

# Risikovurdering for voldelig atferd – bruk av sjekklister



Kommentar  
og debatt

Inntil rundt 1990 var det store svakheter i individbasert vurdering av voldsrisiko. Klinikerens evne til prediksjon ble fra forskerhold endog anslått til å være dårligere enn slump. I det siste tiåret er det utviklet standardiserte strukturerte vurderingsredskaper i form av forskjellige typer sjekklister, som, sammen med endret klinisk vurdering, har bedret muligheten for prediksjon betydelig. Dette er vist ved forskningsbaserte undersøkelser. Redskapene registrerer systematisk faktorer der de viktigste er voldstendens, rusmiddelmissbruk, svikt i impuls-kontroll og empatisk evne, noe som kan oversees eller feilbedømmes i den kliniske situasjonen. Oppmerksomheten mot dette synes også å ha gjort klinisk prediksjon klart bedre i seg selv.

I artikkelen beskrives anvendelsesområder og kompetansekrav for slike sjekklister sammen med etiske utfordringer ved utvidet bruk i forhold til dagens situasjon.

Artikkelen omhandler muligheten for å forebygge/forhindre vold ved forutsigelse av risiko. Det dreier seg både om prediksjon av gjentakelsesfare og av førstegangs alvorlig vold. Tidligere ble ofte begrepet *farlighet* brukt, men da dette er mindre skarpt definert, er det nå vanligere å bruke begrepet *risiko for fysisk angrep*. Videre understrekes sterkere enn før betydningen av situasjonen der vold oppstår (1, 2). Alvorlig individuell fysisk vold forekommer i stor grad langt utenfor psykiatriens og medisinsens naturlige grenser. Vold i familie og parforhold, gate- og utestedsvold og liknende begås oftest av mennesker som ikke har vært eller vil komme i kontakt med psykiatrien. Grensen til psykiatrien er imidlertid flytende, og faget har store oppgaver i prediksjon av voldelig atferd sammen med justis- og fengselsvesenet, rusomsorgen, primærhelsetjenesten og sosialetaten.

Internasjonalt har det i Nord-Amerika gjennom over 30 år vært gitt vesentlige forskningsbidrag til voldsprediksjon. Klinikerens prediktive evne ble helt frem til rundt 1985 bedømt som dårlig (3, 4). En av autoritetene på området, Monahan (4), anslø i 1984 klinikernes gjennomsnittlige predik-

---

**Pål Hartvig**

*rpsyk @frisurf. no*

**Svein A. Alfarnes**

**Bjørn Østberg**

Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for Helseregion Øst og Helseregion Sør Aker sykehus, Klinikk for psykiatri, Gaustad 0320 Oslo

---

sjonsevne til å ha en presisjon på 0,33, altså langt lavere enn 0,5, som er verdien for slump! Han mente at såkalte aktuariske (statistiske, gruppebaserte) metoder med predefinerte faktorer uten vesentlig individuell/klinisk preg gav langt bedre resultater. Både Monahan selv (5) og ikke minst forskere som Webster og medarbeidere (6), Hare (7) og Hart (8) har senere modifisert dette synet sterkt. I løpet av de siste 15 år er den rene aktuariske tilnærming blitt supplert med det som kalles strukturerte kliniske bedømmelsesmetoder. Disse har først og fremst preg av sjekklister som utfylles av undersøkeren. Skjema for egenutfylling egner seg av forståelige grunner dårlig for registrering av potensielt voldelige tendenser med vesentlige konsekvenser for den som skal bedømmes. De nå tilgjengelige redskaper er en blanding av aktuariske og individuelle vurderingsfaktorer. De setter søkelys på elementer som tidligere vold, rusmisbruk, svikt i impuls-kontroll og empatisk evne i tillegg til art og grad av eventuell psykisk sykdom. Kliniske bedømmelser alene, særlig foretatt i konsensusteam i USA og Canada, anslås nå som å gi mye bedre prediksjon enn tidligere (9, 10), nesten på høyde med skjemabaserte. Dette skyldes trolig at klinikere nå har lært å bruke faktorene i sjekklister i sin løpende kliniske vurdering. Det er også enighet om at individuell klinisk vurdering alltid bør ledsage den skjemabaserte (1, 6).

