

Kapittel 3

Voldsforebygging

Læringsmål:

Deltakeren skal i slutten av denne undervisningen:

1. **Kjenne til** sentrale voldsforebyggende faktorer innen psykisk helsevern; statiske faktorer, organisatoriske faktorer, individuelle og relasjonelle faktorer
2. **Kjenne til** begrepene makt og avmakt
3. **Ha kunnskap** om sårbarhet og sårbarhetsområder
4. **Ha kunnskap** om tidlig identifikasjon av forvarsler
5. **Kunne anvende** kliniske innfallsvinkler i å jobbe med forvarsler og sårbarhetsområder

Del 1: Teoretisk og empirisk bakgrunn

Voldsforebygging

Av Frans Fluttert, PhD, Gunnar Eidhammer, Msc, Roger Almvik PhD, Jacob Hvidhjelm PhD

Innledning

Voldsatferd utført av personer med psykisk lidelse er en utfordring innen psykisk helsevern over hele verden (Gates, 2004; Kuehn, 2010; Llor-Esteban, Sánchez-Muñoz, Ruiz-Hernández, & Jiménez-Barbero, 2016). Voldsforebygging er derfor et viktig tema innenfor fagfeltet og har vært det i mange år (Fluttert et al, 2008). Voldsforebygging kan forsås på ulike måter og inneha forskjellige perspektiver:

1. Statiske faktorer: Rammer, bygninger, areal, skallsikring, alarmer, rom, lys,

lydforhold, kamera, rømningssikkerhet og lovverk.

2. Organisatoriske faktorer: Ledelse, «rett person på rett plass», rutiner, verdier og kunnskap.
3. Individuelle faktorer: Egenskaper ved individet som bidrar til å forebygge voldsadferd. Herunder også relasjon og samspill mellom mennesker
4. Dynamiske faktorer: Risiko faktorer som har potensiale å endre seg. Det kan for eksempel være at pasienten får innsikt i egen voldsdynamikk (for eksempel egne sårbarhetsområder og

forvarsler), bedring i aktive psykotiske symptomer eller økt grad av behandlingssamarbeid.

Strukturert klinisk voldsrisikovurdering blir brukt for å danne seg en forståelse og samlet bilde av pasientens voldsdynamikk. Denne forståelsen kan gi grunnlag for å etablere voldsrisikohåndteringsstrategier. Disse strategiene er intervensjoner og tiltak, med hensikt å forebygge eller redusere sannsynligheten for vold (Douglas et. al, 2013).

Risiko og vekst prinsippene

En innfallsvinkel til voldsforebyggende arbeid er prinsippene *risiko* og *vekst*. Risikoprinsippet ivaretar kunnskap om den individuelle pasientens risiko for voldsutøvelse og hvilken grad av oppfølging pasienten trenger for å forebygge eller redusere sannsynligheten for nye hendelser. Vekstprinsippet er kunnskap om vekstområder, mestring og beskyttende faktorer som kan være grunnlag for å etablere tiltak. Tiltakene er ofte avgjørende for at pasienten skal etablere pro-sosiale ferdigheter, mening og selvutvikling. (Hentet fra VIVO II forelesning med S Bjørkly).

Eksempel på modeller for voldsforebygging psykisk helsevern

Verdens Helseorganisasjon (WHO) definerer voldsforebyggende arbeid på følgende måte:

“Means to stop acts of interpersonal violence from occurring by intervening to eliminate or reduce the underlying risk factors and shore up protective factors, or to reduce the recurrence of further violence and its ill effects” (Sethi et al., 2004, s.7).

WHO-modellen er bygd opp i tre nivåer:

- Primærforebygging som betyr at man gjennomfører forebyggende tiltak før vold oppstår (Paterson et al., 2004).

- Sekundærforebygging er tidlig intervensjon basert på kartlegging og observasjon av risiko for vold (Department of Health, 2005; Paterson et al., 2004). Eksempel på når risiko for vold øker kan være når pasienten viser forvarsler på voldelig eller aggressiv atferd (Fluttert et. al 2008, 2010).
- Tertiærforebygging er de tiltak som iverksettes for å redusere konsekvensen av voldsatferd (Paterson et al., 2004). Det vil si de tiltak som iverksettes i en situasjon hvor pasienten er voldelig. Eksempel på slike tiltak kan være skånsom fysisk intervensjon for å hindre skade på pasienten, andre personer og omgivelsene.

