



Hantering av hot och våld inom psykiatri – riskfaktorer, riskbedömning och hanteringsstrategier för unga

SBU KOMMENTERAR | KOMMENTAR OCH SAMMANFATTNING AV UTLÄNDSKA KUNSKAPSÖVERSIKTER

20 DECEMBER 2016 | WWW.SBU.SE/2016_14

Våld och aggression hos barn (≤ 12 år) och ungdom (13–17 år) är ett vanligt men allvarligt problem. Aggressionsbeteende hos barn når sin topp vid 2–4 års ålder för att därefter minska. En liten andel fortsätter vara aggressiva under hela ungdomsperioden och till och med upp i vuxen ålder. Våldsamt och aggressivt beteende hos barn kan bero på en uppförandestörning men även karakterisera en psykiatrisk sjukdom.

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 – 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 sammanställdes kunskapsunderlaget för riskfaktorer, bedömningsinstrument och hanteringsstrategier för att hantera våldsamma och aggressiva barn och unga inom psykiatrisk vård. Studierna som undersökte riskfaktorer var utförda på patienter i slutenvård. Sammantaget bedömde författarna till översikten att tidigare aggressivitet var associerat med en ökad risk för våld. En studie identifierades där ett riskbedömningsinstrument hade utvärderats på målgruppen. Kunskapsunderlaget för hanteringsstrategier för målgruppen var otillräckligt för att författarna till översikten skulle kunna dra några slutsatser.

SBU:s kommentarer

- ▶ Mycket av rapportens rekommendationer bygger på NICE guidelines NG10 som är riktad till vuxna patienter, men med tillägg om att anpassa interventioner till patientens mognadsgrad och fysiska storlek.
- ▶ Enligt *Guideline Development Group* (GDG) finns det ingen specifikt rekommenderad utbildning eller träningsprogram för fysiskt kontrollerande ingripanden (restraint) för barn och ungdomar i Storbritannien. Detta gäller även för Sverige.
- ▶ I rapporten betonas samarbetet med patientens vårdnadshavare både vad gäller preventiva åtgärder och insatser vid hot- och våldsincidenter. Detta är en viktig och ibland omfattande del av arbetet inom barn- och ungdomspsykiatri som ställer stora krav på personalen då vårdnadshavare kan vara stressade och utmattade av en långvarig svår hemsituation med barnet/ungdomen och själva upplever psykisk ohälsa.
- ▶ Vårdpersonal beskriver ibland att föräldrar/vårdnadshavare och vårdpersonal kan uppleva okunskap och oklarheter i skillnader mellan föräldrarollen och vårdpersonalens roll i samband med våldsamt beteende hos barn och ungdom. Det är därför viktigt att dessa skillnader tydliggörs för att undvika att skapa oklara förväntningar hos båda parter. Detta gäller även på det juridiska planet där personalen behöver ha fullgoda kunskaper om det lagliga utrymmet för området, insatser och ingripanden mot patientens och ibland även vårdnadshavares vilja, inkluderat ansvar i tvångsvårdslagstiftning och föräldrabalk som ibland uppfattas av personal som en gråzon.
- ▶ Sondmatning mot patientens vilja bedöms ibland vara nödvändigt för patienter med svåra ätstörningar som annars riskerar att ta skada

av långvarig svält. Åtgärden är kvalificerad och förekommer ibland inom barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård och innebär risker för komplikationer såsom aspiration av sondnäring. I rapporten nämns ingenting om tvångsåtgärder i samband med näringstillförsel mot patientens vilja, vanligtvis via ventrikelsond. Ingridandet saknar evidens vad gäller vilket utförande som är säkrast, mest acceptabelt för patienten och som ger minst negativa konsekvenser vad gäller fysisk och psykologisk skada.

