

Rutine for kartlegging og vurdering av voldsrisiko i Helse Vest

1 Mål

Hensikten med rutinen er å sikre faglig forsvarlig kartlegging og vurdering av risiko for voldsutøvelse som en del av helsehjelpen, og at denne blir dokumentert i journal.

Kartlegging og vurdering av voldsrisiko skal gjennomføres slik at det gir vurderingsgrunnlag for tiltak som kan forebygge vold. Det skal også tilstrebes at vurderingen og eventuelle forebyggende tiltak medvirker til god behandling for pasienten.

2 Omfang

Det skilles mellom innledende kartlegging, grundigere kartlegging og strukturert klinisk risikovurdering.

Den enkelte enhet skal lage lokale prosedyrer som omhandler hvilke faggrupper eller roller som skal foreta innledende kartlegging, grundigere kartlegging og strukturert klinisk risikovurdering, når dette skal gjennomføres, samt rutiner for opplæring i egen enhet. Dette fordi det er stor forskjell på behovet for å kartlegge/vurdere risiko for vold i de ulike enhetene, helt fra en poliklinikk i BUP med små/spebarn til sikkerhetsposter der vold ofte er en del av utfordringsbildet på de fleste av pasientene.

Innledende kartlegging (nivå 1)

Den enkelte enhet beslutter i lokal prosedyre om kartlegging av primære varselsignaler skal skje rutinemessig, for eksempel ved første kontakt, eller kun på indikasjon om at pasienten har et voldsproblem.

I beslutningen om kartleggingen skal være rutinemessig eller på indikasjon bør det legges vekt på hvor vanlig det er med voldsproblemer i pasientpopulasjonen, hvilken funksjon enheten har og om det er en oppgave ved enheten å vurdere etablering/opprettholdelse av tvang.

Grundigere kartlegging (nivå 2)

Den enkelte enhet skal i prosedyre sikre at det foretas grundigere kartlegging i de tilfellene hvor det foreligger primære varselsignaler på voldsrisiko.

Dersom det er endring i primære varselsignaler, eller det er andre grunner til bekymring bør det foretas en ny (oppdatert) grundigere kartlegging.

Strukturert klinisk risikovurdering (nivå 3)

Den enkelte enhet skal i prosedyre sikre at det foretas strukturerte kliniske risikovurderinger ved behov og når dette er hensiktsmessig. Som hovedregel vil dette være når en grundig kartlegging indikerer behov for slik vurdering, og det er spesialisthelsetjenestens ansvar å utføre risikovurderingen.

Dersom vold er en del av pasientens problematikk skal det også foretas en ny (oppdatert) strukturert klinisk risikovurdering ved følgende tidspunkt:

- Ved større endringer i livssituasjon, sykdomsbilde eller omgivelser som kan forventes å påvirke pasientens fungering i betydelig grad
- Ved større endringer i tilsyn eller utgang/permisjoner (inneliggende pasienter)
- Ved overføringer som forventes å medføre eksponering for kjente risikofaktorer (inneliggende pasienter)
- Ved utskriving fra sengepost og ved avslutning av poliklinisk behandling
- Ved opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern der farevilkåret er anført

Der det ikke er hensiktsmessig å etablere risikovurderingskompetanse lokalt skal prosedyren sikre tilgang til ekstern kompetanse ved behov.

3 Fremgangsmåte

3.1 Kartlegging

Kartlegging av voldsrisiko består av to deler; innledende kartlegging av primære varselsignal og grundigere kartlegging.

Innledende kartlegging (nivå 1)

Innledende kartlegging innebærer å identifisere primære varselsignaler på voldsrisiko.

Primære varselsignaler er **voldstanker** (inkludert fantasier, planer, overdreven interesse for vold, frykt for å bli utsatt for vold), **trusler om vold**, og **tidligere vold** (inkludert forsøk).

De primære varselsignalene er valgt fordi de gir en klar indikasjon på at personen har et voldsproblem, og at han eller hun kan utgjøre en fare for andres liv eller helse. En bør også ta stilling til om det foreligger andre opplysninger som gir klar grunn til bekymring. Dette kan for eksempel være pårørende eller andre som kjenner vedkommende godt, uttrykker sterk bekymring for at vedkommende kan komme til å skade andre.