Voldsforebygging kan betraktes fra et folkehelseperspektiv der både overgriper, offer og kontekst anerkjennes. I kontekst inngår miljøet, den lokale kulturen og de involverte personenes holdninger, overbevisninger og ferdigheter (Satcher, 1995). Man må stille de grunnleggende spørsmålene: Hvor starter voldsproblemet? Hvordan kan vi forhindre at dette skjer i utgangspunktet? Basert på folkehelseperspektivet brukes en trinnvis modell i forhold til problemløsning og tilfriskning. I denne tilnærmingen ligger hvert av trinnene til grunn for det neste. Mange mennesker, organisasjoner og systemer er involvert i alle trinnene underveis og vi kan se på det som et forebyggende stafettlag. Praktikere som arbeider med forebygging vil vanligvis «overta stafettspinnen» i det fjerde trinnet, men et godt samlet resultat avhenger av alle lagkameratene og hvordan de gjør det på sine etapper. Modellen består av følgende trinn:

Første trinn: Problemet defineres. Dette omfatter en systematisk innsamling av opplysninger for å fastslå «hvem», «hva», «hvor», «når» og «hvordan».

Opplysningene samles vanligvis inn fra mange ulike kilder, for eksempel sykehusjournaler, barnevernsjournaler og politirapporter. Opplysninger kan også samles inn ved å snakke med personen som vurderes, nærmeste pårørende og nettverk.

Andre trinn: Årsakene til volden utforskes. Det undersøkes hvorfor enkelte personer eller miljøer opplever og utøver vold, mens andre ikke gjør det. Strukturert klinisk risikovurdering brukes til å identifisere faktorer som øker voldsrisikoen (risikofaktorer) og hvilke faktorer som reduserer risiko og bidra til en vellykket rehabilitering(beskyttelsesfaktorer).

Tredje trinn: Forebyggingsstrategier utarbeides og utprøves.

Fjerde trinn: Informasjon om strategiene som viser seg effektive i tredje trinn formidles og gjennomføres. Opplæring og faglig støtte tilbys ofte for å veilede praktikere i gjennomføring av strategiene eller programmene. Selv om dette regnes som det siste trinnet i folkehelsemodellen, betyr ikke det at prosessen er ferdig. Det gjennomføres ytterligere vurderinger og evaluering for å sikre at alle komponentene i strategien er tilpasset det aktuelle miljøet og har den ønskede voldsforebyggende effekten (Mercy m.fl., 1993).

I Storbritannia består *Safewards*-modellen (Bowers m.fl., 2014) av 10 tiltak som har som mål å redusere konflikt og kontrolltiltak på en avdeling basert på primære og sekundære forebyggende tiltak. De første resultatene fra et cluster-randomisert forsøk tyder på at gjennomføringen av disse intervensjonene i stor grad reduserer både konflikt og kontrolltiltak. Til tross for at dette tyder på at primære og sekundære forebyggende tiltak effektivt reduserer vold og aggresjon, har mye av forskningen på dette emnet fokusert på tertiære

forebyggingsstrategier, særlig isolasjon og tvangsmiddelbruk (Happell og Harrow, 2010; Hui m.fl., 2013; Nelstrop m.fl., 2006; Stubbs m.fl., 2009).

Ann Huckshorns studerte faktorer som kunne bidra til reduksjon av tvangsmiddelbruk og kom frem til *Six Core Strategy*. De seks kjernestrategiene for å redusere isolasjon og tvangsmiddelbruk utviklet av US National Association of State Mental Health Program Directors (Huckshorn, 2005), er følgende: 1) ledelse 2) bruk av data som grunnlag for praksis, 3) personalutvikling, 4) metoder og verktøy å kvalitetssikre og redusere bruk av tvangsmidler, 5) brukermedvirkning og 6) debriefing. De fem første er basert på primære eller sekundære forebyggingsprinsipper med fokus på utvikling av organisasjonen.

Gjennomføringen av disse strategiene har vist seg å redusere ikke bare episodene med tvangsmiddelbruk, men også konflikt generelt. Dette tyder på at det å utvikle organisasjonen spiller en viktig rolle i voldsforebygging (Azeem m.fl., 2011; Hardy m.fl., 2005; Wale m.fl., 2011). I Danmark har Jesper Bak oversatt *Six Core Strategies* og tilpasset den til lokale forhold (med tillatelse fra opphavspersonene). Det primære formålet i Danmark er å bruke disse strategiene til å redusere bruk av tvangsmidler. Selv om *Six Core Strategies* er definert inn som bidrag for å redusere tvangsmiddelbruk, så vil det være relevant å nevne i denne sammenhengen da forholdet mellom voldsatferd og tvangsmiddelbruk ofte henger tett sammen innen psykisk helsevern.

Voldsforebygging og -håndtering i psykiatrisk helsevern er en problemstilling som ikke bør overlates til enkeltpersoner i personalet, men må håndteres av organisasjonens øverste ledelse i tillegg til mellomlederne (Farrell og Cubit, 2005; Paterson m.fl. 2005).

