

Psykisk sykdom og risiko for vold

Divisjonsdirektør Øystein Mæland, Ullevål universitetssykehus
Karl Evang-seminaret 23.oktober 2007

innhold

- 1 innledning
- 2 voldsrisikofaktorer
- 3 voldsrisiko ved psykisk sykdom
- 4 å forutsi og redusere voldsrisiko
- 5 utfordringer/dilemmaer
- 6 konklusjon



Dømt for bussdrapet

(VG Nett) Den 26 år gamle mannen som er tiltalt for drapet på bussjåfør Audun Bøland (39) og asylsøkeren Christian Baloky (44), er dømt til tvungent psykisk helsevern.

(VG NETT 11.09.03 kl. 13:38)



To barn så døds kampen

Rømte fra lukket avdeling før knivstikkingen

BERGEN (VG) Bare minutter før fengselsbetjentene skulle hente mannen på lukket avdeling på Sandviken sykehus, klarte 34-åringen å rømme.

Av **JAN FRODE BORDVIK**

VG 22.07.06 kl. 08:27, *sist oppdatert 22.07.06 kl. 08:37*)



Kritiserer Ahus etter Kalbakken-drapene

Helsetilsynet i Oslo og Akershus er kritiske, men finner ikke grunnlag for å gå videre med tilsynssaken mot Akershus universitetssykehus (Ahus) etter trippeldrapet på Kalbakken.

VG Nett følger:

[Trippeldrapet på Kalbakken](#) / [RSS](#)

- Voldsutøvelse har alltid multifaktoriell årsak
- 4 hovedgrupper voldsrisikofaktorer:
 - 1) Disposisjonsfaktorer
 - 2) Bakgrunnsfaktorer
 - 3) Kontekstfaktorer
 - 4) Kliniske faktorer

1) Disposisjonsfaktorer

genetiske (NB samspill arv og miljø er sirkulært)

- genetisk økt aggresjonsberedskap ?
- personlighet, psykopati ↑ ↑
- noen genetiske syndromer

strukturelle eller sykdomsrelaterte faktorer i CNS

- prefrontal skade, temporallappskade, generalisert skade (delir, demens)
 - forstyrrelser i hormoner, transmittersubstans, elektrolytter, vitaminmangel, tungmetaller / giftstoffer, hypoksi, lever- og nyresykdommer, bruk av anabole steroider, m.v.
- AD/HD, epilepsi, utviklingsforstyrrelse
- psykoselidelser, affektive lidelser o.a.

2) Bakgrunnsfaktorer

- oppvekst, sosial bakgrunn, kultur, demografi
 - opplevd grove fysiske eller seksuelle overgrep
 - aggresjon / vold mellom familiemedlemmer, nær familie som ofre
 - sosial bakgrunn, miljø og tilhørighet
 - kulturell bakgrunn (vold i samfunnet, krigsopplevelser o.l.)
- alder og kjønn (ung og ung voksen ↑ , mann ↑)
- tidligere voldsutøvelse ↑ ↑ ↑

3) Kontekstfaktorer

Situasjoner eller sammenhenger som øker
sannsynligheten for at en person
skal vise aggressiv atferd

dvs eksponering for en risikosituasjon i forhold til en
”stress – sårbarhetsmodell” for den enkelte
person

4) kliniske faktorer

dvs kliniske "status presens"-faktorer;

- affektilstand
- ubehandlet psykisk sykdom (særlig paranoid psykose)
- hallusinose (særlig imperativ)
- vrangforestillinger (særlig paranoide)
- redusert impulskontroll
- rusmiddelpåvirkning ↑ ↑ ↑

noen undersøkelser I

Omfattende litteraturstudie foretatt i Sverige i 2006:

”Det finnes støtte for at psykisk sykdom utgjør en risikofaktor for voldsforbrytelse.

Det er de alvorligste psykiske sykdommene, psykosesykdommene, som medfører høyest risikoøkning; 2 – 6 ganger høyere for menn, og 2 – 8 ganger høyere for kvinner, sammenliknet med jevnaldrene personer i befolkningen.”

Grann, et al. Riskbedömningar inom psykiatrin. 2006.