Kartlegging av varselsignalene kan bygge på tilgjengelig informasjon som journal, henvisninger, komparentopplysninger fra pårørende og politi, og på samtale med personen.

Voksne og barn fra 12 år kan stilles spørsmål av typen:

- Har du noen gang hatt tanker eller fantasier om å skade andre? Har du det nå for tiden?
- Har du noen gang truet med å skade andre? Hva skjedde?
- Har du noen gang forsøkt å skade eller skadet andre med vilje? Hva skjedde?

Dersom det i samtalen, eller i kartleggingen for øvrig, framkommer primære varselsignal skal en følge opp dette med en grundigere kartlegging.

Dersom informasjonen er mangelfull, og man er bekymret for at det kan foreligge primære varselsignaler, bør man iverksette tiltak for å innhente mer informasjon.

Dersom tilgjengelig informasjon ikke avdekker primære varselsignal, avsluttes kartleggingen og det dokumenteres i pasientjournal at kartleggingen er gjennomført og at det ikke foreligger informasjon om varselsignaler på voldsrisiko.

Grundigere kartlegging (nivå 2)

I de tilfellene det foreligger primære varselsignal er neste steg i kartleggingen å ta stilling til om disse er nylig, alvorlig eller eskalerende.

Det er i disse tilfellene også ønskelig å prøve å utforske personens motivasjon, tanker og holdninger knyttet til voldstanker, planer eller utførte voldshandlinger.

Ved vrangforestillinger om å være forfulgt eller på annen måte i fare, og ved voldsbefalende stemmer, bør en særlig kartlegge grad av overbevisning og emosjonelt ubehag knyttet til de psykotiske opplevelsene.

Tyder tilgjengelig informasjon på at ingen av de primære varselsignalene som er tilstede er hverken nylig, alvorlig eller eskalerende, foreligger det heller ikke klar grunn til bekymring for voldsrisiko. Dette skal dokumenteres i journal før kartleggingen avsluttes.

Tyder tilgjengelig informasjon på at ett eller flere av de primære varselsignalene er nylig, alvorlig eller eskalerende er det klar grunn til bekymring for voldsrisiko.

Saken skal da følges opp med tanke på vurdering av behov for forebyggende strakstiltak for å forhindre vold (varsling, inndragelse av utgang, skjerming, ekstra oppfølging osv.), og med tanke på behov for og hensiktsmessighet av en strukturert klinisk risikovurdering.

Ved tvil om hvorvidt ett eller flere av de primære varselsignalene er nylig, alvorlig eller eskalerende bør en konferere med kollega, vurdere behov for videre informasjonsinnhenting, utredning eller konsultasjon.

3.2 Strukturert klinisk voldsriskovurdering (nivå 3)

Mens en kartlegging har som formål å hjelpe klinikeren til å ta stilling til om det er grunnlag for bekymring når det gjelder framtidig voldsutøvelse, skal en strukturert risikovurdering være et hjelpemiddel for å forstå hva voldsrisikoen er, og hvordan denne kan forebygges på lengre sikt gjennom målrettede tiltak.

Hensikten med en strukturert voldsriskovurdering er å belyse følgende:

- Hva kan skje?
- Hvorfor kan det skje?
- Hvilke forebyggende tiltak kan redusere voldsrisikoen eller begrense skade?

God forebygging starter med god risikovurdering. Dersom behandler ikke har en klar forståelse av personen og hans eller hennes livssituasjon som gjør det mulig å svare på spørsmålene i kulepunktene over på en dokumenterbar måte, skal systematisk risikovurdering gjøres i tråd med

framgangsmåten som kalles strukturert klinisk risikovurdering. Dette i samsvar med aktuelle nasjonale faglige råd.

Strukturert klinisk voldsrisikovurdering innebærer å ta stilling til om etablerte risikofaktorer på gruppenivå er tilstede, vurdere om og hvordan disse er relevant for å forstå personens eventuelle voldsproblem, beskrive risikosammenhenger og risikoscenarier, og anbefale konkrete forebyggende tiltak.