- ▶ För bedömning av risk för våld inkluderades i rapporten, Brief Rating of Aggression by Children and Adolescents – Preliminary Version (BRACHA). I Sverige används ibland Brøset Violence Checklist (BVC) inom barn- och ungdomspsykiatri. BVC är utvecklat inom vuxenpsykiatri och inte vetenskapligt utvärderat inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP).
- ▶ Grundläggande policy och praxis kring våldshandling och användandet av tvångsåtgärder kan skilja sig mellan olika barn- och ungdomspsykiatriska avdelningar i Sverige. På vissa avdelningar förekommer inte fastspänning och man har inte någon säng för den typen av ingripanden medan det kan vara relativt vanligt förekommande på andra avdelningar i landet. Orsaken till dessa skillnader är inte klarlagd.

Sammanfattning av originalrapporten

Risikfaktorer – om studierna i originalrapporten

I NICE riktlinjedokument sammanfattas tre prospektiva observationsstudier från USA och Australien med sammanlagt 335 deltagare (Tabell 1), som undersökt enskilda faktorer eller markörer associerade till risk för våldsamt och aggressivt beteende hos barn inom psykiatrisk vård [2–4]. Studierna bedömdes vara av oklar metodologisk kvalitet (unclear risk of bias). Endast studier som använde multivariata modeller för identifiering av oberoende riskfaktorer inkluderades.

Risikfaktorerna som ingår i utvärderingen kategoriserades utifrån följande domäner:

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

- Behandlingsrelaterade faktorer
- Suicidalitet

Risikfaktorer – resultat

Eftersom typen av våld och aggression var olika mellan de tre inkluderade artiklarna utfördes ingen metaanalys. Trots dessa begränsningar bedömde man baserat på två studier med 283 personer att tidigare aggressivitet var associerad med våld [2,4]. För övriga utvärderade riskfaktorer fann man ingen association till våldsamt och aggressivt beteende. Studien av Stafford och medarbetare fann evidens för att ålder, tidigare historia av aggression samt tid med psykisk sjukdom eller tid av sjukhusvistelse utgjorde riskfaktorer till våld och aggression bland barn och ungdomar [3].

Risikbedömningsinstrument – om studierna i originalrapporten

Det vetenskapliga underlaget i det brittiska riktlinjedokumentet för utvärdering av risikbedömningsinstrument avseende barn och ungdomar utgörs av en studie av Barzman och medarbetare (n=418) [5]. Utvärderingsinstrument Brief Rating of Aggression by Children and Adolescents (BRACHA 0.8) analyserades vid bedömning av 418 barn ungdomar vid en akutmottagning. Aggressionsnivån bedömdes genom skattningsverktyget Overt Aggression Scale (OAS). Aggression definierades som verbalt eller fysiskt hot riktat mot sig själv, omgivande miljö eller andra människor som kunde generera en OAS-score >1. Våld definierades som en aktiv fysisk handling riktat mot andra människor som kunde generera en OAS-score >1. En sammanfattning av karaktäristikan visas i Tabell 2.

Risikbedömningsinstrument – resultat

Observationsstudien av Barzman och medarbetare rapporterade att frekvensen våldsamma händelser uppgick till 15 procent medan frekvensen aggressiva händelser uppgick till 29 procent. Bedömningsinstrumentet utvärderades vid två olika gränsvärden (Tabell 3).

För att generera data som inte påverkas av sjukdomsprevalens kompletterades sensitivitet och specificitet med en likelihoodkvots(LR)-beräkning. Författarna redovisade ett LR+: 1,86 och LR–: 0,35. Intervallet LR+ >5 och LR– <0,3 anger att ett test är relativt pålitligt.

Hanteringsstrategier – om studierna i originalrapporten

En systematisk litteraturoversikt [6] och en observationsstudie [7], inkluderades för utvärdering av icke-farmakologiska hanteringsstrategier vid våldsamt och aggressivt beteende hos barn och ungdom (Tabell 4).

Tabell 1 Studiekarakteristik – riskfaktorer våld och aggression hos barn och ungdom.

