre lokasjoner innenfor Helse Fonna sitt område.

Taushetsplikten ovenfor pasienten er også hensyntatt ved utarbeidelse av rapporten.

Ettersom det har gått litt tid siden hendelsen, kan vi anta at tidspunktene inneholder noe usikkerhet.

Det var mange ansatte som var involvert, men vi har forsøkt å få med oss de som stod nærmest selve hendelsen, samt hatt fokus på ansatte med lederfunksjoner under hendelsen.

Fornærmede og gjerningspersonen er ikke intervjuet, men fornærmede har skrevet en rapport som delvis er tatt med inn i begge evalueringsrapportene. Fornærmede ble gitt mulighet til å stille til intervju.

3.5 Lovverk

[Lov om helsemessig og sosial beredskap \(helseberedskapsloven\)](#)

[Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap](#)

[Lov om endringer i helsetilsynsloven mv. \(ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten\) - Lovdata](#)

[Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\)](#)

[Lov om helsepersonell mv. \(helsepersonelloven\) - Kapittel 5. Taushetsplikt og opplysningsrett - Lovdata](#)

[Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern \(psykisk helsevernloven\) - Lovdata](#)

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

[Å verne om liv og helse - NASJONAL HELSEBEREDSKAPSPLAN](#)

[Lov om nasjonal sikkerhet \(sikkerhetsloven\)](#)

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

[Overordnet beredskapsplan – Helse Fonna \(Revisjon\)](#)

4.0 Vurdering av beredskap og respons

4.1 Generell informasjon

Haugesund sykehus har felles akuttmottak for somatikk og psykisk helsevern i nye SV-blokk. I tilknytning til felles akutt mottak ligger akuttpsykiatrisk døgnpost og avrusingspost.

Ventesonen er i gangen ved resepsjonsområde (ytre ventesone). Resepsjonen er betjent på dagtid frem til kl. 2200. Resepsjonen tar imot såkalte grønne pasienter som kommer til felles akuttmottak på egenhånd.

Det er en dør ved resepsjonen som fører inn til indre ventesone ved felles akuttmottak. Denne var inntil hendelsen åpen på dagtid frem til kl. 1600.

Det gjennomføres planlagte timer for akutt-samtaler inne på felles akuttmottak.

Pasienter har også møtt på dør utenfor ambulanseinngangen, og i resepsjonen ved hovedinngangen.

4.2 Administrative og organisatoriske tiltak

4.2.1 Varsling

Funn: Ved den aktuelle hendelsen ble nødetatene raskt varslet, og linjevarsling i ledelsen fulgte etablert overordnet beredskapsplan. Samtidig oppsto det avvik fra ordinær varslingspraksis. AMK er samlokalisert med felles akuttmottak, og ble varslet muntlig på stedet, fremfor via telefon med påfølgende standard «trippelvarsling» (helse–politi–brann). Dette medførte forsinket etablering av felles situasjonsbilde og krevde ad hoc-løsninger (bl.a. bruk av privat lagrede kontaktopplysninger). Da felles telefonkonferanse ble opprettet, kunne situasjonen raskt avklares og nedskaleres.

Vurdering og mulige læringspunkt: Samlokalisering kan gi rask informasjonsdeling, men bør ikke erstatte definert varslingskanal. Manglende «én inngang» (telefonnummer/prosedyre) for umiddelbar varsling til nødetater, samt ufullstendig kontaktregister i operative systemer, øker risiko for friksjon i oppstarten av håndteringen.

Standardisert konferanseoppsett er nødvendig for å etablere felles situasjonsforståelse og beslutningsmyndighet på tvers av etater. Varsling ved intern kritisk hendelse som krever umiddelbar varsling av andre nødetater poengteres i «Overordnet beredskapsplan» som f.eks. en prosedyre:

- ✓ Ring AMK, be om trippelvarsling
- ✓ Oppgi sted, hendelsestype, status på gjerningsperson og skadde samt kjente sikringstiltak.
- ✓ Navngi kontaktperson for videre kontakt..

4.2.2 Kommunikasjon og ledelse

Funn: Hendelsen utviklet seg raskt og skapte en hektisk situasjon med høy informasjonsmengde. Kommunikasjonslinjer mellom operative funksjoner og ledelsesnivå ble etablert tidlig, både telefonisk og ved fysisk samling nær vaktlederkontoret. Tilstedeværelse

av flere nivåer av ledelse og støttefunksjoner ga kort vei for avklaringer og gjorde det mulig å koordinere kapasitet, redusere inntak og oppdatere eksterne samhandlingsparter om status. Samtidig medførte fysisk nærhet til hendelsesstedet praktiske utfordringer for skjerming, rolleavklaringer og effektiv samhandling med media. Behovet for tydelig rollemarkering og mer målrettet informasjon til ansatte som ikke befant seg på jobb eller hadde en rolle inn i hendelsen, ble trukket frem i etterkant.

Vurdering og mulige læringspunkt: Selv om det var positivt med umiddelbar nærhet mellom åstedet og de forskjellige ledernivåene, må vi hele tiden vurdere behovet for å trekke unna de øverste nivålederne. En nærhet i starten av hendelsen kan være positiv når det gjelder å styrke felles situasjonsforståelse, men risikoen for å bli «for operativ» kan redusere effektiviteten i ledelse og kommunikasjon under en hendelse.

Parallell bruk av telefon til både utgående og inngående meldinger kan skape flaskehalser for enkeltpersoner. Ledere må gjennomføre en løpende vurdering av posisjonering og valg av kommunikasjonsmetode.

For å sikre notoriteten i hendelseshåndteringen, bør avgjørelser og oppgaver nedtegnes så raskt som mulig.

Medietrykk forsterker behovet for dedikert talsperson, skjermede transporttraseer og koordinerte budskap mot ansatte, pasienter og samarbeidspartnere. Viktig å få ut mest mulig nødvendig informasjon til de som ikke var direkte involvert i hendelsen.

Ansatte som kan havne i en lederfunksjon, må gis tilstrekkelig kunnskap til å kunne håndtere dette. Det kan gjøres via kursing, e-læring, m.m.

Personell med lederfunksjon bør være lett synlige, helst iført vest.

Andre konkrete tiltak kan være:

- ✓ Tydelig kommandostruktur med førstemøte og statusmøter
- ✓ Tydelig markering av roller med vester eller annet
- ✓ Ikke bind opp en leder med telefon, men forsøk å fordel deloppgaver som f.eks. varsling av andre avdelinger, ledelse av KO (kommandoplass) og kontakt med media.
- ✓ Loggfør tidlig bl.a. vurderinger, tiltak og ansvarlige for utførelse.
- ✓ Ved behov for samhandling og nærhet til hendelsen, bør det opprettes et KO.
- ✓ Informer de ansatte så tidlig som mulig om hendelsen og forventet opptreden. Dette kan skje via intranett eller andre dedikerte kommunikasjonskanaler i foretaket.

