

SKJEMA FOR VURDERING AV AGGRESSIV OG FARLIG ATFERD  
HOS PSYKOTISKE MENNESKER (VAFA)

STÅL BJØRKLY  
SIKKERHETSPOSTEN  
PSYKIATRISK STORAVDELING  
FSH MOLDE

## OM SÅRBARHET OG AGGRESJON

Skjema for vurdering av aggressiv og farlig atferd (VAFA) er et redskap for vurdering av sannsynligheten for at en pasient skal vise aggressiv atferd i løpet av de neste 6-12 måneder. Med aggressiv atferd menes: (1) verbale og fysiske trusler om å påføre andre personer som er innen rekkevidde (i situasjonen) fysisk skade (inklusive drapstrusler) (2) fysiske angrep (Se s.13 under "Intensitet" for definisjon av aggressiv atferd). VAFA-skjemaet består av en serie situasjoner som kan føre til økt risk for aggressiv atferd hos forskjellige pasienter.

De fleste har sikkert erfart at vår selvkontroll over reaksjoner som har fellestrekk med aggresjon (f. eks sinne, irritasjon) ofte påvirkes av hvilken situasjon vi er i. Mange av oss har lettere for å vise sinne overfor eksempelvis ektefelle/samboer enn overfor relativt ukjente personer. Noen av oss blir lett irritert over rot, mens andre igjen ser ut til å finne seg meget godt til rette i en avdeling som ligner en "rothaug". Andre igjen har lett for å "tenne" hvis de har dårlig tid og er redd for ikke å nå bussen, flyet o.l. Selv om vi til en viss grad kan finne årsaker til disse forskjellene så er det i denne sammenhengen viktigst å få fram at vi er mer eller mindre sårbare for å bli sint/irritert alt etter hvilken situasjon vi er i.

En slik sårbarhet ser også ut til å finnes når det gjelder psykotiske pasienters aggresjon. Noen er redd for vanlig fysisk kontakt og sannsynligheten for aggressiv atferd er stor hos enkelte av disse pasientene i slike situasjoner (Se A. Fysisk kontakt i VAFA-skjemaet). Andre tåler ikke å bli grensesatt, få avslag på forespørsler o.l. (Se B. Grensesetting). En del av aggresjonen til psykotiske pasienter kommer i sammenheng med at de er hallusinerte eller på annen måte er ute av stand til å oppfatte det som blir formidlet til dem (Se C. Kommunikasjonsproblem). Noen pasienter reagerer med aggresjon ved uro i avdelingen, ved komplikasjoner i forhold til familien sin o.l. (Se D. Omstillinger). Andre blir truende når det er mange ukjente vikarer i avdelingen, når de er alene med kvinner osv. (Se E. Personer). I en del spesielle tilfeller øker sannsynligheten for at en pasient skal bli aggressiv bare ved synet av en kniv, et slagredskap eller

lignende (Se F. Risiko-kontakt). Noen pasienter viser aggressiv atferd når de er uten røyk, opplever stoff-abstinens o.l. (G. Stoff). Alle disse eksemplene peker i retning av at sannsynligheten for aggressiv atferd varierer hos en og samme person alt etter hvilken situasjon han/hun er i. Noen situasjoner medfører økt risiko for aggressiv atferd, andre situasjoner gjør det ikke.

### BRUKERVEILEDNING

Denne måten å forutsi aggressiv atferd på har først og fremst til hensikt å få systematisert de kunnskaper avdelingspersonalet har om hver enkelt pasient. Våre erfaringer tyder så langt på at vi her har betydelige kunnskaper som i altfor liten grad er blitt utnyttet når slike vurderinger skal gjøres. Denne undersøkelsen blir som nevnt gjennomført for å finne ut av om slike vurderinger er pålitelige. Brukerveiledningen er utarbeidet for å unngå misforståelser. Jeg ber dere om å sette dere grundig inn i den, før dere starter utfyllingen av VAFA-skjemaet.

