



**Region Kristiansand IPR**

**Rapport fra arbeidsgruppe for  
“Kartlegging av felles verktøy  
for voldsrisikovurdering”**



**En samlet stemme. En sterk region**

## **Sammendrag**

Rapporten er utarbeidet av en arbeidsgruppe i Region Kristiansand, som har jobbet med å identifisere et felles verktøy for vurdering av voldsrisiko. Arbeidsgruppen anbefaler bruk av to verktøy: Voldsrisiko-Triage (A)VRT og Brøset Violence Checklist (BVC).

(A)VRT er utviklet for å identifisere og prioritere saker der det er bekymring om voldsrisiko. Verktøyet kan brukes både i førstelinjetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

BVC er en sjekklister utarbeidet for å identifisere risiko for voldsutøvelse innenfor en tidsramme på 24 timer. Dette verktøyet er spesielt nyttig i akutte situasjoner.

Arbeidsgruppen anbefaler at det utarbeides informasjonsmaterieell som forklarer de to verktøyene og i hvilke situasjoner de bør benyttes. De foreslår også å utpeke superbrukere for verktøyene i hver kommune/organisasjon og å arrangere digitale opplæringsmøter/kurs i verktøyene.

Det er etablert samhandlingsrutiner mellom helsetjenesten og politiet, og det vil være naturlig at vurdering av voldsrisiko inngår i dette.

## **2. Bakgrunn for arbeidet**

Helse- og omsorgsnettverket i Region Kristiansand, som består av helselederne i de seks kommunene i regionen, har i sin handlingsplan inneværende periode valgt tre fokusområder for arbeidet. Ett av dem er Psykisk helse og rus, med gjøremålet «Felles voldsrisiko-verktøy». Nettverket har gitt en arbeidsgruppe mandat til å bli enige om et felles voldsrisikoverktøy for å etablere felles forståelse for alvorlighetsgrad og behov for tiltak; med mål om å bidra til å iverksette riktig tiltak til rett person, på rett tid og sted. Det forutsettes at arbeidsgruppa bygger videre på verktøy som allerede finnes lokalt og sentralt. Arbeidet defineres som en pilot, som kan tas videre ut i øvrige regioner på Agder om ønskelig. En viktig fellesnevner for å lykkes med arbeidet, er å utvikle et felles språk og kommunikasjon på tvers av ulikeetater og enheter, både i førstelinjetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Høsten 2023 ble det etablert en arbeidsgruppe som la fram en plan for gjennomføring av arbeidet fram mot sommeren 2024. Tidslinje for arbeidet er vedlagt rapporten. Arbeidsgruppa består av representanter oppnevnt fra de seks kommunene Birkenes, Iveland, Kristiansand Lillesand, Lindesnes og Vennesla, fra Agder politidistrikt og fra ulike enheter ved Sørlandet Sykehus HF.

Underveis i arbeidet er arbeidsgruppen utvidet med representanter for legevaktjenesten, ambulansetjenesten og fastlege. Alle representantene i arbeidsgruppa har hatt ansvar for å sikre forankring i egen organisasjon underveis i arbeidet.

### **Arbeidsgruppa har bestått av følgende personer**

- Randi Røinaas Lomeland, seniorrådgiver Region Kristiansand og leder for arbeidsgruppen
- Kenneth Borø, politioverbetjent, Agder politidistrikt
- Magne Langseth, seksjonsleder etterretning og forebygging, og politikontakt Lindesnes
- Martin Rafoss, rådgiver stab KPH (Klinikk for psykisk helse) SSHF
- Elisabeth Flagtvedt, rådgiver stab PTSS (Prehospitale tjenester) SSHF
- Aase Helene Ødegaard, spesialsykepleier, Kristiansand legevakt
- Eirik Hatterud, medisinskfaglig rådgivende lege, Vennesla og Iveland legevakt
- Terje Meland, veileder livsmestring, USHT Agder vest
- Liv Karin Aamlid, teamleder PHR, Birkenes kommune
- Lasse Hornnes, enhetsleder helse og velferd, Iveland kommune
- Trine Lise Enersen, enhetsleder livsmestring helse, Kristiansand kommune
- Paul Simon Lawlor, avdelingsleder PHR, Lillesand kommune
- Line Anette Hovsdal Larsen, sykepleier, Lindesnes kommune
- Lars-Otto Nome, avdelingsleder Enhet for Livsmestring, Vennesla kommune

Helse- og omsorgsnettverket har utpekt en referansegruppe for arbeidet, med følgende personer:

- Aase Aamlid, fylkeslege hos Statsforvalteren Agder
- Anne Cathrine Nyberg, SSHF
- Øyvind Grimestad, SSHF
- Kenneth Borø, Agder politidistrikt
- Therese Vidringstad, Region Lister
- Gro Berit Straum, Region Setesdal
- Morten Laukvik, Region Østre Agder

Representantene for de tre øvrige regionrådene på Agder er med for å vurdere om arbeidet med denne piloten også kan tas ut i resten av kommunene på Agder.