4.2.3 Beredskapsnivå:

Det ble under intervjuene stilt spørsmål om vurdering av beredskap til de med lederfunksjon. Under følger beredskapsnivåene og kriteriene for å vurdere hvert enkelt nivå. Det er i utgangspunktet AD som setter eventuell beredskap. I tillegg kan stedfortreder, Klinikkdirktør Medisinske tjenester og beredskap, vakthavende overlege kirurgi og forvakt anestesi beslutte beredskap.

Grønn beredskap:

En uavklart situasjon, der det kan bli behov for ekstraordinære ressurser/tiltak. Det er et avgrensa behov for ekstra ressurser. Situasjonen krev økt oppmerksomhet.

Gul beredskap:

En uønskt hendelse med avgrenset omfang har skjedd, der situasjonen må håndteres med utvidet innsats/ekstraordinære ressurser/tiltak.

Rød beredskap:

En alvorlig uønskt hendelse har skjedd, og det er stort behov for ekstraordinære ressurser/tiltak.

Funn: Nivå 1 og nivå 2 ledere opplyste at beredskapsnivå fortløpende ble vurdert under hendelsen. Formell beredskap ble ikke satt. Samtidig ble operative tiltak forsterket lokalt (f.eks. ekstra personell og tett ledelsesoppfølging), noe som for enkelte opplevdes som om virksomheten var «i beredskap». Vurderingen til nivå 1 og 2 ledere var at den akutte voldshendelsen raskt ble avsluttet, at innkalling av formell beredskapsledelse ville ta tid og trekke nøkkelpersonell bort fra pågående tiltak, og at flere av de som normalt inngår i beredskapsorganisering allerede var fysisk til stede og arbeidet i «driftssporet». Det ble også pekt på behovet for tydeligere skille mellom driftshendelser og beredskapshendelser.

Vurdering og mulige læringspunkt: Vurder å sette beredskap på et tidlig tidspunkt i hendelsen. Kriteriene for utløsning av beredskapsnivå kan av og til være vage. Dersom vi er usikre på om vi skal gå i beredskap, er vi sikre på at det er rett å gå i beredskap (sikker-usikkerhetsprinsippet).

Fravær av formell nivåsetting kan være rasjonelt når hendelsen er kortvarig og avklart, men skaper potensial for ulike tolkninger av ansvar, informasjonsplikt og aktivering av støttefunksjoner (f.eks. logg, kommandoplass, talsperson og personaloppfølging). Når lokale tiltak eskaleres uten formell nivåsetting, oppstår et «hybridmodus» som kan fungere operativt, men som svekker etterprøvbarehet og felles situasjonsforståelse – spesielt for aktører utenfor selve hendelsen.

En beredskapshendelse er ikke ferdig selv om selve knivstikkingen er ferdig. Ved å gå i beredskap, vil man kunne sette en full eller tilpasset beredskapsledelse. Selv om man setter beredskap, kan man fortsette å jobbe med de akutte tiltakene.

Andre konkrete tiltak på avdelingsnivå kan være:

- ✓ Etablere/verifisere i planverket konkrete, observerbare triggere for minst grønt nivå. Dette kan f.eks. være ved hendelser som vold/kniv, PLIVO, stans/betydelig reduksjon ved felles akuttinntak, betydelig medietrykk m.fl.
- ✓ Etablere en rolle- og ressursmatrise i avdelingene som sier noe om hvem som gjør hva.
- ✓ Etablere «kommandoplass-light» med leder, loggfører, møter etter proaktiv metode og eventuelt utpeke en person som skal informere ut eksternt og internt.
- ✓ Etablere kontakt- og innkallingsrutiner for hurtig iverksetting.

4.2.4 Planverk

Funn: Helse Fonna har digitale prosedyrer og veiledere for håndtering av vold/trusler tilgjengelig i eHåndbok, samt overordnet delplan med scenario for gissel/terror der knivangrep er omtalt. Under hendelsen opplevde flere at planverket var vanskelig å finne og lite anvendbart for en konkret voldssituasjon inne på sykehusområdet. Det ble etterspurt mer scenariobaserte, kortfattede og brukervennlige prosedyrer, herunder for defuse/debrief og for rask vurdering ved uttrykt høyt lidelsestrykk. Enkelte informanter vurderte at eksisterende prosedyrer var tilstrekkelige, men at etterlevelse og praktisk bruk i front var varierende.

Vurdering og mulige læringspunkt:

Det er avgjørende at ansvarslinjene er tydelige ved mottak av pasienter. Dette er ekstra kritisk ved samarbeid over flere fagområder eller avdelinger.

Det er særskilt viktig at ansvar og prosedyrer er tydelige i krevende og kritiske situasjoner, slik som ved utageringer og aggresjon. Godt samarbeid og systematisk kvalitetsutvikling er avhengig av hyppige og regelmessige samarbeidsmøter og felles prosedyreutvikling.

Etterarbeidsrutiner (defuse/debrief) fremstår delvis utydelige i praktisk gjennomføring. Samtidig peker funn på at etterlevelse av eksisterende rutiner for vurdering/triage ved høyt uttrykt hjelpebehov er avgjørende, og at variasjon i etterlevelse kan bidra til forhøyet risiko.

Andre konkrete tiltak kan være:

- ✓ Gå gjennom eHåndboken for å se om vi har de planene som trengs for å kunne håndtere slike og tilsvarende hendelser.
- ✓ Revidere planer som har gått ut på dato eller som er ufullstendige. Utarbeide veiledere for bruk til defuser og debriefer. Utarbeidelse, implementering via øvelser, bruk og revidering av planverk skal være en del av Helse Fonna sitt arbeid med å utvikle en god sikkerhetskultur. Sørge for at planverk er kjent og øvd internt i Helse Fonna HF.
- ✓ Utarbeide en «Beredskapsplakat» som tar for seg de viktigste akutte tiltakene ved en alvorlig hendelse.
- ✓ Mikroprosedyrer for «vold/trusler inne i sykehus»:
 - Klare *triggere* (f.eks. verbale drapstrusler, grov vold, synlig våpen, gjentatt eskalering i ventetid og PLIVO).
 - *Førstelinjetiltak*: sikring/soneinndeling, varsling (dedikert nummer), deeskaleringssteg, «gå sammen to og to».
 - *Rollefordeling*: hvem tar pasientkontakt, hvem ringer, hvem leder lokalt, hvem logger.
 - *Normalisering*: hvem bekrefter kontroll og gir felles status

4.2.5 Pasientflyt og samhandling

Funn: Samarbeidet i grenseflaten mellom de ulike fagområder i felles akuttmottak beskrives som i hovedsak velfungerende, med gjensidig bistand ved krevende pasientsituasjoner. Samtidig peker informanter på utydelig ansvarsplassering for pasienter/besøkende mellom fagområdene. Enkelte pasientgrupper kan oppleve lengre ventetid enn andre. Førstelinje i felles resepsjon blir ofte stående som budbringer og må håndtere avvisninger og frustrasjon. Behov for et dedikert kontaktpunkt med beslutningsmyndighet fremheves. Vurderingsplikt ved oppmøte og håndtering av utagering ble fremhevet som styrende rammer, det vil si

lovkrav, prosedyrer og praksisregler som legger føringer for hva som skal gjøres. Pasienter og besøkende til psykiatrisk akuttpost beveger seg i området felles akuttmottak når de går til og fra samtalerom eller avdeling.

