

Interventioner för att förebygga och minska
tvångsåtgärder inom psykiatrisk vård och
institutionsvård av barn och unga
/ Interventions to Prevent and Reduce
Coercive Measures in Psychiatric Care and
Residential Care for Children and Adolescents
Rapport 400 (2025)

Bilaga 5 Effekter där det inte går att bedöma om resultatet stämmer

Innehåll

Interventioner som syftar till att förändra organisation och personalens arbetssätt	2
Effekt på återinskrivning.....	2
Effekt på upplevd hälsa.....	2
Effekt på övriga utfall	2
Interventioner som syftar till att förändra barns och ungas beteende.....	3
Effekt på kontinuerlig övervakning	3
Effekt på vårdtid.....	4
Effekt på upplevd hälsa.....	4
Effekt på beteende.....	5
Referenser.....	6

Interventioner som syftar till att förändra organisation och personalens arbetssätt

Effekt på återinskrivning

Det vetenskapliga underlaget för återinskrivning var en studie om CPS i psykiatrisk vård [1].

Däremot visade resultatet på fler *återinskrivningar* ($I=50$, $C=14$, $\chi^2=9,86$, $p<0,01$, $df=1$, oddskvot: 2,7 (1,43–5,11)) ett år efter införandet av **CPS** på en psykiatrisk vårdavdelning [1].

Resultaten för antalet återinskrivningar kommer från en enskild observationsstudie med måttlig risk för bias och bristande överförbarhet till svenska förhållanden. Populationen i studien utgörs främst av yngre barn (medelålder ca tio år), och den åldersgruppen förekommer inte i svensk psykiatrisk tvångsvård [1]. Resultaten bedöms ha en mycket låg tillförlitlighet, vilket innebär att det inte går att bedöma om resultatet stämmer (se kapitel 6, avsnitt 6.2.2, tabell 6.5).

Effekt på upplevd hälsa

Det vetenskapliga underlaget om effekter på hälsa var en studie om traumainformerad vård på ungdomsfängelse.

Resultatet visar att självskattad depression minskade (The Mood and Feelings Questionnaire, MFQ) ($m(sd)$ $I=8,62(5,35)$, $C=10,35(7,59)$, $F(2,72) = 3,57$, $p=<0,05$.) liksom att känslan av hopp ökade (The Ohio Scales, OS) ($m(sd)$ $I=17,26(4,96)$, $C=14,70(4,47)$, $F(2,72) = 8,78$, $p<0,001$) i interventionsgruppen, jämfört med kontrollgruppen tre månader efter införandet av **TARGET** i ungdomsfängelse [2]. Resultaten visar på en positiv effekt av TARGET när det gäller upplevd hälsa.

Resultaten för både självskattad depression och känsla av hopp redovisas i enbart en enskild observationsstudie från institutionsvård med måttlig risk för bias och bristande precision på grund av få deltagare. Resultaten bedöms därför ha en mycket låg tillförlitlighet, vilket innebär att det inte går att bedöma om resultatet stämmer (se kapitel 6, avsnitt 6.2.2, tabell 6.5).

Effekt på övriga utfall

Det vetenskapliga underlaget om effekter på övriga utfall var två studier om ungdomsfängelse om Sanctuary Model och TARGET. [3] [4].

Journaldata visar även på färre våldsangrepp per 100 vårddygn, både mot andra ungdomar ($r=0,3\%$, $p<0,05$) och mot personal (Fisher's exact test $R=1\%$ $p=<0,01$) liksom färre händelser med normbrytande beteende (youth misconduct) som lett till tvångsåtgärder eller skada ($r=5,6\%$ $p=<0,001$), men inte på några skillnader när det gäller antalet fall av övergrepp eller försummelse (cases of institutional abuse or neglect) ($r=-0,05\%$, n.s.) eller uppkomna

skador bland ungdomar ($r = -0,3\%$, n.s.) eller personal ($r = 0,1\%$, n.s.) två år efter införandet av **Sanctuary Model** [3].

Resultaten från ungdomsfängelse visar på färre våldsangrepp både mot andra ungdomar och personal och färre händelser med normbrytande beteende efter införandet av **Sanctuary Model**. Däremot framkommer ingen effekt på antalet skador på bland ungdomar eller personal, inte heller på antalet övergrepp eller försummelser, efter att Sanctuary Model införts på ungdomsfängelser. Dessa resultat redovisas i en enskild observationsstudie med måttlig risk för bias och bristande precision på grund av få deltagare. Resultaten bedöms därför ha en mycket låg tillförlitlighet, vilket innebär att det inte går att bedöma om resultatet stämmer (se kapitel 6, avsnitt 6.2.2, tabell 6.5).

