

Våld- och aggressionsincidenter inträffar ibland plötsligt och utan föregående varningstecken. Det vanligaste är dock att det är kulmen på långsam eller snabbare stegvis ökande oro, frustration, irritation och rastlöshet. Upprinnelsen kan också påverkas av vanföreställningar eller andra allvarliga psykiatriska symtom och stressande faktorer i vårdmiljön. Förebyggande åtgärder från vårdpersonalen omfattar många olika insatser, alltifrån ett vänligt bemötande till avancerade nedtrappningstekniker i konflikt-situationer. De metoder som här tas upp av SBU Kommenterar utgörs av primära och sekundära preventionsstrategier definierade utifrån Världshälsoorganisationens riktlinjer (Faktaruta 1).

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

Översikten har sammanställt kunskapsunderlaget för olika former av förebyggande åtgärder för att förhindra våld och aggression inom psykiatrisk slutenvård, akutmottagningar samt öppenvård. De förebyggande strategier som utvärderades var särskild tillsyn, ändring av den fysiska miljön samt hanteringsstrategier och utbildning av personal. Sammantaget ansåg författarna att underlaget var otillräckligt för att

kunna bedöma effekterna av förebyggande åtgärder på förekomsten av våld. Författarna ansåg även att underlaget var otillräckligt för att kunna avgöra effekten av krisplaner på förekomsten av våldsamma händelser inom akutsjukvård, öppenvård och psykiatrisk slutenvård.

SBU:s kommentarer

- ▶ I många studier som utvärderat effekter av våldspreventiva åtgärder i psykiatrisk vård har man använt olika åtgärder och utvärderat olika utfallsmått. Detta gör att det är svårt att genomföra metaanalyser och dra generaliserbara slutsatser om vilka åtgärder och strategier som har bäst effekt på respektive utfallsmått.
- ▶ Inga studier kunde inkluderas som studerade hur våld och aggressivitet kan förebyggas hos patienter med missbruk. Detta är olyckligt med tanke på att missbruk är ett av de starkaste riskfaktorerna för våldsamt och aggressivt beteende i psykiatrisk vård. Det är också en tydlig signal om behovet av ytterligare välgjord forskning inom området.
- ▶ Rapporten innehåller flera kliniska rekommendationer. Dessa baseras huvudsakligen på konsensus bland experter i Guideline Development Group (GDG) och endast till liten del på vetenskaplig evidens. Det framgår inte vilka av rekommendationerna som grundas på vilket underlag, vilket ur kunskapssynpunkt är en uppenbar brist.
- ▶ I några av de inkluderade studierna utvärderas effekterna av olika utbildningsprogram för våldsprevention. Sådana utvärderingar kan ibland vara problematiska att dra slutsatser från, eftersom det är otydligt i vilken utsträckning utbildningsprogram tillämpas på varje enhet. Det kan bero på att man trots utbildningsinsatser har otillräcklig kunskap, träning och stöd samt att personalen upplever

att programmet är krångligt och inte anpassat till verkligheten. Det är också vanligt att enheter lokalanpassar utbildningsprogram så att de efter en tid inte längre motsvarar det ursprungliga programmet. I rapporten framgår inte hur eller om de inkluderade studierna har redovisat graden av följsamhet till de våldspreventiva programmen. För framtida forskning är det därför viktigt att denna typ av interventionsstudier inte bara mäter och utvärderar interventionen utan också redovisar mätpunkter som tydliggör i hur hög grad interventionen utfördes enligt ursprungliga instruktioner. Ett effektivt utbildningsprogram kan annars felaktigt bedömas som ineffektivt och utan signifikanta resultat enbart för att interventionen utfördes felaktigt eller bristfälligt.

- ▶ Två RCT-studier är inkluderade i översikten och berör preventionsprogrammen Safewards och Six Core Strategies. Den forskare som under många år varit ansvarig för forskningen och är huvud- eller medförfattare till studierna bakom Safewards, ingår också i Guideline Development Group (GDG). En annan av medlemmarna i GDG är i hög grad involverad i att etablera Six Core Strategies i Storbritannien genom ett samarbete med Department of Health. Det framgår inte hur GDG förhållit sig till detta, till exempel genom att forskare inte deltar i granskning av de studier de själva deltagit i eller har särskilda intressen i.

