

Kapittel 2

Voldsrisiko: vurdering og håndtering

Læringsmål:

Deltakeren på todagerskurset skal:

1. **Kjenne til** begrepene vold, risiko, voldsrisikovurdering og voldsrisiko-håndtering
2. **Kjenne til** det overordnede målet – forebygge vold
3. **Kjenne til** hva Strukturert Klinisk Voldsrisikovurdering (SKV) innebærer og hvordan det gjennomføres
4. **Kjenne til** noen av de mest brukte instrumentene som er utviklet, og i hvilken sammenheng de brukes
5. **Ha kunnskap om** de 7 trinnene i SKV
6. **Ha kunnskap om** de mest sentrale risikofaktorene på gruppenivå
7. **Ha kunnskap om** risikoprinsippet og vekstprinsippet
8. **Ha kunnskap om** hva voldsrisiko-håndtering innebærer: monitorering/tilsyn, behandling, restriksjoner/kontroll, offerbeskyttelse
9. **Skal kunne etterspørre** relevant risikoinformasjon
10. **Skal kunne** delta i arbeid med risikovurdering og risikohåndtering

Del 1: Teoretisk og empirisk bakgrunn

Voldsrisiko: vurdering og håndtering

Av Helge Andreas Hoff, Ph.D

Se for deg at du begynte å jobbe på en lukket sengepost for 3 uker siden. Når du kommer på jobb en fredag ettermiddag får du høre på rapportmøtet at det er dårlig stemning i posten.

Grunnen er at det «ryker ut av ørene» på Geir, en pasient som har vært der i flere år. Han startet dagen med å være avvisende til kontakt med personalet og aktiviteter han ble tilbudt. Når han så at personale satt og pratet sammen i fellesmiljøet og ikke umiddelbart ga

ham oppmerksomhet, ble han mistenksom og urolig

Under lunsjen ble han synlig irritert og kalte personale maktsyke jævlere når han måtte vente på å få låst ut den siste røyken sin. Når han så prøvde å bomme røyk av en medpasient og ble grensesatt på dette skulte han sint på personale, slamret med dørene i fellesmiljøet og viste fingeren til personale, før han gikk inn på rommet sitt. Der har han vært siden. Siden de to som kjenner han best nettopp har dratt på ferie er personale usikker på hvordan de skal håndtere Geir. Noen mener han burde vært nektet adgang til fellesmiljøet fordi han er en tikkende bombe og har oppført seg ugreit, mens andre mener det beste er bare å overse problematferden hans.

Planen er at han skal dra på dagspermisjon alene til mor i morgen. Noen i personalgruppen mener han ikke bør få lov til dette siden han har vært ufin og sint. Han har også skadet mor alvorlig en gang mens han var ruset og psykotisk. Han bør få beskjed om dette i dag heller enn i morgen slik at luften kanskje går litt ut av ballongen før helgen begynner.

Erfaringsmessig vil Geir komme ut igjen av rommet sitt så snart vaktbyttet er over for å hente seg kaffe og for sjekke på tavlen hvem som skal være hans kontaktperson i ettermiddag. Han vil sikkert også spørre om å få gå på butikken for å kjøpe røyk siden han er tom.

Du kjenner at du gruer det skikkelig til å gå inn i posten siden du skal være kontaktpersonen til Geir, for første gang.

Dette eksemplet berører flere sider ved voldsrisikovurdering.

Hva kan skje? Kan Geir være til fare for personalet som skal ha sin første vakt med ham?

Kan han være til fare for mor dersom han likevel får dra på permisjon?

Hva vil skje dersom han angriper personale eller mor? Hvor farlig vil det være?

Betyr den dårlige magefølelsen til flere i personalgruppen at noen kommer til å bli skadet, eller skyldes den at de er usikre på Geir siden ingen av de som er på jobb den ettermiddagen egentlig vet så mye om ham?

Kan personale gjøre noe for å forebygge at noe skjer, eller for å begrense skadene hvis noe likevel skjer?

Sagt på en annen måte, utgjør Geir en voldsrisiko – og hva betyr i tilfelle det?

Risiko og risikovurdering

Risiko handler om framtidige hendelser eller handlinger som *kan* inntreffe. For de fleste handler risiko også om noe som er negativt for oss. Derfor snakker vi vanligvis ikke om risiko for å vinne i lotto, men om risiko for slike ting som ras eller sykdom.

Selv om ordet risiko er en del av dagligspråket bruker vi begrepet litt ulikt. Dette er også tilfelle i forskjellige fagfelt som forsker på risiko (se for eksempel Aven, 2016; Aven & Zio, 2014). Noen tenker på risiko som sannsynligheten for at noe uønsket skal skje, noen fokuserer på konsekvensene av en uønsket hendelse eller handling (hva som vil skje om det går et ras), mens andre igjen tenker på risiko som usikkerhet.