*Fra møter i arbeidsgruppa*



### **3. Slik har arbeidsgruppa jobbet**

Arbeidsgruppa har gjennomført 8 møter siden oppstartsmøtet 18. oktober 2023, hvor de to samhandlingskoordinatorene fra helse- og omsorgsnettverket presenterte oppdraget fra nettverket. Arbeidsgruppa ble i møtet enige om en tidslinje for arbeidet, denne er vedlagt rapporten og er justert noe underveis i arbeidet.

Arbeidsgruppa startet med å kartlegge hvilke verktøy som brukes for vurdering av voldsrisiko i kommunene, politiet og SSHF i dag. Denne kartleggingen er vedlagt rapporten. I spesialisthelsetjenesten brukes flere verktøy i pasientbehandling.

Vi ønsket deretter å få en oversikt over hvilke verktøy som er mest brukt for voldsrisiko-vurdering i Norge dag og aktuell forskning på temaet. Dette ble presentert i et eget møte av Kenneth Borø fra Agder politidistrikt.

Når ulike etater skal samhandle på tvers, er taushetsplikten viktig å avklare. I vårt tredje møte inviterte vi jurister fra kommunen og politiet for å diskutere unntakene fra taushetsplikten for å ivareta samfunnsvern og ansatte. Tor Kydland, juridisk spesialrådgiver i Kristiansand kommune og politiadvokat i Agder politidistrikt, Hanna H. Nilsen, deltok i møtet.

Verktøyet (A)VRT, voldsrisiko-triage, utpekte seg tidlig som et verktøy arbeidsgruppa ønsket å se nærmere på. Dette er en metode for å identifisere og prioritere saker der det er bekymring om voldsrisiko, og verktøyet kan anvendes både i 1. linjetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I januar gjennomførte gruppa et firetimers kurs i (A)VRT, ledet av Kenneth Borø. Som en del av kurset ble det gjennomgått en rekke tenkte situasjoner for hvordan verktøyet kan anvendes. Det femte møtet i arbeidsgruppa ble gjennomført som teoretisk øvelse i form av bordøvelse/table-top med aktuelle situasjonsbeskrivelser. (A)VRT er nærmere beskrevet i rapportens kapittel 5.

Etter hvert som arbeidsgruppa jobbet med prosjektet, fant de behov for at det i ulike situasjoner kan være lurt å benytte to ulike verktøy for kartlegging av voldsrisiko. For det mer akutte behovet som helsepersonell i kommunene og ambulansetjenestene kan stå overfor, vil verktøyet BVC være aktuell. Denne brukes til å forutsi voldelig atferd i et kortsiktig perspektiv innenfor de neste 24 timene. Derfor ble det gjennomført et nytt møte i arbeidsgruppa hvor ulike situasjoner/case ble testet med BVC. BVC er nærmere beskrevet i rapportens kapittel 6.

Arbeidsgruppa var samlet til et siste møte i juni 2024 for gjennomgang av denne rapporten som skal oversendes helse- og omsorgsnettverket i Region Kristiansand til behandling i august 2024.

Det har vært gjennomført ett møte med referansegruppa underveis i arbeidet. Referansegruppa har gått gjennom rapporten og gitt sin tilslutning til arbeidet i juni før den sendes videre til oppdragsgiver Helse- og omsorgsnettverket for behandling.

## **4. Anbefalte verktøy for kartlegging av voldsrisiko**

Arbeidsgruppa anbefaler to verktøy for kartlegging av voldsrisiko; Voldsrisiko-Triage (A)VRT og sjekklisten BVC. Årsaken til at vi anbefaler to verktøy er at de kan brukes i ulike situasjoner. Det er problemet som definerer hvilket verktøy som skal benyttes når.