Sammanfattning av originalrapporten

Särskild tillsyn inom slutenvård – om studierna i originalrapporten

Det vetenskapliga underlaget för utvärdering av särskild tillsyn, för att undvika/minska våldshändelser, utgörs av NICE clinical guideline från 2005 samt två senare systematiska översikter (Tabell 1) [2,3]. Översikterna baseras på 10 respektive 63 studier där antal studiedeltagare inte redovisas i detalj för respektive studie. Studierna inkluderade personer (>16 år gamla) vårdade inom psykiatrisk slutenvård. Effektmått var frekvensen dokumenterat våld och aggression vid särskild tillsyn jämfört med sedvanlig vård eller alternativa strategier samt personalens och patienters erfarenheter av särskild tillsyn.

Särskild tillsyn inom slutenvård – resultat

Författarna till NICE guidelines NG10 bedömde att det förelåg begränsat vetenskapligt underlag för att särskild tillsyn minskar frekvensen våldsamt/aggressivt beteende hos vuxna patienter inom psykiatrisk

slutenvård jämfört med sedvanlig vård. Det fanns begränsat vetenskapligt underlag för att patienter föredrar att bli observerade av vårdpersonal de känner, medan personalen upplevde stress av att använda sig av särskild tillsyn.

Förändring i den fysiska miljön inom slutenvård – om studierna i originalrapporten

Fyra observationsstudier (n <15 500) utvärderade ändring av den fysiska vårdmiljön som strategi för att undvika/minska våldshändelser [4–7] (Tabell 2). Studierna undersökte olika typer av avskiljningsrum [4], kvalitativa undersökningar av patienters och personals attityder till att använda så kallade sensory modulation rooms (sinnesstimulerande avslappningsrum) jämfört med traditionella avskiljningsrum [5]. Två studier studerade allmän utformning av vårdavdelningar [6,7]. Effektmått var antal våldshändelser, antal fall av avskiljning samt patienters och personals erfarenheter och attityder till förändrad fysisk miljö. Det gick inte att utifrån dessa studier dra några slutsatser om en förändrad fysisk miljö hade någon effekt på vålds- och aggressionsfrekvens.

Förändringar i den fysiska miljön inom slutenvård – resultat

Två observationsstudier med sammanlagt 251 vuxna patienter inom psykiatrisk slutenvård redovisade tve tydiga resultat med avseende på om förändringar i den fysiska miljön, såsom specialiserade behandlingsavdelningar och ombonade avskiljningsrum, minskade frekvensen av våldsamt/aggressivt beteende [4,6].

En stor observationsstudie med 14 834 personer utförd inom psykiatrisk slutenvård pekade mot att tillgång till utomhusmiljöer respektive möjligheten till speciella säkerhetsåtgärder ökade frekvensen av avskiljning på grund av våldsamt/aggressivt beteende, medan tillgång till privata utrymmen, bättre bekvämlighet samt mer lättövervakade vårdavdelningar minskade frekvensen av våldsamt/aggressivt beteende [7].

Begränsat vetenskapligt underlag baserat på två observationsstudier med sammanlagt 116 deltagare [4,5] indikerade att mer ombonade avskiljningsrum upplevdes positivt av patienterna. Dock rapporterades inte om frekvensen av våld och aggression minskade.

Hanteringsstrategier inom slutenvård – om studierna i originalrapporten

Det vetenskapliga underlaget för utvärdering av hanteringsstrategier för att förebygga våld och aggression utgörs av tre systematiska översikter (Tabell 3) [8–10], två randomiserade kontrollerade studier (RCT-studier) [11,12] och fem observationsstudier [13–17]. Över-

Tabell 1 Studiekarakteristik – särskild tillsyn slutenvård.

