



Hantering av hot och våld inom psykiatri – riskfaktorer för våld och aggression

SBU KOMMENTARER | KOMMENTAR OCH SAMMANFATTNING AV UTLÄNDSKA KUNSKAPSÖVERSIKTER

20 DECEMBER 2016 | WWW.SBU.SE/2016_10

Våld och aggressivitet hos patienter på psykiatriska vårdavdelningar medför ett hot mot både patienter och personal. Det är därför viktigt att på ett tidigt stadium identifiera individer med ett riskfyllt beteende, för att möjliggöra förebyggande insatser och stöd. I många länder är det praxis inom psykiatrin att göra en bedömning av enskilda patienters farlighet för sig själva och för andra. Syftet med detta är att försöka förhindra eventuella framtida våldshandlingar. Det finns dock mycket som fortfarande är oklart när det gäller vilka faktorer som är knutna till våldsbeteende och hur risker för våldsamt beteende ska värderas.

SBU har här sammanfattat och kommenterat underlaget till det brittiska National Institute for Health and Care Excellence (NICE) riktlinjer Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings – NICE guidelines NG10 från år 2015 [1]. SBU har inte granskat de studier som utgör underlaget för NG10 utan redogör här för de resultat och slutsatser som presenteras i rapporten och som bygger på litteratursökningar och analyser utförda av NICE.

Kommenterad rapport

NICE (2015). [Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings](#). ISBN: 978-1-4731-1234-6. National Institute for Health and Care Excellence, London [1].
Publicerad: 2015-05-28 • Senaste sökning: 2014-08

SBU:s sammanfattning

I översikten sammanställs vilka faktorer hos patienter inom slutenvård och öppenvård som utgör riskfaktorer för våldsamt eller aggressivt beteende. Författarna till översikten gjorde bedömningen att tidigare våldsamt beteende utgör en riskfaktor för våld och aggression. Även psykotisk sjukdom som diagnostiseras sent i livet och schizofreni utgjorde riskfaktorer i studier utförda inom slutenvård. Inom öppenvård utgjorde droganvändning och att tidigare ha blivit utsatt för

våld riskfaktorer för våldsamt och aggressivt beteende. Författarna konstaterade att det rådande kunskapsläget är bristfälligt med få studier och där få faktorer undersökts i mer än en studie.

SBU:s kommentarer

- ▶ Generellt visar forskningen att det finns ett måttligt samband mellan psykisk sjukdom och risken för våldsamt och aggressivt beteende i vården. Det är dock viktigt att framhålla att de flesta personer med psykisk sjukdom aldrig kommer att vara våldsamma.
- ▶ Inom psykiatrin är det viktigt att ta hänsyn till den aktuella situation som en riskbenägen patient befinner sig i. Risken för våld kan då definieras som en kombination av patientrelaterade riskfaktorer och yttre, situationsspecifika omständigheter. Faktorer som ökar risken kan till exempel vara tidigare våldsamt beteende hos patienten, drog- eller alkoholpåverkan, sömnbrist, avbruten antipsykotisk medicinering och förvirring. De situationsspecifika omständigheterna kan vara trångt utrymme, hög rumstemperatur eller stressad och upprörd personal. En fördel med att använda begreppet "farlig situation" istället för "farlig patient" är att det kan vara lättare att se vilka riskfaktorer som går att minska i de specifika situationerna. Risken för våld kan avta om trängseln minskar, frisk luft släppts in och personalen arbetar med en låg ljudnivå.
- ▶ I rapporten undersöks ett flertal olika riskfaktorer. NICE har valt att enbart inkludera studier som haft en framåtblickande (prospektiv) studiedesign, och som analyserat flera variabler samtidigt för att undersöka betydelsen av enskilda riskfaktorer. På grund av detta inklusionskriterium, ingår endast sju identifierade studier. Fem av dessa baseras på patienter vårdade inom psykiatrisk slutenvård men ingen av studierna har undersökt betydelsen av ett

pågående missbruk, vilket är en väletablerad riskfaktor för våld och aggressivt beteende hos patienter med psykisk sjukdom. Detta pekar på behovet av nya och väldesignade studier, vilkas resultat kan överföras till vården och förhoppningsvis leda till utveckling av behandlingsmetoderna.