I en akutt situasjon vil BVC være et godt verktøy for vurdering av voldsrisiko til en person vi håndterer her og nå, eller skal overlate til andre for videre oppfølging. Ved å kommunisere personens aggresjonsnivå, sikres et godt grunnlag for nødvendige forberedelser og riktige tiltak ved overlevering. Dette skaper en felles forståelse av situasjonen mellom involverte parter.

(A)VRT er et verktøy for å identifisere og prioritere saker der det er bekymring om voldsrisiko, nærliggende i tid og/eller alvorlig. Verktøyet kan anvendes både i 1. linjetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. For eksempel kan fastlege benytte verktøyet dersom de har pasienter som utviser primære varselsignaler om voldsrisiko, eksempelvis voldstanker i kombinasjon med livskrise eller psykisk uhelse.

Arbeidsgruppa anbefaler disse to verktøyene for voldsrisikokartlegging – og anbefaler videre at det utarbeides enkelt informasjonsmateriell som kan forklare de to verktøyene, og i hvilke situasjoner den ene eller andre bør benyttes.

## **5. (A)VRT - voldsrisiko-triage**

Aid for Violence Risk Triage (A)VRT er et verktøy som er utviklet for å bidra til å forebygge vold gjennom å sortere, prioritere og respondere på bekymringer når man blir kjent med informasjon som gir bekymring for voldsrisiko.

(A)VRT er utviklet for å være hurtig i bruk, avgrenset i fokus (er det grunn til bekymring for voldsrisiko?) og ment å veilede beslutninger om håndtering av en sak på kort sikt. Triage er en vanlig brukt fremgangsmåte for å sortere og prioritere problemer, som gir hjelp til handling. Sortering gjøres på bakgrunn av informasjon om tilstedeværelse av åpenbare varselsignal for voldsrisiko og relevansvurdering av varselsignalet/ene. Disse varselsignalene omtales "primære varselsignal" for vold, og inkluderer voldstanker, voldstrusler, voldshandlinger og eventuelt andre saksspesifikke varselsignal. Sorteringen gjennomføres ved å vurdere om varselsignalet/ene er nylig, alvorlig eller eskalerende (relevansvurdering). På bakgrunn av tilstedeværelse av primære varselsignal og deres relevansvurdering, sorteres saken som Positiv (klar grunn til bekymring for voldsrisiko), Mulig eller Negativ (ikke grunn til bekymring for voldsrisiko). Det er utarbeidet eget flytskjema for å visualisere denne prosessen.

Dernest veileder (A)VRT til å vurdere om informasjonen man har gir holdepunkt for tilstedeværelse av sekundære varselsignal for vold. Dette er varselsignal som ikke er spesifikke for voldsrisiko, men varselsignal som gir klar indikasjon på at personen opplever problemer i dagliglivet, herunder helseproblemer, tilpasningsproblemer (i forhold til krise i livssituasjon eller relasjon) samt oppførselsproblem. Tilstedeværelse av sekundære varselsignal gir informasjon om personen kapasitet til å tilpasse seg og håndtere livets omstendigheter, og er relevant for prioritering, planlegging og handling.

Prioriteringsprosessen foregår ved at man tar stilling til om saker som er sortert som Positiv eller Mulig gir grunn til bekymring for nærliggende eller alvorlig vold. Dersom man vurderer at det er grunn til bekymring for nærliggende eller alvorlig vold, skal saken gis høy prioritet. Disse sakene krever rask handling, og må håndteres før saker med Moderat eller Lav prioritet. I saker der det vurderes at det på bakgrunn av omstendighetene muligens er grunn til bekymring for nærliggende eller alvorlig vold, settes en Moderat prioritet. Disse saken krever at man handler, men tas etter sakene med høy prioritet. Lav prioritet er saker der omstendighetene ikke gir grunn til bekymring for nærliggende eller alvorlig vold. I disse sakene skal man følge vanlig rutine.

Etter at man har prioritert sakene, skal man utarbeide en plan for å redusere risikoen basert på sorteringen og prioriteringen, og annen relevant tilgjengelig informasjon. Til sist gjennomføres de planlagte tiltakene.

Utfallet av triage prosessen kan kommuniseres ved bruk av arbeidsskjema, eller at man utarbeider en formulering som beskriver hvilke primære / sekundære varselsignal som var til stede i den mottatte informasjonen, utfallet (sorteringen) av triageringen, hva man er bekymret for at kan skje, og hva man tenker bør / er planlagt å gjøre. Utfallet kan også kommuniseres muntlig. Det er også viktig å påpeke at prosessen bør gjentas så ofte som det er nødvendig. Det vil si at dersom man mottar ny informasjon i saken, bør prosessen gjentas, og inkludere den nye informasjonen. Det er med andre ord en dynamisk prosess.