	NICE clinical guideline 25	Manna 2010	Stewart 2010
Vetenskaplig frågeställning	Är psykosociala metoder, t.ex. särskild tillsyn, effektiv och lämplig i avseende att förhindra våld/aggression?	Att bestämma effektiviteten av särskild tillsyn som metod för att förhindra potentiell skada	Att utvärdera incidensen, varaktigheten, föregående signaler samt resultat av särskild tillsyn
Evidensmetod	Narrativ syntes	Narrativ syntes	Narrativ syntes
Studiedesign	Expertutlåtande, icke-analytiska studier (fallrapporter)	Observationsstudier	Observationsstudier
Antal inkluderade studier	5 (relevanta för aktuell fråga)	10	63
Population	Patienter >16 år som vårdas inom öppenvårdsklinik eller slutenvårdsklinik	Patienter inom slutenvård	Vuxna patienter inom slutenvård som bedöms vara i riskzonen
Land	England, Kanada	Ej rapporterat	Ej rapporterat
Kontroll/metod	Vanlig vård eller andra hanteringsstrategier	Vanlig vård	Vanlig vård eller andra hanteringsstrategier
Effektmått	1. Antal händelser av våld eller aggressiva handlingar 2. Patientens och personalens upplevelser	1. Antal händelser av våld eller aggressiva handlingar 2. Personalens upplevelser	1. Antal händelser av våld eller aggressiva handlingar 2. Personalens upplevelser

Tabell 2 Studiekarakteristik – förändring av den fysiska miljön slutenvård.

	Litteratur	Antal studier	Antal individer	Land
	Feeney 2007 [6]	1	195	Irland
	Sutton 2013 [5]	1	60	Nya Zeeland
	Vaaler 2005 [4]	1	56	Norge
	van der Schaaf 2013 [7]	1	14 834	Holland
Studiedesign	Observationsstudie [4–7]			
Studiepopulation	Vuxna patienter inom psykiatrisk slutenvård [4–7]			
Diagnos	Ej rapporterat [6] Schizofreni och bipolär sjukdom [5] Psykisk sjukdom [4] Schizofreni, vanföreställningssyndrom, affektiva syndrom, personlighetsstörning och psykisk sjukdom orsakat av psykoaktiva droger [7]			
Ålder (genomsnitt)	45 år [6] 39,6 år [5] 37,1 år [4] 46,6 år [7]			
Kön (% kvinnor)	43 [6] 90 [5] 50 [4] 46 [7]			
Intervention	Specialiserade vårdavdelningar [6] Sinnesstimulerande avslappningsrum [5] Ombonade avskiljningsrum [4] Speciell utformad klinikmiljö [7]			
Kontroll	Psykiatrisk klinik [6] Ej tillämplig [5] Vanlig vård (isolering i traditionella avskiljningsrum) [4] Ej tillämplig [7]			
Utfallsmått	Antal våld/aggressionsrelaterat beteende (via Modified OAS) [6] Upplevelse av modifiering [5] Antal våld/aggressionsrelaterat beteende (via PANSS och BVC), antal isoleringar, upplevelse av isolering [4] Antal och längd med isolering [7]			

Tabell 3 Studiekarakteristik – hanteringsstrategier inom slutenvård.

	Litteratur	Antal studier	Antal individer	Land
	Bowers 2011 [8]	–	Ej rapporterat	Ej rapporterat
	Livingston 2010 [10]	29	Ej rapporterat	Ej rapporterat
	Johnson 2010 [9]	46	Ej rapporterat	Ej rapporterat
	Ashcraft 2008 [13]	1	458	USA
	Björkdahl 2013 [14]	1	41 avdelningar	Sverige
	Bowers 2014 [11]	1	31 avdelningar	Storbritannien
	Laker 2010 [15]	1	195	Storbritannien
	Lee 2012 [16]	1	135	Storbritannien
	Putkonen 2013 [12]	1	13 avdelningar	Finland
	Steinert 2008 [17]	1	588	Tyskland
Studiedesign	Systematisk översikt [8–10] Randomiserad klinisk studie [11,12] Observationsstudie [13–17]			
Studiepopulation	Vuxna patienter psykiatrisk slutenvård [8,10,11,13,14,17] Vuxna patienter psykiatrisk akutvård [15,16] Vuxna patienter psykiatrisk vård [9] Vuxna patienter rättspsykiatrisk vård [11]			
Diagnos	Ej rapporterat [8–11,13,14,16] Schizofreni och bipolär sjukdom [15] Psykos [12] Personlighets- och beteendestörningar [17]			
Ålder (genomsnitt)	Ej rapporterat [8–11,13–16] 35,4 år [15] 39,4 år [12] 35,5 år [17]			
Kön (% kvinnor)	Ej rapporterat [8–11,13,16] 46 [14] 25 [16] 3 [12] 64 [17]			
Intervention	Olika aggressionshanteringsprogram [8–10] Intervention baserad på "Six Core Strategies" [12,13] "Bergen-modellen" [14] "Safewards" [11] Träning i att trappa ned aggressivitet samt avskiljning [15] Träning att tidigt ingripa i det aggressiva beteendet samt avskiljning [16] Specialised crisis intervention programme [17]			