Vurdering og mulige læringspunkt: Uklare kontaktveier og «eierskap» til pasienthenvendelser skaper friksjon, øker belastningen på resepsjon og kan svekke pasientopplevelsen og personalsikkerheten.

Pasienter og besøkende som skal til og fra samtalerom eller psykiatrisk akuttpost bør vurderes ledsaget utenom felles akuttmottak.

Periodevist fravær av likeverdig «triagepraksis» for alle pasientgrupper gir risiko for forsinket vurdering.

Når førstelinje må formidle avvisning på vegne av andre funksjoner uten beslutningsmandat, øker sannsynligheten for konflikteskalering. Et tydelig, ansvarlig kontaktpunkt for de ulike fagområder kan redusere ventetid og sikre raskere kliniske beslutninger.

Alle som møter opp for behandling, skal ha en som er ansvarlig for informasjon og oppfølging. Denne personen skal også sørge for at det blir gjennomført fortløpende vurderinger av pasienten, for å kunne gjøre pasientprioriteringer som følge av forverring eller arbeidsbelastning

Andre konkrete tiltak kan være:

- ✓ Dedikert kontaktpunkt med mandat for henvendelser til felles akuttmottak for alle fagområder inkludert akutt polikliniske vurderinger.
- ✓ Prosedyre for håndtering av krevende henvendelser som inneholder rollefordeling, deeskalering, tilkalling av andre ressurser og flytting av «risikopasienter» til skjermet område.
- ✓ Opplæring for førstelinje i konflikthåndtering og hvordan informasjonsflyten og beslutninger gjennomføres.

4.2.6 Trusler og Synergi

Funn: Informanter beskrev at trusler og hendelser med vold/trusler forekommer jevnlig i arbeidshverdagen. I forløpet til den aktuelle hendelsen ble det fremsatt tydelige og alvorlige trusler knyttet til opplevd hjelpebehov etter lang ventetid. Flere oppfattet uttrykksmåten som preget av desperasjon snarere enn aggressivitet, men trusselens alvor ble delvis forstått. Det rapporteres om variasjon i hvordan trusler håndteres i situasjonen (f.eks. konfrontasjon, deeskalering, «gi etter» for å redusere risiko m.fl.), samt at ikke alle hendelser registreres i Synergi. Enkelte opplever at avvik på vold/trusler ikke medfører synlige tiltak, noe som kan svekke motivasjonen for registrering over tid. Det fremkommer også at risikoforståelsen og fysisk posisjonering i forhold til truende pasienter kan variere mellom ansatte.

Vurdering og mulige læringspunkt: Det bør utarbeides tydeligere rutiner hvor trusler identifiseres, vurderes og tiltak iverksettes på avdelinger som ikke allerede har dette implementert. Bruk av verktøy som BVC, eller deler av metodikken, bør innarbeides på avdelinger hvor trusler og vold har oppstått, eller kan oppstå.

Fagdager, øvelser og treninger bør inkludere håndtering av trusler og voldssituasjoner på alle nivåer. Hyppig eksponering for krevende situasjoner kan bidra til habituering (normalisering av avvik) og underrapportering.

Ulik praksis for håndtering og registrering svekker evnen til å lære systematisk og å fordele risikoreduserende tiltak der behovet er størst. Manglende «lukking av avvik» med tydelig tilbakemelding til melder forsterker inntrykket av at rapportering «ikke nytter».

For å støtte en høy-pålitelighetskultur kreves enkelt, lavterskel rapporteringsløp, tydelige terskler for å anmelde/varsle, felles deeskaleringspraksis og synliggjøring av hvilke tiltak som faktisk iverksettes.

Det må jobbes aktivt med å fremme en sikkerhetskultur som både har rom for en tett menneskelig samhandling med alle pasienter, men som også tar innover seg at pasienter kan ha et ønske om å skade de ansatte.

Andre konkrete tiltak kan være:

- ✓ Prosedyre for håndtering av trusler:
 - Klare *triggere* for tiltak (f.eks. verbale/direkte trusler, gjentatte henvendelser med eskalering og våpenindikasjon).
 - *Deeskaleringstrinn* (f.eks. språk, avstand/posisjonering, to-personsregel, skjerming).
 - *Beslutningspunkter* for å involvere andre/politi og for å avbryte kontakt.
- ✓ Vurdere om registrering i Synergi er for tidkrevende eller komplisert, og eventuelt se om det kan gjennomføres på en enklere måte.
- ✓ Kort opplæring i risikovurdering som posisjonering, fluktveier, alarm, plassering av møbler m.m.
- ✓ Fortsatt fokus på opplæring og bevisstgjøring rundt utfordringer og muligheter ved «vold på arbeidsplassen»
- ✓ Vurdere miljø- og tekniske tiltak som f.eks. alarmtilgjengelighet, skjermingsrom, siktlinjer og mulighet for diskre varsling ved hendelser.

4.2.7 Evaluering

Funn: Informanter uttrykte at det var positivt at hendelsen utløste en bred evaluering, og at selve intervjuene opplevdes som nyttige (delvis debrief). I forkant ble det avklart at flere parallelle evalueringsløp var aktuelle: en virksomhetsomfattende evaluering på mandat fra administrerende direktør, en intern evaluering med hovedfokus på pasientforløpet på mandat fra klinikkdirektør, samt etablert praksis for kvalitets- og pasientsikkerhetsevalueringer i linjen. Det ble besluttet at to hovedløp gjennomføres parallelt, med tydelig tematisk avgrensing (pasientforløp vs. bred organisering/sikkerhet/beredskap).

Vurdering og mulige læringspunkt: Flere initiativ kan gi god dybde, men medfører risiko for overlapp, informantbelastning og uklare «sannhetskilder» dersom roller, datadeling og publiseringsløp ikke koordineres.

Når intervjuer oppleves som debrief, må evalueringen samtidig ivareta behov for psykologisk trygghet, sporbarhet og læring uten å gli over i personaloppfølging.

En felles struktur for metode (tidslinje, funn, årsaksanalyse, tiltak) og en samordnet plan for kommunikasjon og implementering styrker etterlevelse og læring på tvers.