Verktøyet kan anvendes både i 1. linjetjenesten, spesialisthelsetjenesten og andre etater (f.eks. politi). Verktøyet Voldsrisiko-Triage er utviklet av Protect International Risk and Safety Services Inc. i samarbeid med Regionalt kompetansesenter for sikkerhet, fengsels- og rettspsykiatri for Helse Vest (Watt, Hart, Hoff og Rypdal (2020)). Det er utviklet arbeidsskjema tilpasset ulike etater som helsetjeneste, skole og politi). Metoden er lik uavhengig av etat, men de ulike arbeidsskjemaene tilpasses den aktuelle etatens tiltak. Disse fire skjemaene er vedlagt rapporten.

Prosessbeskrivelse:

- Gjennomgå informasjon
- Identifiser varselsignal (primære og sekundære varselsignal)
- Sorter (Klar grunn, mulig grunn, ikke grunn til bekymring)
- Prioriter (basert på bekymring for alvorlig og / eller nærliggende vold)
- Planlegg
- Handle

## 6. BVC (Brøset Violence Checklist)

Risikovurderingsverktøyet Brøset Violence Checklist (BVC) er en 6-punkts sjekkliste utarbeidet for å identifisere risiko for voldsutøvelse innenfor en tidsramme på 24 timer (Linaker & Busch-Iversen, 1995). Sjekklisten er et her- og nå verktøy med fokus på nært forestående trusler om vold og aggresjon. BVC hjelper helsepersonell til å forutse den uønskede atferden for i neste rekke settes i stand til å sette inn risikoreducerende og forebyggende tiltak.

Flere helseforetak har tatt i bruk BVC og det er etter hvert kommet studier som viser til erfaringer i bruken av BVC som et førstehånds voldsrisikoverktøy. Studiene viser til at sjekklisten er praktisk, effektivt og høyt verdsatt voldsrisikoverktøy. Videre så man en god klinisk nytteverdi på tvers av ulike fagmiljøer og kulturer med en høy predikativ validitet når det gjelder å forutse atferd som medfører en økt voldsrisiko. Noe som igjen ga mulighet til å sette inn risikoreducerende tiltak for å håndtere nært forestående voldsatferd.

BVC er i tråd med Helsedirektoratets faglige råd for voldsrisikoutredning, og er ett av 2 verktøy det vises til i en innledende kartlegging av voldsrisiko.

Hovedmålgruppen er helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester. Bruksområdet er primært vurdering av risiko for pasienter over 18 år, men kan unntaksvis brukes overfor pasienter som er 16-18 år.

### De seks BVC-leddene:

- (Mer) forvirret - opptrer åpenbart forvirret og desorientert. Kan være ute av stand til å gjøre rede for tid, sted og person.
- (Mer) irritabel - pasienten blir lett sint og irritabel. Tåler dårlig andres nærvær.
- (Mer) brautende atferd - støyende atferd - atferden er overdrevent støyende – for eksempel roper i stedet for å snakke, slår med dørene o.l.
- (Oftere) fysiske trusler - har en klar hensikt å fysisk true en annen person, for eksempel en aggressiv kroppsholdning, tar tak i klærne til en annen person, knytter neven osv.
- (Oftere) verbale trusler - et verbalt utbrudd som er mer enn bare å heve røsten og har til hensikt å ydmyke eller skremme en annen person.
- (Oftere) slag, spark etc. mot inventar - Et direkte angrep på gjenstander og ikke en person, for eksempel kaster ting, slår på eller knuser vindu, sparker i stykker møbler o.l.

Hvert område vurderes enten til 0 (atferden er ikke til stede) eller 1 (atferden er til stede), slik at den samlede vurderingen er minimum 0 og maksimalt 6.

Eksempler hvor BVC vil være et nyttig verktøy:

- Samhandling kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og politi på oppdrag som innebærer et uavklart trusselbilde hvor det er av betydning med en tidlig avklaring av situasjon for å kunne sette inn nødvendige risikoreducerende tiltak, med den hensikt å komme i posisjon til å gi nødvendig helsehjelp.
- Pasient med ROP-lidelse (rus- og psykiske lidelser) som har behov for helsehjelp, innlagt ved kommunal institusjon eller hjemmeboende med kommunal oppfølging hvor det er tegn til utagering og mulig vold.
- Oppdrag hvor politiet ber om helsefaglig bistand hvor det er mistanke om eller bekreftet skade på pasient og hvor det er videre behov for helsehjelp.