En definisjon av risiko som mange vil være kjent med er å si at risiko er en funksjon av sannsynligheten for at noe uønsket skal skje, og alvorligheten dersom det skjer (sannsynlighet x konsekvens). Ut fra denne definisjonen vil noen si at risikovurdering i eksemplet vårt med Geir handler om å prøve å beregne eller estimere en tallmessig (%) eller kategorisk (høy, middels lav) sannsynlighet for at Geir går til angrep, og beregne hva konsekvensene vil bli om han gjør det.

Mange vil i dag hevde at en slik tallmessig eller kategoribasert forståelse av risiko er mangelfull eller lite hensiktsmessig når det kommer til å forutsi framtidige uønskede menneskelige handlinger som vold. Dels henger dette sammen med at en tallmessig eller frekvensbasert sannsynlighet forutsetter at en har oversikt over de faktorene som påvirker denne sannsynligheten. Som vi kommer til å lære i kapittel 1 er vold et komplekst samspillsfenomen som påvirkes av mange forhold både i og rundt personen. Vi har kunnskap om mange av disse, men langt fra alle. Vi vet også fra forskning, logikk og sunn fornuft at mange av disse forholdene endrer seg over tid. Derfor vil en persons intensjon (vilje) og kapasitet (gjennomføringsevne) til å utøve vold variere.

Det samme vil ofte eventuelle ofres evne eller vilje til å beskytte seg.

En oppfatning og formidling av risiko som en «enkel» funksjon av sannsynlighet og konsekvens får heller ikke fram usikkerheten som er knyttet til risiko (Aven, 2016; Aven & Zio, 2014).

Grunnleggende henger denne usikkerhet sammen med at vi prøver å forutsi fremtiden basert på informasjon vi har tilgjengelig nå. Som kjent skjer ofte ikke det vi forventer, og usannsynlige ting skjer oftere enn vi liker å tro. Det er usikkerhet knyttet til hva som vil skje, hvor sannsynlig det er, og hvor store konsekvensene vil bli om det skjer. Vi vil nesten alltid mangle informasjon som kan være viktig, og det kan være usikkerhet knyttet til kvaliteten på den informasjonen vi har. Det er ofte også vanskelig å vite hvordan risikoen vil påvirkes av nye hendelser, og av hvordan prøver å håndtere risikoen. Til slutt er det også usikkerhet knyttet til hvor god kompetansen til den som skal vurdere risikoen er, og til fagfeltets kunnskap om fenomenet vi prøver å si noe om. På grunn av forhold som dette vil mange hevde at det gir lite mening å snakke om frekvensbasert eller «objektiv» risiko (på engelsk probability) når det gjelder framtidige uønskede menneskelige handlinger. I stedet mener mange at man bør snakke om sannsynlighet som grad av kunnskapsbasert tro (likelihood), og om subjektiv risiko.

Et alternativ til å definere risiko som en funksjon av sannsynlighet og konsekvens er å betrakte risiko som forholdet mellom trussel, verdi og sårbarhet (Norsk Standard 5832: 2014). I innledningseksemplet vårt vil Geir være trusselen, verdien er andres liv og helse, og sårbarheten potensielle ofre (personale og mors) evne til å beskytte seg mot en voldshandling fra Geir. Risikoen vil variere med endringer i og usikkerhet om disse tre forholdene.

Innenfor vårt fagfelt defineres risiko gjerne som en fare som vi ikke fullt ut forstår, og som vi derfor bare kan prøve å forutsi med usikkerhet (Douglas et al, 2013).

Risikovurdering handler om å innhente og analysere informasjon for å prøve å oppnå eller beholde kontroll fram i tid. Denne måten

å beskrive risikovurdering på får fram at formålet med å vurdere risiko ikke først og fremst er å predikere eller forutsi fremtiden, men å finne konkrete tiltak som kan bidra til å forhindre en fare, eller begrense skadene om noe likevel skjer. Dette kalles risikohåndtering.

I eksemplet om Geir får personale som skal på ettermiddagsvakt informasjon om Geirs væremåte i det siste. Denne informasjonen analyserer eller fortolker de kanskje (forhåpentligvis?) bevisst eller ubevisst opp mot det de ellers vet om Geir, om psykiske lidelser, om aggresjon som fenomen, om situasjonen ellers i posten, og opp mot hva som vanligvis pleier å skje når Geir har det slik, og hva som kan gjøres.