sikterna utvärderade olika typer av aggressionshantering riktade mot vuxna patienter inom slutenvård. Två av dessa utvärderade träningspaket (integrated training packages). Översikten av Johnson 2010 undersökte vilken effekt utbildningsprogram (aggression management training programmes) hade på förekomst av våld samt användning av isolering och avskiljning [9]. Översikten av Livingston 2010 undersökte motsvarande effekter avseende specifika jämfört med generella utbildningsprogram [10]. Den tredje översikten av Bowers 2014 utvärderade vilken inverkan olika faktorer hos vårdpersonal (inklusive utbildning) har på förebyggande av våld och aggression [18]. Vissa program innehöll även utbildningsprogram för personal. Interventionerna jämfördes med sedvanlig vård eller alternativa interventioner. Utfallsmått var antal våldshändelser, antal fall av avskiljning, personalfarenheter och negativa effekter.

Två randomiserade kontrollerade studier utvärderade två specifika interventionsprogram: Safewards och Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use [11,12]. Dessutom inkluderades fem observationsstudier som undersökte: Six core strategies for reducing seclusion and restraint use [13], Bergen-modellen [14], träning i att trappa ned aggressivitet samt avskiljning [15], träning att tidigt ingripa i det aggressiva beteendet samt avskiljning [16], Specialised crisis intervention programme [17] (för information om de ovan nämnda interventionsprogrammen, se [Faktaruta 2](#)).

Hanteringsstrategier inom slutenvård – resultat

Utifrån det samlade vetenskapliga underlaget gick det inte avgöra om hanteringsstrategier i form av utbildningsprogram i aggressionshantering minskade fallen av våld samt eller aggressivt beteende hos vuxna

Tabell 4 Studiekarakteristik – hanteringsstrategier akutvård.

	Litteratur	Antal studier	Antal individer	Land
	Anderson 2010 [19] Gerdtz 2013 [20]	14 1	Ej rapporterat 471	Australien, Kanada, Nya Zeeland, USA Australien
Studiedesign	Systematisk översikt [19] Observationsstudie [20]			
Diagnos	Ej rapporterat			
Intervention	Modifikationer av miljö, kliniska och policybaserade interventioner, förbättrad kunskap för intervention både på individ- och gruppnivå [19] Utbildning av personal (45 minuters utbildningsprogram) [20]			
Kontroll/jmf metod	Standardvård eller alternativa metoder [19] Ej tillämplig [20]			
Effektmått	Förvärvande kunskaper, attityder, fynd av vapen, ändring av arbetsrutiner [19] Erfarenhet: personalens attityd till hanteringsstrategier [20]			

patienter inom psykiatrisk slutenvård [9,10]. Enligt översiktsförfattarna berodde detta på små studier, brist på kontrollgrupper och stor variation i innehåll och fokus i de utvärderade hanteringsstrategierna och utbildningsprogrammen.

Det fanns måttligt vetenskapligt underlag för att Safewards och Six core strategies for reducing seclusion and restraint use minskade användningen av restriktiva åtgärder utan att frekvensen våldsamt/aggressivt beteende ökar. Studien av Bowers 2014 visade att interventionen reducerade både isoleringsåtgärder samt konflikter jämfört med kontroll [11].