\* Fyll inn pasientens navn, dato og ditt eget navn øverst på registreringskjemaet (bruk blyant!).

### VURDERING I FORHOLD TIL TO LIVSSAMMENHENGER

Hver pasient skal vurderes i forhold til to livssammenhenger når det gjelder sannsynligheten for at aggressiv atferd skal forekomme de neste 6-12 månedene. Du skal altså "tenke deg" pasientens framtidige forekomst av aggressiv atferd hvis han/hun ble værende i avdelingen og hvis han/hun ble utskrevet til egen ubemannet bolig. Først skal du gjøre vurderingen med utgangspunkt i at pasienten blir i avdelingen med den oppfølging dette vil innebære ("I avdelingen"-kolonnen). Så skal du gjøre den samme vurderingen i forhold til at pasienten ble utskrevet til egen bolig utenfor sykehuset ("Utskrevet"-kolonnen). Det er viktig å huske at du må "tenke deg" pasienten i utskrevet sammenheng, selv om utskrivning i realiteten ikke på noen måte ser tilrådelig ut for den aktuelle pasienten. Hovedpoenget er at vi får en sammenligning

av sannsynligheten for at pasienten skal vise aggressiv atferd i to sammenhenger, nemlig i avdeling og "ute i samfunnet". Forestill deg at pasienten får være ute i samfunnet i 6-12 måneder, selv om han/hun skulle gå inn i en så dårlig fase at han/hun ville bli innlagt under vanlige omstendigheter. Du må altså ikke tenke: "hvis pasienten er ute i samfunnet så vil han/hun bli innlagt før det skjer noe, derfor er det ingen aggresjonsfare ute i samfunnet". Likeså skal du "tenke deg" at pasienten blir værende i avdelingen 6-12 måneder, selv om pasienten vanligvis bare trenger f. eks. et par måneder på å bli så bra at han/hun kan utskrives.

1. "I avdelingen" (Se registreringskjemaet)

Her skal du vurdere antatt forekomst av aggressiv atferd hos pasienten slik du mener den ville bli hvis vi tenkte oss at han/hun ble boende i avdelingen de neste 6-12 månedene.

2. "Utskrevet" (Se registreringskjemaet)

Her skal du vurdere antatt forekomst av aggressiv atferd hos pasienten slik du tror den ville bli hvis vi tenkte oss at han/hun ble boende "ute i samfunnet" de neste 6-12 månedene.

VURDERING I FORHOLD TIL AKUTT FASE OG BEDRE FASE.

Hver pasient skal vurderes i forhold til to faser eller svingninger når det gjelder psykisk tilstand. Vi vet at mange pasienter blir lettere aggressiv i akutt/dårlig fase. Noen pasienter er sågar nesten selvutslettende, hemmet og forsiktig i bedre fase, mens de kan være svært aggressive i akutt fase.

Siden det ofte er vanskelig å gjøre "gjennomsnittsvurderinger" av aggressiv atferd hos slike pasienter, så deler vi altså vurderingene i to.

1. "Akutt fase" (Se registreringskjemaet)

I disse kolonnene skal du vurdere sannsynligheten av at pasienten vil vise aggressiv atferd når han/hun er i akutt dårlig fase (Se "Sannsynlighet" s.13). I de situasjoner du mener det er sannsynlig at aggressiv

atferd vil forekomme så skal du også skåre hva slags aggressiv atferd du tror vil forekomme (Se "Intensitet" s. 13).

## 2. "Bedre fase" (Se registreringskjemaet)

Her skal du vurdere pasienten i forhold til slik han/hun oppleves i de periodene som er representative for tiden mellom akutte faser. Pasienten kan naturligvis fortsatt være psykotisk, men oftest ikke så kaotisk og oppløst som i akutt fasene.

