

Hva bør kontrollkommisjonen kunne forvente av faglig ansvarlig i forbindelse med redegjørelse for «fare for andre» vilkåret?

Helge Andreas Hoff
Psykologspesialist, phd



Kortversjonen? Gode faglige begrunnelser

- Forstå aktuelt lovverk og lovens intensjon
- Inneha nok kompetanse til å kunne gjøre faglig forsvarlige vurderinger
- Forstå betydningen av kvalitetssikret informasjon
- Formidle informasjon og vurderinger på en måte som gir KK mulighet til å ta selvstendig stilling til lovens vilkår
- Synliggjøre tvil og usikkerhet

Sikringsplikten

Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (artikkel 1) pålegger staten å hindre at personer krenker hverandre. Dette kalles sikringsplikten. Det at staten skal verne sine borgere mot overgrep fra andre borgere, er også nedfelt i Grunnloven. Ansvaret er ikke sektorielt, men for personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldsrisiko er plikten delt mellom de tre sektorene, kommune-, helse- og justissektoren. De skal sammen ivareta statens sikringsplikt.

Ukom, 2023

- EMK
- Grunnloven
- Lovverk
- Høyesterettsdommer – annen rettspraksis
- Rundskriv
- Faglige råd/retningslinjer
- Regionale rutiner
- Lokale prosedyrer

3. Pasienten har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten
 - a. får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller
 - b. utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.
4. Pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.
5. Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg og er godkjent i henhold til § 3-5.
6. Pasienten er gitt anledning til å uttale seg, jf. § 3-9.
7. Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.

Nærliggende og
alvorlig fare?
Og på grunn av
sinnslidelsen ?

Nødvendig med TPH
for å forhindre faren?

Den klart beste
løsningen for
pasienten ut fra en
helhetsvurdering?

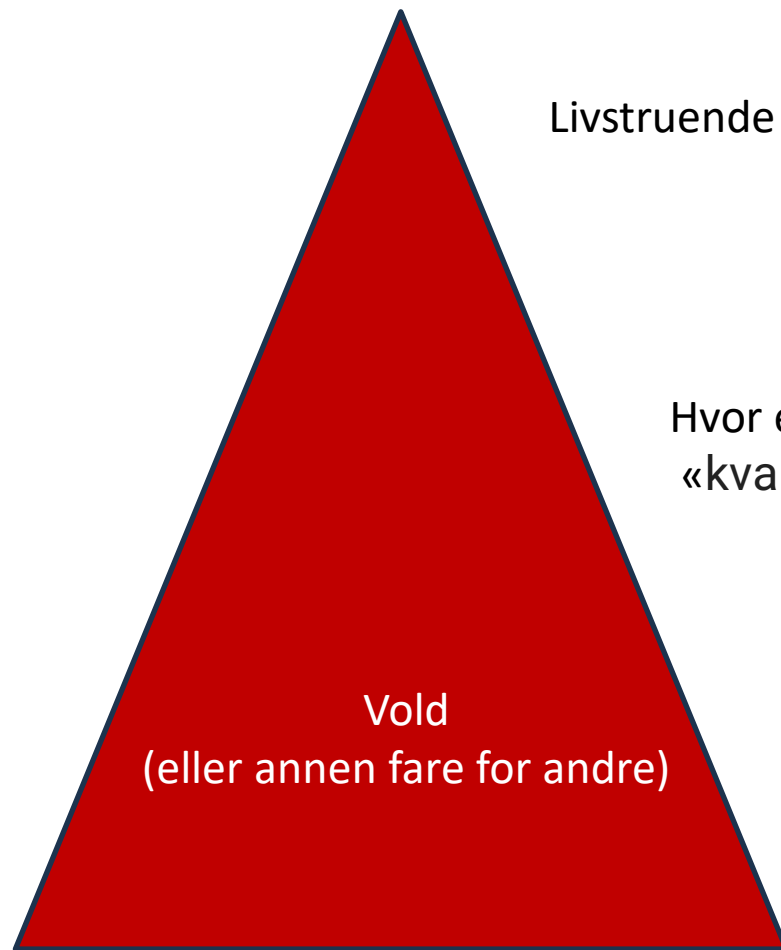
«**Nærliggende** fare for andres liv eller helse»

- Faren må etter en konkret sannsynlighetsvurdering anses som reell på avgjørelsestidspunktet (Rt-2001-1481, s 1487)
- «reell, konkretiserbar og påregnelig» (Hdir, 2017-Psykisk helsevernloven med kommentarer)
- Er dette andre ord for sannsynlig eller gir de mer mening for dere enn for meg?

- Det kreves ikke at faren er nærliggende i tid, men tidsmomentet har betydning for den konkrete påregneligheten for at faren vil oppstå, jo mer usikkerhet (Rt-2001-1481, s 1487)

«**Alvorlig fare** for andres liv eller helse»

- Knytter seg til farens innhold, ikke til sannsynligheten for at faren vil inntre
- Liv: Livstruende voldshandlinger eller annen atferd som kan true andres liv
- Helse: Både den fysiske og psykiske helsen
- ..overstiger det rent bagatellmessige og som får mer håndgripelige følger» (Ot.prp nr 11 (1989-1990 s, 80)
- Mer enn en «viss fare» (HR-2023-2018-A)



Livstruende skade

Hvor er terskelen for «Alvorlig fare»/
«kvalifisert skadepotensiale»?

Vold
(eller annen fare for andre)

«Mer enn bagatellmessig»

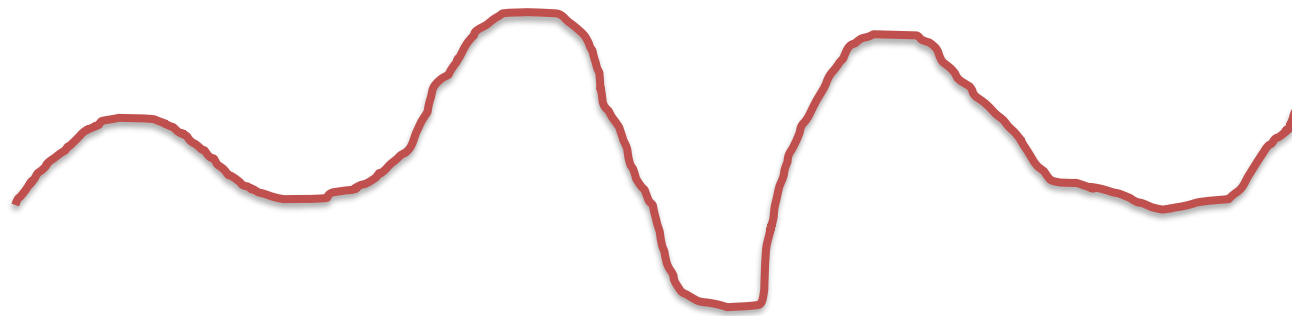
TPH krever tungtveiende grunner

- Når sykdomsutbruddet skaper fare for kvalifisert skade på psykisk helse – kan ikke kreves fare for at den psykiske helsen vil bli helt ødelagt (HR-2023-2018-A)
- Barn har særlig rett på vern
 - Overlast hos barn som følge av foreldrenes handlemåter i psykotisk tilstand
 - Hva med eldre?
- Mer alminnelige psykiske påkjenninger som de nærmeste utsettes for ved sykdomsutbrudd kan ikke gi grunnlag for tvang

- Sentralt i vurderingen: pasientens voldshistorikk (LB-2024-107024; HR-2023-2018-A)
- Men noen utøver vold for første gang ved sykdomsgjennombrudd (Nielssen & Large, 2010; Hodgins 2022/2017; Langeveld et al, 2014)
- Symptombilde – grad av overbevisning – grad av emosjonelt ubehag knyttet til symptomene

- «Farevilkåret kan være oppfylt selv om pasienten som er under tvungent vern er så godt behandlet vedkommende under disse forholdene ikke anses å utgjøre en fare. Det sentrale er om vedkommende **uten** tvungent psykisk helsevern vil utgjøre en fare»
(Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer s. 33)
- Det som skal vektlegges er ikke hvordan pas har opptrådt mens pas fortsatt er under TPH, det er situasjonen utenfor TPH som skal bedømmes (HR-2023-2018-A)

- Er det opplyst noe konkret om et betryggende alternativt behandlingsforløp uten TPH?
- Dersom tidligere vold, trusler eller farlig væremåte - er situasjonen annerledes i dag om pas skrives ut enn tidligere når pas har vært skrevet ut?
- Eller er det en eskalering av tilstanden eller intensiteten i atferden?
- Handler pas mer i tråd med sykdommen på en måte som kan utsette andre for fare?



*«Det er veldig rart at alt dette her skjedde. Det er jo ikke
sånn jeg vanligvis tenker, å drepe mennesker.»*