RCT-studien av Putkonen 2013 rapporterade att Six core strategies minskade isoleringsåtgärder, men såg ingen skillnad i antalet våldshändelser [12]. En observationsstudie av Ashcraft 2008 från USA med 458 deltagare visade att Six core strategies for reducing seclusion and restraint use reducerade antal avskiljnings- och isoleringshändelser [13].

En observationsstudie av Steinert 2008 (n=588) rapporterade att ett specialiserat krisinterventionsprogram minskade våldsamt beteende och behov av isolering hos personer med personlighetsstörningar och adjustment disorders [17]. Däremot visade Laker 2010 (n=195) att träning för att trappa ned aggressivitet inte hade någon effekt på patienter i psykiatrisk-intensivvård [15]. Vidare rapporterade två av de systematiska översikterna samt en observationsstudie att det inte gick att avgöra om träningsprogram för personal hade någon effekt på negativa händelser såsom våldsskador på personal [9,10,13]. Däremot redovisade de tre systematiska översikterna och en observationsstudie att personalen upplevde att träning hade en positiv effekt för deras kunskap, självförtroende och attityder [9,10,14,18].

Akutmottagningar – om studierna i originalrapporten

Det vetenskapliga underlaget för utvärdering av åtgärder för att förebygga våld och aggression hos personer inom akutvård utgörs av en systematisk översikt av Anderson och medarbetare. [19] samt en observationsstudie (n=471) av Gerdtz och medarbetare 2013 [20] (Tabell 4). Studierna har undersökt hanteringsstrategier och träningsprogram för vårdpersonal med syfte att förebygga våldshändelser på akutmottagningar inom allmänsjukhus.

Översikten inkluderade 14 studier av olika design som utvärderat åtgärder för att minska våld riktat mot sjuksköterskor på akutmottagningar. Interventioner som undersöktes var förändring av fysisk miljö, bland annat införande av metalldetektorer, ändrade arbetsrutiner samt utbildningsprogram jämfört med sedvanlig vård eller annan alternativ intervention. Utfallsmåtten var bland annat förvärvande av kunskap och förändrade rutiner. I observationsstudien utvärderades ett 45 minuters träningsprogram för personal på en akutmottagning. Effekt mättes som erhållen inställning och nytta av utbildningsprogrammet.

Akutmottagningar – resultat

Översikten av Anderson och medarbetare 2010 [19] bedömdes av NICE vara av låg kvalitet och redovisade oklara resultat om utvärderade hanteringsstrategier och utbildningsprogram hade effekt att minska våld och aggression på akutavdelningar. Observationsstudien av Gerdtz och medarbetare 2013 [20] bedömdes också vara av låg kvalitet. Resultaten indikerade att utbildning av personal kan ha en positiv effekt på personalens förhållningssätt och hantering av våldssituationer.

Öppenvård – om studierna i originalrapporten

Öppenvård (community settings) definierades som vård vid vårdcentraler, hem för äldre, allmänna platser, hemtjänst inom somatisk och psykiatrisk vård.

Det vetenskapliga underlaget för utvärdering av åtgärder för att förebygga våld och aggression hos personer inom öppenvård baserades på en systematisk översikt [21], tre RCT-studier [22–24] samt tre observationsstudier [25–27] (Tabell 5). Alla inkluderade studier utvärderade olika former av krisplaner (advance decisions/or statements) med syfte att förebygga och hindra våldsamt och aggressivt beteende. Den systematiska översikten inkluderade två RCT-studier som utvärderat joint crisis planning jämfört med sedvanlig vård eller alternativa interventioner hos personer med psykotisk eller bipolär sjukdom. Effekt mättes som antal intagningar på psykiatrisk klinik inom 15 månader samt negativa effekter.

De enskilda RCT-studierna samt observationsstudierna utvärderade olika former av krisplaner för personer med schizofreni eller bipolär sjukdom. Interventionerna jämfördes i tillämpliga fall med sedvanlig vård. Effektmått var bedömning av terapeutisk allians samt frekvens psykiatriskt omhändertagande.