\* VAFA-skjemaet er utviklet for bedre å kunne forutsi:

- I. I hvilke situasjoner hver enkelt pasient antas å kunne bli aggressiv ("I. Situasjoner" se s.5).
- II. Hvor stor sannsynlighet det er for at pasienten skal vise aggressiv atferd i hver enkelt situasjon ("II. Sannsynlighet" se s.13).
- III. Hvilken intensitet den aggressive atferden forventes å ha ("III. Intensitet" se s.13)

### I. Situasjoner

Disse situasjonene finner du i venstre kolonne på skåringsskjemaet ("Situasjoner/sammenhenger som kan føre til farlig atferd"). Til sammen skal du vurdere hver pasient i forhold til 30 situasjoner fordelt på 7 hovedkategorier (Fra A. Fysisk kontakt til G. Stoff). Den siste hovedkategorien, H. Andre situasjoner, brukes hvis det er andre aktuelle situasjoner enn de 30 situasjonene som skjemaet dekker.

\* De 30 situasjonene er:

#### A. FYSISK KONTAKT

### 1. Fra pasienten til kjente personer

Når det gjelder situasjon 1 (og 2), så dreier det seg her om at pasienten gir vanlig fysisk kontakt til å begynne med, men at pasienten mister styringen over dette og blir truende eller angriper hvis han/hun ikke blir stoppet i tide. Her skal du skåre sannsynligheten for aggressiv atferd overfor kjente personer (f. eks personal som pasienten kjenner godt)

Eks: Pasienten setter seg nært inntil en annen person, legger hånden tilsynelatende vennlig rundt vedkommende og til slutt ender det med at pasienten tar kvelertak på den andre personen). Det antas at hvis den andre personen hadde satt grenser for den fysiske kontakten fra pasienten mens den ennå var normal, så ville ikke episoden ha forekommet.

### 2. Fra pasienten til ukjente personer

Som under pkt 1, men nå i forhold til ukjente personer (f. eks nytt personal, ukjent vikar, ukjent besøkende).

### 3. Til pasienten fra kjente personer

Punkt 3 (og 4) gjelder vanlig fysisk kontakt eller nærhet som blir gitt til pasienten som naturlig del av samhandlingen med pasienten. Hvis pasienten antas å ville være truende eller fysisk angripende i slike situasjoner i forhold til personer han/hun har kjent over tid, så skåres dette her.

Eks: Pasienten har flere ganger truet med å angripe kjente personer når de etter hans/hennes vurdering har satt seg for nært inntil han/henne, lagt handa vennlig på skulderen hans/hennes o.l.  
Pasienten har gått til angrep etter å ha følt at et kjent personal har brutt grensen for fysisk nærhet ved bare så vidt å ha kommet i berøring med pasienten i en for andre naturlig sammenheng (f. eks. kommet bort i pasienten i forbifarten ved matservering).

### 4. Til pasienten fra ukjente personer

Som under pkt. 3, men nå i forhold til ukjente personer.

## B. GRENSESETTING

### 5. Avslag på ønsker/forespørsler

Eks: Pasienten vil kunne true/gå til angrep hvis hun/han får avslag på å gå inn på rommet utenom fastsatt tid, blir nektet utgang, får avslag på ønske om medisinreduksjon, blir nektet mer å drikke, blir nektet permisjon osv.

### 6. Avvisning/gis ikke oppmerksomhet nok

Eks: Pasienten vil kunne reagere med aggressiv atferd hvis hun/han må vente eller hvis hun/han ikke får den (gjerner urimelige mengde) oppmerksomhet hun/han krever. Husk at det med "avvisning" og "gis ikke oppmerksomhet nok" menes pasientens opplevelse av hvor mye oppmerksomhet hun/han trenger.

### 7. Grensesetting/korrigerer

Eks: Pasienten kan reagere med aggressiv atferd når hun/han f. eks blir stoppet i å bomme røyk fra medpasient, blir korrigert i forhold til utflytende atferd, må fysisk hjelpes ut av senga, må fjerne seg fra et område hun/han ikke har lov til å være på, blir hindret i å legge seg opp i behandling av andre pasienter osv.