- Oppdrag hvor hjemmeboende pasient skal vurderes for innleggelse av den kommunale helsetjenesten og hvor det vil være behov for transport av pasient til legevakt eller tilsyn og vurdering av fastlege hjemme hos pasienten
- Oppdrag hvor pasienten skal overflyttes fra kommunal institusjon til spesialisthelsetjeneste hvor det er et økt trusselbilde for utagering og vold.
- Oppdrag hvor pasienten skal overflyttes fra sykehus til kommunal institusjon hvor trusselbilde er uavklart eller økt.

Faktorer som understøtter vår anbefaling av BVC

- Vitenskapelig dokumentert
- Vitenskapelig utprøvd også i en rekke andre land
- Kort opplæringsprogram som er oversatt til flere språk
- Kortfattet og enkel å bruke
- Kan brukes av alle uansett kompetansenivå forutsatt opplæring i bruk av verktøyet
- Praktisk og brukervennlig
- Brukes i dag i flere ulike fagmiljøer: voksen-, barne- og ungdomspsykiatrien, på sykehjem og av psykiatriske akutteam.

Arbeidsgruppens samlede vurdering at BVC er et voldsriskoverktøy som egner seg godt i en akutt fase i møte med vold og aggresjonsproblematikk. Arbeidsgruppens vurderinger er basert på flere faktorer vi mener er relevante sett i forhold til hensikten. Det er tatt hensyn til tidsbruken (når sjekklisten brukes), brukervennlighet, predikativ validitet, den allerede er implementert i flere helseforetak og brukes i dag i flere ulike fagmiljøer, samt den er vitenskapelig forankret.

## 7. (A)VRT vs. Helsedirektoratets anbefaling

Fra referansegruppa fikk arbeidsgruppa spørsmål om hvorfor vi anbefaler verktøy for kartlegging av voldsrisiko som ikke er det samme som Helsedirektoratet anbefaler, V-RISK-10, <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsriskoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse/verktoy-for-innledende-kartlegging-av-voldsrisiko>. Dette faglige rådet ble gitt tilbake i 2018.

Arbeidsgruppa har vært i dialog med Knut Rypdal, som både er en av utviklerne av (A)VRT og som også var med på utarbeidelse av de faglige rådene for voldsriskovurdering for Helsedirektoratet. Han forteller at de faglige rådene er beskrevet som en prosess fra man identifiserer voldsriskoen til man håndterer den. Kapittel tre i de faglige anbefalingene beskriver en voldsriskotriagering, og verktøyet (A)VRT er utviklet på bakgrunn av dette. (A)VRT vil publiseres på norsk i september 2024. Rypdal opplyser at det er mulig de faglige rådene vil revideres i 2025/2026, og at det da vil være naturlig å omtale voldsriskotriagering med betegnelsen (A)VRT.

Bakgrunnen for at arbeidsgruppen fremhever (A)VRT som felles voldsriskoverktøy fremfor V-RISK-10, er at verktøyet omhandler fasen som går på å identifisere voldsrisiko også utenfor kliniske kontekster, at verktøyet er logisk fremfor statistisk basert, at verktøyet bidrar til en vurdering av nærliggenhet/alvorlighet og derav bidrar til prioritering og valg av tiltak.



Verktøyet vil med andre ord være anvendelig på tvers av etater, og uavhengig av om vedkommende er under kontrollerte omgivelser (mottar helse eller omsorgstjenester) eller ikke. (A)VRT vil dermed være bedre egnet til å nå mandatets mål om at verktøyet skal bidra til felles forståelse for alvorlighetsgrad og behov for tiltak, og på den måten bidra til å iverksette riktig tiltak til rett person, på rett tid og sted. Verktøyet vil også bidra til et felles språk på tvers av etater. (A)VRT kan benyttes uavhengig av klinisk kompetanse og kan brukes på tvers av kompetanseforskjeller og ulike etater.

