

Pasienters egenvurdering av risiko for vold i akuttpsykiatriske avdelinger

Øyvind Lockertsen

Forsker OUS; Førsteamanuensis OsloMet





Psykolog

Ansíketet dítt
uttrykkslaust
utan mímíkk -

røysta einstöníg
líkesæl
tíl alt -

klárt fortalde det
at du møtte
mín angst
med plíkt - -

Jorunn vadlíd Svelling

Disposisjon

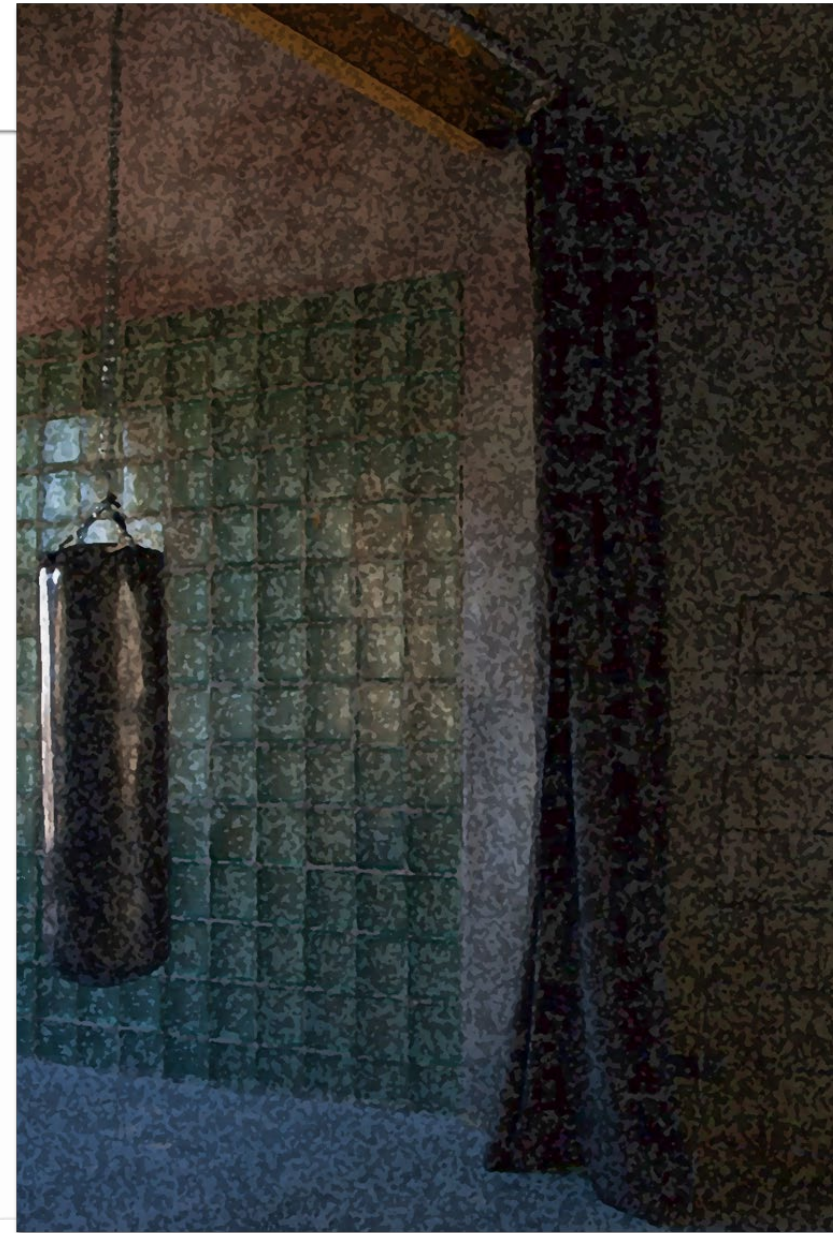
- Introduksjon og definisjoner
- Forekomst i akuttpsykiatriske avdelinger
- Risiko og risiko for vold
- Pasienters opplevde risikofaktorer
- Helsepersonell og pasienters ulike perspektiv
- Pasientinvolvering i voldsrisikovurderinger
- Pasienters egen vurdering
- Oppsummering