Voldsforebyggende strategier ved hjelp av interaksjonsbaserte tiltak

Vold og aggresjon innen psykisk helsevern er en stor utfordring for både ansatte og pasienter. Det er derfor svært viktig at personalet utvikler forebyggende strategier for interaksjon med pasienter som representerer en voldsrisiko. I forskningen er det økt fokus på individuelle faktorer som forløpere til aggresjon (Allen, Andersen og Buchman, 2018; Bjørkly, 2004; Brugman m.fl., 2016; Daffern og Howells, 2009; Dermott m.fl., 2008; Dolan m.fl., 2008; Fielenbach m.fl., 2018, Nicholls m.fl., 2009; de Vries m.fl., 2016). Ved at personalet får innsikt i pasientenes forvarsler til utviklingen av aggresjon, kan man utvikle risikohåndteringsstrategier (Baby, Gail og Swain, 2018; Duxbury, 2005; Mason, 2009; Martin, 2006; Meehan, McIntosh og Bergen, 2006; Fluttert m.fl. 2008, de Vries m.fl., 2018). Til tross for at det er nødvendig med strategier for risikohåndtering, er disse vanskelig tilgjengelige (Eidhammer et al. 2014, Fluttert et al. 2008, Daffern og Howell, 2009). Et steg mot bedre håndtering av pasientens aggresjon kan være å utvikle strategier for felles innsats fra fagpersoner innen psykisk helsevern og pasienter ved å 1) gjenkjenne individuelle forvarsler og på den måten 2) bedre pasientens evne til å mestre de tidlige stadiene av aggressive atferden (Fluttert m.fl., 2008). En vesentlig hindring i gjeldende kliniske praksis er at det knapt finnes metoder eller verktøy som pasienter og personal kan bruke i en felles innsats for å vurdere de mest relevante forvarslene på aggresjon og få pasientene involvert i disse strategiene (Eidhammer m.fl., 2014).

Early Recognition Method (ERM)

Ved rekonstruksjon av forverringsprosessen mot vold eller aggresjon kan det identifiseres faktorer som forklarer hvorfor forverringen inntreffer (Bulten, 2009; Fluttert m.fl., 2008). Særlig er forvarsler til aggresjon viktige for å forstå hvordan aggresjon starter og utvikler seg (Fluttert m.fl., 2008). Begrepet «*early recognition*», tidlig gjenkjenning, er basert på hypotesen om at en pasients forverring av atferd i retning av aggresjon er særegen og kan ansees som en «signatur». Forvarsler til aggresjon kan defineres som endringer i en pasients atferd, tanker, persepsjon og/eller følelser som utløser aggressiv atferd (Fluttert m.fl., 2008; van Meijel m.fl., 2003). Forvarslene kan enten være *interne*, som (bare) pasienten selv oppfatter, eller *eksterne*, som også kan observeres av andre. Forvarslene representerer en sammenhengende helhet fra tidlig i forverringsprosessen (f.eks. økt mistenksomhet) til fasen der forverringen kan ende i aggresjon (f.eks. økt sinne). Forvarslene inntreffer vanligvis som en del av en sekvens med forvarsler som til sammen tyder på at aggressiv atferd er nært forestående. I ERM fokuseres det særlig på individuelle forvarsler hos den enkelte pasient. Disse er ofte særegne for den enkelte og omfatter også indre opplevelser og livserfaring. Alle pasienter har en forverringsprosess med en individuell profil.

ERM ble utviklet for å skape en effektiv intervensjon for å forebygge aggressive hendelser (Fluttert m.fl., 2010). Det mest karakteristiske ved denne risikohåndteringsmetoden er fokuset på forvarsler på aggresjon. ERM-retningslinjen veileder oppmerksomheten til kompetente helsepersonell slik at de kan observere og identifisere forvarslene i daglig klinisk praksis. I tillegg bidrar ERM-metoden til å hjelpe pasienten og

personalet til å få en felles forståelse av risikoen for aggresjon og hvordan denne bør håndteres for akkurat denne pasienten. I ERM-planen beskrives forvarslene i tre nivåer: 1. Pasienten er stabil. 2. Forvarsel er moderat til stede. 3. Forvarsel er mer alvorlig til stede. Når forvarslene observeres, kan forebyggende tiltak iverksettes for å stabilisere atferden. ERM legger vekt på at beskrivelse og utforskningen av forvarslene gjøres sammen med pasienten. Pasientens objektive atferd er vanligvis ganske enkel å oppfatte – for eksempel en pasient som roper og skriker kan vise klart at han er sint. Kilden til mannens sinne kan imidlertid være vanskeligere å skjønne: Hvorfor roper han? Hvorfor er han så sint? Hva tenker han? For å kunne oppdage forvarslene tidlig er det viktig å rette mye oppmerksomhet mot gjenkjenning og utforskning av de subjektive faktorene som ligger til grunn for pasientens sinne. Videre fokuserer ERM på å styrke pasientens ferdigheter i egenmestring og derved evne til å gjenkjenne egne forvarsler, slik det fremgår av figur 1.