I Norge har de moderne skjemaverktøy vært i liten bruk utenfor sikkerhetspsykiatrien. I en artikkel om voldsprediksjon i Tidsskriftet i 1992 (11) ble de da helt nye sjekklisterredskapene ikke nevnt, selv om artikkelen ellers forbilledlig utredet de viktige faktorer på området. I Tidsskriftet i 2000 (12) ble redskapene nevnt, men ikke beskrevet, i en artikkel om etikk i rettspsykiatrisk risikobe-

**Tabell 1** HCR-20, etter Webster og medarbeidere (6). Sjekkliste for voldsrisiko. Norsk uautorisert oversettelse av skåringsfaktorene

H (historisk)	C (klinisk)	R (risikohåndtering)
Tidligere vold	Mangler innsikt	Urealistisk planlegging
Tidlig voldsdebut	Negative holdninger	Miljø med rus og vold
Ustabilitet i forhold	Aktive psykosesymptomer	Manglende personlig støtte
Ustabilitet i arbeid	Impulsivitet	Manglende samarbeidsevne
Rusmisbruksproblemer	Ikke behandlingstilgjengelig	«Stressituasjoner»
Alvorlig psykisk lidelse		
Psykopati (PCL-SV)		
Tidlig mistilpasning		
Personlighetsforstyrrelse		
Vilkårsbrudd		

dømming. Hensikten med vår artikkel er derfor å gjøre Tidsskriftets lesere, både i og utenfor psykiatrien, mer kjent med nytte, begrensninger og etiske utfordringer i de moderne metoder for risikovurdering.

### De mest brukte redskaper

Det er utviklet forskjellige skåringslister for retrospektiv registrering av utøvd vold. Disse brukes i institusjoner for å kartlegge arbeidsmiljøet og for å forbedre sikkerhets- og behandlingsopplegg. De kan som sådanne være av betydning for forutsigelse av vold, men i denne artikkelen holder vi oss strengt til prospektive instrumenter. Vi begrenser oss også til å beskrive tre av disse (to fra Canada, ett fra USA), fordi disse etter internasjonal litteratur (13) har størst interesse og bruk. Videre beskrives to norske redskaper. I tillegg til de fem vi skal beskrive, er det en rekke andre adekvate og brukte prediksjonsinstrumenter fra flere land for «vanlig vold», for vold i parforhold og for seksualisert vold. Av plasshensyn beskrives disse ikke her, men det vises til annen moderne litteratur (1, 13).

I Norden har Sverige lenge hatt en ledende plass innen voldsprediksjon, både praktisk og vitenskapelig (1, 13). I Norge er interessen stigende, og autorisert norsk oversettelse av ett av de kanadiske redskapene foreligger snart (K. Rasmussen, personlig meddelelse). En nylig fullført rapport (14) har kartlagt bruken av strukturerte redskaper i norsk sikkerhetspsykiatri. Det er i rapporten funnet stort rom for økning og standardisering av anvendelsen.

### PCL-R, psykopatibegrepets renessanse

PCL-R, Hare Psychopathy Checklist – Revised, 1991 (7) (førsteutgave 1980), har vært med på å gjøre psykopatibegrepet stuerent og gitt det allmenn tilslutning i kriminalpsykiatrien («forensic psychiatry»). Fra en svært svingende bruk av begrepet, med følelsesladet diskusjon for og imot i mange tiår, synes Cleckleys (15) klassiske beskrivelse fra 1941 nå på det nærmeste å være ak-

septert (5–8). Dette til tross for at psykopati ikke utgjør en spesifisert egen subtype av personlighetsforstyrrelser i någjeldende internasjonale psykiatriske diagnose-systemer, men kun er regnet som en uttalt og malign variant av dyssosial eller antisosial personlighetsforstyrrelse.