### 8. Press på pasienten om å utføre praktiske handlinger

Eks: Her skårer du eventuell risiko for aggressiv atferd hvis pasienten blir presset til å vaske rommet sitt, vaske seg, kle seg skikkelig, delta i arbeidsterapi osv.

### 9. Manglende struktur/grenser

Eks: Pasienter som kan bli aggressive hvis det ikke er nok fasthet og grenser rundt dem skåres her. Pasienten mangler fast dagsrytme, får stå opp når hun/han vil, blir ikke stoppet ved utflytende eller provoserende atferd, har få eller ingen faste gjøremål/forpliktelser osv.

### 10. Når omgivelsene viser usikkerhet/redsel

Eks: Noen pasienter blir mer aggressive når f. eks pårørende eller personal viser usikkerhet og redsel. Dette kan komme av at pasienten ser en mulighet til å kontrollere

omgivelsene og at hun/han utnytter dette, at pasienten ikke tåler at andre viser redsel osv.

### C. KOMMUNIKASJONSPROBLEM

#### 11. Pasienten forstår ikke det som blir formidlet

Eks: Noen ganger skyldes dette at pasienten har intelligensmessige begrensninger eller hjerneskade, andre ganger kan psykotiske symptom "forurensning" oppfatningsevnen, gjøre han/hun oppløst og forvirret osv. Hvis dette kan gjøre pasienten aggressiv, skåres det her.

#### 12. Pasienten blir ikke forstått

Eks: En del pasienter har problemer med å uttrykke seg forståelig pga. cerebral parese, psykisk utviklingshemming, demens, språklig tvangsmessighet, psykose osv. Pasienten kan selv mene at han/hun uttrykker seg tydelig og greit, selv om tilhøreren(e) ikke klarer å oppfatte hva han/hun sier og mener. Hvis dette kan medføre aggressiv atferd, så skåres det her.

#### 13. Pasienten virker styrt av befalende stemmer, misidentifikasjon o.l.

Dette punktet dekker den aggresjon som ofte er beskrevet som "aggresjon på psykotisk grunnlag".

Eks: Pasienten kan true eller angripe fordi han/hun hører stemmer som sier at han/hun må gjøre det, han/hun har "sett det skrevet" i Bibelen, han/hun har en paranoid oppfatning av at bare det å angripe andre kan forhindre at han/hun selv blir tatt av dage osv.

### D. OMSTILLINGER

#### 14. Når fast personal slutter/permitteres/drar på ferie osv.

Mange pasienter blir engstelige i slike situasjoner. Her skåres bare de som du antar vil kunne bli aggressive i slike situasjoner. NB! I forhold til kolonnen "Utskrevet" menes f.



eks støttekontakt, hjemmesykepleier, hjemmehjelper o.l. med uttrykket "fast personal".

#### 15. Når andre nære personer "trekker seg unna" pasienten

Eks: Pårørende slutter å ta kontakt med pasienten, at kjærlighetsforhold går over styr, medpasienter som har stått pasienten nær en periode vil ha minst mulig med henne/ham å gjøre osv. Vanlige reaksjoner på dette er skuffelse, angst, sinne og depresjon. Her skåres du bare hvis pasienten antas å ville vise aggresjon i slike situasjoner.

#### 16. Når pasienten kommer fra permisjoner, turer o.l.

Eks: Noen pasienter kan bli aggressive etter å ha vært borte fra avdelingen en formiddag, et døgn eller noen dager. Hvis det er grunn til å tro at pasienten vil reagere med trusler eller angrep etter at hun/han er kommet tilbake til avdelingen og at dette kan knyttes til at hun/han har vært på permisjon, tur, utgang e.l., så skåres det her. Det er viktig å understreke at det er sårbarhet for selve omstillingen som skal skåres her. Dette betyr at en pasient som ofte ruser seg og da kan være aggressiv ved tilbakekomst til avdelingen ikke skal skåres her, men under hovedpunkt G. Stoff.