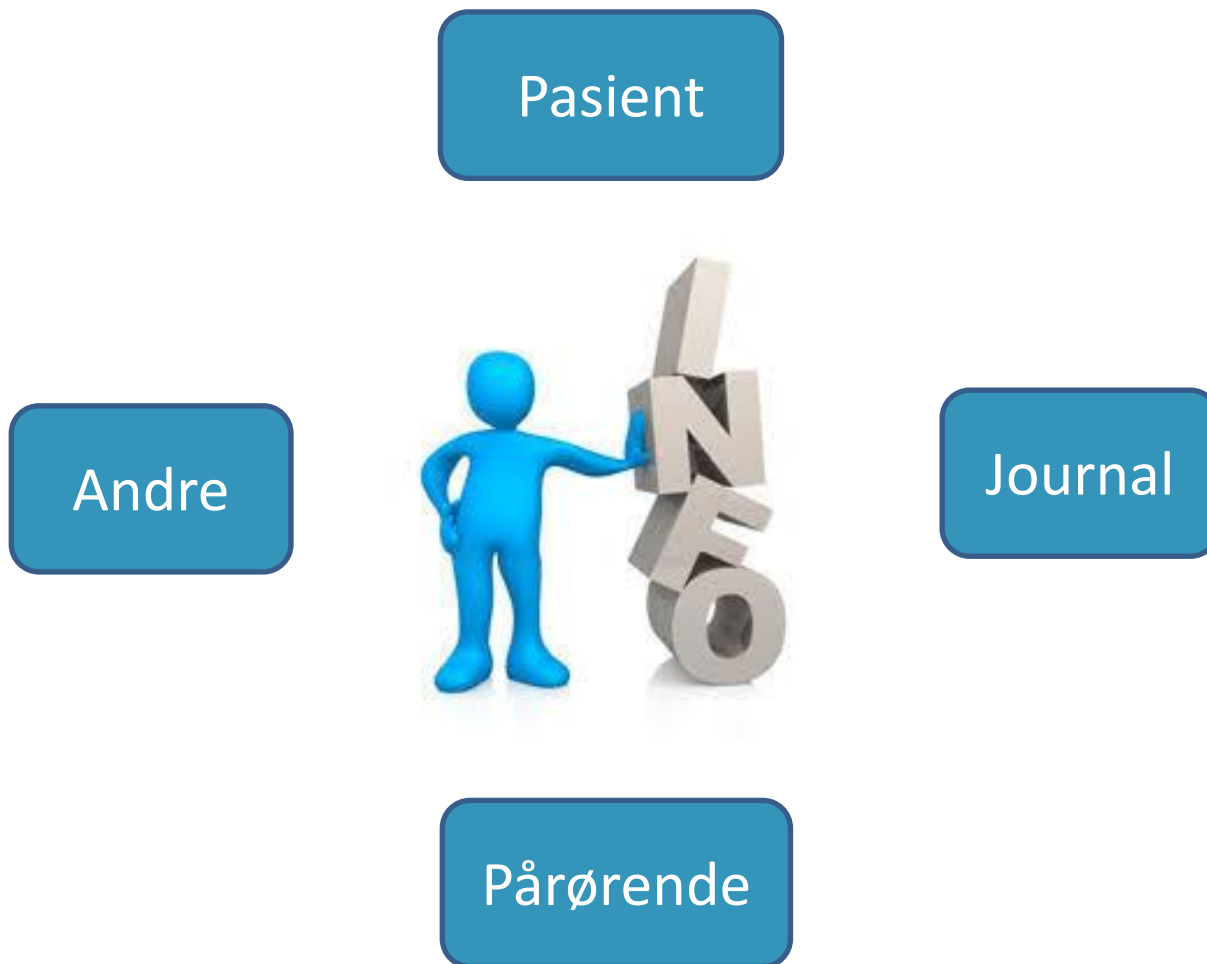
OLE

Ukom, 2023

«Jeg skjønner det ikke, hvordan han har gått under radaren. Alle vet jo at han er syk.»

MOR





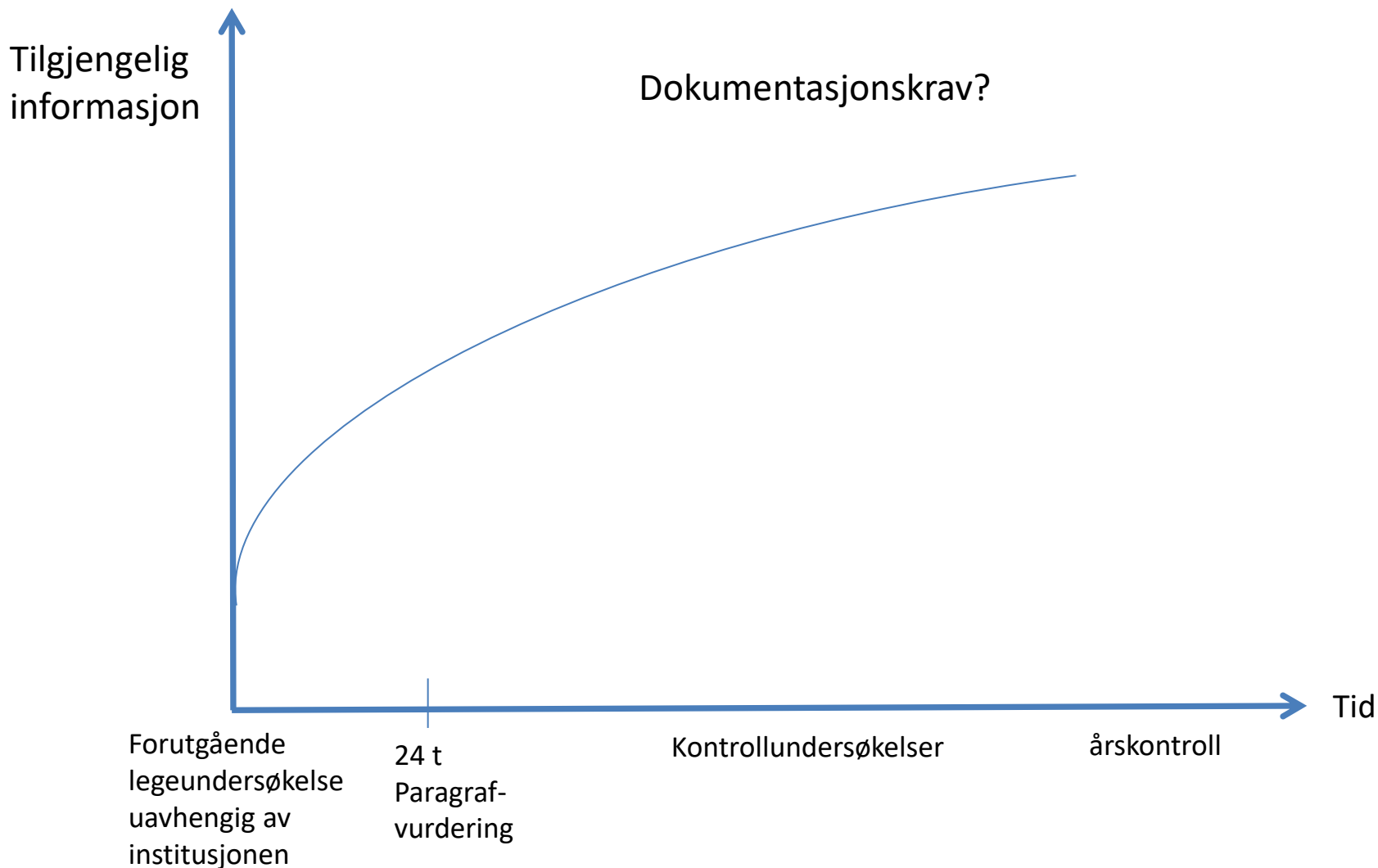
En voldsrisikovurdering/farevurdering blir som hovedregel aldri bedre enn informasjonen den bygger på

Utredning av risiko for vold ved alvorlig psykisk lidelse - bruk av strukturerte kliniske verktøy

Faglige råd ved voldsrisiko beskriver hvordan helsepersonell i spesialisthelsetjenesten kan gjøre risikoutredninger og hvilke strukturerte kliniske verktøy som anbefales for å identifisere risiko og for å forebygge mulige voldshandlinger.

IS-2661

«Der det gjøres en voldsrisikovurdering, bør denne alltid baseres på tilgjengelig fakta om (eller observasjoner av) voldstanker, voldstrusler eller voldshandlinger»



«Undersøkende lege vil imidlertid ha kortere tid og mindre informasjon tilgjengelig for sin vurdering enn den faglig ansvarlige legen for etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Det kan derfor ikke kreves like stor grad av sikkerhet og grundighet hos undersøkende lege.» (HDir, 2017)

Dersom det foreligger opplysninger om at pasienten utgjør en fare, men opplysningene er usikre eller ikke i tilstrekkelig grad belyser hvorvidt pasienten utgjør en "nærliggende og alvorlig fare", må faglig ansvarlig innhente ytterligere opplysninger. Både den kommunale helse- og omsorgstjenesten, offentlige myndigheter og pårørende kan ha informasjon om farepotensialet.

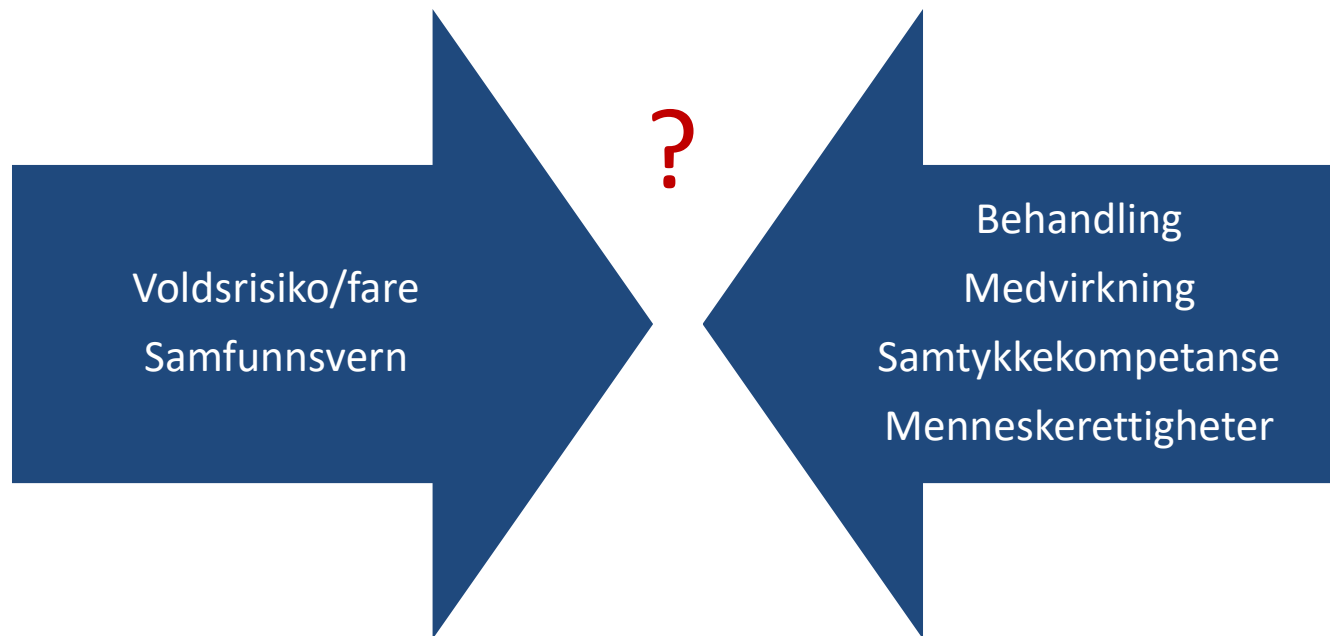
Samtykkeutvalgets rapport, 2023

Ref Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer

4. Pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse.

Utvalget mener at innføringen av samtykkevilkåret i 2017 har aktualisert farevilkårets rolle i psykisk helsevern. Dette stiller økte krav til helsepersonells kompetanse i å vurdere både voldsrisiko og farevilkåret. Utvalget anbefaler derfor å presisere plikt til å vurdere voldsrisiko og risikohåndtering ved voldshistorikk eller voldelig atferd, og eventuelt vurdere farevilkåret dersom voldsrisikoen er forhøyet (se omtale i punkt 13.5.4).

Samtykkeutvalget, 2023



I dommen fra Buskerud tingrett etter Kongsberg-saken (TBUS-2022-6117) ble tiltalte dømt til tvungent psykisk helsevern. Tingretten påpeker at:

retten mener at tiltalte fortsatt er psykotisk og at han ikke har samtykkekompetanse. [...] Tiltalte vil imidlertid kunne bli så frisk at han vil få tilbake sin samtykkekompetanse. Han gir for øyeblikket uttrykk for at han er syk og trenger behandling og medisiner, men ut fra erfaring med tiltaltes sykdomshistorikk kan denne situasjonen fort endre seg, og han vil kunne nekte å undergi seg behandling. Det vil da blir spørsmål om et administrativt vedtak om tvang etter psykisk helsevernlov. Retten vil i den sammenheng bemerke at helsevesenet opplever ressursknapphet innenfor psykiatri, og at det erfaringsmessig i de senere år har vært lagt vekt på minst mulig bruk av tvang. Retten mener at hensynet til samfunnsvern er helt sentralt i denne saken. Retten legger til grunn at ordinært administrativt tvungent psykisk helsevern ikke vil gi et tilstrekkelig samfunnsvern.