Gjennom å samle inn relevant informasjon, gi mening til denne informasjonen og vurdere forebyggende tiltak går forhåpentligvis personale fra en tilstand preget av mye usikkerhet (tvil) til en tilstand preget av mer sikkerhet. Basert på personalets eller de ansvarliges vurdering av risiko kan det fattes beslutninger om hvorvidt der er behov for å iverksette konkrete forebyggende tiltak. Det kan jo tenkes at ubehaget deler av personalet kjenner på ikke skyldes at risikoen for vold fra Geir i utgangspunktet er særlig stor, men at de ikke kjenner Geir så godt. Dermed risikerer de å gå inn i uheldige samspill med Geir og gå glipp av viktige forvarsler på at risikoen kanskje er i endring.

Sammenfattende handler risikovurdering om å innhente og analysere informasjon slik at man kan ta stilling til følgende spørsmål:

1. Hva kan gå galt?
 - a. Hvor trolig er det at dette skjer?
 - b. Hva kan konsekvensene bli om det skjer?
2. Hvorfor kan det gå galt?
3. Hva kan gjøres for å forebygge at det går galt eller for å begrense skadene om det likevel skjer?

Strukturert klinisk/faglig risikovurdering

Innenfor psykisk helsevern i Norge anbefaler fagfeltet og myndighetene at en bruker verktøy (manualer) fra en tradisjon som kalles Strukturert klinisk/faglig risikovurdering (Structured Professional Judgement eller SPJ) når en skal ta stilling til spørsmålene over.

Strukturert klinisk/faglig voldsrisikovurdering har flere viktige kjennetegn.

Først og fremst gjenspeiler framgangsmåten forskningen (evidensgrunnlaget) når det gjelder kjente risikofaktorer for vold. Ved å bruke manualer som HCR-20 eller mer spesialiserte manualer som SARA (vold i nære relasjoner), PATRIARK (æresrelatert vold), SVR-20 (seksualisert vold), SAM (stalking) eller PRISM (situasjonelle og strukturelle risikofaktorer), blir man «tvunget» til å ta stilling til etablerte risikofaktorer for vold.

Med risikofaktor menes forhold (som rusproblemer eller tidligere vold) som i forskning har vist seg å være forbundet med forhøyet voldsrisiko. Sagt på en annen måte har forskningen vist at voldsforekomsten i en gruppe med risikofaktoren er høyere enn i en sammenlignbar gruppe uten risikofaktoren. Når en person «har» risikofaktoren betyr dette at han statistisk sett tilhører en gruppe med forhøyet risiko. For eksempel har røykere en forhøyet risiko for noen sykdommer sammenlignet med ikke-røykere. Det er her viktig huske på at forholdet mellom en risikofaktor og vold er et uttrykk for sannsynlighet på gruppenivå. Det betyr at en risikofaktor ikke er en nødvendig eller tilstrekkelig betingelse for at volden skal forekomme. I røyke-eksemplet betyr dette at langt fra alle som røyker blir syke, og at en ikke trenger å ha røykt for å få den aktuelle sykdommen. Derfor kan ikke fastlegen si med sikkerhet om du blir syk selv om du har røyket, eller motsatt at du ikke får sykdommen siden du ikke røyker. Selv om legen ikke kan eller bør si noe sikkert om hvor stor sannsynligheten er for at akkurat du blir syk eller når, kan legen si at du statistisk sett tilhører en høyrisikogruppe og derfor bør slutte. Viktigst av alt vil legen forhåpentligvis gi deg gode konkrete råd om hvordan du kan

slutte. Noen vil si at en det må foreligge et (kjent) årsakssammenheng (kausalitet) mellom en faktor og det en prøver å predikere for å kalle det en risikofaktor, mens andre kun vektlegger statistisk samvariasjon (se for eksempel Day et al, 2013 for en mer utdypende diskusjon om hva en risikofaktor er).

Et annet viktig kjennetegn ved Strukturert klinisk/faglig risikovurdering er at tilnærmingen tar høyde for at noen bestemmer seg for å utøve vold ut fra «uvanlige» forhold som ikke framkommer i gjennomsnittsverdier fra forskning på store grupper. Derfor framhever framgangsmåten at en ut over å kartlegge om personen «har» kjente risikofaktorer også må vurdere om det er andre forhold som gjør at en er bekymret for vold. Dette kalles personspesifikke faktorer. Videre er det slik at kjente risikofaktorer på gruppenivå ikke er like viktige for alle. Selv om det å ha problemer med å få seg arbeid er en kjent risikofaktor for vold på gruppenivå (kanskje nyansere denne risikofaktoren?) behøver ikke denne risikofaktoren å ha noen direkte sammenheng med hvorfor Geir utøvde vold mot moren sin en gang, eller med hvorfor han kanskje utgjør en trussel for personalets sikkerhet nå.