- ▶ En brist i NICE guidelines NG10 är att det bland de givna rekommendationerna är otydligt vad som baseras på den rådande kunskapssynen hos Guideline Development Group (GDG) och vad som grundar sig på de inkluderade studiernas resultat.

Sammanfattning av originalrapporten

Om studierna i originalrapporten

I NICE guidelines NG10 sammanfattas resultaten från åtta prospektiva (framåtblickande) kohortstudier (n=3 903), i vilka man undersökt enskilda faktorer, associerade med risk för våldsamt och aggressivt beteende [2–10]. Studierna bedömdes generellt ha hög kvalitet men brister rapporterades avseende bortfall. Alla studiedeltagare var vuxna patienter inom psykiatrisk slutenvård eller öppenvård, och endast studier som använt sig av multivariata analysmetoder av de oberoende riskfaktorerna inkluderades (Tabell 1).

Riskfaktorer som ingick i utvärderingen kategoriserades enligt följande:

- Demografi (ålder, kön, etnicitet, civil status, utbildning, arbete, erfarenhet av tidigare våldshändelse)
- Premorbiditet (personlighet och handlingsmönster som förebådar våldsamt/aggressivt beteende)
- Kriminell bakgrund
- Psykopatologi
- Alkohol- och drogmissbruk
- Behandlingsrelaterade faktorer
- Självordsbenägenhet

För registrering av våldsamma och aggressiva händelser användes något av utvärderingsinstrumenten [Overt Aggression Scale](#), [Staff Observation Aggression Rating Scale](#) eller [MacArthur Community Violence Interview](#) samt fallrapporter och patientintervjuer (Faktaruta 1). Risken för våld och aggression bestämdes för varje enskild riskfaktor.

Resultat

Ålder

Två av fem studier utförda inom slutenvård visade ett signifikant samband mellan ålder och ökad risk för våld eller aggression, OR 1,07; 1,04 till 1,11, 2 210 deltagare (Tabell 2), respektive OR 0,3; 0,104 till 0,857, 100 deltagare. Studierna pekar dock i

Tabell 1 Studiekarakteristik – riskfaktorer för våld och aggression.

Vårdmiljö	Slutenvård	Öppenvård
Inkluderade studier	Amore 2008 [2] Chang 2004 [3] Cheung 1996 [4] Ketelsen 2007 [8] Watts 2003 [10]	Hodgins 2011 [7] Dean 2006 [5] Thomas 2005 [9]
Diagnos¹	24–71 % Schizofreni 0–9 % Schizoaffektiv sjukdom 0–34 % Bipolär sjukdom 0–28 % Personlighetsstörning 0–23 % Affektiva syndrom 0–51 % Andra sjukdomar	7–81 % Schizofreni 19–38 % Schizoaffektiv sjukdom 0 % Bipolär sjukdom 0 % Personlighetsstörning 0–49 % Affektiva syndrom 0–6 % Andra sjukdomar
Ålder (genomsnitt)	40	38
Kön	64 % män, 36 % kvinnor	71 % män, 29 % kvinnor
Land	Italien [2] Taiwan [3] Australien [4] Tyskland [8] Storbritannien [10]	Kanada, Finland, Tyskland och Sverige [7] Storbritannien [5,9]
Utvärderingsinstrument	Våld (OAS) [2,3] Våld och/eller aggression (SOAS) [4,8] Våld (modifierad OAS) [10]	Våld (MacArthur Community Violence Interview) [7] Våld (fallrapporter, patientintervjuer) [5,9]

¹ Fördelning mellan de olika studierna.