Cleckley (15) beskriver to hovedkomponenter i den psykopatiske forstyrrelse. Den ene, psykopatiens «kjernetrekk», utgjøres av glatt, overfladisk interpersonell stil, storhetsfølelse, forherdethet, manglende empati og manipulativt bruk av andre. Den andre, atferdsdimensjonen, medfører kronisk ustabilitet, antisosial og kriminell livsstil med impulsivitet. PCL-R registrerer disse faktorene hos en person i 20 skåringspunkter (i PCL-S (creening) V(ersion) 12 punkter) med skåre fra 0 til 2 på hvert punkt, og mulig totalskåre fra 0 til 40 (0 til 24 i PCL-SV). En skåre på 30 eller over i PCL-R indikerer en såkalt dikotom psykopatidiagnose, men selv skåre klart lavere enn dette kan være viktig i en totalvurdering av en person innenfor et kontinuum. PCL-R har vist god selvstendig prediktiv verdi for voldelig residivisme (1, 8, 13, 16) ved metoder som beskrives senere. Disse funn har bidratt sterkt til den ovenfor beskrevne aksept av psykopatibegrepet som viktig og relevant i kriminalpsykiatrien.

### HCR-20, en bredspektrert tilnærming

HCR-20, Historical-Clinical-Risk scheme (6) fra 1997, har på få år fått stor internasjonal anvendelse (1, 13). Den er inndelt i tre hoveddeler: en retrospektiv og karaktertrekk-beskrivende del, H (historie), en her-og-nå-del C (klinisk) og en del for den ytre risikosituasjonen, R (risikohåndtering). Sjekklisten er fremstilt i tabell 1, der vi ser at del H har ti punkter (inkludert PCL-SV), C og R har fem hver, til sammen 20. Delene H-10 og C-5 kan brukes som selvstendige redskaper, men listens styrke ligger i helheten. Redskapet har en mulig variasjon i totalskåre fra 0 til 40. Som nevnt ovenfor bør skåren alltid bedømmes *sammen* med klinisk vurderingsbakgrunn. En skåre på over 28 er dog angitt å medføre sannsynlighet for residiv av al-

vorlig vold på 80% (1). Svært mye av erfaringene med HCR-20 og PCL-R er gjort for å forutsi *tilbakefall* av voldsutøvelse (1, 13, 16). I seg selv er dette en viktig oppgave, men etter vår mening bør disse eller nye redskaper i fremtiden i større grad utvikles/utprøves for å bedømme risiko for *førstegang*s alvorlig vold.

### VRAS-ICT, et redskap for mer uselekterte grupper

Violence Risk Appraisal Guide – Iterative Classification Tree er utviklet av den prestisjetunge McArthur Group i USA (5). Det er et noe arbeidskrevende, blandet redskap av aktuarisk art, inklusive PCL-SV. Det kan egne seg godt for grupper av allmennpsykiatriske pasienter eller andre populasjoner som ikke allerede er selektert på grunn av alvorlig voldsutøvelse. Utprøvingen har imidlertid vist en overraskende lav vektning av schizofreni som risikofaktor, noe som har satt et visst kritisk spørsmålstegn ved redskapet (16).

### BVC og VAFA, norske redskaper for prediksjon av vold i institusjonsmiljø

BVC, Brøset Violence Checklist (17), er utviklet i Trondheim ved Regional sikkerhetsavdeling Brøset. Den inneholder seks skåringspunkter som utelukkende beskriver den kliniske situasjon her og nå, og som predikerer personens mulig voldelige atferd innen de neste 24 timer. VAFA, vurdering av farlig og aggressiv atferd for psykotiske mennesker (18), er utviklet ved fylkeskommunal sikkerhetspost i Molde. Den relaterer til 29 mulige voldsutløsende situasjoner, er interaksjonsbasert, og brukes for prediksjon på lengre sikt. Begge har vist seg valide ved praktisk utprøving (17, 18), og vil kunne være nyttige i helse- og fengselsinstitusjoner.