På grunn av disse forholdene handler Strukturert faglig/klinisk risikovurdering ikke om å summere eller vekte risikofaktorer på en mekanisk måte og komme fram til et tallbasert eller kategoribasert «absolutt» risikoestimat. I stedet er framgangsmåten ment å være en beslutningstøtte i sammenhenger der en bør eller er pålagt å ta stilling til de grunnleggende spørsmålene om risiko, nemlig: Hva kan skje? Hvorfor? Hvilke tiltak virker nødvendig for å forebygge vold?

Framgangsmåten gjør det mulig å besvare disse spørsmålene ved å «påtvinge» den subjektive vurderingen en bestemt trinnsvis struktur. Det er, basert på forskning og sunn fornuft, god grunn til å tro at denne strukturen bidrar til å gjøre vurderingen mer treffsikker (valid) enn om den bare baserer på erfaring eller faglig skjønn. Det gjør den også mer

forståelig for andre og ikke minst etterprøvable.

Trinnene i en Strukturert faglig/klinisk risikovurdering er beskrevet noe ulikt i de ulike verktøyene innenfor denne tradisjonen, men har samme fellesnevner. Dette er å kartlegge informasjon, gi mening til informasjonen og å anbefale konkrete forebyggende tiltak slik at det er mulig å gjøre beslutninger om risiko og risikohåndtering.

I det følgende presenteres trinnene slik de er beskrevet i HCR-20 v 3. Det er viktig å huske på selv om disse beskrives som trinn, vil en i praksis ofte gå fram og tilbake mellom disse trinnene.

Trinn 1. Innhenting av informasjon

Målet på dette trinnet er å sørge for god nok bredde og dybde i informasjonen til at man kan stilling til personens voldsrisiko. Jo mindre informasjon, eller jo mer motstridende og upålitelig den tilgjengelige informasjonen er, jo mer usikker blir vurderingen. På tvers av verktøy innenfor Strukturert faglig/klinisk risikovurdering er en opptatt av å få informasjon om vold og voldstanker, generell antisosialitet, psykososial fungering (inkludert rusproblemer), livssituasjon, og personens planer framover. Dersom en kjenner til potensielle framtidige ofre vil en også være opptatt av informasjon som kan belyse denne personens evne til å beskytte seg (sårbarhet).

Trinn 2. Tilstedeværelse av risikofaktorer

På dette trinnet kartlegges om risikofaktorene som er beskrevet i den aktuelle manualen er tilstede. Spørsmålet er altså om personen «har» de enkelte risikofaktorene. For hver risikofaktor gjøres det en sammenfattende vurderingen ut fra hvor sikker en er på om risikofaktoren er tilstede. I tillegg skal som nevnt ta stilling til om det foreligger noen personspesifikke faktor som også gir grunn til bekymring.

Risikofaktorer i HCR-20 versjon 3:

Historiske ledd: Tidligere problemer med...	Kliniske ledd: Nåværende problemer med...	Risikohåndteringsledd: Framtidige problemer med...
H1. Vold	C1. Innsikt	R1. Bruk av offentlige tjenester
H2. Annen antisosial atferd	C2. Voldsforestillinger /intensjoner	R2. Boforhold og omgivelser
H3. Relasjoner	C3. Symptomer på alvorlig psykisk lidelse	R3. Personlig støtte
H4. Arbeid og utdanning	C4. Ustabilitet	R4. Respons på behandling/tilsyn
H5. Rusmidler	C5. Respons på behandling/tilsyn	R5. Stress og mestring
H6. Alvorlig psykisk lidelse	<i>Andre mer personspesifikke kliniske faktorer</i>	<i>Andre mer personspesifikke håndteringsfaktorer</i>
H7. Personlighetsforstyrrelse H		
8. Traumatiske opplevelser		
H9. Voldelige holdninger		
H10. Respons på behandling/tilsyn		
<i>Andre mer personspesifikke historiske faktorer</i>		

Trinn 3. Vurdering av risikofaktorenes relevans

På dette trinnet tar en stilling til de enkelte risikofaktorene som er tilstede også ser ut til å være viktige eller sentrale for å forstå akkurat denne personens voldsproblem eller voldsrisiko. Som nevnt tidligere er dette viktig siden vi vet at risikofaktorer som på gruppenivå henger sammen med forøket risiko ikke trenger å være like relevante for alle. Dette trinnet markerer overgangen fra å si noe om risiko på gruppenivå til å si prøve å si noe om hva som virker relevant for å forstå denne personens voldsrisiko.