#### 17. Skremmende ytre begivenheter (via massemedia, selvopplevde ulykker o.l.).

Eks: Pasienten kan bli aggressiv etter å ha sett TV-bilder, avisreportasjer, o.l. fra Gulf-krigen, Tsjernobyl-ulykken, kuppet i Sovjetunionen, store naturkatastrofer, trafikk-ulykker o.l. Det samme gjelder naturligvis om pasienten selv har vært øyenvitne til eller utsatt for trafikkulykker o.l. Husk at du skal skåre 0 hvis pasienten bare antas å bli engstelig, men ikke aggressiv.

#### 18. Uro i avdelingen

Eks: Andre pasienter kan skape uro gjennom f. eks. roping, manisk atferd, aggressiv atferd etc. Hvis dette kan medføre at den vurderte pasienten blir aggressiv så skåres dette her. NB! I forhold til kolonnen "Utskrevet fra avdeling" må vurderingen gjøres i forhold til eventuell uro i naboileilighet, nabolag o.l.

19. Komplikasjoner i forhold til familie og venner

Eks: Her menes for eksempel sykdom og død i familien, familiemedlemmers samlivsbrudd, konkurser og oppsigelser som rammer familiemedlemmer og venner osv. Nok en gang må det understrekes at en skåre over 0 også her forutsetter at pasienten forventes å kunne bli aggressiv og ikke bare urolig eller mistilpass ved å få slik informasjon.

E. PERSONER20. Ukjent betjening/vikarer

Her skåres økt risk for aggressiv atferd overfor ukjente vikarer eller relativt nye bekjentskaper for pasienten. De "nye" trenger ikke vise spesielt mye redsel eller usikkerhet og likevel så øker faren for at pasienten skal angripe eller true. Dette kan komme av at pasienten er redd dem, ser muligheten til å utnytte dem osv. NB! Når det gjelder kolonnen "Utskrevet" må "betjening/vikarer" igjen forstås som eksempelvis hjemmesykepleier, hjemmehjelp o.l.

21. Kontakt med visse personer (medpasienter, venner, familie og slektninger)

Hvis det er visse personer som pasienten lettere vil kunne vise aggressiv atferd mot, og disse ikke dekkes av de to påfølgende punktene (22 og 23), så skårer du her. Det er viktig å påpeke at personenes nærvær i seg selv skal kunne øke aggresjonsrisiken. Hvis det er spesielle komplikasjoner som må til før du tror at pasienten vil bli aggressiv, så skåres dette under punkt D.19 "Komplikasjoner i forhold til familie og venner"

22. Kontakt med barn/barnehage

Eks: Pasienten kan la seg provosere til trusler eller angrep mot barn. Det samme er tilfelle hvis pasienten har ideer om at barn er farlige, at de må uskadeliggjøres, osv.

23. Kontakt med eldre/uføre/fysisk "forsvarsløse"

Eks: Pasienten kan true eller angripe når han/hun føler seg fysisk overlegen i forhold til eldre, uføre, fysisk

forsvarsløse o.l. Noen pasienter har også ideer om at slike personer ikke har "livets rett". Begge deler skåres under dette punktet.

#### 24. Enekontakt med kvinner

Eks: Pasienten antas å være farligere når han er alene med kvinner enn med menn. Dette kan skyldes at pasienten ikke takler å ha en følelse av å ha et fysisk overtak, men det kan også komme av voldtektsfare, at han/hun har et spesielt voldelig forhold til kvinner osv.

#### 25. Enekontakt med menn

Som i pkt 24, men nå i forhold til menn.

### F. RISIKO-KONTAKT

#### 26. Umiddelbar nærhet av farlige gjenstander (glass-skår, kniv, våpen)

Noen pasienter føler en "magnetisk" draging i retning av å bruke glass-skår, kniv og våpen mot andre bare ved synet av disse. Disse pasientene skal skåres her. Forutsetningen er at pasienten uten å være aggressiv på forhånd antas å ville kunne miste kontrollen ved synet av kniver, våpen o.l. Du skal altså ikke skåre en pasient her bare fordi han/hun under et raseriutbrudd ville kunne bruke hva som helst for å skade andre.

