

Faktaark:

Personer med psykiske lidelser og voldsrisiko

Når mennesker med psykiske lidelser utøver grov vold eller begår drap, gir det ofte store medieoppslag. Diskusjonene i ettertid bærer ofte preg av en unyansert forståelse av psykiske lidelser, forslag til forenklete løsninger samt upresis bruk av referanser og fakta. Konsekvensen er økt fare for stigmatisering av mennesker med psykiske lidelser. Norsk Psykologforening har sett nærmere på forskningslitteraturen.



Hovedfunnene kan oppsummeres slik:

- Det begås få drap i Norge sammenliknet med andre land, og tendensen har vært nedadgående siden 80-tallet.
- Det er ikke vitenskapelig grunnlag for å hevde at mennesker med psykiske lidelser i sin alminnelighet er farligere enn andre.
- Ruslidelser i kombinasjon med alvorlig psykiske lidelser kan gi forhøyet voldsrisiko.

Generelt

- Antall drap begått av personer med alvorlig sinnslidelser er lavt i Norge, og har vært gradvis synkende siden 1980 tallet.
- For å kunne hevde at psykisk lidelse er en årsak til voldsatferd, må man også ta hensyn til andre faktorer som kan forårsake vold, noe som er generelt vanskelig¹.
- Jo flere faktorer man kontrollerer for, jo mindre forskjell er det på voldsforekomst hos mennesker med eller uten psykisk lidelse. Det er også store forskjeller avhengig av hvilken type psykisk lidelse vi snakker om².
- Å forutsi framtidig vold er vanskelig selv om det etter hvert er utviklet anvendelige risikovurderingsverktøy. Grunnen er at mange faktorer spiller inn. Eksempler er levestandard, bosted, arbeidsløshet og relasjonsbrudd, tidligere voldshistorie og kriminalitet samt kliniske faktorer som symptomer på psykose.

Ruslidelse, psykiske lidelser og vold

- Internasjonale studier viser en klar sammenheng mellom alkoholkonsum og vold. Dette gjelder både vold i nære relasjoner og vold mellom unge menn³. Ved andre rusmidler er litteraturen mindre entydig, men misbruk av alle typer viser mer involvering i voldsepisoder.⁴
- Pasienter med samtidig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse, har forhøyet risiko for rusrelatert vold⁵.
- Den tydeligste markøren for voldsrisiko er tidligere bruk av vold. Kombinasjonen av risikofaktorene tidligere vold, antisosialitet og rus gir en mangedoblet økning av voldsrisikoen hos personer med og uten og alvorlig psykisk lidelse.⁶

¹ Monahan, J. m.fl. (2001) *Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. New York: Oxford University Press

² Elbogen & Johnson 2009, Hiday 2006, ref. i NOU 2010:3 s.42

³ NOU 2010:13 s.52 Drap i Norge i perioden 2004-2009. Helse og omsorgsdepartementet.

⁴ NOU 2010:3 s. 54

⁵ Boles & Johnson, 2001; Elbogen & Johnson, 2009, ref. i NOU 2010:3 s 58

Personlighetsforstyrrelser

- Ved dyssosial personlighetsforstyrrelse er det en betydelig større risiko for å begå alvorlige voldshandlinger enn hos personer uten, også sammenliknet med annen psykisk lidelse, for eksempel schizofreni⁷.

Schizofreni

- Det er ikke slik at de som har en psykotisk lidelse nødvendigvis er farligere enn andre⁸.
- Blant de med psykoselidelse som begår drap, begås de aller fleste drapene (39%) av de med ubehandlet førstegangpsykose. Risikoen er over 15 ganger lavere hos de som har fått behandling⁹.
- Risikofaktorer ved psykoselidelser er sterkt emosjonelt ubehag knyttet til vrangforestillinger om å være forfulgt og muligens også av å høre voldsbefalende stemmer (Bjørkly 2002). Manglende psykologisk og medikamentell behandling har også en negativ effekt (Witt et al., 2013)¹⁰.
- Både symptomets kvalitet, styrke og ubehag spiller inn, men det er viktig å være klar over at også mennesker med psykose kan utøve vold som ikke er psykoseutløst.

