

Vurdering av risiko for voldelig atferd

- bruk av strukturerte kliniske verktøy



Heftets tittel: Vurdering av risiko for voldelig atferd – bruk av strukturerte kliniske verktøy
Utgitt: 05/2007

Bestillingsnummer: IS-9/2007

Utgitt av: Sosial- og helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling psykisk helse
Postadresse: Postboks 7000 St.Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.shdir.no

Hefte kan bestilles hos: Sosial - og helsedirektoratet
v/Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@shdir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-9/2007

Innledning

Å forutsi hvilke personer som kan utgjøre en risiko for voldelig atferd har alltid vært vanskelig. Bruk av klinisk skjønn dominerte tidligere feltet og oppfølgingsstudier viste dårlige resultater. Hovedtendensen var at man forutsa en voldsrisiko når det ikke var grunnlag for det. I løpet av nittitallet ble vurderingene bredere anlagt ved at man har tatt høyde for at:

- en og samme persons voldsrisiko kunne være forskjellig avhengig av hvilken situasjon eller relasjon han/hun var i
- forebyggende faktorerens rolle skulle inngå som en del av det samlede risikobildet.

Det er etter hvert utarbeidet standardiserte, strukturerte vurderingsverktøy som sammen med klinisk skjønn kan brukes som hjelp til å gjøre risikovurderinger i forhold til vold. Dette har vist seg å bedre treffsikkerheten betydelig.

Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Øst og Sør¹ utførte i 2006 en undersøkelse blant landets 25 akuttavdelinger innen psykisk helsevern for voksne². Undersøkelsen viste at 70-75% av de faglig ansvarlige (jf. psykisk helsevernloven § 1-4) i mange tilfeller uttrykte usikkerhet i forhold til når og hvordan man skulle vurdere risiko for suicid og vold. Erfaringer fra tilsynsmyndighetenes behandling av tilsynssaker de siste årene støtter dette funnet og viser at tjenestene fremdeles har behov for veiledning i forhold til risikovurderinger.

SHdir vil med dette rundskrivet bidra til å øke bevisstheten og kunnskapen innen psykisk helsevern i forhold til gjennomføring av voldsrisikovurderinger. Rundskrivet gir en beskrivelse av rammer og regelverk, rutiner for implementering av risikovurderinger, innføring i hvilke situasjoner som kan kreve en risikovurdering og anbefalte verktøy. Rundskrivet er særlig aktuelt for distriktspsykiatriske sentre (DPS), poliklinikker og sykehusenheter innen psykisk helsevern, men kan også være aktuelt for avtalespesialister.

Rundskrivet utgis som et ledd i direktoratets arbeid med å forebygge alvorlige hendelser. Det må således sees i sammenheng med andre rundskriv med samme formål.³

¹ Prosjektrapport 2006-1 "Faglig ansvarliges vurdering av volds- og suicidrisiko hos pasienter ved utskrivninger fra norske akuttpsykiatriske avdelinger", Hartvig P, Østberg B. www.kompetanse-senteret.no/pages/publikasjoner/2006/2006_publicasjoner.html

² Psykisk helsevern er spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever, jf. phvl. § 1-2 første ledd.

³ Rundskriv IS-17/2004 *Vedrørende utskrivning av pasienter fra døgnopphold i psykisk helsevern*. Rundskriv IS-15/2006 (2006/011) utgitt av Politidirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet Helse *Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid*.

1 Rammer, regelverk og rutiner for implementering

1.1 Rammer og regelverk

Enheter innen psykisk helsevern må tilrettelegges slik at nødvendige risikovurderinger og adekvat oppfølging kan utføres på en forsvarlig måte og i henhold til god faglig praksis. Det vises i denne sammenheng særlig til plikten til forsvarlighet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven §§ 4 og 16.

Tilretteleggelse for nødvendige risikovurderinger gjelder både ved distriktpsykiatriske sentre (DPS)⁴, poliklinikker og spesialiserte sykehusenheter. Det kan være aktuelt å utføre risikovurderinger både ved etablering, gjennomføring og opphør av psykisk helsevern.

Videre skal enhetene sørge for at ansatt helsepersonell gis opplæring som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-10 og helsepersonelloven § 16.