Overordnet beredskapsplan må oppdateres med struktur på de systematiske evalueringene etter en alvorlig hendelse. Planen må ta inn over seg [§ 3-3 a. Melding om alvorlige hendelser i Lov om endringer i helsetilsynsloven mv. \(ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten\)](#). Planen må inneholde hvem som har ansvar for å innen 5 virkedager etter hendelsen sende melding til Statsforvalteren, og utarbeide og sende inn en rapport innen 3 måneder etter at meldingen er sendt til statsforvalteren.

Andre konkrete tiltak kan være:

- ✓ Utarbeide en felles evalueringsmal
- ✓ Vurdere å opprette en koordinerende funksjon som vurderer hendelser og behov for nivåsetting av evaluering. Alle hendelser kan evalueres, men ikke alle trenger en omfattende systematisk evaluering.
- ✓ Sørge for å følge opp tiltak som besluttes iverksatt.

4.3 Tekniske tiltak

Haugesund Sykehus har etablert felles akuttmottak for alle fagområder i nye SV-blokk. Ventesone felles akuttmottak er i gangen ved resepsjonsområde (ytte ventesone). Resepsjonen er betjent på dagtid frem til kl. 2200. Det er en dør ved resepsjonen som fører inn til indre ventesone felles akuttmottak. Denne var inntil hendelsen åpen på dagtid frem til kl. 1600. Resepsjonen ved hovedinngangen er betjent hele døgnet.

4.3.1 Metalldetektor

Funn: I etterkant av hendelsen ble metalldetektor løftet frem som et mulig sikkerhetstiltak. Forslagene spente fra fastmonterte løsninger ved hovedinngang/felles akuttmottak/akuttpsykiatrisk døgnpost, til bruk av bærbare håndholdte detektorer. Informantene pekte samtidig på juridiske og praktiske utfordringer ved de generelle, fastmonterte løsningene (f.eks. flyt, kø, selektering, håndtering ved utslag og lovkrav). Psykisk helsevern har hjemler for kroppsvisitasjon/ransaking etter gjeldende lovverk i spesifikke situasjoner, og flere informanter vurderer tilgang til bærbar detektor ved akuttpsykiatrisk døgnpost som hensiktsmessig. Det fremkom også at en bærbar detektor ikke ville vært anvendbar i den konkrete hendelsen.

Vurdering og mulige læringspunkt: Metalldetektor kan være et målrettet risikoreduserende tiltak, men egner seg best der det foreligger klare kriterier, kompetanse, prosedyrer og hjemmel for bruk.

Akuttpsykiatrisk døgnpost ved Haugesund sykehus bør vurderes utstyrt med håndholdt metalldetektor med tilhørende prosedyrer. Håndholdt detektor kan støtte eksisterende vedtaksprosesser og klinisk risikovurdering, men erstatter ikke behovet for deeskalering, miljømessige tiltak og gode varslingsrutiner.

Bruk av håndholdt detektor må integreres med øvrige tiltak. Bruk av håndholdt detektor skal ikke brukes «istedenfor» andre tiltak, men «i tillegg til» andre tiltak.

4.3.2 Alarmer

Funn: Det er overfallsalarmer i bruk ved sykehuset (i felles akuttmottak, akuttpsykiatrisk døgnpost, avrusingspost og alderspsykiatrisk døgnpost). Informanter beskriver få enheter, begrenset brukervennlighet (fester løsner og batteribytte vanskelig) og utfordringer med lokalisering ved utløsning i felles akuttmottak. Romangivelser følger byggeteknisk nummerering, som er lite intuitiv, slik at personale må bruke plansjer for å oversette til faktisk rom. Dette skaper forsinkelse og stress. Under hendelsen oppsto motstridende oppfatninger om utløsningssted i akuttmottaket (felles akuttmottak vs. akuttpsykiatrisk døgnpost). Traumealarm utløses pr. i dag fysisk fra traumerommet, noe som krever at vaktleder forlater kontoret. Resepsjonen ved hovedinngangen er åpen, uten bærbare eller fastmonterte overfallsalarmer for resepsjonspersonell. Det er utviklet en praksis for å bruke «stansalarm» ved truende situasjoner, noe som kan medføre at responderende personell går uforberedt inn i en mulig voldssituasjon.

Vurdering og mulige læringspunkt: Teknisk og prosedyremessig utforming av alarmsystemet påvirker både responstid og personellsikkerhet. Uklare lokasjonsdata, manglende differensiering mellom medisinske og sikkerhetsrelaterte alarmer, samt utilstrekkelig dekning av bærbare enheter, øker risiko for feil oppmøte og uforberedt respons.

Traumealarm bør kunne utløses raskt av vaktleder for å spare tid.

Resepsjon ved hovedinngangen og resepsjon ved felles akuttmottak, som førstelinje, trenger diskret og tilgjengelige alarmmidler. Standardiserte «kodealarmer» for vold/trusler (egen alarmtype) bør skilles fra «stans» for medisinske hendelser for å redusere feilaktig respons.

Felles akuttmottak har nå fått flere overfallsalarmer, og arbeider med å utarbeide gode rutiner for bruk.

Andre konkrete tiltak kan være:

- ✓ Beholde traumealarmknappene inne på traumerommet, men installere tilsvarende traumealarmknapper inne på vaktleders kontor.
- ✓ Programmere inn overfallsalarmene slik at de lett identifiserer hvilket rom/område alarmen går i.
- ✓ Personell i resepsjonen ved hovedinngangen bør få tilgang til bærbar eller fastmontert overfallsalarm, og ikke benytte seg av «stansalarmen» ved behov for å håndtere en uønsket tilsiktet handling.
- ✓ Vurdere om de eksisterende overfallsalarmene fungerer slik tiltenkt

4.3.3 Kameraovervåkning og fjernstyring

Funn: Flere informanter etterspurte kameraovervåkning i utvalgte soner (ventesoner, kontaktpunkt mot felles akuttmottak og ambulanserampe). Begrunnelsen var bedre oversikt (mengde, tilstand, uro/forverring), mulighet for raskere tiltak (tettere observasjon, tilkalling) og støtte til oppklaring etter alvorlige hendelser ved opptak. Det pekes også på behov for

talemulighet og fjernvurdering av personer ved ambulanserampen, hvor sikt i dag kan være begrenset og døra ved åpning gir fri tilgang inn i mottaksområdet. Politiet etterlyser også raskere adgang ved akutte hendelser. Dagens løsning fordrer at noen fysisk slipper de inn, og det kan være flere kortstyrte dører frem til pasientområdet.

Vurdering og mulige læringspunkt: Kamera kan gi bedre situasjonsforståelse og støtte beslutninger av resepsjonen/vaktleder, men krever strenge rammer (personvern, formål, tilgang, lagring) og tydelig kobling til respons (hvem gjør hva når noe observeres).

Omfanget av kameraovervåkede områder er utvidet siden hendelsen og frem til denne rapportens ferdigstillelse.

Kameraovervåkning må ikke erstatte tilstedeværelse, deeskalering eller miljømessige tiltak. Ventesoner ved felles akuttmottak og inngang ambulanserampe bør vurderes utstyrt med kameraovervåkning.