En måte å tilnærme seg relevansvurderingen på er gjennom beslutningsteori (se for eksempel Hart og Logan, 2011). Her forutsetter man at voldsutøvelse innebærer forutgående tenkning, og er et resultat av en beslutning (et valg). Valget om å utøve vold kan i noen tilfeller skje svært fort, være basert på feilaktig informasjon, eller skje uten at voldsutøveren er oppmerksom på at han eller hun har gjort et valg. Likevel er den umiddelbare årsaken til volden en beslutning. Relevansvurdering handler om å ta stilling til hvilke risikofaktorer som ser ut til å ha spilt størst rolle i personens eventuelle tidligere beslutninger om å handle voldelig, eller ser ut til å kunne gjøre det i framtidige beslutninger slik at en må håndtere risikofaktoren for å forebygge vold. En risikofaktor kan være relevant på tre ulike måter: Den kan motivere til vold slik at volden oppleves som en fordel; den kan redusere vanlige hemninger eller sperrer mot vold; eller den kan destabilisere personens beslutningsevne slik at det blir vanskeligere å finne eller velge prososiale handlingsalternativer.

For eksempel kan en person med en fastlåst vrangforestilling om bli forfulgt av terrorister (deriblant naboen) og som hører stemmer som befaler ham til å angripe før han selv blir angrepet oppleve dette så skremmende at han som en siste utvei blir motivert til å angripe først i selvforsvar. De vanlige hemningene hans mot vold synes redusert av at han ikke lenger klarer å huske på at stemmene egentlig ikke er ekte, noe som gjør ham svært redd. Hans vanlige evne til å finne prososiale løsninger på problemene han møter på i livet er destabilisert på grunn av den sterke frykten han kjenner på. Han har også konsentrasjonsvansker som gjør det vanskelig å tenke klart, og tankene hans er fastlåst rundt at han er i fare. De skremmende befalende stemmene gjør det også vanskelig å få med seg hva andre sier.

En annen kan se fordeler i å utøve vold mot samboeren sin for å skremme henne til ikke å bryte ut av forholdet, og for å få enda mer makt over henne. Han kan også synes det er litt opphissende å se henne redd. Hemningene hans mot å true eller slå når han føler seg krenket eller for å få det som han vil har vært svekket lenge, som følge av voldelige

normer i oppveksten og omfattende amfetamin og alkoholmisbruk. Når han blir sint eller opphisset strever han med å tenke klart, særlig når han er speedet eller har drukket. Dette gjør ham også enda mer impulsiv.

Fra disse eksemplene er det tydelig at vår forståelse av hvilke risikofaktorer som er mest relevante for å forstå en persons voldsproblem også vil ha stor betydning for hvilke tiltak vi tenker kan forebygge ny vold.

Trinn 4. Risikoformulering

På dette trinnet er målet å komme fram til en kort beskrivelse, historie, eller forklaring på personens voldsproblem. Dette kaller vi en risikoformulering. Risikoformuleringen skal gi svar på hvorfor vi mener det foreligger en forhøyet voldsrisiko. Den skal også kunne fungere som en begrunnelse for de forebyggende tiltakene en anbefaler i risikohåndteringsdelen (trinn 6). Det overordnede formålet med formuleringen er altså å fremme en felles faglig forståelse som kan bidra til å forebygge ny vold.

Vanligvis vil risikoformuleringen bygge på de relevante risikofaktorene, og vise hvordan vi antar at disse forholder seg til hverandre. Formuleringen kan ta utgangspunkt i en bestemt teoretisk tilnærming (for eksempel beslutningsteori som vist over), eller i en mer «folkelig» forståelse basert på erfaring og sunn fornuft. Det finnes i dag ikke en dominerende teori som kan forklare all vold. Til det er trolig vold et alt for kompleks samspillsfenomen, som påvirkes av en rekke faktorer både i og rundt personen. Kvaliteten på en risikoformulering bestemmes derfor ikke av hvilken teoretisk forankring formuleringen den har eller ikke har, men av om den gir mening i lys av det vi vet (fakta), og om den framstår rimelig og troverdig for andre med tilsvarende informasjon, kunnskap og kompetanse.