- schizofreni uten stoffmisbruk øker livstidsrisiko for vold med 2 – 3 ganger sammenliknet med matchet befolkningsgruppe
- schizofreni med stoffmisbruk øker risiko for vold med 19 ganger

Wallace, et al (USA)

noen undersøkelser II

Registrert forekomst av utøvd vold i løpet av siste år:

- befolkningen (USA): 2 %
- lettere psyk. lidelser: 5 %
- alvorlige affektive lidelser: 10 %
- schizofreni: 12.5 %
- psykisk utv.forstyrrelse: 5 – 15 %
- alvorlig sinnslidelse + rusmiddel: 20 – 30 %

Swanson, et al (USA).1990.

noen undersøkelser III

Forekomst av vold i Nord-Finland blant menn under 26 år:

- 27.8% blant personer med schizofreni og samtidig alkoholmisbruk
- 2% blant mentalt friske menn uten alkoholmisbruk

Tilhonen, et al (Fin)

Dansk fødselskohort n = 358 180 fulgt frem til 44 års alder

– sammenliknet sykehusinnleggelser for mental lidelse og arrestasjoner for vold:

- 2.7% økt voldsrisiko ved schizofreni mot gruppe uten alvorlig sinnslidelse
- 39% av personer med alvorlig sinnslidelse hadde også stoffmisbrukdiagnose
- stoffmisbruk tredoblet risiko for vold i gruppen med schizofreni

Brennan, et al (Danmark)

noen undersøkelser IV

Drap i England og Wales i perioden 1996 – 1999:

- 1594 drapsdømte
- av disse var 85 personer med schizofreni (5%)
- 56% av disse 85 hadde vist markant endring av vrangforestillinger før drapet:
 - ✓ økt intensitet av vrangforestillinger
 - ✓ endret kvalitet eller type vrangforestillinger
 - ✓ økt overbevisning om vrangforestillingene
 - ✓ økt emosjonelt ubehag knyttet til vrangforestillingene

Meehan, et al .2006.

noen undersøkelser V

Sammenheng mellom psykisk sykdom og voldsrisiko

- sammenstilling av funn etter omfattende gjennomgang av epidemiologiske studier:
- viktigste risikofaktorer for voldelig atferd:
 - ✓ stoffmisbruk
 - ✓ psykopati
 - ✓ voldsutsatthet
 - ✓ risikofremmende nabolag
- kontroll for disse variablene reduserer betydningen av psykisk sykdom betraktelig

Hiday, et al .2006.

- Voldsrisiko ved psykisk sykdom: når og mot hvem ?

- høyest risiko like før, under og etter innleggelse
- i løpet av året etter innleggelse ble risiko gradvis redusert
- over ett år etter behandlingsslutt risiko som i samfunnet for øvrig
- offer: 86% familie og venner

Macarthur Violence risk assesment study

Å forutsi og redusere voldsrisiko

1. identifisere risikopasienter
2. voldsrisikovurdering
3. forebygge individuell risiko
4. generell oppfølging

1. Identifisere risikopasienter

- tidlig intervensjon ved psykose ⁽¹⁾
- kjennskap til indikasjon for
voldsrisikovurdering ⁽²⁾
- kompetanse på risikovurdering
i behandlingsnettverket ⁽³⁾

(1) regionalt kompetansesenter i Helseregionen Sør-Øst som har fokus på tidlig oppdagelse og intervensjon ved psykose

(2) jf Rundskriv: "Vurdering av risiko for voldelig atferd" SHdir 2007

(3) Kursopplæring ved Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Ullevål universitetssykehus

