

Klinisk retningslinje om forudsigelse af aggression og vold, inden for kort tid, hos voksne over 18 år indlagt på psykiatrisk sygehus

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

- CLEARINGHOUSE

OFFENTLIG HØRING

MARTS/APRIL 2014

www.cfkr.dk

kontakt@cfkr.dk

Institut for Medicin og Sundhedsteknologi
Aalborg Universitet
Frederik Bajers Vej 7 E4
DK-9220 Aalborg


AALBORG UNIVERSITY
DENMARK


DASYS
Dansk Sygepleje Selskab

Klinisk retningslinje om forudsigelse af aggression og vold, inden for kort tid, hos voksne over 18 år indlagt på psykiatrisk sygehus

Indeksering

Hoved søgeord:

Psykiatrisk sygepleje, risikovurdering, indlagte patienter i psykiatrien, vold og aggression

Indeks søgeord:

checklister, forudsigelighed, udadreagerende adfærd, tidlige tegn, sindslidelse/psykisk sygdom, vurderingsskalaer

Forfattere

- Tove Pank, uddannelseskoordinator cand.cur., HR og Kvalitet, Aalborg Universitetshospital – Psykiatrien. Kontaktperson: mailadresse: tove.pank@rn.dk og telefon: 97 64 37 51
- Jette Christiansen, udviklingssygeplejerske cand.scient. soc., Klinik Syd, Aalborg Universitetshospital – Psykiatrien
- Anne Dirks Højfeldt cand.it. bioinformatik, datamedarbejder Psykiatrisk forskningsenhed, Aalborg Universitetshospital - Psykiatrien

Konsulenter:

- Yrsa Andersen Hundrup, sygeplejerske, ph.d., Center for Kliniske Retningslinjer. Yrsa har vejledt i udarbejdelsen af retningslinjen ved 3 møder, over mail og telefon.
- Sydney Jensen, forskningsbibliotekar, Medicinsk Bibliotek, Aalborg Sygehus. Sydney har hjulpet med litteratursøgningen.
- Jan Mainz, professor, ph.d., vicedirektør, Aalborg Universitetshospital – Psykiatrien. Jan har været behjælpelig med kritisk gennemlæsning af retningslinjen.

Godkendelse

I OFFENTLIG HØRING MARTS/APRIL 2014

Dato

I OFFENTLIG HØRING MARTS/APRIL 2014

Bedømmelse

I OFFENTLIG HØRING MARTS/APRIL 2014

Målgruppe

Sundhedspersonale der modtager patienter til psykiatrisk pleje og behandling på psykiatrisk sygehus

Baggrund

Problemstilling og Konsekvenser

Vold kan forstås som en kompleks menneskelig adfærd, der er udviklet for at forøge både individets og gruppens sikkerhed. Der er mange årsager til voldelig adfærd, som i dag betragtes som socialt uacceptabel(1).

Aggression, der kan føre til voldelig adfærd, er et udbredt problem i hele sundhedssektoren og fremhæves ofte - ikke blot af sundhedspersonale men også i medierne, af forskere og af faglige organisationer(2). Studier viser, at det hyppigst er sygeplejersker, der udsættes for verbale trusler eller fysisk vold fra patienter, og at dette både sker i psykiatriske og akutte somatiske afsnit(2).

Især i den akutte psykiatri er aggression, der kan føre til voldelig adfærd, et så almindeligt problem, at det af nogle sygeplejersker betragtes som en del af arbejdet(3-5). Samtidig er aggression og voldelig adfærd begået af psykotiske patienter ofte omgærdet af mystik og opfattes som uforudsigeligt og uforståeligt(6). Personale, der har været udsat for aggression og evt. voldelig adfærd, kan opleve symptomer, der svarer til posttraumatisk stress som f.eks. angst, søvnforstyrrelser og træthed(2). Disse negative konsekvenser betyder, at det er et vigtigt anliggende for personalet at kunne anvende metoder til voldsrisikovurdering, så der efterfølgende kan udarbejdes en plejeplan med henblik på at forebygge aggressiv og voldelig adfærd fra patienterne(8;9).

Plejepersonalet er den faggruppe, der er i tæt daglig kontakt med patienterne, og det sætter dem i den bedst tænkelige position til at observere patienternes adfærd og forudsige truende aggression og evt. voldelig adfærd(10).

Imidlertid er den vurdering, der finder sted, ofte mangelfuld og beror på personalets erfaringer og formodninger og foretages ikke på baggrund af en bestemt struktureret metode, som er baseret på viden om årsager til eller tegn på aggressiv og voldelig adfærd(4;5;9).

Når psykiatriske patienters aggressive og voldelige adfærd er på den politiske dagsorden i Danmark, er det ud fra et ønske om at nedbringe anvendelsen af tvang i de psykiatriske afdelinger. Danske Regioner har i 2010 i et oplæg beskrevet ambitiøse og målbare målsætninger for at reducere anvendelsen af tvang og skabe en bred debat om kvaliteten af behandlingen i psykiatrien(11).