### Redskapenes praktiske verdi

Hovedmetode for å bedømme prediktiv evne er via en prospektiv undersøkelse å sammenlikne prediksjonen med det reelle utfallet. Dette gir plassering i en av fire kategorier prediksjon:

- Korrekt predikert utøvd vold (sann positiv)
- Ukorrekt predikert vold (falskt positiv)
- Ukorrekt predikert ikke-vold (falskt negativ)
- Korrekt predikert ikke-vold (sann negativ)

Ved å sammenlikne antallet i disse kategoriene kan det fremkomme brøker som viser hvor mye bedre (eller dårligere) prediksjonen har vært enn slumpen. Den statistiske behandlingen av sanne og falske prediksjoner har gjennom de senere år funnet sin mest brukte og adekvate metode i såkalt ROC (Receiver Operating Characteristics)-analyse (19). Denne foretas ved en fremstilling i

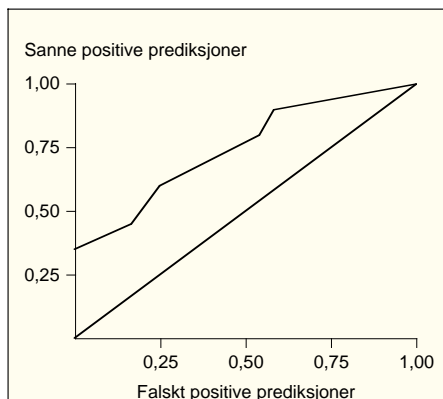
diagram som sammenlikner sanne og falskt positive prediksjoner (fig 1). En fordel ved metoden er at den ikke bygger på bare ett avkuttingstidspunkt, men at den ved sin kurveform gir grunnlag for beregning av arealet under kurven (AUC), en mer kontinuerlig og dynamisk risikoberegning. Den rette linjen på ROC-kurven representerer en linje med ingen informasjon, dvs. ikke bedre enn tilfeldig prediksjon (AUC = 0,5). Instrumenter eller klinikere som kan skille voldelige fra ikke-voldelige personer med perfekt nøyaktighet, vil oppnå AUC = 1,0.

Både PCL i begge versjoner og HCR-20 er i de senere år utprøvd med ROC og andre validitetsberegninger, mest i kriminalpsykiatrien (1, 13), men også i mer allmennpsykiatrien (13). ROC-AUC-beregninger har variert fra 0,66 til 0,82. ROC-AUC på over 0,75 er regnet som høy effektstørrelse (13). Et viktig spørsmål er hvor lang oppfølgingstid som er brukt i disse undersøkelsene. Prediksjon for tidsrom på to år og oppover har vært brukt, særlig for PCL-R (1). For korttidsredskaper som BVC (17) sier det seg selv at perspektivet er annerledes.

Det må huskes at resultatene ikke bare gjenspeiler sjekklstens verdi, men også undersøkerens evne til å bruke den riktig. HCR-20, PCL-R og andre sjekklister har mange faktorer som i hovedsak må skåres ved skjønn. Derfor blir det svært viktig hvordan kvalitetsutvikling og -sikring av undersøkernes kompetanse skal skje. De tre regionale kompetansesentrene for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri vil trolig bli pålagt å arbeide med dette fremover for Norges vedkommende, herunder spørsmålet om hvorvidt undersøkerne må ha spesiell autorisasjon for at resultatene skal kunne tillegges vekt. Foreløpig finnes ikke slike regler, men det må være en selvfølge at jo alvorligere konsekvenser risikoberegningen har, desto sterkere må kompetansekravet være.