Samme fenomen og del av et kontinuum (Weltens et al 2021)

Agitasjon

Aggresjon

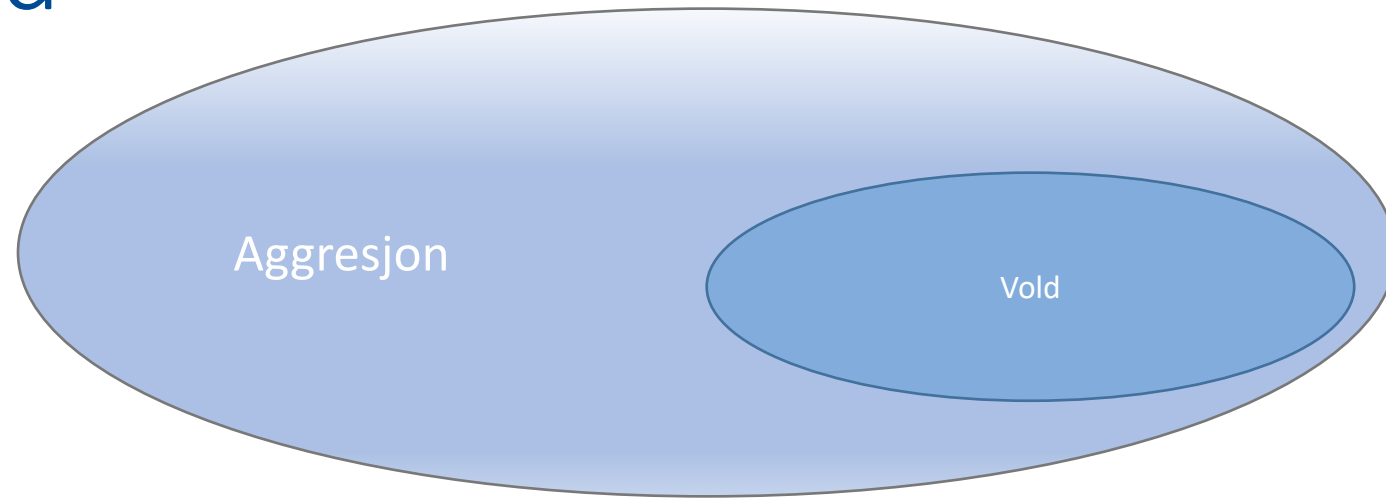
Vold



Aggresjon

- Et stort heterogent begrep
- Mer enn 250 ulike definisjoner
 - Vanskelig å definere uavhengig av kontekst
 - spenner fra skyld og skam til drap og voldtekt.
- To hovedgrupper: planlagt (instrumentell) og impulsiv (reaktiv) aggresjon