I eksemplet vår om Geir kan en risikoformulering være som følger: Siden Geir ble utsatt for grov omsorgssvikt i oppveksten har han ikke lært å regulere

følelsene sine eller selvbildet sitt uten hjelp fra andre, og heller ikke at andre stort sett vil ham vel. Dette gjør ham mistenksom, impulsiv, svingende i humøret og sårbar for å føle seg avvist. Når han føler seg utenfor, ingenting verdt eller når grensene rundt ham oppleves utrygge kan Geir reagere med å bli sint, blåse seg opp og bli verbalt truende før han trekker seg unna. Ved å kjeffe og true virker det som at han får kontroll over situasjonen, og får ut frustrasjon. Han har aldri fysisk skadet noen mens han har vært innlagt når han hatt det på denne måten. I perioder har Geir rust seg massivt på hasj og amfetamin. Dette har sammen med en kaotisk livsstil utenfor sykehuset flere ganger ført til en forverring i psykoselidelsen hans. En gang mens han var klart psykotisk og ruset angrep han moren sin med kniv, trolig fordi han trodde hun var i ferd med å forhekse og forgifte ham.

Trinn 5. Utvikling av risikoscenarier

På dette trinnet er målet å vurdere hva som konkret kan skje. Dette gjør vi ved å tenke systematisk rundt mulige scenarier eller fremtidige hendelsesforløp i lys av de relevante risikofaktorene og risikoformuleringen.

Scenarioplanlegging er en risikovurderingsmetode som brukes innenfor områder i samfunnet som er preget av mye kompleksitet og begrenset informasjon, og dermed av stor usikkerhet. I slike sammenhenger er det vanskelig eller lite hensiktsmessig å prøve å beregne sannsynligheten for at en uønsket hendelse skal oppstå og hvilke konsekvenser den kan få med et tall. Dette er særlig vanskelig når det gjelder framtidige menneskelige handlinger. Som nevnt i innledningen henger dette blant annet sammen med at menneskelige handlinger skjer i et samspill mellom en rekke faktorer i og utenfor personen som det er vanskelig eller umulig å få helt oversikt over. Intensjon (vilje) og kapasitet (gjennomføringsevne) vil også variere over tid, og det kan også eventuelle ofres evne eller vilje til å beskytte seg.

Scenarioplanlegging handler derfor ikke om å beregne sannsynligheten for at noe *vil* skje, men å tenke systematisk omkring hva som *kan* skje slik at man kan ta stilling til behovet for konkrete forebyggende tiltak. Som et eksempel er det vanskelig å beregne hvor stor sannsynligheten er for at det skal skje en skoleskyting på en bestemt skole i Norge. Samtidig har vi nok kunnskap om fenomenet, om skolesystemet, og om barn og unges psykiske helse til å si at det er rimelig og troverdig at det *kan* skje skoleskytinger også i Norge (DSB, 2015). Ved å analysere rimelige og troverdige hendelsesforløp (scenarier) kan en komme fram til tiltak som kan forebygge at slike hendelser oppstår, eller redusere skadevirkningene om de likevel gjør det.

Verktøy som SARA og HCR-20 anbefaler at man minimum vurderer fire typer av scenarier.

Det første er et gjentakelses-scenario. Dersom personen har utøvd vold før, hva skal til for at han eller hun utøver lignende vold igjen?

Hvordan vil dette trolig arte seg?

Dernest bør en spørre seg om det er god grunn til å tro at personens intensjon, mål for volden, framgangsmåte eller lignende kan ha forandret seg? Dette kalles et endrings-scenario.

For det tredje bør en ta stilling til om det er god grunn til å frykte at personen kan bestemme seg for å prøve å påføre andre svært alvorlig eller livstruende skade. Hvordan vil dette i tilfelle kunne skje? Hva skal til for at han eller hun lykkes? Dette kaller vi et verstefallsscenario.

Til slutt bør en ta stilling til et bestefallsscenario, der personen ikke utøver vold.

I teorien kan en kanskje se for seg svært mange scenarier eller mulige hendelsesforløp. Samtidig vil oftest bare noen få av disse framstå som rimelige og troverdige («sannsynlige») i lys av det en vet om fenomenet, personen og konteksten han eller hun trolig vil befinne seg i.

Ved å formidle voldsrisiko i form av rimelige og troverdige risikoscenarier synliggjør man på en konkret og lettfattelig måte hva man er redd for at skal skje, og under hvilke

betingelser dette kan skje. Arbeidet med risikoscenarioene gjør det også lettere å tenke systematisk omkring forebyggende tiltak (trinn 6), og å formidle risikovurderingen til andre (trinn 7).

I kliniske (pragmatiske) miljøer snakkes det noen ganger om verstefalls/tilbakefalls scenario og bestefalls/vekst scenario. Hva vi er redd skal skje viss ... og hva vi håper vil skje viss ...