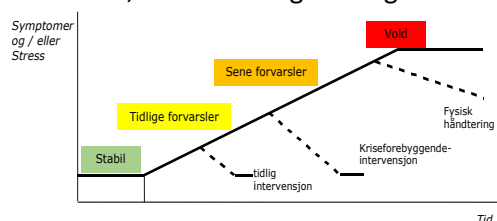


Fig. 1. Tilbakefallsprosessen

Figur 2 viser baseline til atferd som stabil, ikke-voldelig og ganske forutsigbar. Når pasientene opplever lav grad av stress, klarer de vanligvis å mestre tilbakefall eller konfrontasjoner. De klarer også å bidra til å gjøre det som skal til for å forbli stabile. Når stressnivået øker, er det imidlertid mulig at ytterligere mestring bare kan skje med andres hjelp (f.eks. fagfolk og personer i det sosiale nettverket), og intervensjon i denne fasen av atferdsendringen ser ut til å ha avgjørende betydning for behandlingen. Når

forvarsler observeres og intervensjonsstrategier dermed kan settes inn for å dempe risiko for aggresjon, kan også pasientens balanse gjenopprettes. Dersom det ikke settes inn tiltak eller det eventuelt ikke er mulig å sette inn tiltak, er det sannsynlig at krise og vold oppstår. Under slike omstendigheter kan det ta lang tid og kreve betydelig klinisk innsats å komme tilbake til baseline. Det er altså absolutt nødvendig å ha fokus på pasientens atferd i den tidlige fasen av atferdsendringene/forvarslene. Pasientens atferd domineres da ikke helt av symptomer eller stress, og pasienten kan i hvert fall til en viss grad fortsatt delta i tilfriskningsinnsatsen og derved komme tilbake til baseline-atferd og stabilitet med begrenset innsats.

Progresjonsstiger

Progresjonsstiger er en samhandlingsstrategi hvor målet er å sikre en trinnsvis utvikling i forhold til definerte problemområder. Man kan bruke progresjonsstiger på en rekke ulike områder, men det er vanlig å dele inn i vekst relaterte stiger og risiko relaterte stiger. En pasient kan for eksempel arbeide med sinnemestring, mestring av voldsutløsende psykotiske symptomer og sosial ferdighetstrening samtidig. Denne allsidigheten lar miljøterapeuter og pasienter arbeide innenfor to innbyrdes forbundne metoder for risikohåndtering: risikoreduksjon og personlig utvikling (Eidhammer, Fluttet og Bjørkly, 2014). Et vesentlig kjennetegn ved progresjonsstiger er det doble søkelyset på personlig utvikling og egenmestring av vold og voldsforebygging. (les mer om progresjonsstiger i Bjørkly, 2004).

Kartlegging av forvarsler ved bruk av sjekklister

Forensic Early Signs of Aggression Inventory (FESAI)

FESAI ble utviklet innenfor rammene av ERM for å gi pasienter og personalet en strukturert metode for samarbeid om vurderingen av forvarsler på aggresjon (Fluttert m.fl., 2011, 2013). FESAI-studien ble gjennomført ved å studere 167 ERM-planer og 3678 forvarsler. Resultatet er FESAI som inneholder 45 ledd i 15 hovedkategorier, blant annet: *Endringer i daglige aktiviteter, Sosial isolasjon,*

Brøset Violence Checklist (BVC)

Utvikling av BVC

Brøset Violence Checklist (BVC) er utviklet i Norge på bakgrunn av det empiriske arbeidet av Linaker og Busch-Iversen (Linaker & Busch-Iversen, 1995) på "Regional Sikkerhetsavdeling Brøset i Trondheim". Linaker og Busch-Iversen hadde en antakelse om at det måtte være mulig å identifisere forvarsler forut for voldelige episoder. De gjennomgikk journaler for 92 pasienter som var innlagt ved en av Norges sikkerhetsavdelinger i perioden fra 1988-1993, og fant frem til episoder hvor fysisk vold hadde funnet sted.

Inklusjonskriterier var at episoden skulle være så alvorlig at pasientene hadde blitt beltefiksert. I alt ble det identifisert 48 episoder utført av 32 pasienter, som oppfylte kriteriene. 16 av pasientene var involvert i to episoder hver. Alle sykepleienotatene gjennom de fem årene ble også gjennomgått på bestemte kontrolldatoer (2 uker før og tre uker den inkluderte voldelige episoden) for oversikt over symptomer og atferd. En rekke adferdsmønstre ble identifisert og anvendt i en logistisk regresjonsmodell. Tilstedeværelse og fravær av vold ble anvendt som en avhengig variabel, mens de forskjellige typer adferd utgjorde de uavhengige variablene. Seks adferdstyper viste seg å være sterke prediktorer for en voldelig episode: Forvirring, irritabilitet, støyende atferd, verbale trusler, fysiske trusler og angrep på gjenstander. I kun ca. 15% av de voldelige episodene som oppstod i undersøkelsesperioden, var det ingen registreringer av noen av de ovenstående atferdsmønstrene forut for

Redusert sosial kontakt, Kognitive forandringer, Grenseløshet og impulsivitet, og Irrasjonelle tanker eller oppfattelser. FESAI er ikke ment å være en fullstendig liste og vi kan ikke være sikre på om FESAI er tilstrekkelig for alle pasienter i alle mulige situasjoner som aggressive hendelser kan inntreffe. For å løse dette problemet har vi lagt til en ekstra kategori, *Andre forvarsler.*

episoder, og i over halvparten av episodene var det observert mer enn ett av adferdsmønstrene. Undersøkelsen omfattet også interrater reliabilitetstest, som viste at alle de seks adferdsmønstre ble observert med høy interrater overensstemmelse med en gjennomsnittlig overensstemmelse på 90,3 % (Linaker & Busch-Iversen, 1995).