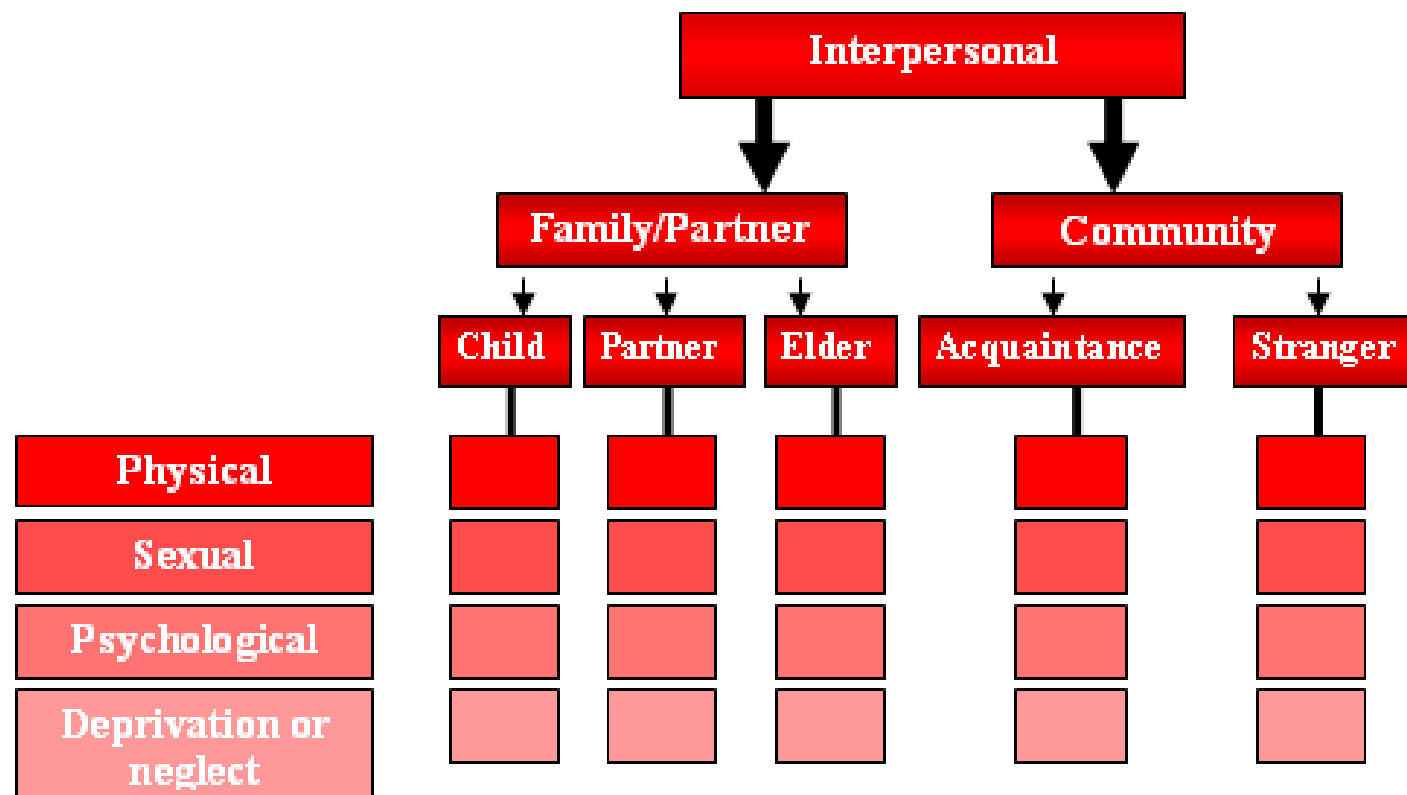
Hva er vold



Violence is "the intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment, or deprivation."
(World Health Organization, 2002)

Interpersonlig vold

(WHO, 2002)



Eksempler på øvrige voldsdefinisjoner

- «et faktisk forsøk på, eller trussel om, å skade en eller flere personer. Trussel om skade må være klar og utvetydig» (e.g. Douglas et al., 2013)
- «Vold og voldsatferd er aggresjon kjennetegnet ved at atferden er innrettet på å påføre offeret alvorlig og/eller livstruende fysisk skade, fysisk smerte eller kroppslig krenkelse» (Bjørkly, 2001)
- «en form for destruktiv aggressivitet som omfatter handlinger som innebærer et bevisst forsøk på å påføre andre skade, og oppleves av den som utsettes for volden, som skremmende og høyst krenkende» (Hummelvoll, 2012)
- «enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får den personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil» (Isdal 2000)



Noen av utfordringene i forskning på vold

- Vold er et heterogent fenomen
 - og del av et kontinuum
- Manglende konsensus om definisjon
 - og bruk av ulike definisjoner er en utfordring knyttet til forskning
- Trusler kan fremsettes indirekte og subtilt
- Vold er sjelden og derfor vanskeligere å predikere
- Stor forskjell i forekomst mellom ulike avdelinger