Problemets omfang

Etisk Råd angiver i en rapport om anvendelsen af tvang, at hver femte patient, der siden 2000 har været indlagt til pleje og behandling på et psykiatrisk sygehus, har været udsat for en eller flere tvangsforanstaltninger(12).

I Danmark registreres al anvendelse af tvang under indlæggelse i tvangsprotokoller og alle tvangsforanstaltninger indberettes til Sundhedsstyrelsen(13).

Sundhedsstyrelsens nyeste tal fra 2010 viser, at der i alt er anmeldt et samlet antal på 17.163 fikseringer og/eller anvendelse af fysisk magt(13). Tallene er gjort op i oktober 2011 og er fra alle psykiatriske afdelinger i Danmark bortset fra Sikringsafdelingen under retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland(15).

Antallet af aggressive og voldelige hændelser er formentlig større, da aggressiv og evt. efterfølgende voldelig adfærd af forskellige grunde underrapporteres(10).

Flere studier påviser en sammenhæng mellem aggressive og voldelige hændelser og anvendelsen af tvang(3;4;8;14).

I lande, hvor det ikke er tilladt at anvende bæltefiksering, anses 'seclusion'(se begrebsafklaring p.8) for at være mindre indgribende for patienten.

Samfundsøkonomiske omkostninger

De samfundsøkonomiske omkostninger ved anvendelsen af tvang er både længere indlæggelsestid for patienterne(7) og et større sygefravær hos personalet(2).

Patientperspektivet

Der er publiceret flere internationale undersøgelser, som har fokus på patientens perspektiv i forhold til hvilke faktorer, der kan medvirke til at udløse aggressiv og voldelig adfærd.

En artikel fra 2001(16) finder i en litteraturgennemgang, at en stor del af litteraturen har koncentreret sig om psykisk syge mennesker som årsag til vold. Der er få artikler, der beskæftiger sig med patienternes oplevelse af at være ofre for, årsag til eller tilskuere til aggressiv og voldelig adfærd. Forfatterne anbefaler mere forskning i patientperspektivet, i hvad der tilskynder til aggression og vold samt hvilken betydning, det har at blive kategoriseret som voldelig(16).

En undersøgelse: Staff and Patients Views of the Reasons for Aggressive Incidents: A Prospective, Incident-Based Studie(7) viser, at patienter beskriver, at aggression og vold opstår som følge af eksterne faktorer for eksempel konflikter med personalet eller begrænsninger fra personalet(7).

En svensk undersøgelse peger på at mange patienter, der enten indlægges eller behandles mod deres vilje, oplever tvang som mangel på respekt for dem som medmennesker. Patienterne oplever, at plejen/tvangen finder sted uden, at de bliver involverede eller informerede(17).

Patientgruppen

Patienter over 18 år indlagt på et psykiatrisk sygehus.

Definitioner

Følgende afsnit vil bestå af både danske og engelske definitioner af de anvendte begreber.

Vold

Vold er i denne kliniske retningslinje defineret som:

Risikoen for at den enkeltes adfærd viser tegn på, at han eller hun kan blive fysisk, følelsesmæssigt og/eller sexuel truende over for andre.

At risk for behaviors in which an individual demonstrates that he or she can be physically, emotionally, and/or sexually harmful to others(18).

Aggression

En hvilken som helst adfærd verbal, non-verbal eller fysisk som virker truende (mod en selv, andre eller ting) eller fysisk adfærd, der faktisk har voldt skade (mod en selv, andre eller ting).

Any verbal, nonverbal, or physical behavior that is threatening (to self, others or property), or physical behavior that actually did harm (to self, others, or property) (19).

Vurdering

Vurdering er den første del af sygeplejeprocessen. Teoretisk beskriver sygeplejeprocessen, hvordan sygeplejersker tilrettelægger plejen af den enkelte, familier og grupper. Vurderingsdata skal samles ind og fortolkes, før sygeplejerskerne kan planlægge, implementere eller evaluere en plan, der hjælper patienterne.

Assessment is the first part of the nursing process. The nursing process is a theory of how nurses organize care of individuals, families, and communities. Assessment data must be clustered and interpreted before nurses can plan, implement, or evaluate a plan to help patients(18).

Tvang

I bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang (20) hedder det i § 1, stk 2: 'ved tvang forstås i denne lov anvendelse af foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke, jf. kapitel 5 i sundhedsloven'(20)

Seclusion (afsondrethed)

Det vil sige, at en patient overvåges på en stue, der kan være aflåst for at beskytte andre mod betydelig skade. Det eneste formål med 'seclusion' er at rumme alvorlig forstyrret adfærd, som kunne skade andre. 'Seclusion' skal bruges som den sidste udvej og i så kort tid som muligt. 'Seclusion' må ikke bruges som straf eller en trussel, det må ikke være en del af behandlingen eller bruges fordi der mangler personale, endvidere må det ikke bruges hvis der er risiko for at patienten vil begå selvmord eller skade sig.

Hvis en frivilligt indlagt patient skal i 'seclusion' er det et tegn på, at tvangstilbageholdelse bør overvejes.