Resultat från ytterligare en studie på ungdomsfängelse visar på färre disciplinära incidenter ($\beta = -0,53$, $SE = 0,17$, $CI = -0,87$ to $-0,20$ ($p < 0,05$)) två år efter införandet av **TARGET** [4]. Även detta resultat redovisas från en enskild observationsstudie med måttlig risk för bias och bristfällig rapportering. Resultaten bedöms därför ha en mycket låg tillförlitlighet, vilket innebär att det inte går att bedöma om resultatet stämmer (se kapitel 6, avsnitt 6.2.2, tabell 6.5).

Interventioner som syftar till att förändra barns och ungas beteende

Effekt på kontinuerlig övervakning

Det vetenskapliga underlaget om antalet timmar med kontinuerlig övervakning (constant observation på engelska, vilket i svensk klinisk kontext ofta kallas för extravak) består av en studie på psykiatrisk vårdavdelning. Ingen statistiskt signifikant minskning kunde påvisas för konstant övervakning på grund av suicidtankar (från $m(sd) = 10,55(87,94)$ till $1,85(11,96)$, medelskillnad: $-8,70$ ($-17,67, 0,27$), $p = 0,06$) eller aggressivitet (från $m(sd) = 3,89(28,47)$ till $4,58(56,08)$, medelskillnad: $-0,69$ ($-5,56, 6,94$), $p = 0,83$) 20 månader efter **DBT**. Däremot minskade antalet timmar med konstant övervakning vid självskador (från $m(sd) = 6,19(40,45)$ till $0,75(9,84)$, medelskillnad: $-5,44$ ($-9,65, -1,23$), $p = 0,01$) [5].

Resultaten visar inte på någon effekt på antalet timmar med konstant övervakning vid suicidtankar eller aggressivitet, däremot minskade antalet timmar med konstant övervakning vid självskadebeteende efter DBT på psykiatrisk vårdavdelning. Enligt tillförlitlighetsbedömningen har resultaten för samtliga utfall en måttlig risk för bias, en bristande överförbarhet då även jämförelsegruppen fick en intensiv vård (med bland annat behandling av multidisciplinär personalgrupp och personal som tränats i de-eskaleringstekniker), vilket skiljer sig avsevärt åt från svensk vård samt en risk för publikationsbias då det är en enskild observationsstudie.

Bedömningen är därför att resultaten har en mycket låg tillförlitlighet, vilket innebär att det inte går att bedöma om resultaten stämmer (se kapitel 6, avsnitt 6.3.2, tabell 6.10).

Effekt på vårdtid

Ingen minskning i antalet dagar på vårdavdelning kan påvisas när det gäller **DBT** vid uppföljning efter 20 månader (från $m(sd)$ 10,74(10,57) till 11,84(11,36) dagar, Cohen's $d=0,05$) [6] [5], **M-BPIS** vid uppföljning efter 18 månader från ($m(sd)$ 8,43(5,61) till 8,15(6,62) dagar) Cohen's $d=-0,02$) [7] eller **ACD-CP** vid uppföljning efter 18 månader (från $m(sd)$ 22,35(18,37) till 20,20(12,96) dagar, Cohen's $d=-0,06$) dagar [8] [9]. Se tabell 1 nedan.

Tabell 1 Sammanställning av resultat och effektriktning per intervention och studie för utfallet vårdtid.

Intervention Utfallsmått	Antal deltagare	Effektriktning
DBT [6] Vårdtid	769	Ingen effekt på antal vård dagar vid uppföljning efter 20 månader
M-PBIS [7] Vårdtid	1 485	Ingen effekt på antal vård dagar vid uppföljning efter 18 månader
ACD-CP [8] Vårdtid	32	Ingen effekt på antal vård dagar vid uppföljning efter 18 månader

Resultaten är motsägelsefulla och visar på en något längre vårdtid efter DBT, men samtidigt en något kortare vårdtid efter M-BPIS och ACD-CP.

En syntes utan metaanalys har genomförts för dessa tre studier och det sammanvägda resultatet (md (IQR) = $-0,02(-0,04$ till $0,02)$) visar inte på någon effekt på antalet vård dagar. Studierna är observationsstudier med måttlig risk för bias, som har en bristande överensstämmelse på grund av olika riktning i de icke-signifikanta resultaten och bristande överförbarhet på grund av att en studie gäller främst barn med autism [8].

Resultaten bedöms ha mycket låg tillförlitlighet, vilket innebär att det inte går att bedöma om resultaten stämmer (se kapitel 6, avsnitt 6.3.2, tabell 6.10).

Effekt på upplevd hälsa

Det vetenskapliga underlaget om upplevd hälsa består av en studie på psykiatrisk vårdavdelning. Resultaten visar på en minskning av både självskattad oro (The Children's Global Assessment Scale) (distress ($p<0,001$) och oro bedömd av personal ($p<0,001$) 12 månader efter införandet av ett sensoriskt rum [10]. Resultaten visar på en positiv effekt när det gäller både självskattad oro och bedömd oro.