Monitoreringen av kamera bør først og fremst prioriteres inne hos vaktleders kontor. Det bør også vurderes å installeres monitorer inne hos sekretær i resepsjonen ved felles akuttmottak.

Det må vurderes om det er hensiktsmessig å kunne åpne opp døren inn til felles akuttmottak og akuttpsykiatrisk døgnpost fra vaktlederens kontor. For politiets tilgang er det formålstjenlig med en definert «adgangsløype» ved tidskritiske hendelser, men fjernåpning over flere dører uten kontroll kan gi sikkerhetsbrudd. Løsninger må derfor kombinere teknikk (intercom/kamera, dørstyring i trinn) med prosedyrer (verifisering, logging, ansvar).

4.4 Personellrelaterte tiltak

4.4.1 Intern vektertjeneste/forsterket portørtjeneste

Funn: I etterkant av hendelsen, og gjennom helgen, ble eksterne vektere innleid i felles akuttmottak. Tiltaket ble opplevd som betryggende og nyttig av de ansatte. Informanter uttrykte behov for tilgjengelig vekterressurs ved sykehuset, men ikke nødvendigvis stasjonær i felles akuttmottak, men med mulighet for å tilkalles på tvers av avdelingene. Flere pekte på gevinst ved å bygge en egen vektertjeneste med spesialisert sykehuskunnskap (pasientsikkerhet, deeskalering, samhandling). Det ble informert om situasjoner hvor ansatte vegret seg for å konfrontere/bortvise personer med en truende oppførsel, og episoder med utagering i fellesarealer. Tilstedeværelse av vekter/portør fremheves som forebyggende, som tidlig respons ved overfallsalarmer og som støtte til en tryggere arbeidshverdag. I lys av en skjerpet sikkerhetssituasjon forventes det også målrettede sikringstiltak for kritiske funksjoner. Det fremheves også at vektere kan fylle rolle som evakueringsstøtte ved større interne hendelser.

Vurdering og mulige læringspunkt: En strukturert intern og tilgjengelig vekterfunksjon/forsterket portørtjeneste kan redusere belastningen på kliniske førstelinjer, styrke sikkerhet og bidra til forutsigbar håndtering av truende atferd.

Egen vektertjeneste/forsterket portørtjeneste gir kontinuitet, kompetansebygging og bedre integrasjon i planverk/øvelser, men krever klare mandater, opplæring og tett koordinering med klinikker, AMK, HMS-avdelingen og politiet.

Ren tilstedeværelse uten tydelige prosedyrer for varsling, rollegrenser og dokumentasjon kan gi falsk trygghet eller utilsiktet eskalering.

Dagens sikkerhetspolitiske situasjon gir oss forventninger om at vi som helseforetak skal kunne sikre våre verdier i fred, krise og krig. Vakt og sikring vil være et sentralt satsningsområde dersom vi skal kunne oppfylle samfunnets forventninger om en sikker helsetjeneste innenfor alle nivåer innen krisespekteret. Ved en hendelse vil det være ressursknapphet hos de som vanligvis kan støtte med vakt og sikring, slik at det stilles større forventninger om egen intern organisering for å kunne håndtere en alvorlig situasjon.

4.4.2 Akutt-timer ved sykehuset

Funn: Akutt-timer gjennomføres på sykehusområdet, ofte i samtalerom tilknyttet felles akuttmottak. Det finnes ikke en samlet oversikt over omfang/frekvens. Hvem som møter pasienten varierer.

Vurdering og mulige læringspunkt: Fravær av oversikt over hyppighet og risikoprofil gjør det utfordrende å dimensjonere lokaler, sikkerhetstiltak og støttefunksjoner.

Samtaler i eller nær felles akuttmottak kan gi god tilgjengelighet, men stiller krav til risikovurdering (bemanning), fysisk utforming (siktlinjer, utgang), alarmtilgang og avklart kontaktvei til beslutningstaker.

Variasjon i bemanning uten tydelige kriterier kan påvirke pasientsikkerhet, drift og personellsikkerhet.

Andre konkrete tiltak kan være:

- ✓ Etabler eller verifiser prosedyrer for å ha oversikt over alle akutt-timer- ved sykehuset.
- ✓ Etablere eller verifisere «minimumskrav» til samtalerom (dører, møblering, god oversikt, tilgang til alarm), og antall personer ved hvilken vurdert risiko.

4.4.3 Strukturert voldsrisikovurdering

Funn: Vurdering av risiko for vold oppleves krevende. Brøset Violence Checklist (BVC) er etablert bl.a. ved akuttpsykiatrisk døgnpost og omfatter observasjonskategorier som økt forvirring/irritabilitet, brautende atferd, verbale/fysiske trusler og slag/spark mot inventar. I felles akuttmottak er BVC ikke fullt implementert. Noen ansatte bruker verktøyet, men ikke alle. Det rapporteres også om feil bruk. BVC gjennomføres som dokumentasjon uten tilhørende tiltak koblet til score. Kunnskap og bruk varierer mellom de ansatte.

Vurdering og mulige læringspunkt: Avklare om BVC er et hensiktsmessig verktøy for voldsrisikovurdering ved felles akuttmottak, og eventuelt implementere BVC ved akuttmottaket med tiltak. Ulik implementeringsgrad og fravær av klare tiltak pr. score gjør at verktøyet mister effekt som beslutningsstøtte. Når BVC ikke er integrert i triage, varslingsrutiner og rom-/bemanningsvalg, blir risiko håndtert ad hoc.

For å støtte en høy-pålitelig praksis må BVC være rask, tilgjengelig, og koblet til en enkel tiltaksmatrise og eskaleringsløype, likt på tvers av skift og enheter.

Andre konkrete tiltak kan være:

- ✓ Synliggjør BVC-score på tavle/annet med fargekode. Styrer f.eks. romvalg og bemanning.
- ✓ Opplæring og ferdighetstrening

4.4.4 MAP (Mestring av aggresjonsproblematikk)

Funn: MAP-opplæring gjennomføres i virksomheten i to varianter, hvor den mest omfattende, som går over to dager, er obligatorisk for ansatte ved bl.a. akuttpsykiatrisk døgnpost. Felles akuttmottak har hatt tilbud om samme variant, men ikke alle ansatte har gjennomført opplæringen. Etter hendelsen etterspørres justering av innhold og øvingsscenarier, inkludert situasjoner med få ansatte til stede og mulig tilgang til slag-/stikkvåpen. Ansatte ved resepsjon ved hovedinngangen har per i dag ikke tilbud om MAP-kurs.

Vurdering og mulige læringspunkt: Ujevn dekning og manglende tilpasning av scenarier til reelle risikobilder svekker effekten av opplæringen. Førstelinje uten MAP (f.eks. resepsjon) håndterer ofte første kontakt og trenger grunnleggende ferdigheter i deeskalering, posisjonering og varsling.