Tingretten vektlegger her samtykkevilkåret, ressurs situasjonen og vektlegging på tvangsbegrensning i det sivile psykiske helsevernet som begrunnelse for manglende ivaretagelse av samfunnsvernet fremover.

KRONIKK

Forventningsgapet i psykiatrien må reduseres

ARTIKKEL

LITTERATUR

KOMMENTARER (0)

Anders Malkomsen, Carl Tollef Solberg *Om forfatterne*

Hvis forventningene til psykiatrien øker raskere enn ressurstilgangen, vil forventningsgapet bare fortsette å øke. Da blir det krise i psykiatrien. Vi kan håndtere dette gapet ved å redusere forventninger, effektivisere behandlingen eller øke ressursene.

ENGLISH

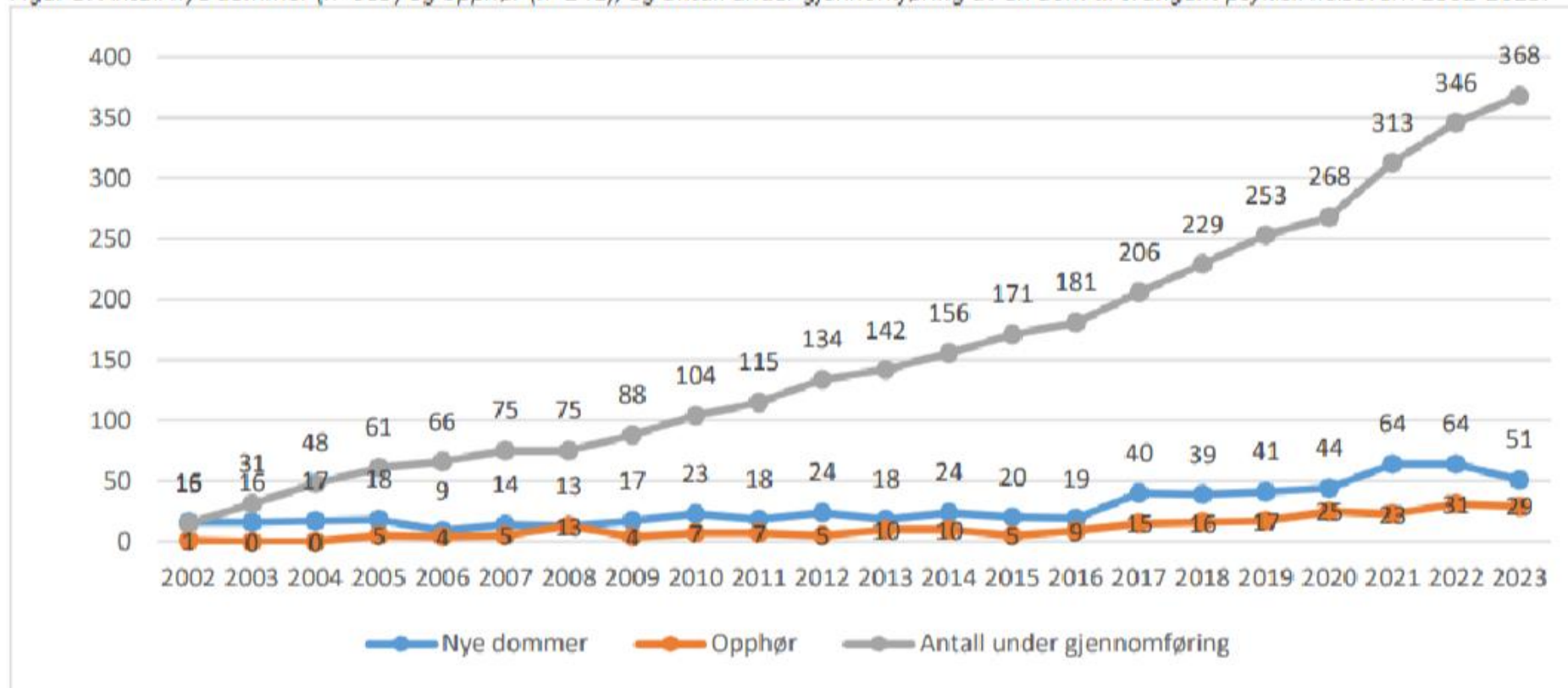
Publisert: 28. mars 2023
Utgave 6, 25. april 2023

Tidsskr Nor Legeforen 2023
doi: 10.4045/tidsskr.23.0081

Mottatt 2.2.2023, godkjent
27.2.2023.

 PlumX Metrics

Figur 3: Antall nye dommer (n=609) og opphør (n=241), og antall under gjennomføring av en dom til tvungen psykisk helsevern 2002-2023.

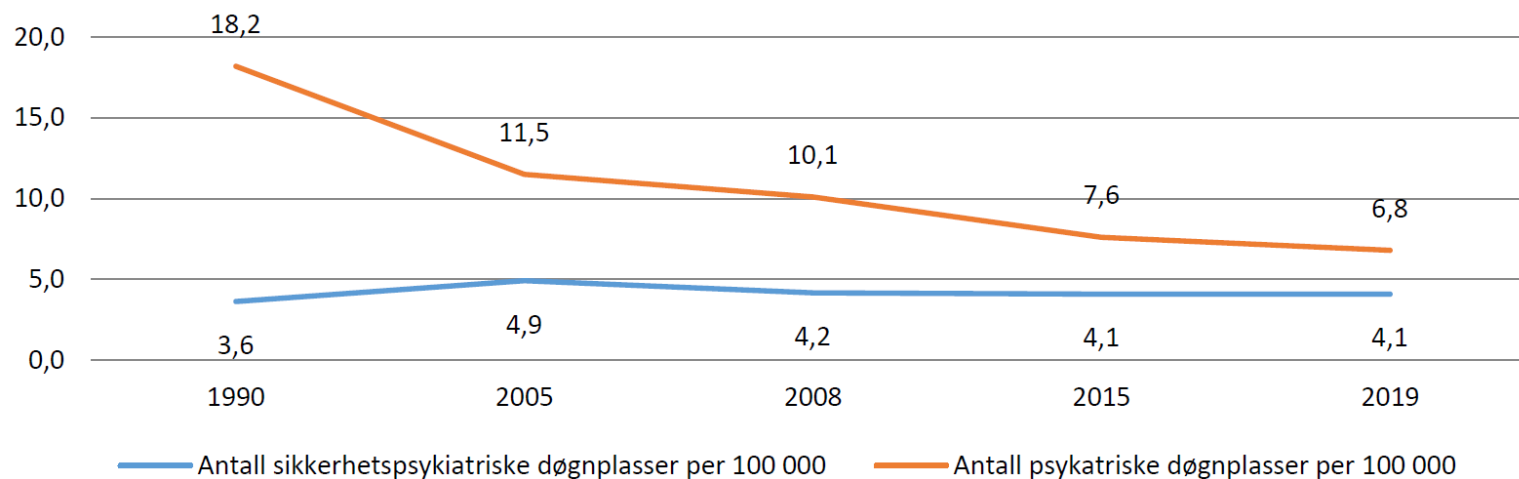


Pr 31/12 2023: 368 på dom til TPH. (334 tidsubestemt)

2017-2023: 26 årlig gjennomsnittlig netto økning

Kilde: Nasjonal koordineringsenhet, 2024. Årsrapport 2023

Figur 1: Antall døgnplasser per 100 000 innbyggere i norsk psykiatri 1990-2019

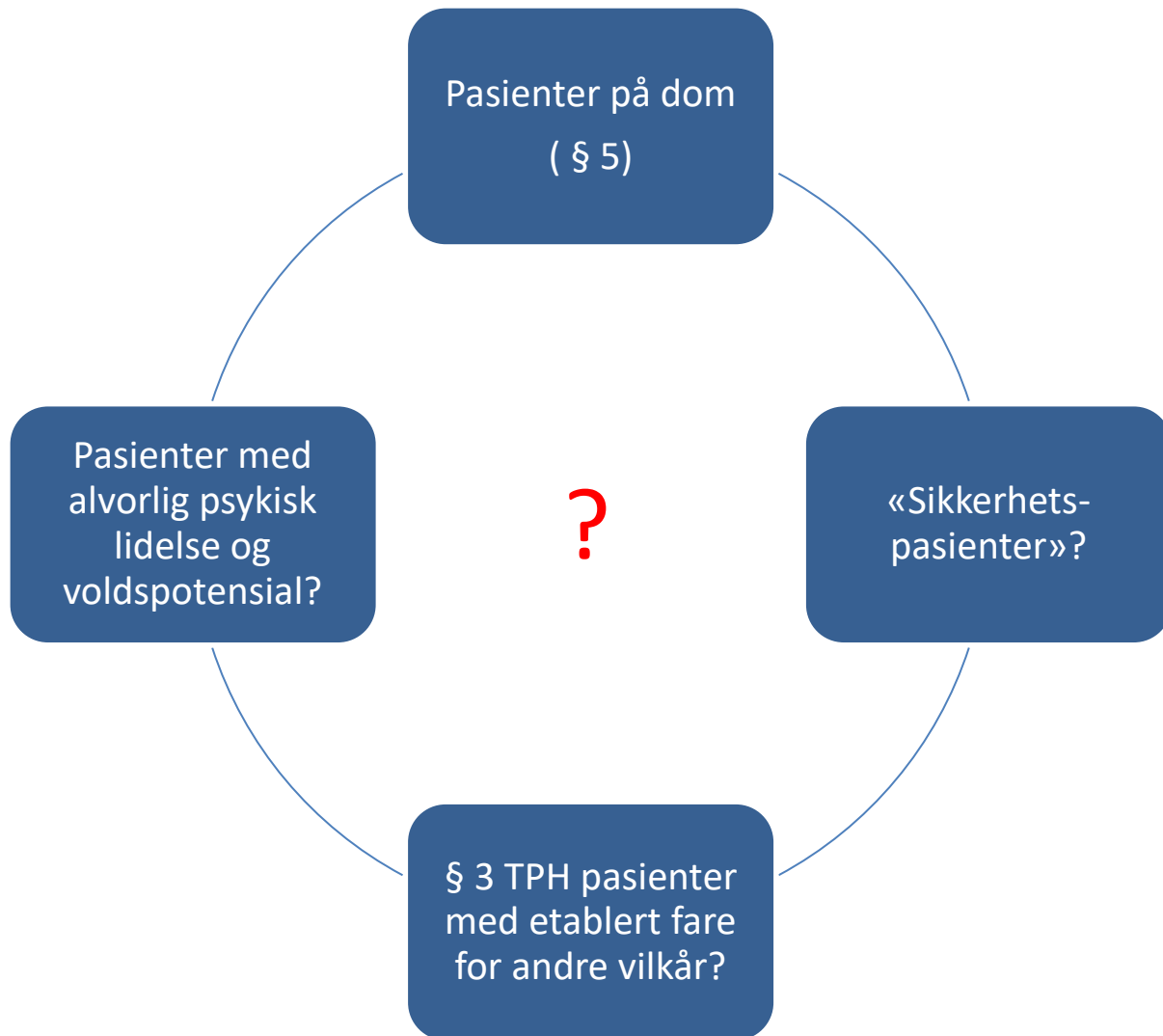


Kapasiteten for døgnplasser i sikkerhetspsykiatrien var i 1990 på 155 døgnplasser. I 2019 var antallet økt til 220.