Den strukturerte kliniske risikovurderingstradisjonen inkluderer HCR-20 (voksne) og SAVRY (ungdom), samt verktøy som belyser etablerte risikofaktorer for mer spesifikke voldsformer (partnervold, stalking, seksualisert vold, æresrelatert vold). En må derfor ta stilling til hvilket verktøy som er best egnet for formålet med vurderingen.

For mer informasjon om aktuelle verktøy, se SIFER.no

4 Dokumentasjon

Dokumentasjon i journal skal skje tydelig og være lett tilgjengelig.

I innkost/overføring og epikrisenotat skal kartlegging og voldsrisikovurderingene dokumenteres under egen overskrift i mal i DIPS (i nye maler for pakkeforløp psykisk helse og TSB er det lagt inn egne overskrifter om voldsrisikovurdering).

Ved gjentatte vurderinger under pågående behandling bør større endringer av vurderingsstatus komme tydelig fram enten i oppdatert behandlingsplan eller i separat notat. Dersom det ikke er større endringer, noteres dette på vanlig måte i løpende journal.

5 Ansvar

Ansvar for at denne rutinen implementeres påhviler virksomheten. Når forsvarlighetskravet tilsier det, har den enkelte arbeidstaker selv et ansvar for å gjøre seg kjent med avdelingens prosedyrer, og virksomheten har et ansvar for å tilrettelegge for det. Virksomheten skal sørge for at det finnes en oversikt over hvem som har gjennomgått opplæring.

5.1 Hvem kan kartlegge og vurdere risiko for vold?

- **Innledende kartlegging (nivå 1)**
 - Alt helsepersonell kan etter opplæring identifisere primære varselsignaler på vold og videreformidle opplysninger om disse til behandlende lege, psykolog eller ansvarshavende sykepleier eller tilsvarende
 - Opplæringsbehov: Kurs på 1 time (fagpersoner som har hatt tretimers kurs kan gjennomføre ett-timers kurs, her kan regionalt kompetansesenter bistå med opplæringsmaterieil).

- **Grundigere kartlegging (nivå 2)**
 - Alt helsepersonell kan etter opplæring ta stilling til om primære varselsignaler er nylig, alvorlig eller eskalerende, og vurdere behov for strukturert klinisk risikovurdering samt behov for akutt-tiltak for å forebygge umiddelbar vold fram til risiko er nærmere avklart.

- Opplæringsbehov: Kurs på 3 timer (fagpersoner som har hatt to-dagers kurs kan gjennomføre opplæring av andre, regionalt kompetansesenter kan bistå med kursmateriell).
- I enheter der en sjelden kommer i kontakt med personer med voldsproblemer, skal det etableres rutiner for hvordan en kan konsultere interne eller eksterne fagpersoner med særlig kompetanse når det gjelder slike kartlegginger. Se neste punkt.
- **Strukturert voldsrisikovurdering (nivå 3)**
 - Utføres av kvalifisert personell med opplæring, i samsvar med kravet til faglig forsvarlighet. Det anbefales at slike vurderinger foretas i et tverrfaglig samarbeid. Vurderingen skal gjennomføres i samarbeid med spesialist, og spesialist har ansvaret for vurderingen.
 - Opplæringsbehov for den som står ansvarlig for vurderingen:
 - To-dagers arbeidsseminar i strukturert klinisk risikovurdering og bruk av aktuell manual (alle foretak har sertifiserte instruktører som har fått opplæring og som er tilknyttet regionalt kompetansesenter).
 - Veiledet bruk etter mester – svenn modellen, ved at en først observerer en erfaren behandler i utførelsen av voldsrisikovurderinger, før man deretter gjør egne vurderinger under veiledning.

6 Avvik:

Avvik fra prosedyren må begrunnes i journal. Andre avvik skal registreres i Synergi.

7 Kilder/Referanser:

[Helsepersonelloven](#)

[Spesialisthelsetjenesteloven](#)

[Nasjonale faglige råd om Voldsrisikoutredning ved alvorlig psykisk lidelse](#)

[Journalforskriften](#)