For at MAP skal være operativt nyttig, må det kobles tett til lokale mikroprosedyrer (f.eks. overfallsalarm og BVC), fysisk miljø (f.eks. siktlinjer og fluktvei) og tydelig rollefordeling.

Det er et lederansvar å identifisere hvem som trenger MAP-opplæringen, og legge til rette for at dette kan gis til disse.

4.4.5 Øvelser og trening

Funn: Informanter uttrykte tydelig behov for mer målrettede øvelser og trening i håndtering av truende/aggressiv atferd. Det etterspørres praktiske scenarioer, gjerne med eksterne observatører/instruktører (f.eks. politi), for å styrke beslutningstaking, samhandling og egen trygghet. Det er ingen forventning om at personell skal «ta kontroll» på en væpnet gjerningsperson. Målet er bedre vurderinger, tryggere adferd og strukturert samhandling. Erfaring fra aktuell hendelse viser at utfallet kan variere fra gang til gang, og at kompetanse må vedlikeholdes over tid.

Vurdering og mulige læringspunkt: Planlegge og gjennomføre treninger og øvelser hvor man lager scenarioer som inneholder situasjoner i den øvre delen av voldshandlinger. Dette i tillegg til allerede identifiserte og erkjente scenarioer man kan stå ovenfor. Tiltaket gjelder først og fremst for akuttpsykiatrisk døgnpost og felles akuttmottak, men kan også vurderes implementert inn i øvelsene ved andre avdelinger.

Systematisk trening øker kvaliteten på situasjonsforståelse, deeskalering, varslingsflyt og sikker bruk av miljø/alarmer. Effekt forutsetter kortfattet metodikk (mikroøvelser i arbeidshverdagen), tydelig kobling til lokale prosedyrer (f.eks. BVC, MAP, overfallsalarm, politisamvirke/PLIVO) og strukturert evaluering.

Ekstern deltakelse (politi/vektre) kan gi realistisk trykk og felles språk, men må balanseres med pasient- og personvern og drift.

Andre konkrete tiltak kan være:

- ✓ Bruk av VR med scenario tilpasset en trusselsituasjon

4.4.6 Personaloppfølging

Funn: Hendelsen påvirket mange ansatte sterkt, og flere beskrev akutte reaksjoner (skjelving, opphisselse, sjokk) og utfordringer med å gjennomføre ordinært arbeid. Ansatte som hadde fri meldte seg frivillig for å avlaste, noe som bl.a. muliggjorde en tidlig defuse. Samtidig arbeidet flere fra den berørte vekten også påfølgende dag, hvilket opplevdes belastende i etterkant. Det ble gjennomført defuse samme dag og debrief noen dager senere. BHT, ledelse og prestetjeneste fulgte opp de involverte i etterkant av hendelsen. Det oppsto enkelte uheldige forhold, bl.a. at en leder ble skilt fra sitt team under defuse, og at AMK ikke deltok i defuse og uteble fra debrief pga. misforståelse. Overordnet opplevdes oppfølging som god, men ledere etterspør tydeligere prosedyrer/veiledere og systematisk kompetanseheving for gjennomføring av defuse/debrief.

Vurdering og mulige læringspunkt: Utarbeide en prosedyre og veileder for gjennomføring av defuse og debrief hvor bl.a. ansvar, innhold og videre oppfølging står tydelig beskrevet. Her må også krav til opplæring og forkunnskap spesifiseres.

Ved store interne hendelser, eller hendelser som har potensiale for å «sette personellet ut», må leder vurdere tiltak som f.eks. støttesamtaler, defuse, innkalling av ekstra personell, samt å vurdere om posten kan fungere normalt etter hendelsen.

Tidlig avlastning og strukturert oppfølging støtter mestring og reduserer risiko for senreaksjoner. Manglende plan for bemanningsjustering etter alvorlige hendelser kan medføre at berørte jobber videre uten tilstrekkelig restitusjon.

Defuse/debrief bør ivareta teamtilhørighet (leder–team), inkludere alle berørte funksjoner (inkl. AMK) og ha klare roller.

4.5 Fysiske tiltak

SV-blokk er det nyeste bygget ved Haugesund sykehus som er tatt i bruk. Det har i byggeprosessen blitt gjennomført ROS for bygget, og det må verifiseres at bygget brukes slik opprinnelig tiltenkt. Alle bygningsmessige tiltak må vurderes sammen med bygg, drift og eiendomsutvikling for vurdering av hensiktsmessighet og gjennomførbarhet sett opp mot lovverket, føringer og brannkonsept.

4.5.1 Skallsikring

Funn: Skallsikringen rundt mottaksområdet oppleves utilstrekkelig. Uvedkommende kan relativt enkelt ta seg inn i sykehuset og videre inn i avdelinger, blant annet ved «tailgating» når dører åpnes av andre. Enkelte dører stenger på ettermiddag/kveld, men hindrer ikke innpassering når de åpnes fra innsiden. Grenseflaten mellom akuttpsykiatrisk døgnpost og felles akuttmottak beskrives som sårbar. Dører kan åpnes/tvinges opp, og nødåpner (KAC-boks) i sør, leder til mottaket istedenfor ambulanserampen. Dermed kan pasienter fra

akuttpsykiatrisk døgnpost bevege seg inn i mottaksarealer og ventesone. Det rapporteres også om uønsket ferdsel i fellesarealer (tyveri/uro), med opplevd utrygghet for de ansatte.

Vurdering og mulige læringspunkt: Dagens løsning mangler tydelig soneinndeling med differensiert adgang (offentlig – halvskjermet – skjermet), samt effektive tiltak mot «tailgating».

Retningen på nødutganger og plassering/konfigurasjon av KAC-bokser kan uforvarende kanalisere ferdsel inn i sårbare soner (mottak/venterom).

Fravær av synlig adgangskontroll i front (besøksflyt, kortlesere, sluser) øker risiko for uønsket innpassering, forflytning på tvers av soner og hendelser som belaster førstelinje.

Andre konkrete tiltak kan være:

- ✓ Dører inn til felles akuttmottak holdes låst hele døgnet.
- ✓ Dører bør oppgraderes med låser. Dør ut fra felles akuttmottak og ut til resepsjonen vurderes konfigurert slik at den må åpnes med kort innenfra, ikke via trykknapp.
- ✓ Dører inn til AMK må sikres med kort og kode, og tilgang styres til kun nødvendig personell.
- ✓ Det bør gjennomføres en risikovurdering som ser på fordeler og ulemper med låste dører og adgangskontroll.