Forekomst i psykiatriske avdelinger

Vold innenfor helsesektoren er en global og økende utfordring (e.g. Anderson & Jenson, 2018; Llor-Esteban et al., 2016)

Enorme variasjoner (8-76 %) (Weltens et al 2021)

Høyest forekomst i sikkerhetsavdelinger (e.g. Bowers et al 2008)

Akuttavdelinger (17-31 %) (Iozzini, 2015; 2020)

Prospektive studier i Norge (10-15%) (Lockertsen, 2020)

UPA i Norge (15%) (Laake et al, 2025)

- Ansatte i prehospitale tjenester (ambulansepersonell) ekstra utsatt for vold på arbeidsplassen (Shabanikiya et al 2021)

Table 2. Prevalence of different types of violence against paramedics by gender

Type of Violence	Prevalence (95% CI)	
	Male	Female
Physical	0.26 (0.19, 0.32)	0.26 (0.11, 0.41)
Verbal	0.60 (0.48, 0.71)	0.60 (0.39, 0.81)
Sexual harassment	0.06 (0.05, 0.08)	0.24 (0.05, 0.43)

- Konklusjon: den yrkesgruppen blant helsepersonell som har størst risiko for å bli utsatt for vold på arbeidsplassen

Risiko og risiko for vold

Risiko er sannsynligheten for et spesifikt utfall innenfor en populasjon

- Populasjonen - tydelig og eksplisitt beskrevet
- Utfallet - nøyaktig spesifisert

Risikofaktorer for vold er variabler som korrelerer positivt med etterfølgende vold (Scurich, 2016)

- Statiske – Stabile dynamiske – Dynamiske

Risikosituasjoner og sårbarhetsområder

- knyttet til triggere eller utløsere for vold

Pasienters erfarte risikofaktorer, pasientrelaterte

- Stress

“I was upset, because it’s telling me to follow, but I don’t want to follow...the voice [said] to do this, do that, but I do not want to follow, so I just throw things”

- Utrygge og redde for både personal og medpasienter

“they beat the patients to the floor and put their foot on the dude's neck and held his arm and held him to the floor and then threw him in seclusion. So I was afraid of them”

- Brukere rapporterer at de kjeder seg, trenger distraksjon

“It drives you nuts, it’s so boring...you have to have some kind of distraction. Then if you don’t, then you just start getting aggressive. I think that’s what happens with a lot of people”

Pasienters erfarte risikofaktorer, avdelingsrelaterte

- Kultur og organisering av avdelingene kan oppleves aggresjonsfremmende
- Psykiatriske avdelinger oppleves som fengsel

“You’re trying to put a gorilla in a small, you know – like a lion in a small [forms box with hands] – it’s crazy. It makes you go crazy... I start kicking the door and trying to break it open”

- Provoserende hjelpetiltak (personalet er ikke alltid bevisst at de fremstår provoserende)
- Streng, vilkårlige og meningsløse regler
- Ikke tilgang til personlige eiendeler

“It’s about freaking out over an item that I can’t have, because they took away my freedom”

- Avdelingene er sterile
- Manglende privatliv

Pasienters erfarte risikofaktorer, personalrelaterte

- Urettferdighet og manglende respekt overfor pasientene

“There is no respect. Just because we are patients they think they can tell us to shut up.”

- Mangelfull informasjon

“She didn’t tell me what kind of pills or nothing, just said ‘take the pills, you have to take these pills’. I said ‘I’m not taking any pills’, so she called the security guard...I’m not going to take something I don’t know.”

- Manglende (tid til) terapeutisk engasjement

“You’ll go talk to them and they seem run off their feet and angry and stuff...their mood affects everyone else, because they’re usually carrying on. Sometimes they’re just as bad as people on the ward”

- Tid som beskyttende faktor

“I remember this nurse who in spite of all that went on among the patients, when he walked in among the patients and asked “mind if I come here?” ... he sits down, reads a newspaper, drinks his coffee and goes away. And then things seemed like different. At least I didn't feel afraid any more. And that patient that everybody was afraid of we looked at him differently after that”

Pasienters erfarte risikofaktorer, personalrelaterte II

- Manglende kontakt med og relasjon med personalet

“That’s what pisses me off, is that some people...don’t really have the time of day for you, and they just close the glass like they’re mightier than thou”

- Emosjonelt distansert personale

“I don’t think she likes me...she makes you feel miserable. She makes you want to swear at her.”