### Etiske og juridiske aspekter

Prediksjon av voldsrisiko kan aldri bli perfekt, og samfunnet må leve med en konflikt mellom å ivareta interessene til den potensielt voldelige person og fellesskapet, dvs. mellom en liberal (strengt kontrollerende) og en konservativ beslutningsstrategi når det gjelder frihetsberøvelse og kontroll av enkeltindivider. Dette er meget dekkende behandlet av Grann & Nilstun i Tidsskriftet (12), og berøres ikke inngående av oss her. Jo bedre prediktivitet som oppnås i fremtiden ved sjekklister og klinisk vurdering, desto mindre kan dette dilemmaet bli. Som nevnt tidligere har det vært bedring i evne til risikovurdering i de senere år, både som følge av de nye instrumentene og av den påvirkning disse har hatt på den klinisk/fornuftsmessige vurdering. Dette taler sterkt for fortsatt bruk og utvikling av instrumenter for risikovurdering. Disse må få høyest mulig sensitivitet og spesifisitet, dvs. gi flest



**Figur 1** ROC-kurve, lånt fra Dolan & Doyle (13). Den rette linjen gir AUC (arealet under kurven) på 0,5, som er slumpmessig prediktiv nøyaktighet. Den ujevne linjen, som er funnet for PCL-SV, gir AUC på 0,76

mulig sanne og færrest mulig falske prediksjoner. Samtidig bør det også bli en mer åpen og rasjonell diskusjon i samfunnet om hvordan det skal vektlegge forholdet mellom den konservative og den liberale frihetsinnskrenkning som er nevnt ovenfor.

### Trengs det bedre risikovurdering eller bedre individuell oppfølging?

Det har vært reist kritiske spørsmål om hvorvidt økning i bruk av sjekklister kan fortrenge satsing på oppfølging og omsorg i samfunnet for den mentalt avvikende potensielle voldsutøver (20). Oppfølging av slike personer ute i samfunnet vil trolig aldri blir tilfredsstillende dekket, men svaret på overskriften i dette avsnittet er selvfølgelig at både prediksjons- og oppfølgingsevne må være satsingsområder. Et kortfattet eksempel på syntese her kan være: God oppfølging og omsorg skal minimalisere R-faktorene i HCR-20 og dermed gi lavere risikoskåre fra sjekklisten.

### Fremtidsperspektiver

Sjekklistene på dette fagområdet er kommet for å bli, og de kan altså på sitt beste gi fire sanne for hver falskt positiv prediksjon av voldsresidiv. De bør i nær fremtid trolig inngå som en obligatorisk del i vurderingen av gjentakelsesfare før dom til forvaring eller tvungent psykisk helsevern. Videre bør de brukes systematisk i oppfølging etter prøveløslatelse og ved liknende problemstillinger.

Parallelt med dette synes de å få stadig stigende bruk i den spesifikke sikkerhetspsykiatrien. Et naturlig videre utviklingsområde er i akutt- og allmennpsykiatriiske avdelinger og poliklinikker, der behovet for risikovurderinger er ganske stort, særlig ved utskrivninger og andre statusendringer. På grunn av store pasienttall kan det være ak-

tuelt med enklere screeninginstrumenter, noe som skisseres nedenfor. I noen tilfeller kan de så suppleres med de mer omfattende redskapene.

### Behov for forenklete sjekklister

I primær helse- og sosialtjeneste, rusomsorg og for politi og fengsler er risikovurderinger svært etterspurt. Det eksplisitte behovet synes å være enkle og kortfattede redskaper som gir hjelp til orienterende vurdering av voldsrisiko. Vi er ikke kjent med at det foreligger slike redskaper som er gjort kjent i norsk eller utenlandsk litteratur (bortsett fra BVC, som er tidligere nevnt og som har helt spesielle intramurale indikasjoner). Ved vårt kompetansesenter arbeider vi med et utkast til en enkel, tredelt sjekklister, inspirert av HCR-20, men med færre spørsmål og kortere tidsbruk til utfylling. Den har også en lavere ambisjon både når det gjelder kompetansekrav til undersøkeren og konsekvenser for klient/pasient. Listen skal kunne brukes av personer uten spesialistkompetanse i psykiatri, for eksempel i primærhelsetjenesten eller av klientbehandlere ved sosialkontorer og politistasjoner. Først og fremst skal den lette vurderingen av å søke hjelp fra andre instanser eller øke den indre beredskap i egen instans. Som sådan kan den brukes til å styrke sitt eget inntrykk av en risikotilstand eller korrigere inntrykket. Det er jo på denne måten sjekklister på nesten alle andre sikkerhetsbaserte områder brukes. Det er avgjørende viktig at forenklete redskaper ikke overfortolkes og misbrukes ved at de gir for store eller for langvarige konsekvenser for klient/pasient. Dette betyr for eksempel at de aldri skal tillegges vekt i rettssaker eller ved annet enn helt kortvarige sivile frihetsberøvelser. Når disse reservasjonene hele tiden er til stede, tror vi at også enkle sjekklister vil være til nytte for alle som er berørt av risiko for vold. Dette gjelder både den potensielle utøveren selv, hans nettverk og de ansatte i samfunnets omsorgs- og kontrollapparat.