Utvalget har blitt informert om en rapport om sikkerhetspsykiatriens fremtid som er under utarbeidelse. Ifølge denne rapporten er prognosen for antall pasienter på DTPH at de vil øke fra rundt 440 ved utgangen av 2023 til rundt 1 000 pasienter ved utgangen av 2033. Utvalget ser med stor bekymring på denne prognosen, men er ikke kjent med hvilke forutsetninger den bygger på. Det finnes ingen tilsvarende prognoser for hvor mange pasienter som blir innlagt etter phvl. § 3-3 og som vil oppfylle farlighetsvilkåret i tiden fremover.

Utvalget mener at sivilt psykisk helsevern bør ha som mål at prognosen for antall pasienter på DTPH ikke treffer.

Samtykkeutvalget, 2023



Utredning av risiko for vold ved alvorlig psykisk lidelse - bruk av strukturerte kliniske verktøy

Faglige råd ved voldsrisiko beskriver hvordan helsepersonell i spesialisthelsetjenesten kan gjøre risikoutredninger og hvilke strukturerte kliniske verktøy som anbefales for å identifisere risiko og for å forebygge mulige voldshandlinger.

IS-2661

Virksomhetenes ansvar

Virksomhetene må tilrettelegge for at nødvendige risikovurderinger og oppfølging kan utføres på en forsvarlig måte og i henhold til god faglig praksis, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven § 4.

Virksomheter må sørge for at helsepersonell som skal gjøre voldsrisikovurderinger gis opplæring for at vedkommende skal kunne utføre utredningene på en forsvarlig måte, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-10.

Gjennomføring av voldsrisikoutredninger på poliklinikker og døgnavdelinger krever tilsvarende ressursomfang som på sikkerhetsavdelinger.

Risiko

- En trussel eller fare som vi ikke helt forstår, og som vi derfor bare kan forutse med usikkerhet
...og som vi derfor også bare kan redusere med usikkerhet

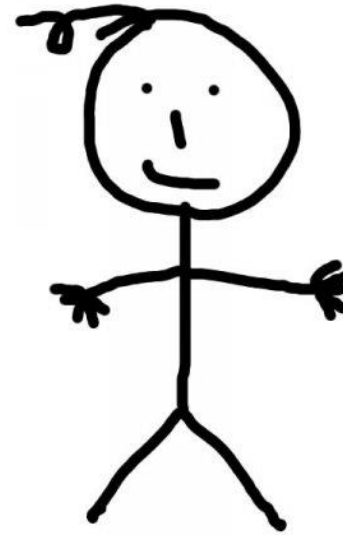
Kompleks

Kontekst og
tilstands-
avhengig

En faglig
vurdering



Lukket system - uønskede hendelser



Åpent system- villede uønskede handlinger

Ustrukturert
faglig skjønn

Strukturert
Faglig/klinisk
vurdering

Aktuarisk
(skjemastyrt)
vurdering

Kognitive slagsider og snarveier i vurdering av bevis

Av professor emeritus Svein Magnussen og
professor emeritus Karl Halvor Teigen

Forskning innen beslutningspsykologi og vitnepsykologi viser at vi ikke utelukkende er rasjonelle bedømmere og beslutningstakere, men at våre bedømmelser følger en rekke snarveier inn i beslutningsprosessen, heuristikker. I det store og hele er dette effektivt, men det kan også lett lede oss til feilslutninger. I etterforskning og i retten forutsettes det at bedømmelser og vurderinger er rasjonelle, basert på en nøktern vurdering av tilgjengelig informasjon. Stemmer dette? Artikkelen gjennomgår relevant forskning som belyser intuitive vurderinger, jakten på bekreftelser, etterpåklokskap, overvurdering av sannsynligheter og virkninger av vinkling og ankerverdier, med fokus på forskning på dommere.

NØKKELOORD: bevisbedømmelse, dommere, intuisjon, kognitive snarveier, rasjonalitet



USER GUIDE

Version 0.1 – June 2019

OxMIV is a web-based risk calculator for assessing risk of violent offending in individuals with a diagnosis of severe mental disorder (schizophrenia spectrum or bipolar disorder). This tool was developed by the Forensic Psychiatry and Psychology group at the University of Oxford and is available on the OxRisk.com website.

How was it developed?

OxMIV was derived and externally validated in Sweden, using data from a national cohort of 75158 individuals aged 15-65 years with a diagnosis of severe mental illness (schizophrenia spectrum or bipolar disorder) between 2001 and 2008. Potential predictive variables for inclusion in OxMIV were drawn from carefully reviewing the evidence on previous history of violence, sociodemographic, family, and clinical factors, and considering only those that were both reliable risk factors and relatively easy to score.

First, the OxMIV model was derived using the data from 58771 patients, and 16 mostly routinely collected criminal history, sociodemographic, family, and clinical factors were included in the final model. Then, the model was externally validated in a distinct group of 16387 patients to establish its performance in a new sample. The model generates a simple risk calculator (OxMIV) that generates one output – category (low, increased) and probability scores (%) based on 12 month violent offending.

The research behind OxMIV has been peer-reviewed and published in the *Lancet Psychiatry* journal (Open Access). OxMIV has also been externally validated in a different setting, a psychiatric ward of a German prison hospital and the validation paper is published in *Frontiers in Psychiatry*. Further validations in other countries are planned. For a full bibliography related to OxMIV, visit the OxRisk.com website.

- Test ut: [OxMIV \(TVP\) | OxRisk](#)

«Jurister og meddommere lurder på om denne tiltalte er farlig. Sakkyndige kan kun svare på hvilke trekk ved tiltalte som på gruppenivå er knyttet til risiko, og hvilke omstendigheter rundt tiltalte som på gruppenivå øker eller demper risikoen. Her ligger det en viktig sonndring, som jeg tror blir utydelig i en del tilfeller.»

Kilde: Anerkjent jurist (så vidt jeg vet da)

HR-2023-2018-A

- «A har i tilknytning til farevurderingen gjort gjeldende at moderne forskning viser at psykisk syke ikke er mer voldelige enn andre»
 - A har diagnosen bipolar affektiv lidelse med mani og paranoide og grandiose vrangforestillinger
- «Saken her er hvilken fare A utgjør for den psykiske helsen til sine nærmeste, basert på en konkret vurdering av hans sykdomsbilde og erfaringene fra hans opptreden og handlemåte under tidligere episoder. Dette er en annen vurdering av enn hva som er statistisk risiko for at psykisk syke skal utøve vold»

Utredning av risiko for vold ved alvorlig psykisk lidelse - bruk av strukturerte kliniske verktøy

Faglige råd ved voldsrisiko beskriver hvordan helsepersonell i spesialisthelsetjenesten kan gjøre risikoutredninger og hvilke strukturerte kliniske verktøy som anbefales for å identifisere risiko og for å forebygge mulige voldshandlinger.

IS-2661

Ustrukturert
faglig skjønn

Strukturert
Faglig/klinisk
vurdering

Aktuarisk
(skjemastyrt)
vurdering



Screening triagering

Rutine
Indikasjon

Tidlig

På mindre
informasjon

Begrenset
kompetanse

Grundig vurdering

Noen få

Senere?

På mer
informasjon

Mer
kompetanse





V-RISK 10



Screening triagering

Rutine
Indikasjon

Tidlig

På mindre
informasjon

Begrenset
kompetanse

Grundig vurdering

Noen få

Senere?

På mer
informasjon

Mer
kompetanse



Tilgjengelig informasjon

Dokumentasjonskrav?
Grundighet i vurderingen?

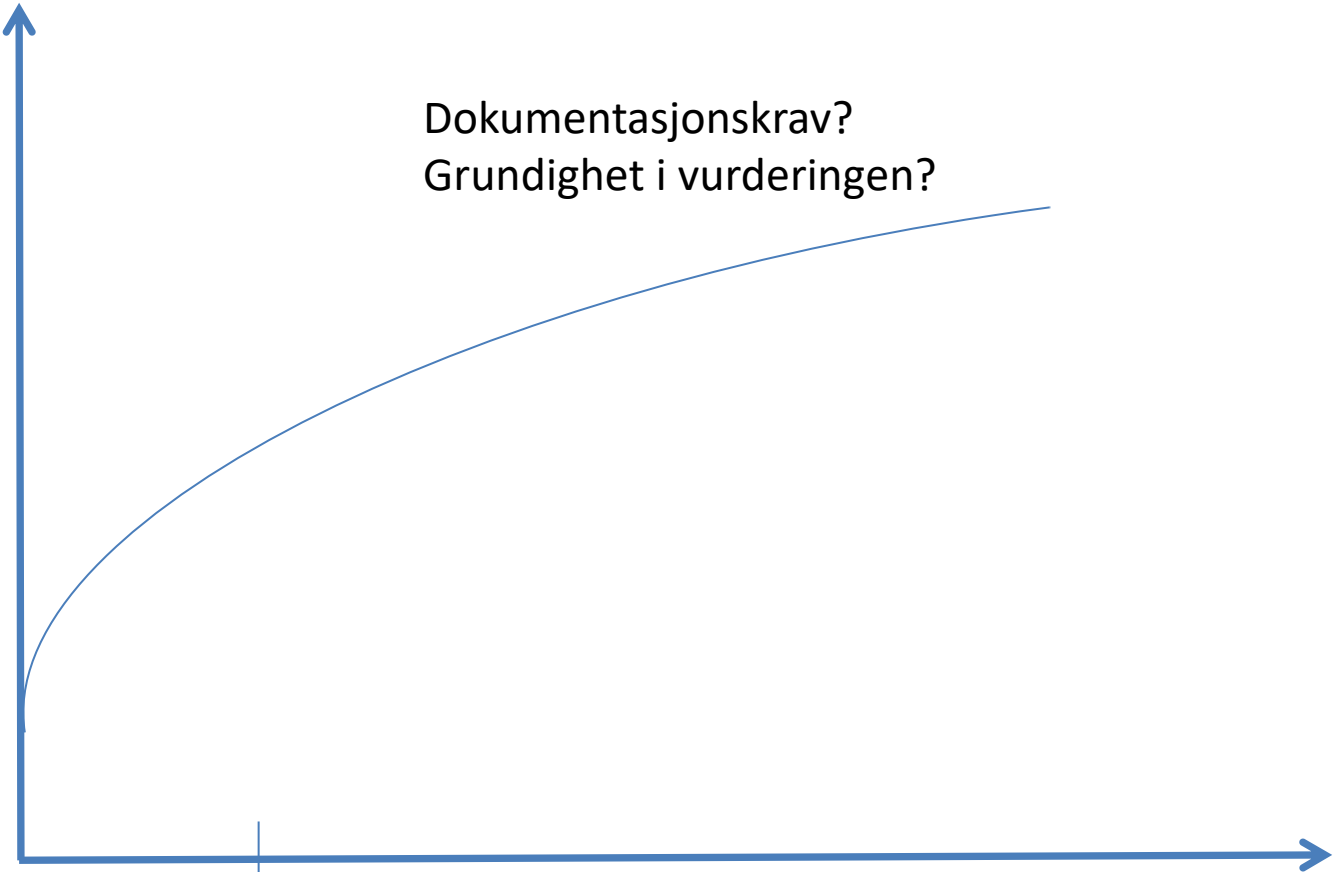
Forutgående
legeundersøkelse
uavhengig av
institusjonen

24 t
Paragraf-
vurdering

Kontrollundersøkelser

årskontroll

Tid/
restriksjoner



Brøset Violence Checklist

Brøset Violence Checklist (BVC) er en 6-punkts sjekkliste som skal bidra 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 atferd.