- Provoserende kroppsspråk og tonefall

Om forskning på pasienters erfarte risikofaktorer

- Ulike perspektiv på aggresjon og vold i psykisk helsevern er et forsømt forskningsområde
- Det er mangelfull evidens på pasienters perspektiv på risikofaktorer for vold på psykiatriske avdelinger
- Majoriteten av intervjuundersøkelser har undersøkt personalets perspektiv
- Å undersøke hva som utløser vold er avgjørende

Pasienters vs sykepleieres perspektiv

- Duxbury & Whittington (2005) sammenliknet pasienters og sykepleieres syn på hva som utløste aggresjon og vold i akuttavdelinger
 - Pasientene opplevde avdelingsmiljøet og dårlig kommunikasjonsevne og mangelfull kommunikasjon fra helsepersonellet som utløsere for aggressiv og voldelig atferd.
«Some staff-label patients as mad or bad and so respond accordingly»
 - Sykepleierne vurderte den psykiske lidelsen til å være hovedårsak til aggresjon og vold.
«They have a pathology that contributes to their behaviour»

Var enige om noe

- Atmosfæren var en risikofaktor

Patient: "There is a counterproductive atmosphere here"

Nurse: "The atmosphere is terrible, it just makes matters worse. We need to stop just containing patients"

- Håndteringen kunne forbedres, (men uenige om hvordan):
 - Sykepleiere opplevde deeskalering som ineffektivt og støttet mer bruk av medisiner
 - Pasienter savnet mer deeskalering

Patient: "Staff don't use de-escalation as well as they could here, but I feel it could be a good approach"

Pasientinvolvering voldsrisikovurderinger

(Woods & Dadgardoust, 2024)

- Manglende forskning
- Pasienter rapporterer både positive og negative opplevelser
- Kohorte studier: Pasienters egenvurdering kan ha liknende prediskjonsevne som klinikernes
- Funn kan bane vei for fremtidig forskning

Review Article

A Scoping Review of Patient Involvement in Violence Risk Assessment

Phil Woods, PhD, RPN¹, and Laleh Dadgardoust, PhD²

Objective: This scoping review aimed to summarize the published literature on patient involvement in violence risk assessment. Two research questions reviewed the extent of patient involvement and what evidence exists. **Inclusion Criteria:** English-language peer-reviewed published articles of any methodology related to violence risk assessment toward others were included. Articles were related to forensic and mental health practice and involve patients directly in the process.

Methods: Five electronic databases were comprehensively searched, as well as the reference lists of included articles. Both authors reviewed articles for inclusion and extracted data from included articles.

Results: Fifteen articles met the inclusion criteria. Articles reported on three approaches to patient engagement in structured violence risk assessment: how patients were involved or experienced the process, using rating scales, and using questions related to patient self-perceived risk. In relation to what evidence existed, four main themes emerged: patient views about risk and their involvement in risk assessment, comparing the predictive accuracy of patient self-rated tools with clinician-rated tools, predictive accuracy of a patient self-rated tool, and comparing risk ratings between patients and clinicians.

Conclusions: There is a dearth of research published about involving patients in their own risk assessment. Patients report both positive and negative experiences of the process. From cohort-type studies, results have shown that patient self-risk assessment can have a similar predictive ability to the clinician ratings related to adverse violence outcomes. Findings from studies can pave the way for future clinical research around the tools that have been developed thus far.