### Konklusjon

Muligheten til å forutsi voldsatferd («farlighet») er bedret i de senere år, dels på grunn av sjekklister som er beskrevet i artikkelen. Disse har begrensninger som alltid må huskes, og det må ikke trekkes konklusjoner fra dem som gir uberettigede reaksjoner for klient/pasient. Med disse forutsetningene mener vi at slike sjekklister bør videreutvikles og få større bruk.

Litteratur →

→

#### Litteratur

1. Grann M. Personality disorder and violent criminality. a follow-up study with special reference to psychopathy and risk assessment. Doktoravhandling. Stockholm: Karolinska Institutet, 1998.
2. Hodgins S. An overview of research on the prediction of dangerousness. *Nord J Psychiatry* 1997; 51 (suppl 39): 33–8.
3. Steadman HJ, Cocozza JJ. Careers of the criminally insane: excessive social control of deviance. Lexington, MA: Lexington Books, 1974.
4. Monahan J. The prediction of violent behavior: toward a second generation of theory and policy. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 10–5.
5. Monahan J, Steadman HJ, Appelbaum PS, Robbins PC, Mulvey EP, Silver E et al. Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 312–9.
6. Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. Assessing risk of violence to others. I: Webster CD, Jackson MA, red. *Impulsivity: theory, assessment and treatment*. New York: Guilford Press, 1997: 251–77.
7. Hare RD. *Manual for the Hare Psychopathy Checklist – revised*. Toronto: Multi-Health Systems, 1991.
8. Hart SD. The role of psychopathy in assessing risk for violence: conceptual and methodological issues. *Leg Criminology Psychol* 1998; 3: 121–37.
9. Gardner W, Lidz CW, Mulvey EP, Shaw EC. A comparison of actuarial methods for identifying repetitively violent patients with mental illness. *Law Hum Behav* 1996; 20: 35–48.
10. Fuller J, Cowan J. Risk assessment in a multidisciplinary forensic setting: clinical judgement revisited. *J Forensic Psychiatry* 1999; 10: 276–89.
11. Guldberg CA, Årslund D. Voldelig atferd hos pasienter – kan den forutsies? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992; 112: 3571–4.
12. Grann M, Nilstun T. Råttsspsykiatriske risikobedømninger är etiskt försvarbara. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2126–8.
13. Dolan M, Doyle M. Violence risk prediction: clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 303–11.
14. Alfarnes SA. *Strukturerte kliniske vurderinger av valdsrisiko. Prosjektrapport 2001*. Molde/Oslo: Fylkessjukehuset i Molde, Aker sykehus, 2001.
15. Cleckley H. *The mask of sanity: an attempt to reinterpret the so-called psychopathic personality*. St. Louis, MO: Mosby, 1941.
16. Mullen PE. Forensic mental health. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 307–11.
17. Almvik R, Woods P, Rasmussen K. The Brøset Violence Checklist: sensitivity, specificity, and interrater reliability. *Journal of Interpersonal Violence* 2000; 15: 1284–96.
18. Bjørkly S. The scale for the prediction of aggression and dangerousness in psychotic patients (PAD): a prospective pilot study. *Criminal Justice Behav* 1994; 21: 341–56.
19. Mossman D. Assessing predictions of violence: being accurate about accuracy. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 783–92.
20. Munro E, Rungay J. Role of risk assessment in reducing homicides by people with mental illness. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 116–20.

○

## AnnONSE