4.5.2 Innsyn og organisering av rom

Funn: Informanter fra felles akuttmottak etterspurte muligheter for en sikker visuell kontroll inn i utvalgte rom (f.eks. skjermings-/samtalerom) fra korridor, for raskt å kunne vurdere situasjonen før dør åpnes. Behovet ble aktualisert ved en hendelse der dør ikke ble åpnet fordi personalet ikke visste pasientens posisjon eller om vedkommende var i besittelse av farlige gjenstander. Det oppgis også at enkelte rom ikke var risikovurdert mht. møblering/utgangsvei, og at man i etterkant har snudd innredning for å gi ansatte kortere vei til dør. «Samtalerom 8» har to dører med kortleser også fra innsiden (én dør slår inn, én ut av rommet), noe som kan forsinke rømming. Rommet ligger relativt isolert mellom akuttpsykiatrisk døgnpost og felles akuttmottak, uten naturlig nærhet til annet personell. Under redusert inntak ble det av en informant foreslått å etablere sekundært mottaksområde for å opprettholde drift. Det kom også frem at et rom som var tiltenkt som venterom for urolige pasienter ikke ble brukt som tiltenkt på grunn av plassmangel.

Vurdering og mulige læringspunkt: Mangel på innsyn og uheldig dør-/låsegeometri øker risiko ved inn- og utpassering i uavklarte situasjoner.

Kortkrav fra innsiden er lite forenlig med behov for rask evakuering.

Isolert lokalisering uten «naturlig tilsyn» fordrer tekniske og organisatoriske kompenserende tiltak (f.eks. alarm, kamera der hjemmel foreligger, regelmessige runder).

Risikovurdert møblering og tydelig rømningsvei reduserer eskaleringstid og personellrisiko.

Behovet for sekundært mottak ved kapasitetsreduksjon bør beskrives i planverk med klare aktiveringskriterier.

Andre konkrete tiltak kan være:

- ✓ Risikovurdere rommene, og eventuelt tilpasse plassering og innhold i rommene hvor pasienter behandles. Vurdere om noen dører skal få installert kikkhull.
- ✓ Bruke rommene som de var tiltenkt, spesielt med tanke på rommet ved ventesonen som var tiltenkt pasienter med psykiske helseutfordringer eller svær uro som hadde behov for å trekke seg unna.
- ✓ Vurdere om det skal være mulig å åpne en dør uten å benytte kort i «samtalerom 8».
- ✓ Vurdere muligheten for å opprette et sekundært felles akuttmottak.

5.0 Foreslåtte læringspunkt og tiltak

Administrative og organisatoriske tiltak	Forslag til læringspunkt og tiltak	Ansvar
Varsling	1) Varsling ved intern kritisk hendelse som krever umiddelbar varsling av andre nødetater poengteres i «Overordnet beredskapsplan».	
Kommunikasjon og ledelse	1) Bevisst på plassering av ledelsesnivåer under en hendelse, delegere deloppgaver for å unngå å binde opp leder, samt bevisst bruk av kommunikasjonsverktøy. 2) Følge «proaktiv metode» når det kommer til førstemøte, statusmøter, fordeling av oppgaver og ansvar. 3) Ansvar og oppgaver skal nedtegnes så raskt som mulig. 4) Informasjonsbehovet, både internt og eksternt, må vurderes av alle ledelsesnivåene. 5) Alle som kan få en lederfunksjon, skal gis kunnskap om metode og forventninger gjennom bl.a. e-læring. 6) Personell med lederfunksjon bør være synlig, helst iført vest. Anskaffe vester som dekker aktuelle roller ved en beredskapshendelse.	
Beredskapsnivå	1) Sette beredskapsnivå på et tidlig tidspunkt, selv om den utløsende hendelsen er over. 2) Sikker-usikkerhetsprinsippet må følges, også ved vurdering av beredskapsnivå. 3) Etablere konkrete, observerbare triggere for minst grønt nivå. Dette kan for eksempel være vold eller trusler om vold, PLIVO, driftsstans eller betydelig reduksjon i drift i felles akuttinntak, samt betydelig medietrykk m.fl. 4) Etablere en «komandoplass-light» hvor det er hensiktsmessig, med f.eks. leder, loggfører, kommunikasjonsansvarlig som jobber etter «proaktiv metode». 5) Etablere kontakt og innkallingsrutiner for hurtig iverksetting. Dette kan gjøres via HelseCim, men må besluttes gjennomført.	
Planverk	1) Gå gjennom eHåndboken for å se om vi har de planene som trengs for å kunne håndtere hendelser som omfatter uønskede alvorlige handlinger. 2) Revidere planer som er gått ut på dato eller som er ufullstendige. 3) Revidere eksisterende prosedyrer/veiledere for bruk til defuse og debrief. 4) Bevisstgjøre de ansatte på det som ligger i planverket, og risikoene ved å ikke følge disse. Utarbeidelse,	

	implementering via øvelser/undervisning, bruk og revidering av planverk skal være en del av Helse Fonna sitt arbeid med å utvikle en god sikkerhetskultur. 5) Utarbeide en «Beredskapsplakat» som viser de viktigste umiddelbare tiltakene ved en alvorlig beredskapshendelse. 6) Utarbeide «mikroprosedyrer» for vold/trusler inne på sykehuset som kan brukes ved avdelinger som har et identifisert behov.	
Pasientflyt og samhandling	1) Alle som møter opp til behandling, bør ha en ansvarlig person for informasjon og oppfølging. 2) Det må i prosedyrer og opplæring fremgå tydelig at alle pasienter som møter ved et sykehus skal vurderes og triageres av kompetent personell. 3) Det bør finnes et dedikert kontaktpunkt med mandat for henvendelser gjeldende alle fagområder 4) Det bør prioriteres å ha til stede personell med nødvendig fagkompetanse i resepsjonen for å kunne håndtere henvendelser for alle fagområder. 5) Utarbeide eller verifisere en prosedyre for håndtering av krevende henvendelser som inneholder rollefordeling, deeskalering, tilkalling av andre ressurser og flytting av «risikopasienter» til skjermet område. 6) Pasienter og besøkende som skal til og fra samtalerom eller akuttpsykiatrisk døgnpost bør vurderes ledsaget utenom felles akuttmottak.	
Trusler og Synergi	1) Det bør utarbeides tydeligere rutiner hvor trusler identifiseres, vurderes og tiltak iverksettes på avdelinger som ikke allerede har dette implementert. Bruk av verktøy som BVC, eller deler av metodikken, bør innarbeides på avdelinger hvor trusler og vold har oppstått, eller kan oppstå. 2) Fagdager, øvelser og treninger må til en viss grad inkludere håndtering av trusler og voldssituasjoner på alle nivåer. 3) Ledere med ansvar for behandling av avvik må se på hvordan slike avvik håndteres og lukkes, eventuelt om det finnes andre muligheter for å registrere avvik/hendelser. 4) Det må settes fokus på å skape en sunn og robust sikkerhetskultur som omfavner tett menneskelig samhandling, men som også tar innover seg at pasienter i verste fall kan ha et ønske om å skade de ansatte. 5) Vurdere miljø- og tekniske tiltak som f.eks. alarmtilgjengelighet, skjermingsrom, siktlinjer og mulighet for diskrete varsling ved hendelser.	