KEY WORDS:

Forensic mental health; mental health; patient involvement; risk assessment; scoping review; violence

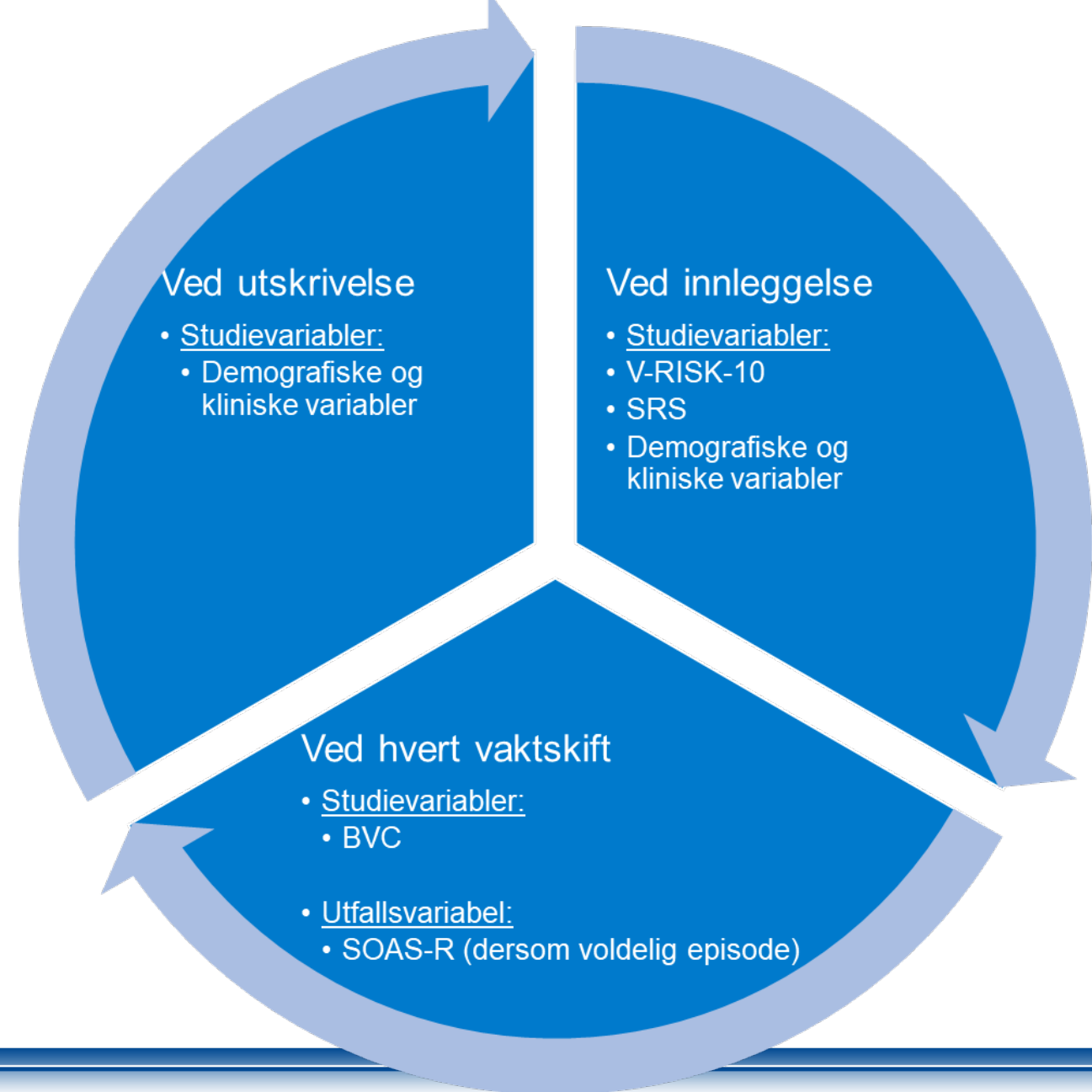
Pasienters egenvurdering av risiko

Self-report Risk Scale (SRS)

- Introdusert av Roaldset og Bjørkly (2010)
- Pasienters egen vurdering av voldsrisiko målt ved innkomst:
 - *No risk* (will definitely not happen),
 - *Low risk* (will hardly happen)
 - *Moderate risk* (limited to certain situations),
 - *High risk* (in many situations),
 - *Don't know the risk*,
 - *Refuse to answer about the risk*