OAS = Overt Aggression Scale; SOAS = Staff Observation Aggression Rating Scale

olika riktning [8,10]. I tre studier från slutenvård sågs inget samband mellan ökad ålder och ökad risk för våld eller aggression [2–4]. En av två studier utförda inom öppenvården fann ett signifikant samband mellan ålder och aggression, OR 2,04; 1,25 till 3,33, 780 deltagare, respektive OR 0,97; 0,93 till 1, 251 deltagare [7,9]. Sammantaget bedömde författarna till översikten det underlaget inte gav stöd för att ålder utgjorde en riskfaktor för våld eller aggression.

Kön

Fem studier undersökte manligt kön som riskfaktor, varav tre var utförda inom slutenvården [2–4] (N=634) och två inom öppenvården (N=1 031) [7,9]. Sammantaget sågs ingen evidens för ett samband mellan manligt kön och ökad risk för våld eller aggression, då sambandet endast var signifikant i en av de ingående studierna (Tabell 3).

Boendestöd

En studie med patienter i slutenvård rapporterade att personer som tidigare haft boendestöd uppvisade en ökad risk för våld och aggression jämfört med personer som inte haft boendestöd (OR 2,16; 95 % KI, 1,25 till 3,75; 2 210 deltagare i slutenvård) [8]. Sambandet sågs dock inte i en mindre studie utförd inom öppenvård, OR 1,31; 0,72 till 2,37, 780 deltagare i öppenvård [9].

Tidigare utsatthet för våld

- Det fanns ett signifikant samband mellan att ha varit utsatt för våld och risken för att själv begå våldshandlingar, OR 1,82; 1,12 till 2,97, 1 studie, 780 deltagare i öppenvård [9].
- Sambandet sågs även vid en analys på enbart de kvinnor som ingick i studien, OR 2,46; 1,02 till 5,93, 304 kvinnor i öppenvård [5].

Uppförandestörning

En studie kunde inte påvisa något signifikant samband mellan uppförandestörning och ökad risk för våld eller aggression, OR 1,80; 0,87 till 3,73, 251 deltagare i öppenvård [7].

Tidigare aggressivt beteende

En studie visade att fysiska våldshandlingar den senaste månaden var associerat med en ökad risk för våldshandlingar, OR 12,81; 3,36 till 48,75, 303 deltagare i slutenvård. Däremot sågs ingen association mellan våldshandlingar tidigare i livet (lifetime physical aggression) och en ökad risk för nya våldshandlingar, OR 2,08; 0,75 till 5,70 [2]. En annan studie utförd inom psykiatrisk öppenvård visade däremot på ett signifikant samband mellan tidigare aggressivt beteende och ökad risk för våld, OR 1,88; 1,15 till 3,06, 780 deltagare [9].

Tabell 2 Riskfaktor för våld – ålder.

Studie	Oddsquot	Konfidensintervall (95 %)	Antal deltagare	Vårdform
Ketelsen 2007 [8]	1,07	(1,04; 1,11)	2 210	Slutenvård
Watts 2003 [10]	0,3	(0,104; 0,857)	100	Slutenvård
Amore 2008 [2]	0,99	(0,96; 1,02)	303	Slutenvård
Chang 2004 [3]	Uppgift saknas	Uppgift saknas p>0,05	111	Slutenvård
Cheung 1996 [4]	Uppgift saknas	Uppgift saknas p>0,05	220	Slutenvård
Thomas 2005 [9]	2,04	(1,25; 3,33)	780	Öppenvård
Hodgins 2011 [7]	0,97	(0,93; 1,00)	251	Öppenvård

Tabell 3 Riskfaktor för våld – kön.

Studie	Oddsquot	Konfidensintervall (95 %)	Antal deltagare	Vårdform
Amore 2008 [2]	0,98	(0,45; 2,16)	303	Slutenvård
Chang 2004 [3]	Uppgift saknas	Uppgift saknas, p>0,05	111	Slutenvård
Cheung 1996 [4]	1,67	Uppgift saknas, p<0,01	220	Slutenvård
Thomas 2005 [9]	1,2	(0,77; 1,87)	780	Öppenvård
Hodgins 2011 [7]	2,17	(0,8; 5,94)	251	Öppenvård