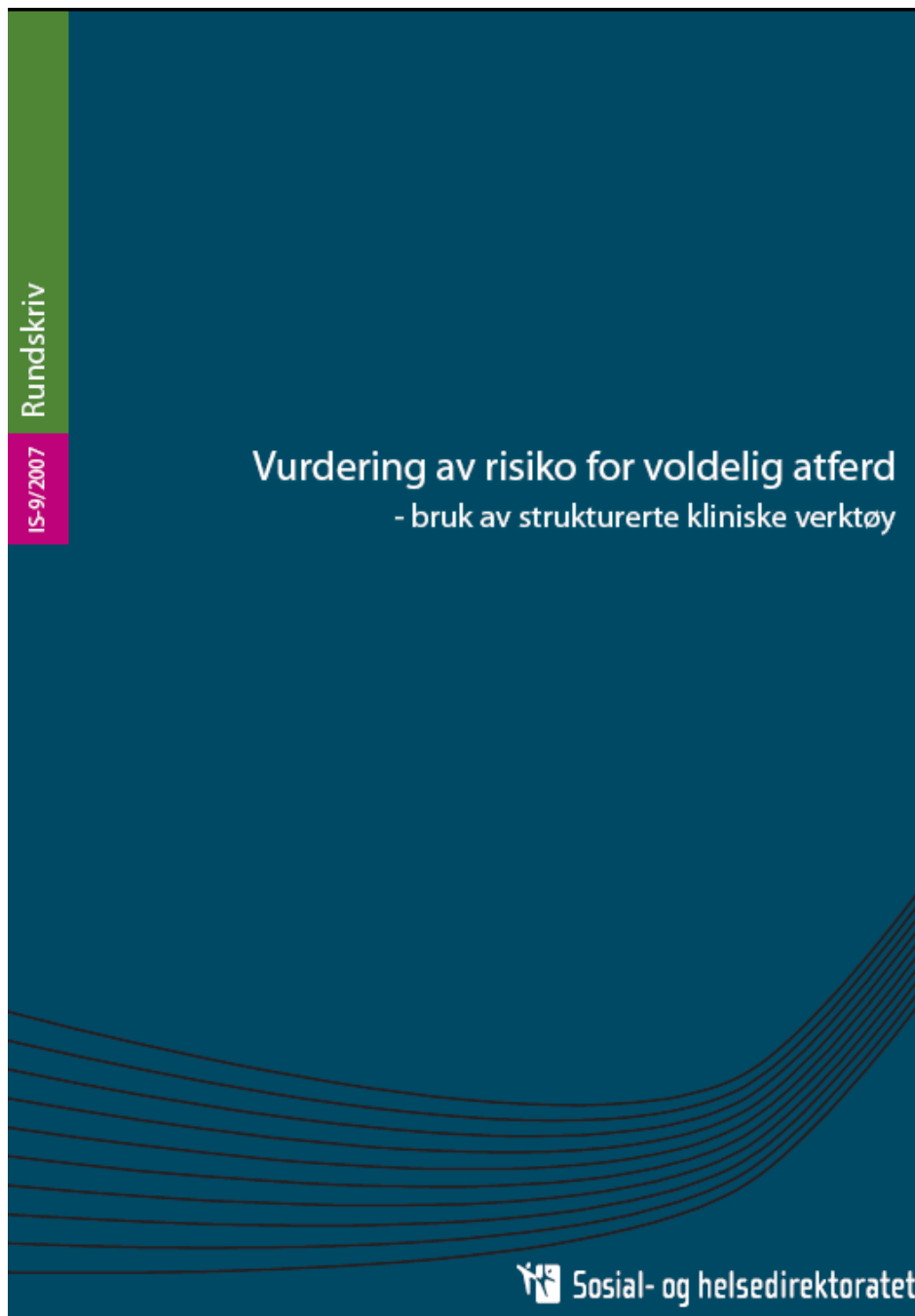


TIPS Øst

voldsrisikovurdering

Rundskrivet anbefaler enheter i det psykiske helsevern å ha:

- prosedyre for voldsrisikovurdering
- indikasjon for vurderingen
- klinisk testede verktøy
- opplæring i voldsrisikovurdering
- rutiner for voldsrisikohåndtering
- avviksmeldingssystem



Utvikling av voldsrisikovurdering

- tidligere: **FARLIGHETSPREDIKSJON**
 - ustrukturert klinisk vurdering
 - prediktiv verdi $\sim$ 50%
(trolig for høy positiv prediksjon, dvs mange falske positive)

- nå: **VOLDSRISIKOVURDERING**
 - strukturert klinisk vurdering
inkl strukturert risikoscenarier-analyse
 - prediktiv verdi $\sim$ 70 - 75%

Omfattende voldsrisikoanalyse eksempel

- psykiatrisk utredning og diagnostikk, evt inkl nevropsykologisk utredning
- Innhenting av komparentopplysninger og aktuell dokumentasjon (BUP-journaler, sykehusjournaler, domspapirer, politijournal m.v.)
- HCR-20 (strukturert, klinisk voldsrisikovurdering)
- PCL (Psychopathy Checklist)
- SOFA (kartlegging og vurdering av forvarsel til aggressiv atferd)
- REFA (kartlegging av risikosituasjoner for aggressiv atferd)
- SOAS (registrering av alle aggressive og voldelige hendelser)
- VAFA (vurdering av aggresjon hos psykotisk pasient)
- miljøobservasjon i institusjon
- klinisk voldsrisikovurdering inkl voldsrisikohåndteringsplan
- alt dokumentert i pasientjournal og evt relevante forhold i IP