Forskning på BVC

Som oppfølging på Linaker og Busch-Iversens sitt arbeid utførte Almvik et al flere undersøkelser i Norge som hadde til formål å utvikle og teste BVC. Det er blitt utviklet et registrerings skjema, samt en manual som beskriver tidligere forskning av de seks adferdsmønstrene og den praktiske bruken av redskapet (Almvik & Woods, 1998).

Undersøkelser av BVC har vurdert redskapets evne til å forutse voldelige episoder ovenfor medpasienter og personale (C. Abderhalden et al., 2004; Almvik, Woods, & Rasmussen, 2000), samt om innføring av BVC medfører reduksjon i antallet aggressive episoder (C Abderhalden et al., 2008; van de Sande et al., 2011).

Almvik et al. (Almvik et al., 2000) gjennomførte en undersøkelse av bruken av BVC på fire akuttavdelinger på fire sykehus i Norge. I løpet av undersøkelsesperioden ble det innlagt 109 pasienter (52 menn og 57 kvinner). 12 pasienter var involvert i voldelige hendelser (4 menn og 8 kvinner). I alt inngikk 33 voldelige hendelser i undersøkelsen. Resultatene viste en sensitivitet på 63% og en

spesifisitet på 92%. Abderhalden et al. (C. Abderhalden et al., 2004) utførte en lignende undersøkelse på seks akuttavdelinger ved tre forskjellige sykehus i Sveits. I løpet av undersøkelsesperioden ble det innlagt 219 pasienter (133 menn og 86 kvinner). 10 pasienter var involvert i alvorlige hendelser (7 menn og 3 kvinner). I alt var det 14 voldelige hendelser i undersøkelsesperioden. Resultatene viste en sensitivitet på 64 % og en spesifisitet på 94 %. Undersøkelsene indikerer derav, at BVC kan brukes til å tydeliggjøre hvilke pasienter som innenfor det kommende døgn vil kunne ha en voldelig adferd.

Hvidhjelm et al. (Hvidhjelm, Sestoft, Skovgaard, & Bue Bjorner, 2014) undersøkte sensitivitet og spesifisitet av BVC på seks rettspsykiatriske avdelinger. Gjennom to år ble 156 pasienter (150 menn og 6 kvinner) vurdert ved hjelp av BVC. Undersøkelsen viste en sensitivitet på 0,656 og en spesifisitet på 0,997 for prediksjon av aggressive episoder.

Abderhalden et al. (C. Abderhalden et al., 2008) utførte et cluster-randomisert forsøk med 14 psykiatiske akuttavdelinger. 9 avdelinger ble randomisert til enten kontroll- (5 avdelinger) eller intervensjonsgruppen (4 avdelinger). Fem avdelinger ønsket å benytte BVC utenom randomiseringen. Intervensjonen innebar bruk av en modifisert utgave av BVC, kalt BVC-CH. Formålet med undersøkelsen var å teste om systematisk bruk av BVC-CH kunne redusere forekomsten av vold og bruk av tvang (tvangsmedisinering, isolering og beltefiksering). Resultatet av undersøkelsen viste en reduksjon i alvorlige episoder på 41 %,

en reduksjon i angrep på 42 % og en reduksjon i forekomst av tvangsbruk på 27 % på intervensjons-avdelingene. På kontroll-avdelingene var reduksjonen i alvorlige, aggressive episoder på 15 %, i angrep på 7 %, mens det var en økning i forekomst av tvangsbruk på 10 %. De avdelingene, som før randomiseringen, ønsket å iverksette bruk av BVC-CH, oppnådde en reduksjon på henholdsvis 52 % på alvorlige, aggressive episoder, 64 % på angrep og 60 % reduksjon i tilfeller av tvangsbruk (C. Abderhalden et al., 2008).

Van de Sande et al. (van de Sande et al., 2011) undersøkte i hvilken grad BVC kunne brukes til å redusere antallet av aggressive episoder, isolasjon av pasienter¹ og tid tilbrakt i isolasjon. Denne cluster-randomiserte undersøkelsen ble foretatt på fire psykiatriske akuttavdelinger, hvorav 2 var i intervensjonsgruppen og 2 i kontrollgruppen. Undersøkelsen fant en signifikant reduksjon i risikoen for aggressive episoder i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen (relativ risiko reduksjon (RRR) – 68 %, $P < 0,0001$) og i andelen av pasienter som viste aggressiv adferd (RRR = -50 %, $P < 0,05$). Undersøkelsen fant videre en reduksjon på 45 % på varighet pasientene var isolert (van de Sande et al., 2011).

