

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 psykiatri att göra en bedömning av enskilda patienters farlighet för sig själva och för andra. Syftet är att försöka förhindra eventuella framtida våldshandlingar. Riskbedömningarna kan göras på flera sätt, och idag använder man sig alltmer av en kombination av särskilda skattningsinstrument och strukturerade intervjuer.

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

Författarna till rapporten sammanfattade kunskapsunderlaget för olika skattningsinstrument för att förutsäga risken för våld och aggressivt beteende. De instrument som bedömdes var Brøset Violence Checklist (BVC), Dynamic Appraisal of Situational Aggression Inpatient Version (DASA-IV), The Historical, Clinical and Risk Management 20 clinical scale (HCR-20). Författarna till rapporten bedömde att BVC-instrumentet med gränsvärde  $\geq 2$  gav bäst balans mellan sensitivitet och specificitet.

#### 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.
- ▶ När det gäller metoder för att bedöma risk för våld och aggressivitet på kort sikt hos patienter finns det särskilda skattningsinstrument (bedömningsmetoder) som kan vara bättre på att förutsäga risk än de ostrukturerade, kliniska bedömningar som utförs av läkare och vårdpersonal. Sådana skattningsinstrument behöver vara lätta att använda i ett akut kliniskt vårdssammanhang, där patientens bakgrund och historia inte är helt känd. Det ska gå snabbt att genomföra bedömningen och den ska ge stöd för beslut. Det är en fördel om omfattande utbildning och träning inte behövs och att kunskap att använda och tolka instrumenten är utbredd. I rapporten framhålls att vetenskaplig utvärdering av instrumentet bör utföras i ett kliniskt sammanhang. BVC används i Sverige och dess förmåga att bedöma risk för våld har också utvärderats i Sverige [2].
- ▶ Om risknivån för en patient visar sig vara förhöjd, kan personalen inleda ett samtal med patienten för att försöka ta reda på om hen själv instämmer i detta, samt vad man på kort sikt kan göra för att minska riskerna. På enheter där aggressivt patientbeteende är vanligt förekommande är det särskilt viktigt med ett proaktivt förhållningssätt. Det kan innebära att det redan vid inskrivningssamtalet tas upp vad patienten själv önskar för stöd för att minska risken för ett aggressivt beteende under vårdtiden. I rapporten framhålls att patienter som visar ett återkommande mönster av våldsamt och aggressivt beteende bör erbjudas möjligheter till stöd, samt ges kunskap i hur

de själva kan förändra sitt beteende även på längre sikt.

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

## Sammanfattning av originalrapporten

### Riskbedömningsinstrument – om studierna i originalrapporten

Det vetenskapliga underlaget i originalrapporten omfattar 6 studier (n=1 457) (Tabell 1) [3–8]. De riskbedömningsinstrument som utvärderades för nära förestående våld i rapporten var: 1) Brøset Violence Checklist (BVC), 2) Dynamic Appraisal of Situational Aggression Inpatient Version (DASA-IV) och 3) The Historical, Clinical and Risk Management 20 clinical scale (HCR-20) (Faktaruta 1).

**Tabell 1** Studiekarakteristik – riskbedömning våld och aggression.

<b>Inkluderade studier</b>	Abderhalden 2004 (n=219), akutvård [3] Abderhalden 2006 (n=300), slutenvård [4] Almvik 2000 (n=109), akutvård [5] Chu 2013 (n=70), akutvård [6] McNiel 2000 (n=478), slutenvård [7] Yao 2014 (n=281), vårdavdelning [8]
<b>Diagnos<sup>1</sup></b>	26–70 % schizofreni, vanföreställningssyndrom 11–23 % affektivt syndrom 3–74 % alkohol-/drogmissbruk 13–20 % personlighetsstörning 5–7 % andra sjukdomar
<b>Ålder (genomsnitt)</b>	34–43 år
<b>Kön</b>	47–79 % män
<b>Land</b>	Ej rapporterat [3–8]
<b>Utvärderingsinstrument</b>	Våld (OAS) [6,7] Våld och/eller aggression (SOAS) [3–5] Våld fallrapporter, patientintervjuer [8]

<sup>1</sup> Fördelning mellan de olika studierna.

De skalor som användes för att bedöma graden av våld var Staff Observation Aggression Rating Scale (SOAS) (tre studier) och Overt Aggression Scale (OAS) (två studier) (Faktaruta 2). En studie bedömde våldshändelser från fallrapporter och patientintervjuer. Studierna utfördes inom psykiatrisk akut- och slutenvård och bedömdes generellt ha hög kvalitet.

### Riskbedömningsinstrument – resultat

Av riskbedömningsinstrumenten utvärderades BVC i fem av studierna, vid två olika gränsvärden [3–5,8], DASA-IV och HCR-20 utvärderades i en studie, vid två olika gränsvärden [6] (Tabell 2).

### Hälsoekonomiska aspekter

Inga kostnadseffektivitetsstudier avseende riskbedömningsinstrument identifierades.

### Originalrapportens slutsatser

- Författarna till rapporten bedömde att BVC-instrumentet med gränsvärde  $\geq 2$  erbjöd bäst balans mellan sensitivitet och specificitet. Studienas sammanvägda likelihood ratios (LR) ger en indikation om att testet är relativt tillförlitligt.
- Författarna bedömde att DASA-IV hade en lägre tillförlitlighet än BVC, med god sensitivitet och måttlig specificitet.
- HCR-20 bedömdes ha en god sensitivitet men låg specificitet.