🔖 *Risikovurdering*



•bvc

Brøset Violence Checklist (BVC) er en 6-punkts sjekkliste som skal bidra 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 atferd. BVC er utviklet med tanke på at voldelige hendelser sjelden skjer uten forutgående varsels- eller faresignaler. Sjekklisten er en av få validerte verktøy i sitt slag tilpasset her-og-nå-situasjoner og som har testet vitenskapelig gjennom bl.a. 2 RCT-studier.

BVC har egen hjemmeside: risk-assessment.no

BVC er også tilgjengelig som programvare for bruk i sykehus og institusjoner via programvarefirmaet frenzs.nl og programpakken Re-Act



Brøset Violence Checklist (BVC®); Pasienten skåres ved hvert skift av f.eks primærpleier senest to timer etter starten på skiftet. Se forøvrig veiledning i prosjektmappe. Fravær av symptom/atferd gir 0 poeng, observert endring i eller tilstedeværende atferd skåres med 1 poeng. F.eks er pasienten vanligvis forvirret vil dette gi skåre 0, men øker forvirringen gis skåre 1. Totalskåre (SUM) er summen av en vertikal kolonne.

Pasientdata

Innkomst,dag den / 20			
	Dag	Kveld	Natt
Forvirret			
Irritabel			
Støyende atferd			
Verbale trusler			
Fysiske trusler			
Slag, spark etc mot gjenstander			
SUM			
Signatur			

Dag ,dag den / 20			
	Dag	Kveld	Natt
Forvirret			
Irritabel			
Støyende atferd			
Verbale trusler			
Fysiske trusler			
Slag, spark etc mot gjenstander			
SUM			
Signatur			

V-RISK

10

Sjekklisten er et screeninginstrument, som bør følges opp med nærmere individuell risikovurdering der dette finnes riktig. Beregnet til å brukes uten spesiell forhåndopplæring, slik at både for eksempel turnuskandidater og leger i spesialistutdanning kan bruke det i daglig drift. |

	Nei	Kanskje/ moderat	Ja	Vet ikke
1. Tidligere og/eller aktuell vold <i>Med alvorlig vold menes fysisk angrep (inkludert med ulike våpen) mot annen person for å påføre alvorlig fysisk skade.</i> Ja: Vedkommende må ha gjort minst 3 moderate voldshandlinger eller 1 alvorlig voldshandling. Moderat eller mindre alvorlige aggresjonshandlinger som spark, slag og dytting som ikke forårsaker alvorlig skade hos offeret skåres Kanskje/moderat .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tidligere og/eller aktuelle trusler (verbale/fysiske) Verbale: Utsagn, rop og lignende som innebærer trussel om å påføre andre personer fysisk skade. Fysiske: Bevegelser og gester som varsler fysisk angrep.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tidligere og/eller aktuelt rusmisbruk <i>Pasienten har en historie med misbruk av alkohol, medikamenter og/eller narkotiske stoff (for eksempel amfetamin, heroin, hasj). Misbruk av løsemidler eller lim skal inkluderes her. For å skåre Ja må pasienten ha og/eller ha hatt omfattende misbruk/avhengighet, med nedsatt funksjon i arbeids-, skole-, helse- og/eller fritidsliv.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tidligere og/eller aktuell alvorlig psykisk lidelse <i>Her må en finne ut om pasienten har eller har hatt en psykotisk tilstand (for eksempel schizofreni, paranoid psykose, psykotisk affektiv lidelse). <u>Se ledd 5</u> for skåring av personlighetsforstyrrelser.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Personlighetsforstyrrelse <i>Aktuelle i denne sammenheng er eksentriske (schizoide, paranoide) og impulsiv- utagerende (emosjonelt ustabile, antisosiale) typer.</i>	Nei <input type="checkbox"/>	Kanskje/ moderat <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ikke <input type="checkbox"/>
6. Mangler innsikt i sykdom og/eller atferd <i>Her menes i hvilken grad pasienten mangler innsikt i sin psykiske lidelse, i forhold til evt. behov for medikasjon, sosiale konsekvenser, eller atferd knyttet til sykdom eller personlighetsforstyrrelse.</i>	Nei <input type="checkbox"/>	Kanskje/ moderat <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ikke <input type="checkbox"/>
7. Mistenksomhet <i>Pasienten gir uttrykk for mistenksomhet overfor andre personer enten verbalt eller nonverbalt. Vedkommende ser ut til å være "på vakt" overfor omgivelsene.</i>	Nei <input type="checkbox"/>	Kanskje/ moderat <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ikke <input type="checkbox"/>
8. Viser manglende innlevelse (empati) <i>Pasienten virker følelseskald og uten innlevelse i andres tankemessige eller følelsesmessige situasjon.</i>	Nei <input type="checkbox"/>	Kanskje/ moderat <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Vet ikke <input type="checkbox"/>

9. Urealistisk planlegging

Her måles i hvilken grad pasienten selv har urealistiske planer for fremtiden (i eller utenfor døgnavdeling). Er for eksempel pasienten selv realistisk i forhold til hva han/hun kan vente av støtte fra familie og av profesjonelt og sosialt nettverk. Det er viktig å vurdere om pasienten er samarbeidsvillig og motivert når det gjelder å følge planene videre.

Nei

☐

Kanskje/
moderat

☐

Ja

☐

Vet
ikke

☐

10. Fremtidige stress-situasjoner

Her vurderes muligheten for at pasienten kan bli utsatt for påkjenninger og belastende situasjoner i fremtiden, og hans/hennes evne til stressmestring. Eksempler (i og utenfor døgnavdeling): Mestringssvikt overfor grensesetting, nærhet til mulige voldsofre, rusing, bostedsløshet, opphold i voldelig miljø, nær tilgang til våpen etc.

Nei

☐

Kanskje/
moderat

☐

Ja

☐

Vet
ikke

☐

Samlet klinisk vurdering

Basert på klinisk skjønn, annen tilgjengelig informasjon og sjekklisten:

Hvor stor tror du voldsrisikoen er for denne pasienten? *(sett kryss i en av boksene)*

LAV	MODERAT	HØY
-----	---------	-----

Forslag etter samlet klinisk vurdering *(sett kryss i aktuelle bokser)*

Ingen voldsrisikovurdering	Mer inngående voldsrisikovurdering
----------------------------	------------------------------------

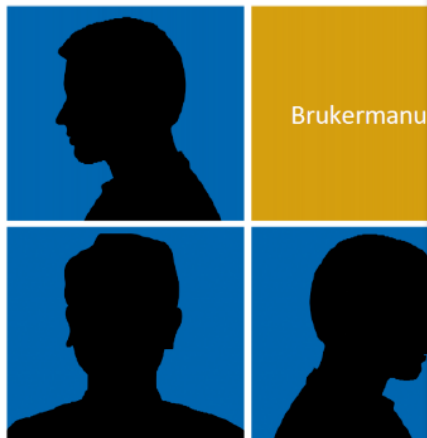
Iverksettelse av forebyggende tiltak

Begrunnelser føres inn i journal og/eller epikrise

- Er det faglig grunn til bekymring for at personen kan skade andre på grunn av den alvorlige psykiske lidelsen?
- Hvilke tiltak vil trolig redusere voldsrisikoen?
- Fremstår TPH nødvendig for å redusere risiko – eller for å forhindre at faren «utløses»?

HCR-20^{V3}

Voldsriskovurdering



Kevin S. Douglas • Stephen D. Hart • Christopher D. Webster • Henrik Belfrage

MHLPI
Mental Health, Law, and Policy Institute
Simon Fraser University

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehuset

PROACTIVE
RESOLUTIONS

Brukermanual

SARA

Vurdering av risiko for
partnervold

P. Randall Kropp & S.



PROTECT INTERNATIONAL
RISK AND SAFETY SERVICES

Retningslinjer for
vurdering og håndtering av
(SAM)

P. Randall Kropp, Stephen D. Hart, &

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehuset

Vurdering av risiko for
æresrelatert vold
(PATRIARK)

Brukermanual

P. Randall Kropp, Henrik Belfrage, & Stephen D. Hart

PROACTIVE
RESOLUTIONS

HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehuset

www.sifor.no



HCR-20 v3

<u>Historiske ledd</u>	<u>Kliniske ledd</u>	<u>Risikohåndteringsledd</u>
<i>(tidligere problemer med...) med...)</i>	<i>(problemer med...)</i>	<i>(fremtidige problemer</i>
H1: Vold	C1: Innsikt	R1: Bruk av off. tjenester
H2: Annen antisosial atferd	C2: Voldsforest. el. –intensjoner	R2: Boforhold og omgivelser
H3: Relasjoner	C3: Sympt. på alv. psyk. lidelse	R3: Personlig støtte
H4: Arbeid og utdanning	C4: Ustabilitet	R4: Respons på beh. og tilsyn
H5: Rusmidler	C5: Respons på beh. og tilsyn	R5: Stress og mestring
H6: Alvorlig psykisk lidelse		
H7: Personlighetsforstyrrelse		
H8: Traumatiske opplevelser		
H9: Voldelige holdninger		
H10: Respons på behandling og tilsyn		



MAL FOR RISIKOHÅNDTERINGSPLAN

Dette er en mal, ta bort det som ikke passer i utarbeidelsen av dokumentet. Skråstilt informasjon er rettleiding og skal fjernes før dokumentet ferdigstilles

FORMÅL: Planen er utarbeidet for å kunne forebygge risikosituasjoner fra pasienten mot andre, og dermed ivareta samfunnsvernet