Hvidhjelm et al. (Hvidhjelm et al., 2016) undersøktesom både Abderhalden et al. (C. Abderhalden et al., 2008) og Van de Sande et al (van de Sande et al., 2011) i hvor høy grad BVC kunne medvirke til nedbringelse av aggressive episoder på psykiatriske avdelinger. Undersøkelsen fant ikke en signifikant effekt

¹ I Holland anvendes isolering av pasienter på

samme måte som mekanisk tvangs anvendes i

Danmark.

ved implementering av BVC. Om enn insignifikant, var den estimerte effekten av implementeringen gav BVC en reduksjon i aggressive hendelser på 45% (OR = 0,55 med 95% CI = 0,21-1,43).

Som tidligere beskrevet skåres pasienten på følgende seks variabler: forvirring, irritabilitet, støyende adferd, verbale trusler, fysiske trusler og angrep på gjenstander (Almvik & Woods, 1998). Disse variablene defineres nærmere i tabell 1.

Klinisk bruk av BVC

Tabell 1. Definisjon av variablene på BVC

BVC variabel	Definisjon
Forvirring	Oppfører seg åpenlyst forvirret og desorientert. Kan hende pasienten ikke er orientert for tid og sted samt person.
Irritabilitet	Pasienten blir lett irritert; tåler dårlig andres tilstedeværelse.
Støyende adfærd	En åpenbart støyende og brautende væremåte; f.eks. slamrer med dører, roper i stedet for å snakke osv.
Verbale trusler	Ett verbalt utbrudd som er mer enn å bare heve stemmen og har til hensikt å ydmyke eller skremme en annen person.
Fysiske trusler	Viser med tydelig kroppsspråk at hensikten er å true en annen person, f.eks. en aggressiv kroppsholdning, tar i en annen persons klær, løfter og hytter med knyttet neve, simulerer skalling i retning en annen osv.
Angrep på gjenstander	Et direkte angrep på gjenstander, ikke en person; slå på eller knusing av vindu, slår eller skaller en gjenstand eller slå i stykker ett møbel.

Hver variabel gir en skåre på 1 hvis adferden er tilstede og 0 dersom adferden ikke er tilstede. Skårene legges sammen til sist. Dersom personalet kjenner pasienten fra en tidligere innleggelse, eller pasienten har vært innlagt lenge så lenge at det er mulig å vurdere om pasientens adferd er vanlig forekommende, skal skjemaet skåres kun som avvik fra vanlig adferd. Det kan f.eks være at pasienten vanligvis kommer med verbale trusler og at det er en del av pasientens normaladferd. Dersom dette er tilfelle, gis det en skåre på 0 i feltet for den nevnte type

adfærd. Hvis den vanlige adferden forsterkes, skåres det 1. I tilfeller hvor en har pasienter som ikke har forutgående kjennskap til eller som er nylig innlagt, vurderes og observeres det som vanlig og skåres på skjemaet deretter, hvorvidt adferden er tilstede eller ikke. Standard retningslinjer til fortolkning av BVC-skåre er følgende: Ved en samlet skåre på 0 er det en lav risiko for aggressiv atferd, ved en samlet skåre på 1-2 er det en moderat risiko for aggressiv adferd, og ved en samlet skåre på over 2 er det en høy risiko for aggressiv adferd (Almvik & Woods, 1998).

Litteraturhenvisninger til kapittel 3: Voldsforebygging

Bak J, Hvidhjelm J (2017) Trauma Informed Care – næste skridt mod en positiv psykiatrikultur der forebygger tvang. *Psykiatrisk Sygepleje*, 3. udgave, 24. årgang

Betgem P. (2000). Werkstress en burnout bij verpleegkundigen in de psychiatrie; Een onderzoek naar de invloed van persoonlijke factoren en organisatiekenmerken. (Work stress and burnout in psychiatric nurses; A study of the influences of personal factors and organizational characteristics). Nijmegen University Press, Nijmegen.

Birchwood, M. (2000) The critical period for early intervention. In: Birchwood, M., Fowler, D., & Jackson, C.. Early intervention in psychosis. Chichester: J. Wiley & Sons.

Bjørkly S (2004) Risk management in transition between forensic institutions and the community: a literature review and an introduction to a milieu treatment approach. *International Journal of Forensic Mental Health* 3, 67–75.

Bjørkly, S. & Havik O.E. (2003). TCO Symptoms as Markers of Violence in a Sample of Severely Violent Psychiatric Inpatients. *International Journal of Forensic Mental Health*. Vol.2, No.1, 87-97.

Bjørkly, S. (2004). Violent patients' warning signals and indications of coping failure as criteria for specific risk management strategies: An introduction to the SAFE project. *Issues in Forensic Psychology*, 5, 114 – 126.