Trinn 6: Håndteringsstrategier / Risikohåndtering

Formålet på dette trinnet er å tenke systematisk omkring hvilke konkrete tiltak som kan forhindre at risikoscenarioene en kom fram til på trinn 5 får utspille seg. Det er også et mål å finne tiltak som kan bidra til å skape en ønsket framtid, altså bestefallscenarioet. Kort fortalt handler dette trinnet om å ta stilling til hva en kan gjøre for å «ta ned» bekymringen en har.

Når en skal vurdere mulige effektive forebyggende tiltak er det viktig å ha fokus på de relevante risikofaktorene, altså de forholdene man antar er årsaksmessig knyttet til voldsrisikoen (se trinn 3). Så langt mulig bør tiltakene ha som formål å hjelpe personen til selv å velge andre løsninger enn voldsutøvelse. Når det ikke er mulig, eller tilstrekkelig, handler tiltak om å begrense personens reelle mulighet til å påføre andre alvorlig skade.

Råd om håndteringsstrategier bør alltid ta utgang i minste effektive inngreps prinsipp, det vil si ikke være mer inngripende enn det som er nødvendig, og stå i forhold til alvoret i faren en prøver å forhindre. Sagt på en annen måte skal en strukturert risikovurdering bidra til at nødvendige tiltak iverksettes, og like viktig, til at unødvendige tiltak unngås (NOU 2011:9, s 181).

Som regel vurderer vi forebyggende tiltak innenfor fire hovedområder:

Monitorering: Dette handler om å finne og beskrive tiltak som kan fange opp endringer i risikobildet. Som vi har vært inne på flere

ganger er dette viktig fordi voldsrisiko er et dynamisk og kontekstavhengig fenomen. Eksempler på tiltak kan her være urinkontroll for å følge på rusmiddelbruk, blodprøver for å måle serumkonsentrasjonen av antipsykotisk medikasjon i blodet, eller det å gjennomføre regelmessige samtaler med personen for å kunne fange opp relevante endringer personens livssituasjon eller fungering. Med tanke på muligheten for å kunne fange opp endringer i risiko vil det nesten alltid være nyttig å vite hvilke situasjoner som setter personens prososiale problemløsningsevne under press. Dette kalles gjerne sårbarhetssammenhenger. Et verktøy som kan være nyttig for å få oversikt over slike situasjoner er VAFA (Skjema for vurdering av aggressiv og farlig atferd). Det er også nesten alltid nyttig å monitorere eller følge med på konkrete forvarsler på voldelig atferd eller endring i risiko, for eksempel ved hjelp av verktøy SOFA (Skjema for oversikt over forvarsel til aggressiv atferd), ERM (Early Recognition Method) (og BVC (Brøset Violence Checklist)).

Behandling. Dette handler om å finne behandlingssmessige tiltak som kan rettes mot de mest relevante risikofaktorene. Formålet er å bedre personens psykososiale fungering slik at sannsynligheten for at han eller hun bestemmer seg for å utøve vold reduseres. Eksempler på slike tiltak kan være antipsykotisk medikasjon og andre tiltak som kan bedre personens selvkontroll og sosiale problemløsningsevne. Også det å anbefale en second opinion eller grundigere utredning hører inn her.

Restriksjoner: Med restriksjoner menes tiltak som begrenser en persons bevegelsesfrihet eller rettigheter slik at det blir vanskeligere å utøve vold. Sagt med andre ord handler dette punktet om å prøve å begrense personens kapasitet til å utøve vold.

Eksempler på slike tiltak kan være kontaktforbud, varetektsfengsling, tilbakeholdelse i sykehus, utgangsbegrensinger og skjerming.

Offerbeskyttelse: Med offerbeskyttelse menes tiltak som kan bidra til å øke mulige ofres evne til å ivareta egen sikkerhet. Slike tiltak kan for

eksempel øke mulige ofres evne til å gjenkjenne varselsignaler, unngå uheldige samspillsmønstre eller bli flinkere til å varsle effektivt. I en sengepost kan dette handle om å sørge for at personale som skal omgås pasienten har kjennskap til sårbarhetssammenhenger, aktuelle risikoscenarioer og forvarsler, og om nødvendig, går med overfallsalarm.

Trinn 7: Sammenfatning og anbefaling

På dette siste trinnet er målet å sammenfatte risikovurderingen og særlig anbefalingene om forebyggende tiltak på en kort og lettfattelig måte til beslutningstaker. Sistnevnte kan for eksempel være faglig ansvarlig, kontrollkommisjonen, retten, politiet, eller ansvarsvakten som fordeler personalressurser en travel ettermiddag.

Sagt på enklest mulig måte handler dette trinnet om å kommunisere tydelig *hva en redd for* (fra trinn 5), *hvorfor* (fra trinn 3 og 4), og *hva en kan gjøre med det* (fra trinn 6).