Planen gjelder for:

Født:

Adresse:

Telefonnummer:

Planen er gyldig fra (dato):

Skal revideres (dato):

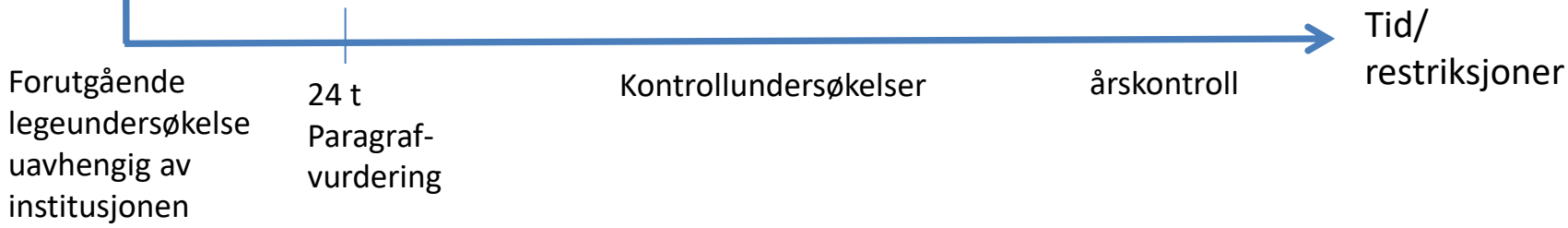
Ansvarlig for utarbeidelse og revisjon:

Psykisk helsevern ved faglig ansvarlig har ansvaret for å initiere samarbeid om utarbeidelse av risikohåndteringsplan i tilfeller hvor dette er aktuelt. Risikohåndteringsplanen skal være utarbeidet på bakgrunn av en strukturert klinisk vurdering av risiko for vold. Aktuelle strukturerte risikovurderingsinstrumenter er blant andre V-risk 10 og HCR-20^{v3}.

Risikohåndteringsplanen bør utarbeides i et samarbeid mellom pasienten, eventuelt nærmeste pårørende, spesialisthelsetjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste, inkludert fastlege, lokalt politi og andre relevante instanser som for eksempel NAV.

Tilgjengelig informasjon

Dokumentasjonskrav?
Grundighet i vurderingen?





Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko

ukom.no

Ukom

Behandlere vi intervjuet mener det er viktig å kartlegge voldsrisiko, men sier at de i liten grad bruker de kartlagte risikofaktorene som utgangspunkt for oppfølgingstiltak eller i tiltaksplaner når pasienten skrives ut fra psykisk helsevern.

Vi har fått opplyst at det i kartleggingen skal benyttes screeningsverktøyet V-risk 10 (sjekkliste) eller den mer omfattende kartleggingen HCR-20 (Historical Clinical Risk management) som kan ta opp mot 40 timer å gjennomføre. Behandlere etterlyser et verktøy som er mindre omfattende enn HCR-20, men samtidig tilstrekkelig til å identifisere risikofaktorer det kan intervenseres på.

INVITERT KOMMENTAR

Nasjonale faglige råd for voldsriskoutredning bør revideres

LEGERS ARBEIDSLIV

ARTIKKEL

LITTERATUR

KOMMENTARER (0)

Pia Jorde Løvgren, Sondre Sperle Engebretsen Om forfatterne

Verktøyene som anbefales for voldsriskoutredning er dårlig tilpasset virkeligheten utenfor sikkerhetspsykiatrien. Dermed er det mange pasienter med behov for mer inngående utredning som ikke får det.

Publisert: 9. februar 2024
Utgave 2, 13. februar 2024

Tidsskr Nor Legeforen 2024
Vol. 144.
doi: 10.4045/tidsskr.24.0007

[Opphavsrett:](#)

© Tidsskriftet 2024

KRONIKK

Forventningsgapet i psykiatrien må reduseres

ARTIKKEL

LITTERATUR

KOMMENTARER (0)

Anders Malkomsen, Carl Tollef Solberg *Om forfatterne*


Hvis forventningene til psykiatrien øker raskere enn ressurstilgangen, vil forventningsgapet bare fortsette å øke. Da blir det krise i psykiatrien. Vi kan håndtere dette gapet ved å redusere forventninger, effektivisere behandlingen eller øke ressursene.

ENGLISH

Publisert: 28. mars 2023
Utgave 6, 25. april 2023

Tidsskr Nor Legeforen 2023
doi: 10.4045/tidsskr.23.0081

Mottatt 2.2.2023, godkjent
27.2.2023.

 PlumX Metrics



[Vestland](#) > [Helse, omsorg og sosialtenester](#) > [Helsetenester](#) > Tilsynsmyndigheten må ikke drive fram medisinsk overaktivitet

Tilsynsmyndigheten må ikke drive fram medisinsk overaktivitet

Kravet til faglig forsvarlighet er en rettslig standard for hvordan arbeidet skal organiseres og utføres. Kravet legger ikke til grunn det ideelle, men bygger på hva som kan forventes i den konkrete situasjonen.

Publisert 08.11.2024



👤 Kontaktpersonar

[Kristin Cotta Schønberg](#)

Tlf: [55 57 20 53](#)

🔗 Lenker

Tilsynsmyndigheten må ikke drive fram medisinsk overaktivitet - Dagens medisin

Dette er en kronikk signert fylkeslegene. Kronikken var først publisert i Dagens medisin:

[Tilsynsmyndigheten må ikke drive fram medisinsk overaktivitet](#)

Forsøk på sammenfatning

KK bør kunne forvente...

- At en prøver å bygge et godt informasjonsgrunnlag innenfor rimelig tid
 - Først: Indikasjoner på voldsproblem i atferd eller tilstand (voldstanker, trusler, handlinger – særlig når nylig, eller alvorlig eller eskalerende)
 - Deretter: Grundig voldsanamnese + andre risikofaktorer for vold
- At en ikke bare «klipper og limer» fra journal
- At en både kan begrunne fare OG hvorfor TPH er nødvendig - > hva er alternativene?

KK bør kunne forvente...

- At en bruker info om fare også fra tidligere innleggelseser for å begrunne *nytt* vedtak ved relevant forverring
- At en synligjør tvil og usikkerhet
- At det finnes lokale prosedyrer for hvordan farevurderinger og voldrisikovurderinger skal gjøres
- At vedtaksansvarlig spesialist har opplæring i prosedyren
- At evt avvik fra prosedyren i saken redegjøres for

Og...

- Dersom en pasient har utøvd vold eller har en truende væremåte/tilstand bør (må!) faglig ansvarlig vurdere om farevilkåret er oppfylt

Og ta stilling til..

- Om det gjøres en grundig risikovurdering for å identifisere risikoreduserende tiltak
- Om det utarbeides en konkret risikohåndteringsplan
- Om det skal innhentes mer informasjon (pårørende, politi, kommunale helse- og omsorgstjenester, andre) for å belyse farevilkåret/voldsrisiko bedre

Drap i Norge i perioden 2004–2009



Boks 7.4 God praksis

1. Identifisering av risikogrupper i ulike kontekster – psykisk helsevesen, sosialtjenesten, barne- og ungdomstiltak, kriminalomsorg
2. Klarlegging av tidligere voldshistorie og i hvilke sammenhenger vold har skjedd
3. Utredning både av voldsrisiko, rusproblemer og andre psykiske lidelser
4. Ved behov mer detaljert utredning av for eksempel psykiske lidelser, psykologiske mekanismer og sosiale forhold
5. Behovsanalyse og individuell plan, inkludert behandlingsplan, tiltaksplan ved kriser, plan for ansvarsgruppemøter og plan for langsiktig samarbeid
6. Oppfølging og revidering av individuell plan og tiltaksplan ved kriser
7. Integrert behandling ved ruslidelse og samtidig annen psykisk lidelse
8. Aktivt oppsøkende virksomhet overfor risikogrupper og behandlingstrengende som faller ut av hjelpetilbudene
9. Behandlere tettere på pasient, pårørende og pasienten nære omgivelser når risiko for vold synes særlig høy, som i perioder med rus
10. Godt planlagte utskrivinger fra døgnavdeling
11. Etablering og vedlikehold av trygg boligsituasjon



Hva bør kontrollkommisjonen kunne forvente av faglig ansvarlig i forbindelse med redegjørelse for «fare for andre» vilkåret?

Takk for meg!

Helge.hoff@helse-bergen.no



Appendiks

- Handlinger rettet mot for eksempel gjenstander eller helsepersonell kan si noe om handlekraft og gjennomføringsevne (HR-2023-2018-A)

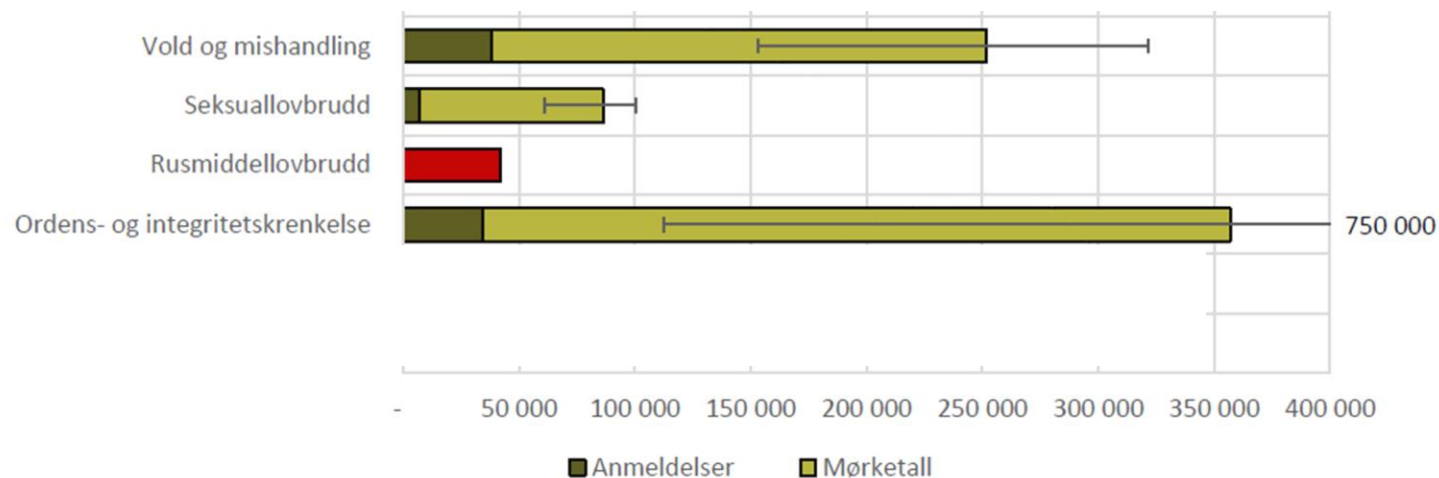


RAPPORT JUNI 2023

BEDRE BESLUTNINGER, BEDRE BEHANDLING

EKSPERTUTVALG OM SAMTYKKEKOMPETANSE

Figur 3.6 Anslått totalt omfang av lovbrudd, fordelt på registrert kriminalitet og anslåtte mørketall for hver lovbruddsgruppe. For røde søyler er det ikke beregnet mørketall. 2019