Etablering og gjennomføring av psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten reguleres av psykisk helsevernloven (phvl.) med tilhørende forskrifter. Psykisk helsevern ytes som hovedregel på bakgrunn av samtykke fra pasienten, jf. phvl. § 2-1. Psykisk helsevernloven kap. 3 gir på visse vilkår grunnlag for å etablere tvungent psykisk helsevern overfor personer med en "alvorlig sinnslidelse" for å hindre at vedkommende utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse på grunn av sinnslidelsen, jf. § 3-3. Det kan være aktuelt å utføre risikovurderinger både overfor frivillig innlagte pasienter og overfor pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern.

Phvl. § 3-6 inneholder en regel om offentlig myndighets (herunder politiet, jf. phvl. § 1-3) varslings- og bistandsplikt. Dersom offentlig myndighet mener det er nødvendig med tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, skal det fremmes begjæring om dette. Den som fremsetter begjæringen må ha kjennskap til saken og pasientens situasjon, jf. forskrift om etablering av tvungent psykisk helsevern § 4 første ledd. I følge samme bestemmelse annet ledd bokstav c, kan begjæring fremsettes av politiet "dersom den antatt syke allerede er i politiets varetekt, eller det dreier seg om å avverge vesentlig fare for vedkommendes eller andres liv eller helse, eller når politiets bistand er nødvendig for å få han eller henne under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern".

Plikten til å opprette et internkontrollsystem er også sentral, jf. lov om statlig tilsyn med helsetjenestene § 3 og forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten § 4 og 5 og helsepersonelloven § 16.

Hensikten med internkontroll er å kvalitetssikre at tjenestene til enhver tid er faglig

⁴ IS-1388 Veileder Distriktpsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen

forsvarlige og i tråd med god faglig praksis. Det er en lederoppgave å sikre at enheten utvikles og forbedres slik at myndighetskrav etterleveres. Det viktigste er at det er systematisk styring og kontinuerlig forbedring. Internkontrollen bør utgjøre kjernen i et kvalitetssystem som utover lovgivers krav og forventninger også kan omhandle hvordan enheten skal tilfredsstille andre kvalitetskrav, jf pkt. 3.

1.2 Rutiner for implementering av risikovurderinger - sjekkliste

Organisasjon, ledelse og systemer har stor betydning for hvordan og når risikovurdering og risikohåndtering skal vurderes gjennomført. Selv om denne listen ikke er uttømmende, vil direktoratet særlig fremheve betydningen av at det er etablert rutiner som sikrer at:

- det finnes prosedyrer for risikovurdering av om pasienter kan være til fare for andre, herunder prosedyrer for når slike risikovurderinger skal gjennomføres
- prosedyrene følges
- vurderinger dokumenteres i pasientens journal
- klinisk testede verktøy brukes
- det gjennomføres opplæring i bruk av aktuelle risikovurderingsverktøy
- det finnes rutiner for hvordan virksomheten håndterer situasjonen hvis det foreligger risiko for voldelig/aggressiv atferd
 - avvik fra disse rutinene meldes
 - det skjer en kontinuerlig vurdering av de erfaringer man har fått etter et avvik
- det skjer en kontinuerlig endring av rutiner/prosedyrer i tråd med ny læring/kunnskap

2 Hvordan forebygge at det skjer alvorlige voldshandlinger

Risikovurderinger skal utrede i hvilke sammenhenger en person vil kunne utgjøre en voldsrisiko og hvilke strategier som er nødvendige for at risikoen skal bli lavest mulig (risikohåndtering). Formålet med risikovurderinger i psykisk helsevern er å forebygge voldshandlinger. De viktigste utredningsområdene er følgende:

- Individuelle, samspillsmessige og sosiale faktorer som er forbundet med økt risiko for vold hos den enkelte.
- Strategier som kan redusere denne risikoen.
- Sikre at de relevante risikostrategiene blir iverksatt og opprettholdt rundt den enkelte.

Strukturerte kliniske vurderinger innebærer bruk av risikovurderingsverktøy som gir anvisninger for hvilke faktorer som skal utredes, og på hvilken måte dette skal skje. Utfallet baseres på en samlet vurdering som forutsetter at klinikerer kombinerer utfallet av den strukturerte utredningen med klinisk skjønn, jf. pkt. 2.3.

Ulike nivåer i det psykiske helsevern vil ha ulik kompetanse vedrørende risikovurderinger. Hele det psykiske helsevern, distriktpsikiatriske sentre (DPS), poliklinikker, spesialiserte sykehusenheter og avtalespesialister, bør likevel ha kunnskap om verktøy som kan anvendes, når de bør anvendes og ved behov sørge for nødvendig kunnskap/kompetanse. Kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri har på sine nettsider oversikt over tilgjengelige risikovurderingsverktøy, jf. pkt. 2.4.