	Dean 2008	Stafford 2003	Tompsett 2011
Studiedesign	Observationsstudie	Observationsstudie	Observationsstudie
Antal deltagare	134	72	149
Land	Australien	USA	USA
Vårdmiljö	Slutenvård	Slutenvård	Slutenvård
Typ av våld och aggression			
Ihållande fysisk aggression	X		
Total aggression		X	
Fasthållning pga. överhängande fara			X
Inkluderade riskfaktorer			
Ålder	X	X	X
Kön	X	X	X
Tidigare våldsamt/aggressivt beteende (total)	X		
Tidigare våldsamt/aggressivt beteende (riktat mot omgivning)			X
Tidigare våldsamt/aggressivt beteende (riktat mot sig själv)	X		X
Tidigare våldsamt/aggressivt beteende (riktat mot vuxna)			X
Tidigare våldsamt/aggressivt beteende (riktat mot kamrater)			X
Tidsvistelse på sjukhus		X	
Bipolär sjukdom/depressionssjukdom eller suicidalt beteende	X		
ADHD, uppförandestörning	X		
Utvecklingsstörning	X		
Psykopatologi		X	
Farmakologisk sedativ behandling vid inskrivning	X		
Socioekonomisk status		X	
Diagnos	46 % bipolär sjukdom, depressionssjukdom, sjukdomsångest 25 % bipolär sjukdom 19 % adhd, uppförandestörning, trotssyndrom 7 % utvecklingsstörning 3 % anpassningsstörning		
Medelålder	13,9 år		
Kön % (män/kvinnor)	60/40		
Etnicitet	73 % kaukasier 26 % amerikaner tillhörande ursprungsbefolkning eller med afrikanskt, asiatiskt eller latinamerikanskt ursprung 1 % aboriginer		

Tabell 2 Prediktionsinstrument och studiekaraktäristik våld och aggression hos barn och ungdom.

BRACHA 0.8	
Skala	16 frågor
Poäng	1–32
Cut-off	≥13 aggression/≥14 våld riktad mot annan person
Studielitteratur	Barzman 2011
Antal deltagare	418
Studiedesign	Prospektiv studie
Miljö	Akutvårdsmottagning barn och ungdom Öppenvårdsklinik barn och ungdom
Diagnos	28 % ångestsjukdom 37 % adhd 25 % uppförande störning 66 % bipolär sjukdom/ depressionssjukdom 4 % utvecklingsstörning 15 % psykos 4 % förståndshandikapp 15 % missbruk

Tabell 3 Bedömningsinstrument BRACHA 0.8.

Cut-off score	Sensitivitet	Specificitet
≥14	0,85 (95 % KI 0,74 till 0,93)	0,68 (95 % KI 0,62 till 0,72)
≥13	0,80 (95 % KI 0,72 till 0,87)	0,57 (95 % KI 0,51 till 0,63)

KI = Konfidensintervall

Hanteringsstrategier – resultat

NICE anger att det samlade kunskapsunderlaget, baserat på en systematisk översikt [6], och en observationsstudie [7] är otillräckligt för att bedöma vilken effekt hanteringsstrategier har för minska antalet episoder och tid av isolering eller fasthållning hos barn och ungdomar inom psykiatrisk vård.

Hälsoekonomiska aspekter

Sammanfattningsvis rapporterar NICE att forskningsfrågan om riskfaktorer inte lämpar sig för en ekonomisk analys. När det gäller riskbedömningsinstrument identifierades inga kostnadseffektivitetsstudier.

Tabell 4 Studiekaraktäristik hanteringsstrategier för våld och aggression hos barn och ungdom.