Psykisk sjukdom

Avseende psykisk sjukdom som riskfaktor för våld och aggression redovisades varierande resultat (Tabell 4). En studie av Chang 2004 indikerade att om en patient diagnostiserats med psykisk sjukdom tidigt i livet var detta associerat med minskad våldsrisk [3]. I studien av Ketelsen 2007 var diagnostiserad schizofreni associerad med en ökad risk för våld [8]. Motsägelsefulla resultat rapporterades med avseende på associationen mellan beteenden såsom fientlighet och misstänksamhet och risken för våld, där Watts och medförfattare rapporterade en signifikant association [10] medan Amore och medförfattare inte såg någon koppling [2]. Thomas 2005 såg en association mellan personlighetsstörning och ökad våldsrisk [9].

Inget samband sågs i studien av Amore och medförfattare mellan ökad och våldsbenägenhet och diagnoser såsom ångestsjukdom eller depression, tankestörning, ökad mental anspänning eller letargi [2]. Thomas 2005 såg inget säkerställt samband mellan vanföreställningar och risken för våldshandlingar [9].

Vårdtid på sjukhus

- Två studier utförda inom slutenvård fann ett samband mellan ökad vårdtid på sjukhus och ökad risk för våld, OR 1,02; 1,01 till 1,04, 111 deltagare, respektive OR 1,16; $p < 0,05$; 220 deltagare) [3,4].
- Däremot kunde en studie från öppenvård inte visa något samband mellan vistelse på sjukhus (mer än 3 månader) och ökad våldsrisk, OR 1,34; 0,89 till 2,00, 780 deltagare [9].
- Vidare visade en studie från slutenvården att tvångsintagning, efter bedömt behov av psyki-

atrisk vård, var associerad med ökad risk för våld, OR 3,32; 2,11 till 5,23, 2 210 deltagare [8].

Missbruk

- Två studier från öppenvården fann att missbruk de senaste 12 månaderna var associerat med ökad våldsrisk, OR 9,03; 2,59 till 31,39, 251 deltagare, respektive OR 1,67; 1,06 till 2,62, 780 deltagare [7,9].

Självordsförsök

- En studie från öppenvården fann inga resultat som visade att tidigare självordsförsök skulle vara associerat med en ökad våldsrisk, OR 1,19; 0,73 till 1,93, 780 deltagare [9].

Hälsoekonomiska aspekter

- Sammanfattningsvis rapporterar NICE att forskningsfrågan om riskfaktorer inte lämpar sig för en ekonomisk analys.

Originalrapportens slutsatser

- Författarna till översikten noterade att det fanns få studier som inkluderade multivariata analyser för att identifiera riskfaktorer för våld och aggression hos vuxna.
- Med avseende på bakomliggande faktorer förekom endast ålder och kön i fler än en studie, och NICE ansåg därför att underlaget inte gjorde det möjligt att dra några säkra slutsatser.
- I likhet med tidigare riktlinjer bedömde författarna att tidigare våldsamt beteende utgör en oberoende riskfaktor.

Tabell 4 Riskfaktor för våld – psykisk sjukdom.

Faktor	Oddsquot	Konfidensintervall (95 %)	Antal deltagare	Vårdform	Studie
Tidig diagnos ¹	0,95	(0,92; 0,99)	111	Slutenvård	Chang 2004
Schizofreni	2,86	(1,94; 4,20)	2 210	Slutenvård	Ketelsen 2007
Ångestsjukdom/depression	0,95	(0,88; 1,02)	303	Slutenvård	Amore 2008
Fientlighet/misstänksamhet	1,06	(0,96; 1,17)	303	Slutenvård	Amore 2008
Fientlighet/misstänksamhet	1,80	(1,15; 2,82)	100	Slutenvård	Watts 2003
Tankestörning	1,02	(0,94; 1,10)	303	Slutenvård	Amore 2008
Ökad mental anspänning	0,98	(0,87; 1,10)	303	Slutenvård	Amore 2008
Letargi	1,04	(0,98; 1,10)	303	Slutenvård	Amore 2008
Personlighetsstörning	1,63	(1,06; 2,50)	780	Öppenvård	Thomas 2005
Vanföreställningar ²	1,62	(0,92; 2,83)	780	Öppenvård	Thomas 2005

¹ Minskad risk för våldsbeteende vid tidig diagnos.