I enkelte tilfeller vil det kunne oppstå behov for å få veiledning i forhold til å vurdere risiko for voldelig atferd hos en pasient. Henvendelse kan i slike tilfeller skje til lokale/fylkesdekkende sikkerhetsavdelinger, evt. til de regionale sikkerhetsavdelinger og de regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri i Oslo, Bergen og Trondheim, jf. pkt. 2.4.

2.1 Samhandling/kommunikasjon

Når en risikovurdering er gjennomført og evt. har resultert i en risikohåndteringsplan, er det viktig at denne formidles til de øvrige behandlerne i pasientens behandlingsskjede. Formidling må imidlertid gjøres i henhold til gjeldende regler om taushetsplikt.

Formidlingen kan for eksempel skje:

1. I epikrisen, (jf. Rundskriv IS-17/2004 *Vedrørende utskrivning av pasienter fra døgnopphold i psykisk helsevern*).
2. I individuell plan (jf. Veileder til forskrift om individuell plan, 2005).

Forøvrig vises også til Rundskriv IS-15/2006 *Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke* (pkt. 5 Kommunikasjon mellom helsetjenesten og politiet) og IS-7/2003 *Rundskriv om pasienter som innehar våpen*.

2.2 Vurderingssituasjoner

Som nevnt i pkt 1 er det aktuelt for både distriktpsikiatriske sentre (DPS), poliklinikker, spesialiserte sykehusenheter og evt. avtalespesialister å ha fokus på risikosituasjoner. Det er særlig aktuelt å foreta risikovurderinger i innleggelses- og utskrivningssituasjoner, men også i løpet av oppholdet. Risikovurderinger må integreres i behandlingsprosessen.

Det er en stor utfordring å identifisere personer som kan være til fare for andre, særlig pasienter uten kjent voldshistorie. Den enkeltes risikobilde består av spesifikke forhold i samspillet mellom individet og omgivelsene, dvs. at det er økt sannsynlighet for at vedkommende kan handle voldelig i bestemte situasjoner. Inntak av rusmidler vil ofte forsterke denne sannsynligheten. En sentral oppgave i arbeidet med en risikovurdering, blir derfor å identifisere mulige risikosituasjoner. Ved å få frem et realistisk risikobilde kan man unngå å sette i verk unødvendige tiltak for personer med lav risiko (falske positive) eller å overse personer med høy risiko (falske negative). For å sikre kvaliteten på risikovurderingene kreves kunnskap om situasjoner og sammenhenger som tilsier at slike bør gjennomføres, samt kjennskap til bruk av aktuelle verktøy, se pkt. 2.3.

Direktoratet vil i det følgende nevne noen eksempler på situasjoner hvor det vil være særlig aktuelt å avveie om risikovurdering er påkrevd. Det forutsettes at grunnlaget for gjennomføringen av en risikovurdering er oppfylt enten med pasientens samtykke eller at vedkommende er under tvungent psykisk helsevern.

- Overfor pasienter som innlegges/overføres til sikkerhetsavdelinger skal det kontinuerlig avveies om risikovurdering er påkrevd både i innleggesperioden og ved utskrivning/overføring til et annet behandlingsnivå.
- Ved etablering av tvungent psykisk helsevern hvor farekriteriet er aktuelt som tilleggsvilkår, jf. psykisk helsevernloven § 3-3.
- Ved utløp av en observasjonsperiode og ved opphør av tvungent psykisk helsevern hvor farekriteriet i henhold til psykisk helsevernloven § 3-3 var aktuelt som tilleggsvilkår, jf. psykisk helsevernloven § 3-7.
- Ved innleggelse i og utskrivning/overføring fra en døgninstitusjon/akuttavdeling hvor vold har vært en problemstilling ved innleggelse eller under oppholdet, jf. rundskriv IS-17/2004 *Vedrørende utskrivning av pasienter fra døgnopphold i psykisk helsevern*. Dette gjelder både frivillig og tvungent psykisk helsevern.
- Ved overføring fra tvungent vern med døgnopphold til tvungent vern uten døgnopphold, jf. psykisk helsevernloven § 4-10 og 5-4.