Voldsrisikoprojekt OUS, metode - datainnsamling

- Baseline variabler:
 - BVC
 - SRS
 - V-RISK 10
 - Kliniske og demografiske variabler
- Utfallsvariabler:
 - Vold under sykehusoppholdet
 - Nærstående vold



Beskrivelse av utvalget (Lockertsen et al 2018)

TABLE 1: *Comparison of violent and nonviolent inpatients*

Variable	Total sample (N = 512)			P
	All, N = 512 (%)	Violent, n = 81 (15.8%)	Nonviolent, n = 431 (84.2%)	
Male/female, n (%)	229 (44.7)/283 (55.3)	50 (21.8)/31 (11.0)	179 (78.2)/252 (89.0)	0.001
Age, mean/median	40.8/37.5	40.7/35	40.8/38.0	0.957
Stay days mean/median	12.3/3.0	38.6/30	12.3/3	<0.001
Violence as a caused for admission	53 (10.4)	19 (35.8)	34 (64.1)	<0.001
Involuntarily referred [†]	216 (42.2)	64 (29.6)	152 (70.4)	<0.001
Involuntarily admitted [†]	138 (27.0)	53 (38.4)	85 (61.6)	<0.001
Mandatory aftercare	73 (14.3)	29 (39.7)	44 (60.3)	<0.001
Not a living-in relationship	365 (72.7)	62 (17.0)	303 (83.0)	0.123
Only primary school	149 (32.2)	35 (23.5)	114 (76.5)	0.003
Unemployed (e.g. age pensioners)	326 (68.9)	66 (20.2)	260 (79.8)	<0.001
Main diagnoses according to ICD-10				
F10-19 substance abuse	84 (16.4)	19 (22.6)	65 (77.4)	0.062
F20-29 psychosis	126 (24.6)	33 (26.2)	93 (73.8)	<0.001
F30-31 bipolar	56 (10.9)	11 (19.6)	45 (80.4)	0.406
F32-39 depression	59 (11.5)	4 (6.8)	55 (93.2)	0.043
F40-49 Neurotic stress-related and somatoform disorders	68 (13.2)	2 (2.9)	66 (97.1)	0.002
F60-69 personality disorders	49 (9.6)	5 (10.2)	44 (89.8)	0.257
Other or no diagnoses	70 (13.7)	7 (10.0)	63 (90.0)	0.151

Pasienters egenvurdering av risiko ($n = 512$)

(Lockertsen et al., 2018)

SRS dichotomous (SRS-d)

- Univariat logistisk regresjon

OR = 4.65, 95 % CI = 2.79-7.74, $p < .001$

- Multivariate logistic regression

Menn, kontrollert for innleggelse på tvang:

OR = 2.68, 95 % CI = 1.25–5.72, $p = .011$

Kvinner, kontrollert for tidligere vold og innleggelse på tvang:

OR = 4.68, 95% CI = 1.92–11.38, $p = .001$

- ROC-AUC:

Menn: 0.60 (95% CI = 0.51–0.70, $p = 0.027$)

Kvinner: 0.71 (95% CI = 0.60–0.82, $p < 0.001$)



	OR	(95% CI)	P
SRS (don't know + won't answer as missing)			
No risk	–	–	–
Low risk	1.90	(.96–3.77)	.066
Moderate risk	6.51	(1.05–40.52)	.045
High risk	0.00	(0.00)	.999
SRS ordinal			
No risk	–	–	–
Low risk	1.90	(.96–3.77)	.066
Moderate risk + High risk + don't know + won't answer	5.48	(3.16–9.50)	< .001
SRS dichotomous (SRS-d), low risk as reference (moderate as cut-off)	4.65	(2.79–7.74)	< .001
Alternative SRS dichotomous, low risk as risk factor (low risk as cut-off)	3.61	(2.20–5.92)	< .001