Dette kan formidles muntlig, eller skriftlig i form av et journalnotat, vedtak eller i en omfattende erklæring for retten.

Siden det å iverksette forebyggende tiltak mot en person nesten alltid betyr mindre ressurser til andre er det viktig å kommunisere tydelig hvor høyt en mener «saken» bør prioriteres. En måte å gjøre dette på er å skille mellom høy, moderat og lav prioritet. Høy betyr at det må iverksettes forebyggende tiltak, og ofte at dette haster. Høy prioritet vil vanligvis også medføre behov for tiltak innenfor flere av hovedområdene på trinn 6. Moderat prioritet betyr at det kreves mer avgrensede tiltak for å forhindre vold, og at dette ikke haster like mye som over. Lav prioritet betyr at det ikke trengs spesifikke tiltak for å forebygge vold.

I mange sammenhenger bør sammenfatningen si når vurderingen bør oppdateres, enten rutinemessig eller på indikasjon (f.eks. endring i varselsignaler eller ytre rammer).

Det vil ofte også være viktig å formidle usikkerhetsmomenter ved vurderingen. Det kan for eksempel være at den bygger på lite

eller sprikende informasjon, at det er vanskelig å forstå personens voldsproblem, eller at det er stor usikkert knyttet til om de forebyggende tiltakene en anbefaler vil ha effekt.

I eksemplet med Geir rådet det personale som kjente Geir best ansvarsvakten til prioritere en samtale med Geir over en kopp kaffe i hagen. Hvis han framstod litt mer samlet og regulert enn på formiddagen burde han få mulighet til å gå å kjøpe røyk sammen med personale på et bestemt tidspunkt litt senere på dagen. Personale burde også ha et ekstra fokus på å inkludere Geir i det sosiale. Gjennom å være sammen med ham kunne man også observere om han virket følelsesmessig preget av vrangforestillinger eller stemmehøring. I så tilfelle kunne Geir tilbys ekstramedisin og litt ekstra oppfølging rundt søvnhygiene slik at han fikk seg en god natts søvn. Om han framstod psykotisk også påfølgende morgen burde man konsultere med ansvarsvakt med tanke på om ikke det var tryggest om mor kom til avdelingen på besøk framfor at Geir dro hjem til henne.

Sammenfatning:

Voldsrisikovurdering handler om å samle inn og analysere informasjon slik at en kan ta stilling til om det er behov for forebyggende tiltak, eller det vi gjerne kaller risikohåndtering. Strukturert klinisk/faglig risikovurdering er nyttig som beslutningsstøtte i slike sammenhenger fordi framgangsmåten «påfører» risikovurderingen en utprøvd struktur som gjør det lettere å ta stilling til hva en redd for, hvorfor, og kanskje aller viktigst, hva en kan prøve gjøre med det. En muntlig eller skriftlig risikovurdering som er bygget opp rundt denne strukturen er trolig lettere å forstå, og lettere å etterprøve enn en risikovurdering uttrykt gjennom tall eller kategorier. Dersom en jobber tverrfaglig med slike vurderinger, eller sørger for at de som skal jobbe med personer som kan utgjøre en voldsrisiko er kjent med denne framgangsmåten kan dette også bidra til at en lettere etterspør eller videreformidler risikorelevant informasjon.

Litteraturhenvisninger til kapittel 2: Voldsrisiko: vurdering og håndtering

- Aven, T. (2016). Risk assessment and risk management: Review of recent advances on their foundation. *European Journal of Operational Research*, 253(1), 1-13.
- Aven, T., & Zio, E. (2014). Foundational issues in risk assessment and risk management. *Risk Analysis*, 34(7), 1164-1172.
- Day, D. M., Wanklyn, S. G., & Yessine, A. K. (2014). A review of terminological, conceptual, and methodological issues in the developmental risk factor literature for antisocial and delinquent behavior. *Child & Youth Care Forum*, 43 (1), 97-112.
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). HCR-20 (Version 3): Assessing risk for violence. *Burnaby, BC, Canada: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University*. Norsk oversettelse: Hoff, H.A., Bjørkly, S., Ottesen, Ø., H., Nome, S., Nonstad, K., & Rypdal, K. (2014). *HCR-20^{v3} Voldsrisikovurdering – Brukermanual*. Manualen kan bestilles her: https://www.deltager.no/hcr-20_voldsrisikovurdering
- DSB rapport 2015. Risikoanalyse av skoleskyting i Nordland. Delrapport til Nasjonalt risikobilde 2015. Tønsberg: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap.
- NOU 2011: 9. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.