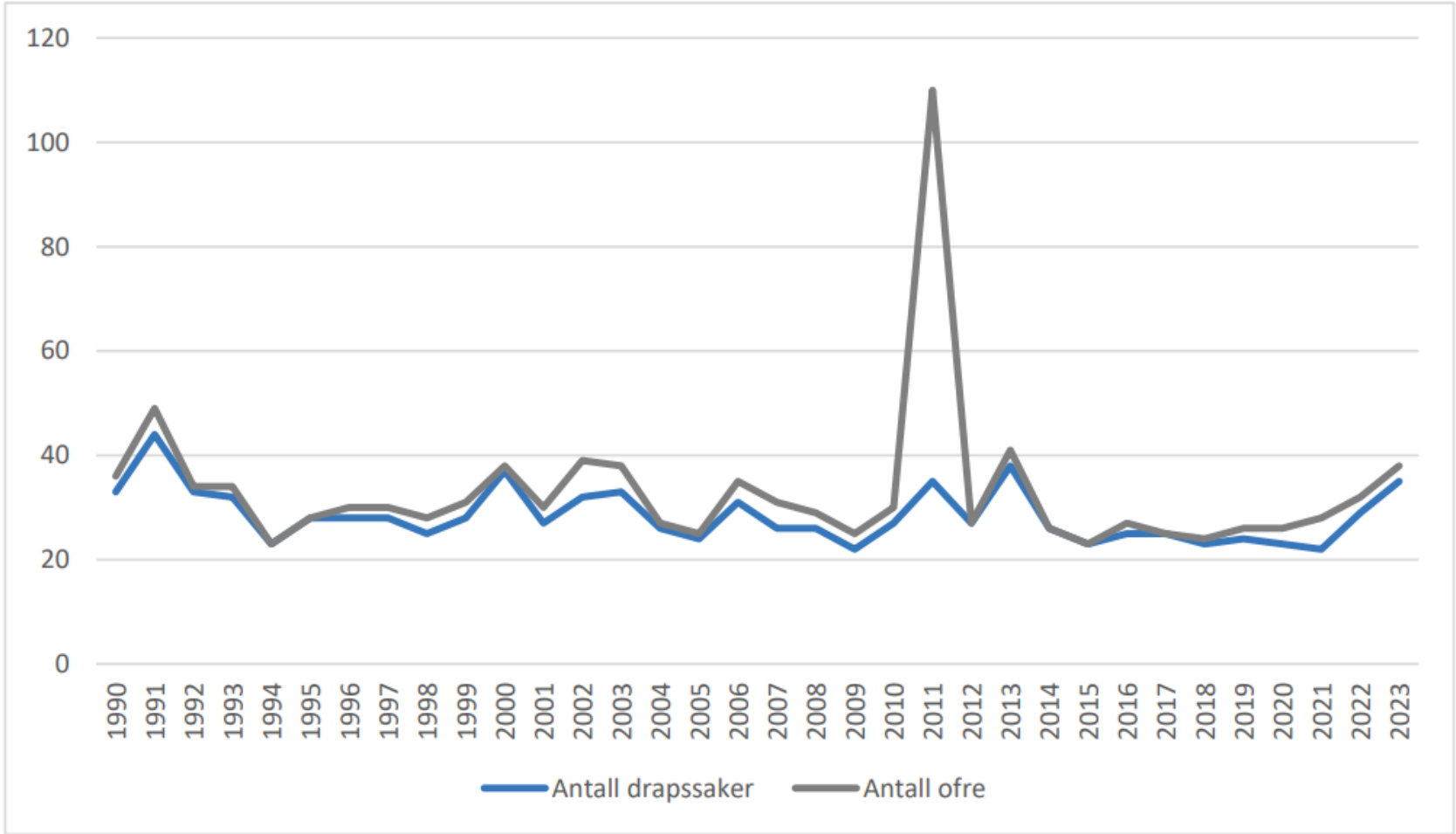


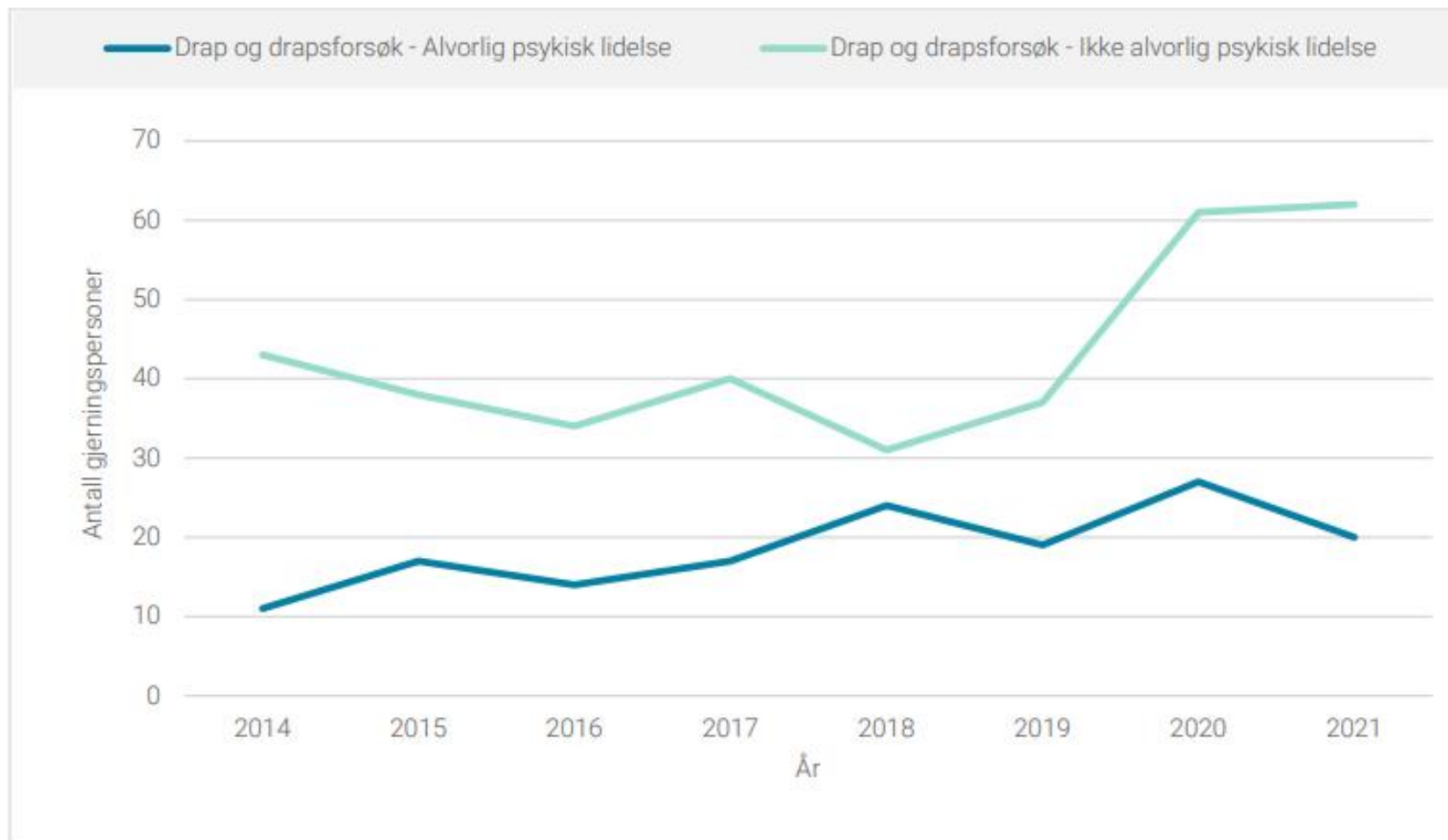
Note: Vi har kuttet x-aksen på 400 000 lovbrudd. Det høye anslaget for ordens- og integritetskrenkelse er på nesten 750 000 og strekker seg utenfor aksene i figuren.

Kilder: Statistisk sentralbyrå (Tabell 08484) og Samfunnsøkonomisk analyse AS

Oversikten under viser at antallet drap i Norge er relativt stabilt, med unntak av det store antallet drepte i terrorangrepene i 2011.

Antall drapssaker (n=968) og ofre (n=1123) i perioden 1990–2023





Figur 11.1: Utviklingen i antall gjerningspersoner med og uten alvorlig psykisk lidelse som har begått drap eller drapsforsøk i perioden 2014–2021 i faktiske tall.

Kilde: Kripis-rapporten

2023: 38 drepte, 44 gjerningspersoner. Andelen med en alvorlig psykisk lidelse i perioden 2013-2022: 24%

Risk factors for interpersonal violence: an umbrella review of meta-analyses

Seena Fazel, E. Naomi Smith, Zheng Chang and John Richard Geddes

Background

Interpersonal violence is a leading cause of morbidity and mortality. The strength and population effect of modifiable risk factors for interpersonal violence, and the quality of the research evidence is not known.

Aims

We aimed to examine the strength and population effect of modifiable risk factors for interpersonal violence, and the quality and reproducibility of the research evidence.

Method

We conducted an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses of risk factors for interpersonal violence. A systematic search was conducted to identify systematic reviews and meta-analyses in general population samples. Effect sizes were extracted, converted into odds ratios and synthesised, and population attributable risk fractions (PAF) were calculated. Quality analyses were performed, including of small study effects, adjustment for confounders and heterogeneity. Secondary analyses for aggression, intimate partner violence and homicide were conducted, and systematic reviews (without meta-analyses) were summarised.

Results

We identified 22 meta-analyses reporting on risk factors for interpersonal violence. Neuropsychiatric disorders were among the strongest in relative and absolute terms. The

neuropsychiatric risk factor that had the largest effect at a population level were substance use disorders, with a PAF of 14.8% (95% CI 9.0–21.6%), and the most important historical factor was witnessing or being a victim of violence in childhood (PAF = 12.2%, 95% CI 6.5–17.4%). There was evidence of small study effects and large heterogeneity.

Conclusions

National strategies for the prevention of interpersonal violence may need to review policies concerning the identification and treatment of modifiable risk factors.

Declarations of interest

J.R.G. is an NIHR Senior Investigator. The views expressed within this article are those of the authors and not necessarily those of the NHS, the NIHR or the Department of Health and Social Care.

Keywords

Violence; risk factor; meta-analysis; aggression.