Observationsstudierna utvärderade olika former av krisplaner: Preference for care booklet [27], Computer facilitated preference statements [25] samt Structured facilitation of psychiatric advance directives [26]. Patientpopulationen utgjordes av personer med olika former av psykiatriska diagnoser, huvudsakligen personer med schizofreni och bipolär sjukdom. Utfallsmått var erfarenheter hos brukare och vårdare.

Öppenvård – resultat

Kunskapsunderlaget från den systematiska översikten av Campbell och medarbetare [21] baserad på två RCT-studier samt ytterligare två RCT-studier [22,23]

Tabell 5 Studiekarakteristik – hanteringsstrategier öppenvård (community setting).

	Litteratur	Antal studier	Antal individer	Land
	Campbell 2012 [21]	2	578	Ej rapporterat
	Thornicoff 2013 [22]	1	569	Storbritannien
	Papageorgiou 2004 [27]	1	79	Storbritannien
	Ruchlewska 2014 [23]	1	212	Holland
	Srebnik 2005 [25]	1	106	USA
	Swanson 2006 [24]	1	469	USA
	Swanson 2008 [26]	1	239	USA
Studiedesign	Systematisk översikt [21] Randomiserad klinisk studie [22,23,26] Observationsstudie [25–27]			
Diagnos	Psykotisk sjukdom, bipolär sjukdom [21] Schizofreni, bipolär sjukdom [22] Psykotisk sjukdom, affektivt syndrom eller annan psykisk sjukdom [27] Schizofreni eller bipolär sjukdom [23] Schizofreni, bipolär sjukdom, depressionssjukdom eller annan psykisk sjukdom [25] Schizofreni, schizoaffektiv sjukdom, annan psykotisk sjukdom, depressionssjukdom [24,26]			
Ålder (medel)	36–42 år i de olika studierna			
Kön (% kvinnor)	Ej rapporterat [21,23,27] 5 [22] 75 [25] 55–60 [24,26]			
Intervention	Olika former av krisplanering [21–27]			
Kontroll/jmf metod	Vanlig vård [21,22] NA [25,27] Standardvård [23] De patienter som inte fullföljde advance decisions [24,26]			
Effektmått	Antal psykiatriska remitteringar eller dödsfall inom de senaste 15 månader [21] Erfarenheter, samarbetsvillighet [22] Antal remitteringar till psykiatrisk klinik inom de senaste 18 månader [22,23] Erfarenheter, patientens och vårdgivarens preferenser [25,27] Erfarenheter, samarbetsvillighet [24] Antal tvångsåtgärder [26]			

med totalt 1 359 deltagare bedömdes ha låg kvalitet av NICE. Det samlade kunskapsunderlaget redovisade oklara resultat om krisplaner reducerade antalet intagningar till psykiatrisk vård.

Två av observationsstudierna redovisade att krisplaner kan användas även av personer med allvarligare psykisk sjukdom [25,27]. Underlaget bedömdes dock vara av låg kvalitet.

Hälsoekonomiska aspekter

Sammanfattningsvis rapporterar NICE att inga studier identifierats har som kan belysa frågor om kostnadseffektivitet avseende metoder för att förebygga våld och aggression hos vuxna personer inom psykiatrisk och somatisk vård.

Originalrapportens slutsatser

- NICE anger att det samlade kunskapsunderlaget är otillräckligt för att bedöma vilken effekt särskild tillsyn, förändring av fysisk miljö och hanteringsstrategier har för minska aggressiva och våldsamma händelser inom psykiatrisk slutenvård.
- NICE anger att det samlade kunskapsunderlaget är otillräckligt för att bedöma vilken effekt olika former av krisplaner (advance decisions and statements) har för reducera aggressiva och våldssammahändelser inom akutvård, öppenvård samt psykiatrisk slutenvård.

Faktaruta 1 Världshälsoorganisationens riktlinjer.