Helsedirektoratets faglige råd for voldsrisiko kan sies å visualisere ulike faser i voldsrisiko-vurderinger. Pkt. 3 i de faglige rådene beskriver identifisering av voldsrisiko. Dette punktet bygger på Voldsrisiko-triage (A)VRT, og inkluderer i pkt. 3.1 varselsignal som benyttes i (A)VRT. Pkt. 3.2 beskriver det at det er særlig aktuelt med voldsrisikovurdering dersom pasienten har en historie med alvorlig, nylig eller eskalerende voldsproblematikk. Dette er det som kalles relevansvurdering i (A)VRT. (A)VRT er utviklet for å veilede brukeren i å ta stilling til om det er grunn til bekymring for nærliggende / alvorlig vold, og på bakgrunn av denne vurderingen prioritere bekymringen, og deretter vurdere tiltak basert på alvorlighetsgrad.

Pkt. 7 i de faglige rådene gir en beskrivelse av verktøy for en innledende kartlegging av voldsrisiko. Her fremkommer at V-RISK-10 kan benyttes som et grunnlag for å identifisere hvem som trenger en mer omfattende utredning av voldsrisiko (for eksempel ved bruk av verktøyet HCR 20). Det fremgår at verktøyet kan anvendes i enhet for døgnopphold, poliklinisk og ved hjemmebaserte tjenester, og det fremkommer at det forutsettes at psykolog eller lege utreder leddene som dekker alvorlig psykisk lidelse og personlighetsforstyrrelse. Verktøyet gir ingen veiledning i å beskrive type voldsrisiko utover å gi en generell beskrivelse av om det er LAV, MODERAT eller HØY risiko for vold. Med andre ord skal brukeren av verktøyet basert på klinisk skjønn (krever klinisk kompetanse) si noe generelt om voldsrisiko basert på en statistisk profil.

## **8. Arbeidsgruppas anbefaling om veien videre**

Arbeidsgruppa anbefaler følgende tiltak for veien videre:

- Lage en kommunikasjonsplan for hvordan verktøyene kan bli kjent og tatt i bruk i etatene – inkludert medieutspill om arbeidet som er gjennomført i piloten
- Utarbeide informasjon/flyer med forklaring på de to verktøyene (A)VRT og BVC og i hvilken sammenheng de skal brukes
- Utpeke superbrukere på de to verktøyene i hver kommune/organisasjon
- Arrangere digitale opplæringsmøter/kurs i verktøyene og hvordan de skal benyttes
- Informere om pilotarbeidet på relevante konferanser/seminarer, for eksempel årlig fastlegekonferanse

## 9. Samarbeid mellom politi og helsetjenestene

Sommeren 2023 ble rundskrivet "Helsetjenestens og politiets ansvar for personer med psykisk lidelse oppgaver og samarbeid" revidert. I det reviderte rundskrivet ble det fra Helsedirektoratet og Politidirektoratet understreket viktigheten av at det ble etablert lokale samarbeidsavtaler mellom helsetjenesten (inkludert kommunehelsetjenesten) og politi. Dette ble også pekt på som et mulig risikoreduserende tiltak i rapporten: "ROS Agder 2024 (Statsforvalteren Agder)".

Desember 2023 ble det etablert samhandlingsrutiner for de ulike samarbeidsområdene som kommer frem i overnevnte rundskriv. Det pågår nå en prosess for å utarbeide en overordnet intensjonsavtale for samhandling, hvor kommunene i Agder skal inngå i avtalen, i tillegg til SSHF og Agder Politidistrikt. Gjeldende samhandlingsrutiner vil revideres når kommunene i Agder, sammen med SSHF og Agder PD har underskrevet intensjonsavtale. Samhandlingsrutinen viser til bruk av verktøyet (A)VRT for å gjennomføre farevurdering for vold, og blir en naturlig del av opplæringen for kommuner, politi og helse.

## 10. Vedlegg til rapporten

1. Tidslinje for arbeidet høsten 2023 – sommeren 2024
2. Kartlegging av eksisterende bruk av verktøy for voldsrisiko i arbeidsgruppa (excel)
3. Fire skjemaer for (A)VRT for politi, helse, oppvekst og arbeidsplass
4. BVC sjekkliste
5. Rutine for kartlegging og vurdering av voldsrisiko i Helse Vest (PDF)

### **Referanser BVC:**

<https://sifer.no/verktoy/bvc>

<https://www.risk-assessment.no/about-risk-assessment/>.

[Short-term risk assessment in the long term: A scoping review and meta-analysis of the Brøset Violence Checklist](#)

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/voldsrisikoutredning-ved-alvorlig-psykisk-lidelse/verktoy-for-innledende-kartlegging-av-voldsrisiko/bvc-broset-violence-checklist>

[Utviklet verdensberømt sjekkliste \(dagensmedisin.no\)](#)





**Region Kristiansand**