Bowers, L., Brennan, G., Flood, C., Lipang, M., Olapado, P. (2006). Preliminary outcomes to reduce conflicts and containment on acute Psychiatric Wards: City Nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 165-172.

Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A, Stewart D, Hodsoll J. (2015) Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*;52(9):1412-22.

Bulten E., Nijman H., Van der Staak C. (2009). Measuring criminal thinking styles: The construct validity and utility of the PICTS in a Dutch prison sample. *Legal and Criminological Law*. 14, 35-49.

McDermott, B., Quanbeck, C., Busse, D., Yastro, K. & Scott, Ch. (2008). The Accuracy of Risk Assessment Instruments in the Prediction of Impulsive versus Predatory Aggression. *Behavioral Science and the Law*. 26: 759-777.

Daffern M., Mayer M.M. & Martin T. (2004) Environment contributors to aggression in two forensic psychiatric hospitals. *International Journal of Forensic Mental Health* 3, 105–114.

Daffern, M. & Howells, K. (2009). The Function of Aggression in Personality Disordered

Patients. *Journal of Interpersonal Violence*. 24, 586.

Decaire, M., Bedard, M., Riendeau, J., Forrest, R. (2006). Canadian Journal Nursing Research, 38 (3), 68-80.

Dickinson, T., & Wright, K. (2008). Stress and burnout in forensic mental health nursing: a literature review. *British Journal Nursing*, 17 (2), 82-7

Dolan, M., Fullam, R., Logan C. & Davies, G. (2008). The Violence Risk Scale Second Edition (VRS-2) as a predictor of institutional violence in a British forensic inpatient sample. *Psychiatry Research*, 158 (2008) 55-65

Doyle, M. & Dolan, M. (2006). Evaluating the Validity of Anger Regulation Problems, Interpersonal Style, and Disturbed Mental State for Predicting Inpatient Violence. *Behavioral Science and the Law*. 24: 783-798.

Drake, R. & Deegan, P. (2009). Shared Decision Making is an Ethical Imperative. *Psychiatric Services*, 60 (8), 1007.

Duxbury, J., & Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and aggression: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 469-478.

Fluttert, F.A.J., Meijel, B. Van, Webster, C., Nijman, H., Bartels, A. & Grypdonck, M. (2008). Risk management by early recognition of warning signs in forensic psychiatric patients. *Archives of Psychiatric Nursing* Vol.22, No.4 (August), 208-216.

Fluttert, F., Meijel, B. Van, Nijman, H., Bjorkly, S. & Grypdonck, M. (2010a). Detached-concern of Forensic Mental Health Nurses in Therapeutic Relationships with Patients. The application of the Early Recognition Method related to detached-concern. *Archives of Psychiatric Nursing*.

Fluttert, F., Meijel, B. Van, Nijman, H., Bjorkly, S. & Grypdonck, M. (2010b). Preventing aggressive incidents and seclusions in forensic care by means of the 'Early Recognition Method'. *Journal Clinical Nursing*, 19, 1529-1537

Fluttert F., B. Van Meijel, S., M. Van Leeuwen, Bjørkly, H. Nijman, M. Grypdonck (eingereicht). The development of the Forensic Early warning Signs of Aggression Inventory [FESAI]: Preliminary findings. Towards a better management of inpatient aggression.

Freeman, D, Garety, P., Kuiper, E., Fowler, D., Bebbington, P. & Dunn, G. (2007). Acting on persecutory delusions: The importance of safety seeking. *Behaviour Research and Therapy*. 45: 89-99.

Gauthier, k., Furr, M., Mathias, Ch., Marsh-Richard, D. and Dougherty, D (2009). Differentiating impulsive and premeditated aggression: self and informant perspectives among adolescents with personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, 23(1), 76-84

Goethals K., Fabri V., Buitelaar J., Van Marle H. (2007). Temporal Relationship Between Psychotic Disorder and Criminal Offence: Review of the Literature and File Review Study. *International Journal of Forensic Mental Health*, Vol.6 No.2, 153-168.

Green, B., Schramm, T.M., Chiu, K., McVie, N., & Hay S. (2009) Violence severity and psychosis. *International Journal of Forensic Mental Health*, 8, 33-40

Hiday, V.A. (1997). Understanding the connection between mental illness and violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20 , 399-417

Hildebrand, M., de Ruiter, C. & Nijman, H.L.I. (2004). PCL-R psychopathy predicts disruptive behavior among male offenders in a Dutch forensic psychiatric hospital. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 13-29.

Huckshorn, Ann (2006) Six course strategies for reducing seclusion and restraint use

Tilgjengelig fra:

<https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Consolidated%20Six%20Core%20Strategies%20Document.pdf>

Jonker, E., Goossens, P., Steenhuis, I., & N. Oud (2008). Patients aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 15, 492-499.

Kettles, A.M. (2004). A concept analysis of forensic risk. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 484-493

Koekkoek, B., Meijel Van B. & Hutschemaekers, G. (2006). "Difficult Patients" in Mental Health Care: AS Review. *Psychiatric Services*, 57: 795-802.