I riktlinjer från Världshälsoorganisationen (WHO) framhålls att våldsprevention inom hälso- och sjukvård bör bygga på primär-, sekundär- och tertiärprevention. Primärprevention innebär i detta sammanhang ett proaktivt förhållningssätt med generell förebyggande åtgärder riktade mot alla patienter på enheten, till exempel gott vardagsbemötande, genomtänkta och etiskt förankrade regler och rutiner, god fysisk vårdmiljö, möjlighet till aktiviteter och så vidare. Sekundärprevention är en reaktiv strategi som riktas mot de patienter som visar tecken på risk för ökad aggressivitet och våld och som behöver särskild stöd och nedtrappande insatser. Tertiära preventionsinsatser omfattar åtgärder som syftar till att förebygga fysiska och psykologiska skador i samband med och efter att en våldsincident inträffat.

SBU:s granskning av originalrapporten

Vid SBU:s genomgång av originalrapporten användes en granskningsmall för systematiska översikter som kallas AMSTAR [28]. SBU:s bedömning av NICE guidelines NG10 visade att litteratursökning, studie-urval och dataextraktion uppfyllde definierade kvalitetskrav för en systematisk översikt.

Faktaruta 2 Våldspreventionsprogram.

Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use

Modellen utvecklades under 90-talet i USA där det huvudsakliga syftet var att sammanfatta de strategier som i kliniska sammanhang visat sig mest framgångsrika för att minska tvångsåtgärder som isolering och fasthållning/fastspänning. De sex strategier man fann var: ledningens engagemang i förändringen, revidering av lokala rutiner och datainsamling som underlag för förändring, utveckling av personalen inklusive omfattande utbildning, införande av verktyg för att minska användandet av isolering och fasthållning/fastspänning, ökad patientdelaktighet samt debriefingstekniker. Six Core Strategies används i många länder men är inte etablerat i Sverige.

Lästips:

<http://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Consolidated%20Six%20Core%20Strategies%20Document.pdf>

Safewards

Safewards har utvecklats genom en mångårig och omfattande forskning runt våldsprevention och bemötande i Storbritannien. Safewards omfattar i första hand primär- och sekundärprevention och inkluderar inte till exempel tekniker för fysiska ingripanden. Modellen fokuserar på tio konkreta interventioner: tydliga gemensamma förväntningar, mjuka ord, lugnande samtal, positiva ord, mildra negativa besked, lära känna varandra, möten för att hjälpa varandra, nertrappningsmetoder, uppmuntran och tröst samt patienters erfarenhetsmeddelanden vid utskrivning. Ytterligare interventioner finns också beskrivet. Safewards som modell lanserades 2014 och har snabbt blivit internationellt uppmärksammat.

Lästips:

www.safewards.net

Faktarutan fortsätter på nästa sida

Faktaruta 2 fortsättning

Bergen-modellen

Bergen-modellen är baserad på ett norskt våldspreventivt program och har sedan 2005 etablerats och vidareutvecklats inom den psykiatriska slutenvården vid Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO). Den utgår från primär-, sekundär- och tertiärpreventionsstrategi och är influerad av forskningen bakom Safewards, framför allt gällande personalfaktorerna fungerande ordning, känslomässig balans och positiv inställning. Modellen omfattar personalutbildning, workshops samt både central och lokalt kliniska förvaltningsorganisationer med kursledare och koordinatörer från den egna verksamheten. Utbildningar i Bergen-modellen förekommer inte utanför den egna organisationen i SLSO.

Lästips:

<http://dok.slsol.se/Psykiatri.sll.se/bergenmodellen.pdf>

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. Manna M. Effectiveness of formal observation in inpatient psychiatry in preventing adverse outcomes: the state of the science. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010;17:268-73.
3. Stewart D, Bilgin H, Bowers L. Special observation in psychiatric hospitals: A literature review. London: Institute of Psychiatry. Accessed March 2010;9:2015.
4. Vaaler AE, Morken G, Linaker OM. Effects of different interior decorations in the seclusion area of a psychiatric acute ward. *Nordic journal of psychiatry* 2005;59:19-24.
5. Sutton D, Wilson M, Van Kessel K, Vanderpyl J. Optimizing arousal to manage aggression: a pilot study of sensory modulation. *Int J Ment Health Nurs* 2013;22:500-11.
6. Feeney L, Kavanagh A, Kelly BD, Mooney M. Moving to a purpose built acute psychiatric unit on a general hospital site – does the new environment produce change for the better? *Ir Med J* 2007;100:391-3.
7. Van der Schaaf P, Dusseldorp E, Keuning F, Janssen W, Noorthoorn E. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *The British Journal of Psychiatry* 2013;bjp. bp. 112.118422.
8. Bowers L, Stewart D, Papadopoulos C, Dack C, Ross J, Khanom H, et al. Inpatient violence and aggression: a literature review. Institute of Psychiatry, Kings College: London; 2011.
9. Johnson ME. Violence and restraint reduction efforts on inpatient psychiatric units. *Issues Ment Health Nurs* 2010;31:181-97.
10. Livingston JD, Verdun-Jones S, Brink J, Lussier P, Nicholls T. A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff. *J Forensic Nurs* 2010;6:15-28.
11. Bowers L, Alexander J, Bilgin H, Botha M, Dack C, James K, et al. Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014;21:354-64.
12. Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O, Repo-Tiihonen E, Ryyanen OP, Kautiainen H, et al. Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2013;64:850-5.
13. Ashcraft L, Anthony W. Eliminating seclusion and restraint in recovery-oriented crisis services. *Psychiatr Serv* 2008;59:1198-202.
14. Bjorkdahl A, Hansebo G, Palmstierna T. The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2013;20:396-404.
15. Laker C, Gray R, Flach C. Case study evaluating the impact of de-escalation and physical intervention training. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010;17:222-8.
16. Lee S, Gray R, Gournay K. Comparing the outcomes of the application of C&R (general service) and SCIP in the management of disturbed behaviour in mental health care. *J Ment Health* 2012;21:307-17.
17. Steinert T, Eisele F, Goeser U, Tschoeke S, Uhlmann C, Schmid P. Successful interventions on an organisational level to reduce violence and coercive interventions in in-patients with adjustment disorders and personality disorders. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2008;4:27.
18. Bowers L, Stewart D, Papadopoulos C, Dack C, Ross J, Khanom H, et al. Inpatient violence and aggression: a literature review. Report from the conflict and containment reduction research programme. Institute of Psychiatry, Kings College London doi: <http://www.kcl.ac.uk/iop/depts/hspr/research/ciemh/mhn/projects/litreview/LitRevAgg.pdf> 2011.
19. Anderson L, FitzGerald M, Luck L. An integrative literature review of interventions to reduce violence against emergency department nurses. *J Clin Nurs* 2010;19:2520-30.
20. Gertz MF, Daniel C, Dearie V, Prematunga R, Bamert M, Duxbury J. The outcome of a rapid training program on nurses' attitudes regarding the prevention of aggression in emergency departments: a multi-site evaluation. *Int J Nurs Stud* 2013;50:1434-45.
21. Campbell LA, Kisely SR. Advance treatment directives for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2009:CD005963.
22. Thornicroft G, Farrelly S, Szmukler G, Birchwood M, Waheed W, Flach C, et al. Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. *Lancet* 2013;381:1634-41.

23. Ruchlewska A, Wierdsma AI, Kamperman AM, van der Gaag M, Smulders R, Roosenschoon BJ, et al. Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: a randomized controlled trial. *PLoS One* 2014;9:e91882.
24. Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB, Van Dorn RA, Ferron J, Wagner HR, et al. Facilitated psychiatric advance directives: a randomized trial of an intervention to foster advance treatment planning among persons with severe mental illness. *Am J Psychiatry* 2006;163:1943-51.
25. Srebnik DS, Rutherford LT, Peto T, Russo J, Zick E, Jaffe C, et al. The content and clinical utility of psychiatric advance directives. *Psychiatr Serv* 2005;56:592-8.
26. Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB, RA VAND, Wagner HR, Moser LA, et al. Psychiatric advance directives and reduction of coercive crisis interventions. *J Ment Health* 2008;17:255-67.
27. Papageorgiou A, Janmohamed A, King M, Davidson O, Dawson J. Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental disorders: directive content and feedback from patients and professionals. *Journal of Mental Health* 2004;13:379-88.
28. 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 sjuksköterska, 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_12

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
08-412 32 00 • registrator@sbu.se • 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