Sammantaget bedömde författarna att skattningsinstrument var att föredra jämfört med en ostrukturerad klinisk bedömning av risken för aggressivitet eller våldsbeteende. GDG ansåg att skattningsinstrumenten inte skulle användas för att riskklassificera patienter utan användas som ett arbetsverktyg i ett våldpreventivt arbete.

**Tabell 2** Riskbedömningsinstrumentens sensitivitet och specificitet.

Riskbedömnings-instrument	Studier (antal patienter)	Sensitivitet (95 % KI)	Specificitet (95 % KI)	LR+ (95 % KI)	LR- (95 % KI)
BVC (gränsvärde $\geq 2$ )	4 (n=679)	71 % (61 %; 80 %)	89 % (87 %; 91 %)	7,71 (6,20; 9,59)	0,32 (0,24; 0,44)
BVC (gränsvärde $\geq 3$ )	4 (n=698)	60 % (52 %; 67 %)	93 % (92 %; 94 %)	8,74 (7,25; 10,53)	0,44 (0,37; 0,53)
DASA-IV (gränsvärde $\geq 2$ )	1 (n=300)	88 % (62 %; 98 %)	59 % (45 %; 72 %)	2,15	0,21
DASA-IV (gränsvärde $\geq 3$ )	1 (n=300)	81 % (54 %; 96 %)	69 % (54 %; 80 %)	2,58	0,27
HCR-20 (gränsvärde $\geq 3$ )	1 (n=70)	88 % (62 %; 98 %)	41 % (28 %; 55 %)	1,48	0,31
HCR-20 (gränsvärde $\geq 4$ )	1 (n=70)	81 % (54 %; 96 %)	52 % (38 %; 66 %)	1,69	0,36

**BVC** = Bråset Violence Checklist; **DASA-IV** = Dynamic Appraisal of Situational Aggression – Inpatient Version; **HCR-20** = The Historical, Clinical and Risk Management 20 clinical scale; **KI** = Konfidensintervall; **LR+** = Positiv likelihood-kvot; **LR-** = Negativ likelihood-kvot

**Faktaruta 1** Prediktionsinstrument våldsamt och aggressivt beteende.

Prediktions-instrument	Beskrivning	Tid att administrera
------------------------	-------------	----------------------

**BVC**

Graderingsskala: 6-gradig skala  
 Poäng: 0–6  
 Cut-off:  $\geq 2$  eller 3  
 Beteende som utvärderas: Förvirrad, retlig, bullrig, verbalt hotfull, attackerar föremål

**DASA-IV**

Graderingsskala: 7-gradig skala  
 Poäng: 0–7  
 Cut-off:  $\geq 2$  eller 3  
 Beteende som utvärderas: Negativ attityd, impulsivitet, irritabilitet, verbala hot, att vara sensitiv för upplevd provokation, att bli arg vid avvisande eller ovillighet att följa direktiv

**HCR-20 Clinical Scale**

Graderingsskala: 5-gradig skala  
 Poäng: 0–5  
 Cut-off:  $\geq 2$  eller 3  
 Beteende som utvärderas: Brist på insikt, negativ attityd, symtom av mental sjukdom, impulsivitet, behandlingsresistens

**BVC** = Bråset Violence Checklist; **DASA-IV** = Dynamic Appraisal of Situational Aggression – Inpatient Version; **HCR-20** = The Historical, Clinical and Risk Management 20 clinical scale

**Faktaruta 2** 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.

## 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, studie-urval 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. Björkdahl A, Olsson D, Palmstierna T. Nurses' short-term prediction of violence in acute psychiatric intensive care. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:224-9.
3. Abderhalden C, Needham I, Miserez B, Almvik R, Dassen T, Haug HJ, et al. Predicting inpatient violence in acute psychiatric wards using the Broset-Violence-Checklist: a multicentre prospective cohort study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004;11:422-7.
4. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer J. Predicting inpatient violence using an extended version of the Broset-Violence-Checklist: instrument development and clinical application. *BMC Psychiatry* 2006;6:17.
5. Almvik R, Woods P, Rasmussen K. The Broset Violence Checklist sensitivity, specificity, and interrater reliability. *Journal of Interpersonal Violence*. 2000;15:1284-96.
6. Chu CM, Daffern M, Ogloff JR. Predicting aggression in acute inpatient psychiatric setting using BVC, DASA, and HCR-20 Clinical scale. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2013;24:269-85.
7. McNiel DE, Lam JN, Binder RL. Relevance of interrater agreement to violence risk assessment. *Journal of consulting and clinical psychology* 2000;68:1111.
8. Yao X, Li Z, Arthur D, Hu L, An FR, Cheng G. Acceptability and psychometric properties of Broset Violence Checklist in psychiatric care settings in China. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014;21:848-55.
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\_11**

SBU:s rapporter finns i pdf på [www.sbu.se](http://www.sbu.se). Kontakta 08-779 96 85 eller [sbu@strd.se](mailto:sbu@strd.se) för beställning.

Ansvarig utgivare: Susanna Axelsson, GD SBU  
Programsamordnare: Mikael Nilsson, SBU  
Grafisk produktion: Elin Rye-Danjelsen, SBU

SBU – Statens beredning för  
medicinsk och social utvärdering  
Telefon: 08-412 32 00  
E-post: [registrator@sbu.se](mailto:registrator@sbu.se)  
Webbplats: [www.sbu.se](http://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