- Når pasienter på tvungent psykisk helsevern skal gis permisjoner eller gis anledning til å gå tur alene eller sammen med ansatte utenfor institusjonen når vold har vært en problemstilling ved innleggelse eller under oppholdet.
- Ved vurdering av henvisninger til og gjennomføring av frivillig psykisk helsevern må det vurderes konkret om situasjonen og pasientens tilstand tilsier at det bør foretas en risikovurdering. Dette vil være mest aktuelt dersom sykehistorie eller atferd indikerer voldsrisiko eller aggresjonsproblematikk.
- Ved konvertering fra frivillig innleggelse til tvungent psykisk helsevern, jf psykisk helsevernloven § 3-4 annet ledd.

2.3 Bruk av strukturerte kliniske verktøy

Kontrollerte studier viser at klinikere gjør markant bedre risikovurderinger ved hjelp av strukturerte verktøy innen sikkerhetspsykiatrien, men en finner også den samme tendensen i forhold til vurderinger gjort i allmennpsykiatrisk sammenheng.^{5 6}

Vurdering av risiko for vold må derfor dels baseres på en *klinisk vurdering* på bakgrunn av behandleres kompetanse, kunnskap, samlet erfaring vedrørende pasienten, annen tilgjengelig informasjon, og dels på bruk av *klinisk testede verktøy*. Den samlede vurderingen skal dokumenteres i pasientens journal.

I det følgende gis en kort oversikt i hva bruk av strukturerte kliniske verktøy innebærer.

2.3.1 **Problemstillinger som skal vurderes i de strukturerte sjekklisene:**

- Tidligere og/eller aktuell voldsutøvelse; dvs. fysiske angrep, inkludert våpen mot annen person for å påføre skade.
- Ustabilitet i forhold; dvs. problemer med å etablere og opprettholde stabile relasjoner over tid.
- Tidligere og/eller aktuelt rusmisbruk (alkohol, narkotiske stoffer, løsemidler) som har gitt nedsatt funksjon i arbeids-, skole-, helse- og fritidsliv.
- Tidligere og/eller aktuell psykisk lidelse; dvs. schizofreni, paranoid psykose, bipolar lidelse, psykotisk depresjon.
- Om pasienten mangler innsikt i sin sykdom/atferd; dvs. i forhold til behov for medikasjon, sosiale konsekvenser eller atferd knyttet til sykdom.
- Om pasienten er mistenksom overfor andre personer verbalt/nonverbalt og ser ut til å være "på vakt" overfor omgivelsene.
- Om pasienten mangler innlevelse (empati); dvs. er følelseskald og uten innlevelse i andres tankemessige eller følelsesmessige situasjon.

⁵ Riskbedømningar inom psykiatrin. Kan vold i samället förutsägas?. En systematisk litteraturöversikt, SBU, nov.2005

⁶ Risikovurdering for voldelig atferd- bruk av sjekklister. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 29, 2001;121:3431-4

2.3.2 Klinikerens vurdering av hvordan pasienten kan tilpasse seg fremtidige forhold:

- Om pasienten har urealistiske fremtidsplaner fordi han/hun har urealistiske forventninger til støtte fra familie, sosialt nettverk, fra hjelpeapparatet og om pasienten er samarbeidsvillig.
- Om pasienten har stor mulighet for å bli utsatt for påkjenninger og belastende situasjoner, dvs. mestringssvikt overfor grensesetting, nærhet til mulige voldsofre, rusmisbruk, bostedsløshet, opphold i voldelig miljø, tilgang til våpen.

2.3.3 Risikohåndtering - eksempler på forebyggende tiltak hvis det er avdekket indikasjon på voldsrisiko:

- Behandling av evt. underliggende lidelse.
- Utsette utskrivning eller sikre tettere oppfølging etter utskrivning, jf. rundskriv IS-17/2004 *Vedrørende utskrivning av pasienter fra døgnopphold i psykisk helsevern.*
- Mangel på ytelser og sosialt nettverk må avdekkes og tiltak iverksettes, evt. utarbeidelse av individuell plan.
- For å begrense inntak av alkohol og narkotika må mulige kontrolltiltak vurderes, jf. phvl. § 4-7 a.
- Vurdere kontakt med politi, jf. rundskriv IS-15/2005 *Helsetjenesten og politiets ansvar for psykisk syke* (pkt 5. Kommunikasjon mellom helsetjenesten og politiet) og helsepersonelloven § 31.

2.3.4 Strukturerte klinisk testede verktøy.

Ved behov for å avgjøre hvilket verktøy som er mest aktuelt i de forskjellige enhetene og opplæring i bruk, se pkt 2.4 eller nettadresser under det enkelte verktøy. Etter hvert vil det finnes nye utarbeidede verktøy. Informasjon vil finnes på nettsidene til kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri.