² Vanföreställningar kopplade till hot eller förlorad kontroll.

- Psykotisk sjukdom som diagnostiserats sent i livet alternativt diagnostiserad schizofreni bedömdes utgöra riskfaktorer för våld och aggression.
- Med avseende på behandlingsrelaterade faktorer bedömdes att vårdtiden troligen inte utgjorde en riskfaktor.
- De riskfaktorer som identifierades i två tillgängliga studierna från öppenvård visade att narkotikaanvändning under det gångna året utgjorde en riskfaktor.

SBU:s granskning av originalrapporten

Vid SBU:s genomgång av originalrapporten användes en granskningsmall för systematiska översikter som kallas AMSTAR [11]. Granskningen visade att litteratursökning, studieurval och dataextraktion uppfyllde definierade kvalitetskrav för en systematisk översikt.

Faktaruta 1 Utvärderingsinstrument våld/aggression.

Overt Aggression Scale (OAS): OAS används för att dokumentera och bedöma allvarlighet i aggressionsincidenter. Instrumentet är indelat i fyra kategorier för aggressivt beteende: verbal aggression, fysisk aggression riktad mot föremål, fysisk aggression riktad mot sig själv samt fysisk aggression riktad mot andra. Varje kategori har fyra nivåer som representerar olika allvarlighetsgrader och som illustreras med exempel på beteenden. I instrumentet noteras också eventuella åtgärder som beteendet lett till. OAS är anpassat och vetenskapligt testat för att användas av vårdpersonal inom både barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri.

Staff Observation Aggression Rating Scale-Revised (SOAS-R): SOAS-R består av fem kolumner med rubriker som beskriver det övergripande händelseförloppet vid en aggressionsincident: hur började aggressionen, vad använde patienten (t.ex. verbalt hot, tillhygge), mot vad riktades aggressionen, vad hände/skadades samt hur lugnades patienten. I varje kolumn finns ett antal alternativ som vårdpersonal kan markera och som tydliggör den aktuella händelsen. Varje sådant alternativ motsvarar en fastställd allvarlighetspoäng. Aggressionsincidentens totala allvarlighetsgrad beräknas genom att summera varje kolumns högst skattade allvarlighetsmarkering, vilket ger en summa mellan 0–22 poäng. SOAS-R är vanligt förekommande inom alla typer av psykiatrisk vård.

Faktaruta 2 Termer.

Oddsquot (OR): kvoten mellan två odds. Exempel: odds exponerade/icke exponerade bland personer med viss sjukdom dividerat med motsvarande odds bland friska. Oddsquoten ger en uppfattning om hur starkt sambandet är mellan exponeringen och sjukdomen. Oddsquot kan också användas som (ungefärlig) ersättning för riskkvot.

Faktaruta 3 Farlighetsbedömning.

I 3§ fjärde stycket i Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) framgår att det i bedömningen av patientens vårdbehov ska beaktas om patienten på grund av sin psykiska störning bedöms vara farlig för andra personers säkerhet vad gäller fysisk och psykisk hälsa. Någon form av farlighetsbedömning måste alltså göras även om det inte finns några specifika krav i lagtexten på hur en sådan ska genomföras. I Socialstyrelsens Klassifikationer av vårdåtgärder (KVÅ 2016) finns åtgärden "Strukturerad farlighetsbedömning" som definieras "Strukturerad bedömning av risken för att patienten genom våld ska komma att vara farlig för annan. I åtgärden ingår systematisk inhämtning av relevanta anamnetiska data, bedömning av psykisk status och en, med beaktande av anamnesuppgifter, statusfynd samt kända risk- och skyddsfaktorer, gjord värdering av risken för våld mot annan. I åtgärden ingår även dokumentation av en strukturerad formulering av bedömarens värdering av risken."