Resultaten redovisas enbart i en relativt liten observationsstudie med måttlig risk för bias och få deltagare från psykiatrisk vård. Resultaten bedöms därför ha mycket låg tillförlitlighet,

vilket innebär att det inte går att bedöma om resultatet stämmer (se kapitel 6, avsnitt 6.3.2, tabell 6.10).

Effekt på beteende

Det vetenskapliga underlaget om olika beteendefall består av en studie om **DBT** på psykiatrisk vårdavdelning. Ingen effekt kunde påvisas när det gäller antalet händelser med aggressivt beteende från patient mot patient (före $m(sd)=0,05(0,30)$, efter $=0,05(0,34)$), aggressivt beteende från patient mot personal (före $m(sd)=0,02(0,19)$, efter $=0,04(0,43)$, medelskillnad: $0,02(-0,03, 0,07)$), $p=0,40$) eller antalet suicidförsök (före $m(sd)=0,02(0,16)$, efter $=0,01(0,10)$, medelskillnad: $-0,01(-0,03, 0,01)$, $p=0,30$) [6].

Däremot ökade antalet självskador (före $m(sd) = 0,09(0,39)$, efter $= 0,42(1,66)$, medelskillnad $0,33(0,16, 0,50)$, $p<0,001$) jämfört med sedvanlig vård (här bland annat kognitiv beteendeterapi) vid uppföljningen av **DBT** efter 20 månader [6].

Resultaten visar inte på någon effekt av DBT på antalet aggressiva beteenden (mot andra patienter eller personal) eller på antalet suicidförsök. Däremot ökade antalet självskador på en psykiatrisk vårdavdelning bland barn och unga. Dessa resultat redovisas i en observationsstudie med måttlig risk för bias och publikationsbias då det är en enskild studie. Resultaten bedöms ha en låg tillförlitlighet, vilket innebär att ny forskning kan förändra resultatet.

Bedömningen är därför att interventioner som syftar till att förändra barns beteende inte har någon uppenbart tydlig effekt på barns aggressiva beteende mot andra barn eller mot personal, inte heller på antalet suicidförsök bland barn och unga. Däremot kan antalet självskador öka vid uppföljningar upp till 20 månader (se kapitel 6, avsnitt 6.3.2, tabell 6.10).

Referenser

1. Martin A, Krieg H, Esposito F, Stubbe D, Cardona L. Reduction of restraint and seclusion through collaborative problem solving: a five-year prospective inpatient study. *Psychiatric services* (Washington, DC). 2008;59(12):1406-12. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.12.1406>
2. Marrow MT, Knudsen KJ, Olafson E, Bucher SE. The Value of Implementing TARGET within a Trauma-Informed Juvenile Justice Setting. *Journal of Child & Adolescent Trauma*. 2012;5(3):257-70. Available from: <https://doi.org/10.1080/19361521.2012.697105>
3. Elwyn LJ, Esaki N, Smith CA. Safety at a girls secure juvenile justice facility. *Therapeutic Communities*. 2015;36(4):209-18. Available from: <https://doi.org/10.1108/TC-11-2014-0038>
4. Ford JD, Hawke J. Trauma Affect Regulation Psychoeducation Group and Milieu Intervention Outcomes in Juvenile Detention Facilities. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2012;21(4):365-84. Available from: <https://doi.org/10.1080/10926771.2012.673538>
5. Tebbett-Mock AA, Saito E, McGee M, Woloszyn P, Venuti M. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy Versus Treatment as Usual for Acute-Care Inpatient Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2020;59(1):149-56. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.01.020>
6. Tebbett-Mock AA, McGee M, Saito E. Efficacy and sustainability of dialectical behaviour therapy for inpatient adolescents: a follow-up study. *General psychiatry*. 2021;34(4):e100452. Available from: <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100452>
7. Reynolds EK, Grados MA, Pragliowski N, Hankinson JC, Deboard-Lucas R, Goldstein L, et al. Use of Modified Positive Behavioral Interventions and Supports in a Psychiatric Inpatient Unit for High-Risk Youths. *Psychiatric services* (Washington, DC). 2016;67(5):570-3. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500039>
8. Cervantes P, Kuriakose S, Donnelly L, Filton B, Marr M, Okparaek E, et al. Sustainability of a Care Pathway for Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder on an Inpatient Psychiatric Service. *Journal of autism and developmental disorders*. 2019;49(8):3173-80. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04029-6>
9. Kuriakose S, Filton B, Marr M, Okparaek E, Cervantes P, Siegel M, et al. Does an Autism Spectrum Disorder Care Pathway Improve Care for Children and Adolescents with ASD in Inpatient Psychiatric Units? *Journal of autism and developmental disorders*. 2018;48(12):4082-9. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3666-y>
10. West M, Melvin G, McNamara F, Gordon M. An evaluation of the use and efficacy of a sensory room within an adolescent psychiatric inpatient unit. *Australian occupational therapy journal*. 2017;64(3):253-63. Available from: <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12358>