- VoldsRisiko Sjekkliste- 10 (VRS-10)

Anbefales tatt i bruk i akutt og allmennpsykiatriske enheter.

Dette er et kort screeninginstrument med 10 ledd som dekker historiske, kliniske og risikohåndteringsvariabler.

Informasjon finnes på: www.kompetanse-senteret.no/voldsrisikovurdering

- Historical Clinical Risk factors (HCR-20)

Anbefales tatt i bruk i sikkerhetspsykiatriske enheter, psykiatriske langtidsbehandlingsenheter og fengselshelsetjenesten.

Dette er et verktøy som gir en bredspektret tilnærming, og er inndelt i tre hoveddeler; en historisk del, H (fortid), en klinisk del C (nåtid) og en del for risikohåndtering R (framtid) HCR-20 består til sammen av 20 ledd. Ett av leddene dekker en screening av psykopati (PCL-SV). HCR-20 vil være særlig aktuelt å bruke når den kliniske observasjonstiden er relativt lang fordi det her kreves til dels omfattende forarbeid, bl.a. opplysninger om pasienten som ikke alltid er mulig å innhente f. eks. i en akuttpsykiatrisk enhet.

Informasjon finnes på: www.kompetanse-senteret.no/voldsriskovurdering
www.broset.no/prosjekter
www.helse-bergen.no/avd/sikkerhetsfengselsogrettsspsykiatri/riskvurd/voldsrisk/hcr20/hcrgen.htm

- Skjema for Vurdering Av Farlig og Aggressiv Atferd (VAFA)

Anbefales tatt i bruk i sikkerhetspsykiatriske enheter, psykiatriske langtidsbehandlingsenheter og fengselshelsetjenesten. Kan også anvendes i akuttpsykiatriske enheter, men forutsetter relativt lang klinisk observasjonstid (for eksempel gjennom at pasienten har mange reinnleggelser).

Risikovurderingen gjøres med utgangspunkt i 30 mulige voldsutløsende situasjoner. VAFA brukes til å vurdere individuelle samhandlingssituasjoner som er forbundet med forhøyet voldsrisiko og inngår som del av en samlet risikovurdering med henblikk på å utforme trygge risikohåndteringsstrategier.

Informasjon ved henvendelse til: post@himolde.no

- Short Term Assessment of Risk and Treatability (START)

Anbefales tatt i bruk i intermedieære enheter (et mellomlangt perspektiv)

START vurderer risiko på flere felter enn vold, også risiko for selvskade, selvmord, rusmiddelbruk, rømming og manglende egenomsorg. START kartlegger også pasientens ressurser i denne sammenheng.

Informasjon finnes på: www.broset.no/prosjekter og/eller ved henvendelse til post@broset.no

- Brøset Violence Checklist (BVC)

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.

Informasjon finnes på: www.broset.no/prosjekter og/eller ved henvendelse til post@broset.no

2.4 Aktuelle adresser/nettsteder:

Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri
Ullevål universitetssykehus, Psykiatrisk divisjon, Avdeling for forskning og undervisning, 0320 Oslo. Tlf. 220 29 220. www.kompetansesenteret.no/voldsrisikovurdering

Ullevål universitetssykehus, Psykiatrisk divisjon, Regional sikkerhetsavdeling, 1385 Asker. Tlf. 66 90 87 52. www.ullevaal.no - søk på: avdelinger/divisjoner, Regional sikkerhetsavdeling.

Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri/
Regional sikkerhetsavdeling
Haukeland universitetssykehus, Sandviksleitet 1, 5035 Bergen. Tlf. 55 95 83 09.
www.helse-bergen.no/avd/sikkerhetsfengselsogrettspsykiatri/riskvurd/voldsrisk/hcr20/hcrgen.htm og www.forensic.no

Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri,
St.Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Trondheim, Regional sikkerhetsavdeling
Brøset, Postboks 1803 Lade, 7440 Trondheim. Tlf. 73 86 50 00.
www.broset.no/prosjekter eller www.broset.no/maler/side.asp?thisId=1132658681

Helsebiblioteket. www.helsebiblioteket.no – søk på Psykisk helse, Farlighet og Kriminalitet/Skåringsverktøy

Sosial - og helsedirektoratet
Pb7000,St.Olavsplass,0130Oslo
Tlf.: 815 20 050
www.shdir.no