#### 27. Trafikkerte områder (bil, buss, tog osv.)

Å dytte andre personer ut i vegbanen foran kjøretøy er i høyeste grad en aggressiv handling. Noen pasienter viser eller har vist klare tegn på at de kan komme til å gjøre dette. Hvis du mener at det er mulig at den aktuelle pasienten kan komme til å gjøre dette, skårer du han/henne under dette punktet.

G. STOFF28. Rus av et eller annet slag

Hvis det er grunn til å tro at pasienten vil bli aggressiv under rus-påvirkning, så skåres det her.

29. Uten røyk

De fleste røykere opplever det å være røyktom som en stor belastning. Hvis det er rimelig å tro at pasienten kan bli truende, ja, endog at han/hun kan angripe i slike situasjoner, så skåres det her. Angrepet/truslene kan komme som et ledd i å skaffe seg tobakk, eller som et resultat av irritabilitet pga. tobakks-abstinens.

30. Annen stoffabstinens

Som i pkt 29, men nå vurdert i forhold til eksempelvis alkohol, løsemidler (sniffing), narkotiske stoffer, vanedannende legemidler o.l.

## II. Sannsynlighet.

Dette skåres i "Sannsynlighet"-kolonnene på skåringsarket (Se skåringsarket). For hver av de 30 situasjonene skal du gi pasienten en skåre mellom 0 og 5. Disse skårene står for:

- 0 = Ingen/minimal sannsynlighet (for aggressiv atferd i den aktuelle situasjonen).
- 1 = Liten sannsynlighet (Omlag 1 av 20 slike situasjoner vil kunne føre til aggressiv atferd)
- 2 = En viss/middels sannsynlighet (Omlag 1 av 10)
- 3 = Stor sannsynlighet (Omlag 1 av 5)
- 4 = Meget stor sannsynlighet (Omlag 1 av 3)
- 5 = Ekstremt stor sannsynlighet (Omlag 1 av 2)

Tallene i parentes (1 av 20, 1 av 10 osv.) er cirka-angivelser og må følgelig ikke tolkes for bokstavelig

Husk at alle situasjonene skal skåres selv om skåren blir = 0 !

## III. Intensitet.

Dette skåres i "Intensitet"-kolonnene på skåringsarket (Se skåringsarket). For hver av de 30 situasjonene skal du gi pasienten en skåre mellom 0 og 5. Disse skårene står for:

- 0 = Ingen aggressiv atferd forventet
- 1 = Verbale trusler om å påføre andre fysisk skade eller død. For at slike trusler skal "telle med" må den personen truslene rettes mot være innen fysisk rekkevidde for angrep fra den som truer (noen meters avstand).
- 2 = Fysiske trusler mot andre personer i form av å knytte never, spytte på o.l., eller at pasienten på andre måter viser at han/hun forbereder angrep.
- 3 = Fysiske angrep mot andre personer i form av kloring og lugging. Farlige redskap eller våpen vil etter all sannsynlighet ikke bli brukt, selv om de var tilgjengelige.

- 4 = Fysiske angrep mot andre personer i form av slag, spark, kasting av gjenstander o.l. Farlige redskap eller våpen vil etter all sannsynlighet ikke bli brukt, selv om de var tilgjengelige.
- 5 = Fysiske angrep ved hjelp av hvilket som helst farlig middel, inklusive livstruende kampsport-teknikker, kniv, skytevåpen osv.