	6) Vurdere om registrering i Synergi er for tidkrevende eller komplisert, og eventuelt se om det kan gjennomføres på en enklere måte.	
Evaluerings	1) Overordnet beredskapsplan må oppdateres med struktur på de systematiske evalueringene etter en alvorlig hendelse. Planen må tydeliggjøre kravene som ligger i Lov om endringer i helsetilsynsloven mv. (ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten) 2) Utarbeide en felles evalueringsmal. 3) Verifisere at medarbeidere og ledere skiller mellom defuse, debrief og systematisk evaluering. Hva de inneholder og eventuelle lokale tilpasninger.	

Tekniske tiltak	Forslag til læringspunkt og tiltak	Ansvar
Metalldetektor	1) Akuttpsykiatrisk døgnpost ved Haugesund Sykehus bør vurderes utstyrt med bærbar metalldetektor. 2) Det bør utredes mulighet for å innføre bruk av håndholdt metalldetektor/portal andre steder enn ved akuttpsykiatrisk døgnpost.	
Alarmer	1) Utarbeide gode rutiner for bruk av bærbare overfallsalarmer ved felles akuttmottak. 2) Skaffe nok overfallsalarmer til de som er på jobb ved felles akuttmottak. 3) Ansatte i resepsjonen ved hovedinngang bør få tilgang på bærbar eller fastmontert overfallsalarm. 4) Vurdere å få koblet opp traumealarmknapper på kontor til vaktleder felles akuttmottak. 5) Se på muligheten for å endre rombeskrivelsene ved utløst alarm, slik at det blir lettere å identifisere hvilket rom/område alarmer går i. 6) Vurdere om de eksisterende overfallsalarmene fungerer slik tiltenkt.	
Kameraovervåkning og fjernstyring	1) Vurdere å installere kameraovervåkning i områdene: Ventesoner felles akuttmottak og inngang ambulanse rampe. 2) Anbefales at monitoreringen skjer i vaktlederkontoret, eventuelt i tillegg hos sekretær mottak. 3) Vurdere fjernåpning av dør ved ambulanse rampe som styres fra vaktleders kontor eller AMK. 4) Utarbeide/verifisere rutine for varsling og mottak av eksterne ressurser som brann og politi.	

Personellrelaterte tiltak	Forslag til læringspunkt og tiltak	Ansvar
Vektertjeneste/forsterket portørtjeneste	1) Utrede videre behov og mulighet for egen intern vektertjeneste/forsterket portørtjeneste ved Haugesund sykehus hvor man inkluderer drift ved fred, krise og krig.	
Akutt-timer ved sykehuset	1) Etabler eller verifiser prosedyrer for å ha oversikt over akutt-timer for alle fagområder ved sykehuset. 2) Etabler eller verifiser «minimumskrav» til samtalerom (dører, møblering, god oversikt, tilgang til alarm m.m.), og antall personer ved hvilken vurdert risiko.	
Strukturert voldsrisikovurdering	1) Gjennomføre BVC med tiltak som arbeidsmetode ved felles akuttmottak. 2) Synliggjøre BVC-score på tavle/annet med fargekode. Styr f.eks. romvalg og bemanning. 3) Ved implementering må det følges opp med opplæring, ferdighetstrening og eventuell lokal tilpasning. (f.eks. tiltaksmatrise)	
MAP	1) Revidere MAP opplæringen oppimot scenarioer og innhold i det øvre voldspekteret. Lokale tilføyelser av scenarioer vurderes i tillegg til det nasjonale programmet. 2) Ansatte ved felles akuttmottak bør gjennomføre 2 dagers MAP-opplæring. 3) Nivå 3 ledere skal vurdere om det er annet personell som har behov for MAP opplæring, da med spesielt fokus oppimot ansatte som står i førstelinje.	
Øvelser og trening	1) Øvelser og trening ved felles akuttmottak og akuttpsykiatrisk døgnpost bør inneholde scenarioer som befinner seg i det øvre voldspekteret. 2) Vurdere å bruke VR-teknologi for å øve på trusselsituasjoner.	
Personaloppfølging	1) Utarbeide/verifisere prosedyre og veileder for gjennomføring av defuse og debrief hvor bl.a. ansvar, innhold og videre oppfølging står tydelig beskrevet. 2) Nivå 4 og nivå 3 ledere skal vurdere «restarbeidskapasitet» på posten etter en alvorlig intern eller ekstern hendelse, og iverksette tiltak for å støtte opp de involverte ansatte.	

Fysiske tiltak	Forslag til læringspunkt og tiltak	Ansvar
Skallsikring	1) Dører inn til felles akuttmottak holdes låst hele døgnet. 2) Dør ut fra felles akuttmottak og ut til resepsjonen vurderes konfigurert slik at den må åpnes med kort fra innsiden, ikke via trykk-knapp. 3) Dørene mellom akuttpsykiatrisk døgnpost og felles akuttmottak må sikres slik at det ikke er lett å ta seg inn, enten via KAC-boks eller ved å bryte/sparke de opp. 4) Dører inn til AMK må sikres med kort og kode, og tilgangstyres til kun nødvendig personell. 5) Det bør gjennomføres en risikovurdering som ser på fordeler og ulemper med låste dører og adgangskontroll, og også vurderer hvilke dører som skal sikres. 6) Utarbeide eller verifisere planverk for definering av sperret område og vakthold for å kunne holde et åsted, eller sørge for gode arbeidsforhold ved en alvorlig hendelse.	
Innsyn og organisering av rom	1) Vurdere å installere kikkhull i noen dører til pasientrom ved felles akuttmottak. 2) Risikovurdere innhold og plassering av gjenstander i pasientrom ved felles akuttmottak. 3) Risikovurdere muligheten for å kunne åpne døren innenfra «samtalerom 8» uten bruk av kort. 4) Utarbeide eller endre prosedyre til at personell som tar med seg pasienter med voldspotensiale inn på rom, bør ha med seg fungerende alarm. 5) Vurdere mulighet og lokasjon for et sekundært felles akuttmottak for å opprettholde drift. 6) Bruke rommene/områdene slik de var tiltenkt, spesielt med tanke på rommet ved indre ventesone felles akuttmottak som var tiltenkt pasienter med psykiske helseutfordringer eller svær uro som hadde behov for å trekke seg unna.	

6.0 Anbefalinger

Evalueringsrapporten inneholder læringspunkter og forslag til tiltak, og ikke ferdige løsninger. Noen tiltak krever en forankring i ledergruppen, mens andre tiltak kan iverksettes på et lavere nivå.

Det anbefales at rapporten behandles i direktørmøte for å ta stilling til hvilke tiltak som skal iverksettes, hvilke prioriteringer de skal gis, tidsrammer, ansvar, vurdering av ressurser, konsekvenser og gjennomførbarhet.