Lavrud, C., Nonstad, K. & Palmstierna, T. (2009). Occurrence of post traumatic stress symptoms and their relationship to professional quality of life (ProQol) in nursing staff at a forensic psychiatric security unit: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7,31

Lewis, D.M. (2002). Responding to a violent incident: physical restraint or anger management as therapeutic interventions. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 9, 57-63

Link, B.G., Stueve, A., & Phelan, J. (1998). Psychotic symptoms and violent behaviours: probing the components of threat/control-override symptoms. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 33, S55-S60

Marle Van (2002). The Dutch Entrustment Act (TBS). Its Principles and Innovations. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1(1), 83-92.

Martin, T. (2001). Something special: forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 25-32.

Martin T. & Daffern M. (2006). Clinician perceptions of safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic setting. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 13, 90-99.

Maslach, C., Schaufeli, W., Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review Psychology*, 52, 397-422

Mason T, Coyle D, Lovell A. (2008). Forensic psychiatric nursing: skills and competencies: II clinical aspects. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 15, 131-139.

Mason, Y., King, L. & Dulson, J. (2009). Binary construct analysis of forensic psychiatric nursing in the UK: High, medium and low security services. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 216-224

Meehan, T., McIntosh, W., & Bergen, H. (2006). Aggressive behaviour in the high-secure forensic setting: the perceptions of patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 19-25.

[Meijel, B van, Gaag, M. v.d, Kahn, R.S., & Grypdonck, M. \(2003\).](#) Relapse prevention in patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(3):117-25.

Mercy, J., et. al. (1993). *Public Health Policy for Preventing Violence*. *Health Affairs*. 12(4), 7-29.

Nicholls, T., Brink, J., Greaves, C., Lussier, P., & Verdun-Jones, S. (2009). Forensic psychiatric inpatients and aggression: An exploration of incidence, prevalence, severity, and interventions by gender. *International Journal of Law and Psychiatry*. 32: 23-30.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nusing Research: Principles and Methods* (7 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Rask, M., & Brunt, D. (2006). Verbal and social interactions in Swedish forensic psychiatric nursing care as perceived by the patients and nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 100-110

Skeem, J.L., Schubert, C., Odgers, C., Mulvey, E.P., Gardner, W., & Lidz, C. (2006). Psychiatric symptoms and community violence among high-risk patients: A test of the relationship at the weekly level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 967-979.

Stringer, B., Van Meijel, B., Vree de, W. & Bijl van der J. (2008) User involvement in mental health care: the role of nurses. A literature review, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2008, 15, 678–683.

Surisa, A., Lind, L., Emmetta, G., Bormanc, P., Kashner, M. and Barratt, E. (2004). Measures of aggressive behavior: Overview of clinical and research instruments. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 165-227.

Whittington, R. (2002). Attitude towards patient aggression amongst mental health nurses in the 'zero' tolerance era: associations with burnout and length of experience. *Journal of Clinical Nursing*, 11,6, 819-825.

Litteraturhenvisninger til kapittel 3 - BVC

Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H.-J., & Fischer, J. E. (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 193(1), 44-50. doi:10.1192/bjp.bp.107.045534

Abderhalden, C., Needham, I., Miserez, B., Almvik, R., Dassen, T., Haug, H.-J., & Fischer, J. E. (2004). Predicting inpatient violence in acute psychiatric wards using the Brøset-Violence-Checklist: a multicentre prospective cohort study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(4), 422-427. doi:10.1111/j.1365-2850.2004.00733.x

Almvik, R., & Woods, P. (1998). The Brøset Violence Checklist (BVC) and the prediction of inpatient violence: Some preliminary results. *Psychiatric Care*, 5(6), 208-211.

Almvik, R., Woods, P., & Rasmussen, K. (2000). The Brøset Violence Checklist: Sensitivity, specificity, and intertater Reliability. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(12), 1284. doi:10.1177/088626000015012003

Hvidhjelm, J., Sestoft, D., Skovgaard, L. T., & Bue Bjorner, J. (2014). Sensitivity and specificity of the Brøset Violence Checklist as predictor of violence in forensic psychiatry. *Nord J Psychiatry*. doi:10.3109/08039488.2014.880942

Hvidhjelm, J., Sestoft, D., Skovgaard, L. T., Rasmussen, K., Almvik, R., & Bue Bjorner, J. J. I. i. m. h. n. (2016). Aggression in psychiatric wards: effect of the use of a structured risk assessment. 37(12), 960-967.

Linaker, O. M., & Busch-Iversen, H. (1995). Predictors of imminent violence in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(4), 250-254.

van de Sande, R., Nijman, H. L., Noorthoorn, E. O., Wierdsma, A. I., Hellendoorn, E., van der Staak, C., & Mulder, C. L. (2011). Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 473-478. doi:10.1192/bjp.bp.111.095141