Hvis du mener at en eller flere av disse atferdene med en viss sannsynlighet vil kunne forekomme hos den aktuelle pasienten i de neste 6-12 månedene, så må du altså skåre høyere enn 0 for de situasjonene dette gjelder. For hver situasjon skal du bruke den høyeste "Intensitetsskåren" som er representativ for pasienten i den gitte situasjonen. Dette vil altså si at hvis du tror at pasienten av og til vil komme til å bruke hvilket som helst farlig middel i en situasjon, så setter du 5 på denne situasjonen selv om slag, spark, osv. (4) er den vanligste formen for aggressiv atferd hos han/henne.

NB! Det er viktig å huske at i "Sannsynlighet"-kolonnen skårer du sannsynligheten for at minst en av de følgende aggressive atferdene skal kunne forekomme: verbale trusler, fysiske trusler og forskjellige former for fysiske angrep. I "Intensitet"-kolonnen skårer du det sterkeste aggressive uttrykket den vurderte pasienten antas å kunne vise i den aktuelle situasjonen. Dette betyr altså at du må se på de to kolonnene hver for seg. I en situasjon er det f.eks. riktig å sette 5 på "Intensitet"(Fysisk angrep ved hjelp av hvilket som helst farlig middel). Pasienten er som oftest verbalt truende når han er aggressiv, men noen ganger har han også vist at han er troendes til å gjøre hva som helst når han mister kontrollen. Sannsynligheten for at det siste skal skje er veldig liten, men trass i dette så setter jeg 4 ("Meget stor sannsynlighet") i "Sannsynlighet"-kolonnen. Dette gjør jeg altså fordi sannsynligheten for at pasienten skal vise en annen form for aggressiv atferd (verbale trusler) i den vurderte situasjonen er meget stor.

#### Sannsynlighets- og intensitetsskåre (SI-skåre)

Denne skåren framkommer ved at man legger sammen Sannsynlighetsskåren og Intensitetsskåren innen hver av de 30 VAFA-situasjonene (hvis "H. Andre situasjoner" brukes i tillegg kan naturlig nok antallet overstige 30). Summen av

disse 30 produktene er SI-skåren for den aktuelle pasienten. Man vil i alt få fire SI-skårer for hver pasient (Akutt fase og Bedre fase for "I avdeling" vurderingene og Akutt fase og Bedre fase for "Utskrevet" vurderingene). SI-skåren er ment å gi et samlet uttrykk for sannsynligheten for at aggressiv atferd vil forekomme og den forventede intensiteten til den aggressive atferden.

#### Farlighetsskåre (F-skåre)

Denne skåren fanger opp hvorvidt pasientens aggresjonspotensiale er vurdert til å innebære risiko for at pasienten kan kunne ta livet av andre personer. Hver VAFA-situasjon med Intensitetsskåre på 5 gir en Farlighetsskåre på 1. Siden det totalt er 30 VAFA-situasjoner, så er en Farlighetsskåre på 30 det høyeste en pasient kan ha (hvis ikke "H. Andre situasjoner" brukes i tillegg).

#### PSYKOMETRISKE EGENSKAPER

VAFA-s interrater reliabilitet, målt med intraklassekorrelasjoner (ICC), var .85 for "I avdeling" prediksjoner og .87 for "Utskrevet" prediksjoner (3 grupper med 9 uavhengige bedømmere i hver gruppe). En pilot studie av forholdet mellom VAFA prediksjoner og de påfølgende 12 måneders forekomst av trusler og fysiske angrep ga en korrelasjon på .95 (Spearman Rank Order,  $p < .001$ ,  $N=8$ ).

Referanser

- Bjørkly, S. (1993). Scale for the Prediction of Aggression and Dangerousness in Psychotic Patients, an introduction. Psychological Reports, 73, 1363-1377.
- Bjørkly, S. (1994). The Scale for the Prediction of Aggression and Dangerousness in Psychotic Patients: A prospective pilot study. Criminal Justice and Behavior, 21, 341-356.
- Bjørkly, S., Havik, O. & Løberg, T. (1996). The interrater reliability of the Scale for the Prediction of Aggression and Dangerousness in Psychotic Patients (PAD). Criminal Justice and Behavior, 23, 440-454.