	De Hert 2011	Azeem 2011
Antal inkluderande studier	4	1
Antal studie-individer	Ej rapporterat	458
Studiedesign	Observationsstudie	Observationsstudie
Land	Ej rapporterat	USA
Metod för att utvärdera evidens	Narrativ syntes	Ej tillämplig
Studiepopulation	Barn (6–21 år) inom pediatrik psykiatrivård	Barn och vuxna inom psykiatrivården (medelålder 14,4 år)
Intervention	Fasthållning eller isolering	Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint use
Kontroll	Standardvård eller alternativa metoder	Ej tillämplig
Utfallsmått	Antalet isoleringar eller fasthållningar (proportionen patienter som utsattes för isolering/ fasthållning per antalet patientdagar)	Antalet isoleringar eller fasthållningar

Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use är en metod/arbetsätt som syftar till att beskriva validerade metoder som framgångsrikt hanterar isolering och fasthållning. Följande sex strategier tas i beaktning: ledningens inställning till förändring, granskning av metoder, träning av personal, användning av isolering och fasthållning, patientens medverkan och post-event debriefing.

En hälsoekonomisk studie identifierades som utvärderat effekten av ett initiativ för att reducera användning av isolering/fasthållning. Studien var utförd i USA på ett privat vårdboende för ungdomar mellan 13 och 18 år [8]. Data samlades in avseende personaltid och medicinering. Studien indikerade att minskning av isolering/fasthållning skulle kunna innebära minskat behov av restriktiva åtgärder samt minskade kostnader. NICE menar emellertid att analysen innehöll alltför allvarliga begränsningar för att kunna användas i utformande av rekommendationer.

Originalrapportens slutsatser

- GDG bedömde att det fanns evidens till stöd för att aggression utgör en oberoende riskfaktor för våld bland barn och unga inom slutenvård.

- Evidensen som utgjorde underlaget för att identifiera riskfaktorer ansågs vara av mycket låg kvalitet då det utgjordes av observationsbaserade studier med hög eller oklar risk för bias.
- Med avseende på riskbedömningsinstrument ansåg GDG att sensitiviteten för att förutse både våld och aggression med BRACHA 0.8 var utmärkt och specificiteten var god. Däremot noterade GDG att positive likelihood ratio inte uppnådde en acceptabel nivå av exakthet.

Behov av framtida forskning enligt originalrapporten

- Författarna till översikten ansåg att det fanns ett behov av ökad kunskap om vilka former av fysisk intervention som är mest lämplig för att hantera våldsamt och aggressivt beteende hos barn och ungdomar.

SBU:s granskning av originalrapporten

Vid SBU:s genomgång av originalrapporten användes en granskningsmall för systematiska översikter som kallas AMSTAR [9]. SBU:s bedömning av NICE guidelines NG10 visade att litteratursökning, studieurval och dataextraktion uppfyllde definierade kvalitetskrav för en systematisk översikt.

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.

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. Dean AJ, Duke SG, Scott J, Bor W, George M, McDermott BM. Physical aggression during admission to a child and adolescent inpatient unit: predictors and impact on clinical outcomes. *Aust N Z J Psychiatry* 2008;42:536-43.
3. Stafford E, Cornell DG. Psychopathy scores predict adolescent inpatient aggression. *Assessment* 2003;10:102-12.
4. Tompsett CJ, Domoff S, Boxer P. Prediction of restraints among youth in a psychiatric hospital: application of translational action research. *J Clin Psychol* 2011;67:368-82.
5. Barzman DH, Brackenbury L, Sonnier L, Schnell B, Cassidy A, Salisbury S, et al. Brief Rating of Aggression by Children and Adolescents (BRACHA): development of a tool for assessing risk of inpatients' aggressive behavior. *J Am Acad Psychiatry Law* 2011;39:170-9.
6. De Hert M, Dirix N, Demunter H, Correll CU. Prevalence and correlates of seclusion and restraint use in children and adolescents: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011;20:221-30.
7. Azeem MW, Aujla A, Rammerth M, Binsfeld G, Jones RB. Effectiveness of six core strategies based on trauma informed care in reducing seclusions and restraints at a child and adolescent psychiatric hospital. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2011;24:11-5.
8. Lebel J, Goldstein R. The economic cost of using restraint and the value added by restraint reduction or elimination. *Psychiatr Serv* 2005;56:1109-14.
9. 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.

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.

SBU Kommenterar nr 2016_14

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: Åsa Isaksson, SBU

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

Innehållsdeklaration

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