Bipolar

- Kun der hvor bipolare lidelse kombineres med rusmisbruk foreligger det forhøyet voldsrisiko¹¹

Hva må gjøres

Vi kan ikke forvente at vi med sikkerhet skal kunne identifisere en potensiell drapsutøver. Målet er heller å kunne gjennomføre en risikovurdering og iverksette en behandling/risikohåndtering der dette er nødvendig. Psykologforeningen mener:

- At tidlig identifisering og forebygging er viktig for å minske voldsrisiko.
- At vi trenger mer kompetanse på rus, både i psykisk helsevern og kommunale tjenester.
- At vi trenger mer kompetanse på vurdering og håndtering av voldsrisiko i psykisk helsevern og kommunale tjenester.
- At tiltak må tilpasses kunnskapen om at samtidig ruslidelse og alvorlig psykisk lidelse utgjør høy risiko for pasientsikkerhet i form av skade på seg selv eller andre.

⁶ NOU 2010:3 Drap i Norge i perioden 2004-2009. Helse og omsorgsdepartementet.

⁷ Asnis m.fl., 1997; Fountoulakis, Leucht & Kaprinis, 2008.

⁸ NOU 2010:3 kap 6.

⁹ Nielssen, O., & Large, M. (2010). Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull*, 36(4), 702-712.

¹⁰ Helsedir (2013) Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser.

¹¹ Fazel, S. et al. (2010); *Bipolar Disorder and Violent Crime – New Evidence From Population-Based Longitudinal Studies and Systematic Review*. *Arch Gen Psychiatry*, 67 (9): 931-938

- At samhandling er en nøkkelfaktor som sikres gjennom tett og sømløs oppfølging med klar oppgavefordeling innen og mellom tjenesteområder.
- At det trengs mer psykologfaglig kompetanse i kommunene.
- At vi må trygge langtids døgnplasser for dem med høyest voldsrisiko.

Hva vet vi om god praksis

- God praksis forutsetter strukturert klinisk risikovurdering som også innbefatter utforming og oppfølging av tiltak for å redusere nye voldshandlinger. Dette krever større ressurstilgang og et utvidet undervisningstilbud til klinikere.
- En kombinasjon av å identifisere individuelle sårbarhetssammenhenger og forvarsel om vold, gir et godt utgangspunkt for å utforme effektive forebyggende tiltak hos personer med voldshistorie. Det er viktig å påpeke at det finnes kunnskap om risikofaktorer for voldsutøvelse og at det går an å identifisere disse. Allikevel vil langt de fleste av de som har risikofaktorer aldri begå voldshandlinger. Dette betyr at det ikke er mulig å forutsi hvem som kan begå drap.
- Der hvor relevante nasjonale faglige retningslinjer etterleves, unngår man i større grad fragmentert oppfølging og manglende fokus på rus.
- Enkelte DPS gir oppfølging/behandling av hjemmeboende pasienter som mottar helsevern etter særreaksjonen «dømt til behandling». Tilbudet fremstår lovende, men bør evalueres.
- ACT team, F-ACT team og andre oppsøkende behandlingsteam kan muliggjøre forsvarlig hjemmebehandling for pasienter som ikke kan nås via ordinær poliklinisk behandling. Dette må også eventuelt evalueres.

HVA HAR VI TIDLIGERE SAGT?

Høringssvar fra Norsk Psykologforening på *NOU 2011:9 – "Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet – Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern"* 1.2.2012.

Høringssvar fra Norsk Psykologforening på *Forslag om særlige regler for gjennomføring av psykisk helsevern i regionale sikkerhetsavdelinger, herunder i enhet med særlig høyt sikkerhetsnivå* 22.3.2012

Høringen om ny våpenlov 2012– der refererer vi til Olsenutvalget.