Referenser

1. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings: Updated edition. London: British Psychological Society; 2015. (NICE Guideline, No. 10.) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305020/>.
2. Amore M, Menchetti M, Tonti C, Scarlatti F, Lundgren E, Esposito W, et al. Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: clinical study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008;62:247-55.
3. Chang JC, Lee CS. Risk factors for aggressive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2004;55: 1305-7.
4. Cheung P, Schweitzer I, Tuckwell V, Crowley KC. A prospective study of aggression among psychiatric patients in rehabilitation wards. *Aust N Z J Psychiatry* 1996;30:257-62.

5. Dean K, Walsh E, Moran P, Tyrer P, Creed F, Byford S, et al. Violence in women with psychosis in the community: prospective study. *Br J Psychiatry* 2006;188:264-70.
6. Ehmann TS, Smith GN, Yamamoto A, McCarthy N, Ross D, Au T, et al. Violence in treatment resistant psychotic inpatients. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:716-21.
7. Hodgins S, Riaz M. Violence and phases of illness: differential risk and predictors. *Eur Psychiatry* 2011;26:518-24.
8. Ketelsen R, Zechert C, Driessen M, Schulz M. Characteristics of aggression in a German psychiatric hospital and predictors of patients at risk. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007;14:92-9.
9. Thomas S, Leese M, Walsh E, McCrone P, Moran P, Burns T, et al. A comparison of statistical models in predicting violence in psychotic illness. *Compr Psychiatry* 2005;46:296-303.
10. Watts D, Leese M, Thomas S, Atakan Z, Wykes T. The prediction of violence in acute psychiatric units. *Int J Forensic Ment Health* 2003;2:173-80.
11. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol* 2007;7:10.

Projektgrupp

Sakkunnig

Anna Björkdahl, legitimerad sjuksköterka, med dr, Centrum för psykiatriforskning, Stockholms läns sjukvårdsområde

SBU

Mikael Nilsson, projektledare
Magnus Lekman, projektledare
Martin Norman, projektledare
Jenny Stenman, projektadministratör

Granskare

Henrik Andershed, professor i psykologi och kriminologi, Örebro universitet

Bindningar och jäv

Sakkunniga och granskare har i enlighet med SBU:s krav inlämnat deklARATION rörande bindningar och jäv. Dessa dokument finns tillgängliga på SBU:s kansli. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisas där är förenliga med kraven på saklighet och opartiskhet.

SBU utvärderar sjukvårdens och socialtjänstens metoder

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, är en statlig myndighet som utvärderar hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens metoder. SBU analyserar metodernas nytta, risker och kostnader och jämför vetenskapliga fakta med praxis inom svensk vård och socialtjänst. Målet är att ge ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör hur vården och omsorgen ska utformas.

SBU Kommenterar och sammanfattar utländska kunskapsöversikter inom medicin och socialtjänst. SBU granskar översikten men inte de enskilda studierna. Forskning som förändrar kunskapsläget kan ha tillkommit.

Innehållsdeklaration

- ✓ Relevansgranskning
- ✓ Kvalitetsgranskning
 - Sammanvägning av resultat
 - Evidensgradering gjord av SBU
- ✓ Evidensgradering gjord externt
- ✓ Baseras på en systematisk litteraturoversikt
- Konsensusprocess

SBU Kommenterar nr 2016_10

SBU:s rapporter finns i pdf på www.sbu.se. Kontakta 08-779 96 85 eller sbu@strd.se för beställning.

Ansvarig utgivare: Susanna Axelsson, GD SBU
Programsamordnare: Mikael Nilsson, SBU
Grafisk produktion: Anna Edling, SBU

SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
Telefon: 08-412 32 00
E-post: registrator@sbu.se
Webbplats: www.sbu.se

- ✓ Tas fram i samarbete med sakkunniga
- Patienter/brukare medverkar
- Etiska aspekter
- Ekonomiska aspekter
- ✓ Godkänd av SBU:s prioriterings- och kvalitetsgrupp
- Godkänd av SBU:s nämnd