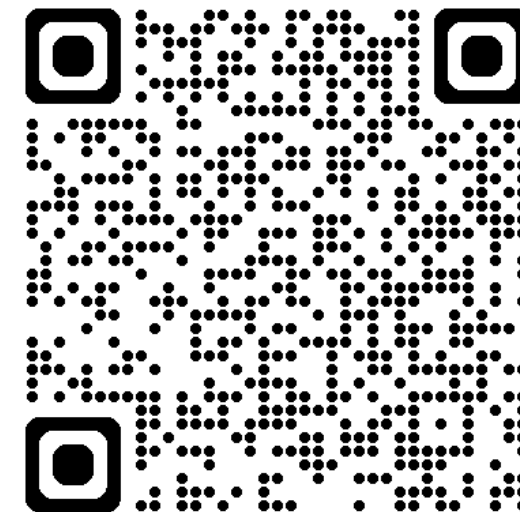
Systematisk inkludere pasienter i vurderingen?

- Få studier gjennomført (Roaldset & Bjørkly, 2010; Skeem et al., 2013; Lockertsen et al., 2018)
- Lovende resultater men relativt små utvalg. Behov for forskning.
- Pasienten skal sikres mulighet for innflytelse og medvirkning i behandlingen. Voldsrisikovurdering bør skje gjennom åpenhet, innsyn og ansvarliggjøring (Helsedirektoratet 2018)



V-RISK-Y

en kort screening sjekkliste for voldsrisiko blant ungdom



- Ungdommens og foresattes egenvurdering inkludert som et av 12 led:

12. Ungdommens og foresattes egen oppfatning av voldsrisiko I hvilken grad ungdommen eller de foresatte oppfatter at det er risiko for vold: Kanskje: Ungdommen <i>eller</i> de foresatte oppfatter at det er litt forhøyet risiko for vold. Ja: Ungdommen <i>eller</i> de foresatte oppfatter at det er enten moderat eller høy voldsrisiko, eller de vil ikke svare.	Nei	Kanskje	Ja	Vet ikke
--	-----	---------	----	----------

Ungdom/foresattes egen vurdering i akuttavdelinger

- Ungdommens/foresattes egen vurdering en av de sterkeste risikofaktorene i V-RISK-Y (Roaldset et al., 2023; Laake et al., 2025)

Table 2

Logistic regression analyses for V-RISK-Y items and registered violent episodes by type of institution.

	Inpatient psychiatric units (n = 355)				Residential youth care (n = 162)			
			Total variance ^a	Explained variance ^b			Total variance ^a	Explained variance ^b
V12 Own perception of violence risk								
<i>No</i>	186 (52)				30 (18)			
<i>Don't know</i>	92 (26)	2.53 (.750, 8.51)	.135		73 (45)	.582 (.152, 2.23)	.430	
<i>Moderate/Maybe</i>	38 (11)	11.2 (3.52, 35.9)	<.001		27 (20)	2.74 (.718, 10.4)	.140	
<i>Yes</i>	39 (11)	10.9 (3.41, 34.6)	<.001		32 (17)	3.90 (1.09, 13.9)	.036	

^a Chi square (degrees of freedom).

^b Cox & Snell R^2 - Nagelkerke R^2 .

Take home message

- Pasienters og helsepersonell vektlegger ulike risikofaktorer for vold
- Pasienters opplevde risikofaktorer/triggere til aggresjon bidra til en bredere forståelse og mer hensiktsmessige intervensjoner
- Pasienters egenvurdering er relevant i voldsrisikovurderinger
- Pasienters egenvurdering kan benyttes som en risikofaktor for vold i akuttavdelinger



- Takk for oppmerksomheten!
- Ta gjerne kontakt for spørsmål eller kommentarer
- Øyvind Lockertsen
- oylock@oslomet.no
- uxloyv@ous-hf.no



**Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-,
fengsels- og rettspsykiatri (KPS) - Oslo
universitetssykehus HF**

www.oslo-universitetssykehus.no



**Sifer – sikkerhets-, fengsels- og
rettspsykiatri**

sifer.no