3. Forebygge individuell risiko

- kartlegge risikotilstand (angst? sinne? vrangforestilling? rus? etc.)
- kartlegge risikosituasjon (hvem er offer? type provokasjon? etc.)
- beskrive risikoforvarsel hos den enkelte (rastløshet? trussel? etc.)
- utrede risikoreduserende ferdigheter

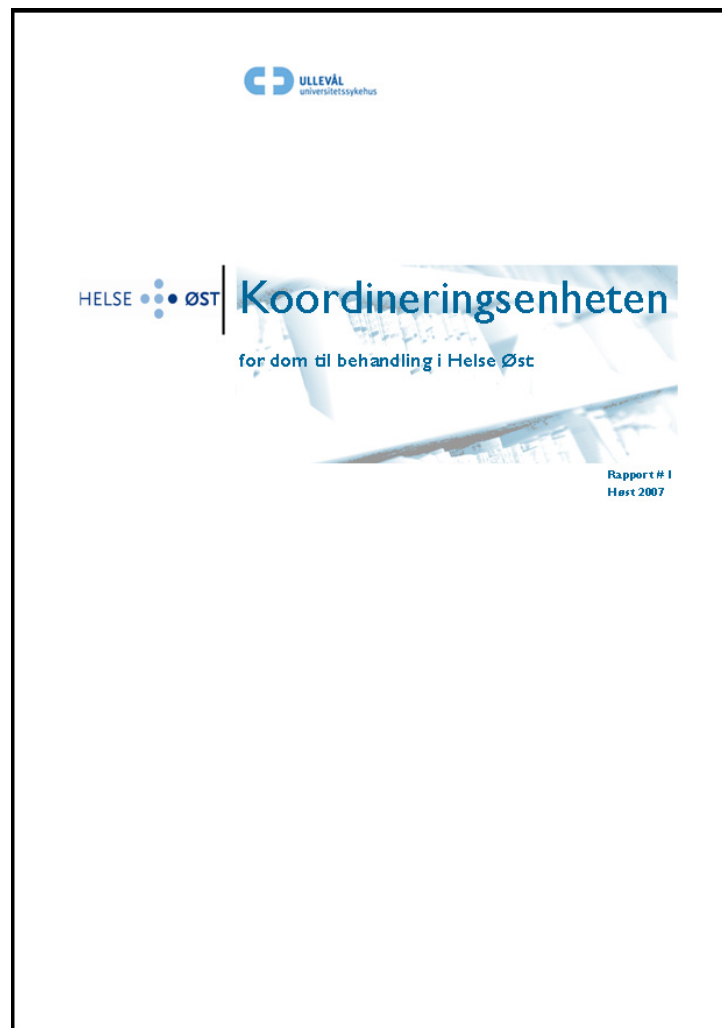
→ som til sammen gir grunnlag for en risikoforebyggende plan for å:

- UNNGÅ RISIKOSITUASJONER
- KUNNE MESTRE AGGRESJON I RISIKOSITUASJONER

4. Generell oppfølging av risikopasienter

- regelmessig voldsrisikovurdering
- rett behandlingsnivå
- voldsrisikohåndteringsplan og IP oppdateres og følger pasienten gjennom forløpet i behandlingslinjen
- samsvar mellom individuell risiko og individuelle oppfølgingstiltak
- for dømte til behandling i Helse Øst: Koordineringsenheten for dømte til behandling i Helse Øst*

* Rapporten kan bestilles fra koordineringsenheten@ullevaal.no



4. Generell oppfølging

Veilederen anbefaler at:

- som en del av utredningen av psykiatriske pasienter som behandles i spesialisthelsetjenesten, må det utredes hvorvidt det foreligger et rusproblem som kan behandles
- det må være tilbud om døgnopphold på sentralsykehusnivå for pasienter med alvorlig psykisk sykdom som også har et rusmiddelmissbruk



4. Generell oppfølging

Rundskrivet gjør tydelig at:

- helsepersonell skal varsle politiet dersom det er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom
- politiet har bistandsplikt



Dilemma:

Behandlingsframgang vs samfunnsvern



Trikkedrapsmannen går fritt

Bare 19 måneder etter at han gikk amok og drepte på trikken i Oslo, går den såkalte trikkedrapsmannen fritt omkring.