Copyright and usage

© The Royal College of Psychiatrists 2018. This is an Open Access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution licence (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

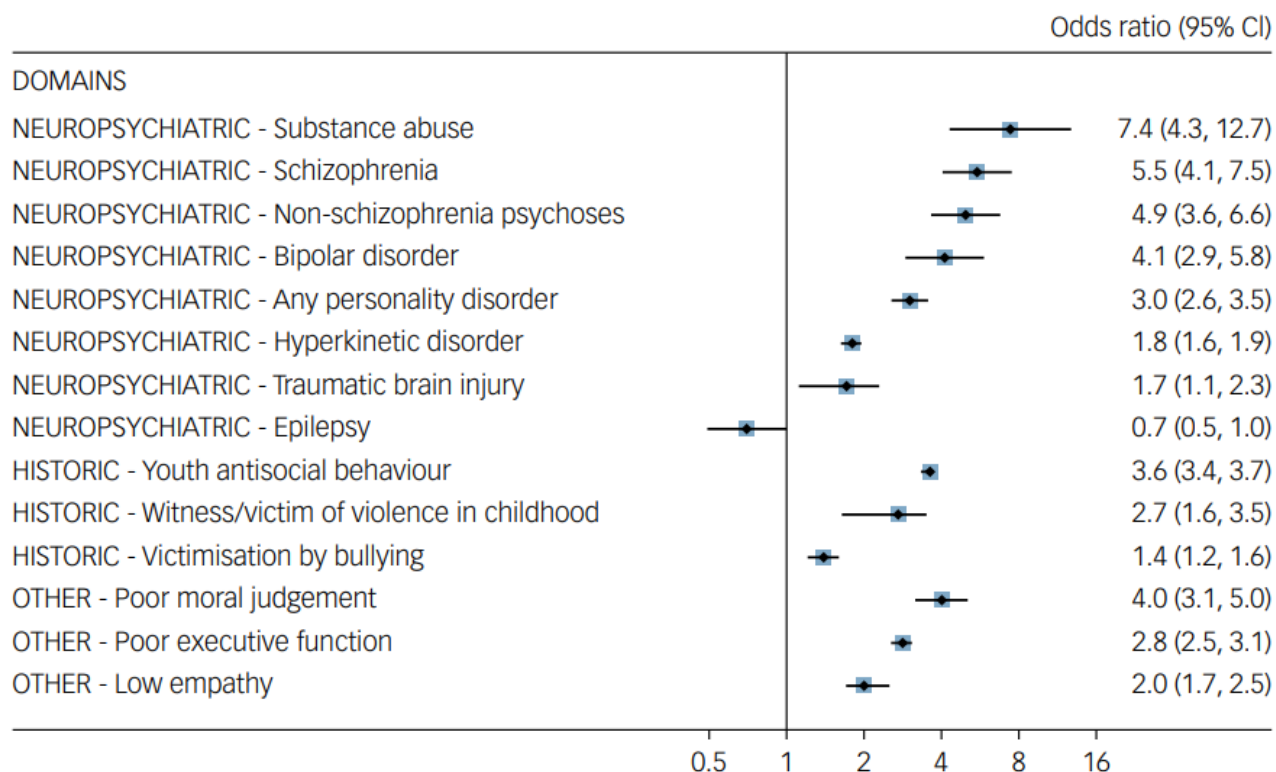
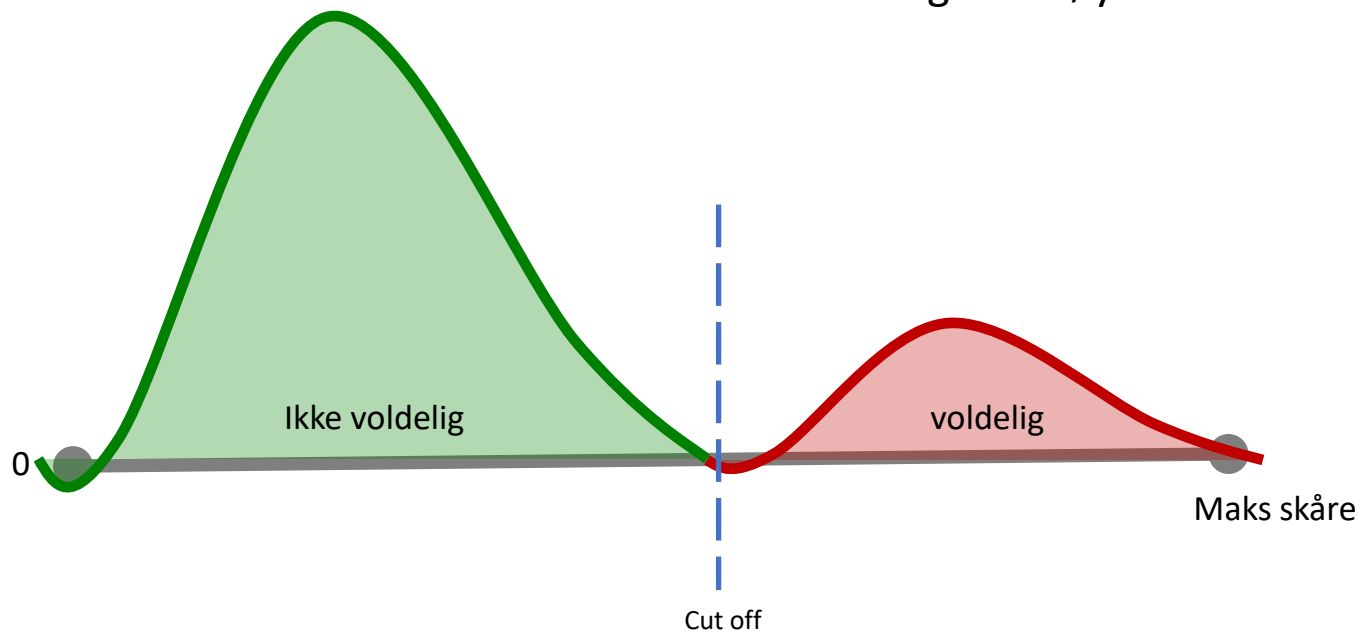
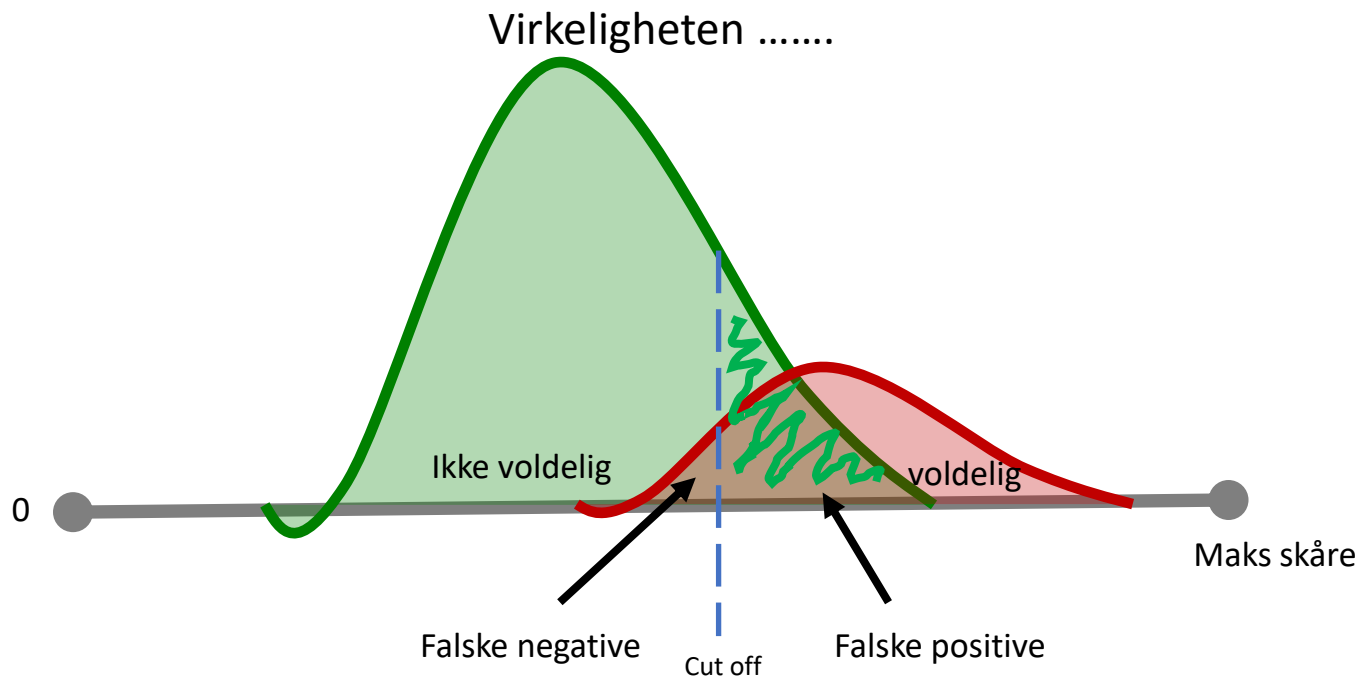


Fig. 1 Effect sizes of risk factors (identified in meta-analyses) for interpersonal violence, ranked by strength of association and subcategory. Adjusted odds ratios were used when possible.

Et ideelt risikovurderingsverktøy





«Accepting error to avoid error» (Dawes, 1991)

Informasjonsutveksling mellom psykisk helseverninstitusjoner og mellom psykisk helseverninstitusjon, kommune og politi

Faglig ansvarlig må sikre at all nødvendig informasjon som er relevant for behandling og samfunnsvern blir formidlet videre ved overføring av pasienten mellom psykisk helseverninstitusjoner og ved overføring av pasient til tvang uten døgnopphold (TUD). Informasjon må gis til ny faglig ansvarlig, til helsepersonell som skal yte helsehjelp både i institusjon og i kommunen og til lokalt politi.

Hjemmel for å gi relevante helseopplysninger til helsepersonell er helsepersonelloven § § 25 og 45. Det er en forutsetning at ikke pasienten motsetter seg dette. Det er ikke nødvendig å spørre pasienten om samtykke, men pasienten skal så langt som mulig være kjent med at det utleveres opplysninger til samarbeidende personell. For å sikre videre forsvarlig oppfølging ved overføring til TUD er det en forutsetning at relevant informasjon formidles til helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Pasienten må i tilfelle informeres om at dette er en nødvendig forutsetning for en overføring til et lavere sikkerhetsnivå.

Dersom vedkommende likevel motsetter seg, kan unntaket fra taushetsplikten i helsepersonelloven § 23 nr. 4 gi hjemmel for å dele opplysninger. Denne bestemmelsen er også aktuell for å formidle opplysninger til politiet. Dette unntaket sier at opplysninger kan gis videre når *tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre*. Det må gjøres en konkret interesseavveining, og det er i lovforarbeidene uttalt at de vurderinger helsepersonell skal foreta langt på vei er sammenfallende med de vurderinger som foretas i nødretts- og nødvergesituasjoner.

Prinsipper for informasjonsdeling

Vi bør dele all informasjon som er **nødvendig** for beskytte andres liv eller helse

→ men bare den informasjonen som er nødvendig

I tillegg bør du bare dele informasjonen med de som virkelig trenger den

→ men bare i den formen eller det detaljnivået de trenger