[Trikkedrapet](#)  RSS

**AV ROLF J. WIDERØE, ERLEND ELLINGSEN,
ANNE STINE SÆTHER og MARTHE SKAAR**

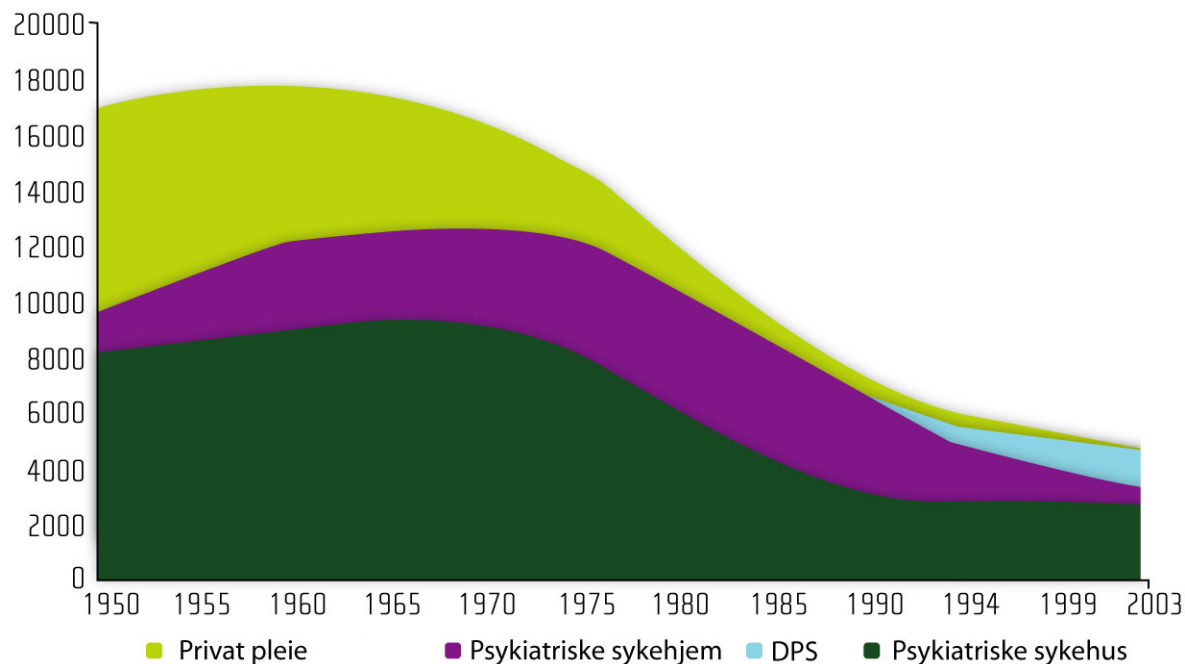
- Samfunnsvernet er viktig. Det foretas grundige vurderinger av voldsrisiko. Pasientene får den sikkerheten de trenger.

Dette sier avdelingssjef Carl Fredrik Haaland ved Regional Sikkerhetsavdeling Ullevål Universitetssykehus.



TATT: Drapsmannen ble tatt fire timer etter drapet. Foto: Konte Lig

Behandlingsplasser i spesialisthelsetjenesten totalt:



Behandlingsplasser i sikkerhetspsykiatrien:

1996	2005
130	229

konklusjon

- det meste av volden i samfunnet utøves av andre grupper enn personer med psykisk sykdom
- psykopati og tidligere voldsatferd er sterkeste prediktorer for voldsutøvelse
- alvorlig psykoselidelse gir økt risiko for voldelig atferd
- samtidig rusmiddelmisbruk øker voldsrisiko flerfoldige ganger
- viktigste forebyggende tiltak er tidlig intervensjon ved psykoser
- viktigste enkelttiltak for risikoreduksjon er behandling for rusmiddelmisbruk
- kompetanse på voldsrisikovurdering skal økes i spesialisthelsetjenesten
- prosedyrer for voldsrisikovurdering og - håndtering skal implementeres i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten
- gode avvikshåndteringssystemer og god informasjon om fagområdets muligheter, dilemmaer og regelverk, kan bedre omdømmet til helsetjenestens håndtering av voldsrisiko