The supervised confinement of a patient in a room which may be locked to protect others from significant harm. Its sole aim is to contain severely disturbed behaviour that is likely to cause harm to others. Seclusion should be used as a last resort, for the shortest possible time. Seclusion should not be used as a punishment or threat; as a part of a treatment programme; because of shortage of staff; or where there is any risk of suicide or self harm. Seclusion of an informal patient should be taken as an indicator of the need to consider formal detention(21).

Informeret samtykke

I sundhedsloven § 15 hedder det om informeret samtykke(22):

§15. Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af §§ 17-19.

Stk. 2. patienten kan på ethvert tidspunkt tilbagekalde sit samtykke efter stk. 1.

Stk. 3. Ved informeret samtykke forstås i denne lov et samtykke, der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonalets side, jf. § 16.

Stk. 4. et informeret samtykke efter afsnit III kan være skriftligt, mundtligt eller efter omstændighederne stiltiende(22).

Formål

At undersøge om standardiseret voldsrisikovurdering kan forudsige aggressiv og voldelig adfærd.

At udpege det mest valide redskab til standardiseret voldsrisikovurdering med henblik på at reducere forekomsten af aggressiv og voldelig adfærd. Reduktionen af aggressiv og voldelig adfærd kan sandsynligvis medføre reduktion i anvendelsen af tvang.

Metode

Fokuserede spørgsmål

- 1) Er der evidens for, at standardiseret voldsrisikovurdering kan forudsige aggression og vold ved patienten over 18 år indlagt på psykiatrisk sygehus sammenlignet med ikke-standardiseret voldsrisikovurdering?

- 2) Hvilket redskab kan med størst sikkerhed og pålidelighed forudsige aggression og vold hos patienter over 18 år indlagt på psykiatrisk sygehus?

Litteratursøgning

Litteratursøgningen er foretaget i juli 2011 og derefter opdateret systematisk frem til primo 2014.

Der er søgt litteratur i følgende internationale og nationale databaser: The Cochrane Library, PubMed(Medline), CINAHL, EMBASE og Psych Info. Desuden er søgt på The Joanna Briggs Institute og NICE (National Institute Health and Clinical Excellence).

I litteratursøgningen har følgende søgeord været anvendt:

Violence, aggression, inpatients, in-patients, psychiatry, psychiatric nursing, checklists, risk assessments, prediction, acting out, early signs, mental disorders, rating scales og hospitalized

Søgeordene har været anvendt både som MESH-ord i PubMed og Cinahl Subject Headings i CINAHL og som fritext søgning for at maximere og præcisere søgningen.

Følgende limits har været anvendt: *adults > 18 years og inpatients*

Der er søgt efter artikler publiceret i perioden 2000 til 2014.

Der er desuden søgt manuelt i de inkluderede artiklers referencelister.

Se bilag 1 for detaljeret søgeprotokol.

Udvælgelse af litteratur

Inklusionskriterier

Patientpopulation:

Voksne (adults > 18 years) som er indlagt på et psykiatrisk sygehus.

Litteraturtyper:

Publikationer med evidensniveau A: metaanalyser, systematiske oversigter og randomiserede kontrollerede studier.

Hvor publikationer af denne type ikke har kunnet identificeres, inddrages undersøgelser med et lavere evidensniveau.

Eksklusionskriterier:

Artikler hvis formål og målgruppe falder udenfor studiets fokuserede spørgsmål.

Artikler på andre sprog end dansk, norsk, svensk, tysk og engelsk.

Litteraturen er uafhængigt vurderet af arbejdsgruppens tre medlemmer, og udvælgelsen af artikler er sket på baggrund af de fokuserede spørgsmål og de opstillede in- og eksklusionskriterier.

Artiklerne er læst, kvalitetsvurderet og sammenfattet ved hjælp af tjekliste til klinisk kontrolleret forsøg (RCT), tjekliste til kohorteundersøgelser, tjekliste til undersøgelser af diagnostiske test og tjekliste til systematiske oversigtsartikler og metaanalyser, udarbejdet af Sekretariatet for Referencestandarder, Sundhedsstyrelsen (23).

Artiklerne er kritisk vurderet uafhængigt af hinanden i arbejdsgruppen.

Ved tvivl/uenighed i forhold til tolkningerne er denne diskuteret, artiklen gennemgået igen og enighed opnået.

Udvælgelse og vurdering af litteratur

I forbindelse med litteratursøgningen blev der i alt identificeret 30 relevante artikler (se bilag 2 for flowchart). 15 artikler blev ekskluderet, og i alt 15 artikler blev kritisk

vurderet ved hjælp af tjeklister. Denne vurdering resulterede i, at 11 artikler blev fundet relevante for den kliniske retningslinjes fokusområde. Fire artikler blev kasseret på grund af manglende evidens.

Se bilag 43 med evidenstabel over 11 inkluderede artikler.

Formulering af anbefalinger er sket ved konsensus blandt arbejdsgruppens medlemmer.

Litteraturgennemgang

Litteraturgennemgangen bygger på 11 artikler inddelt i tre grupper.

1. To artikler som giver en overordnet introduktion til struktureret og ikke struktureret risikovurdering.
2. Tre artikler som dokumenterer, at struktureret voldsrisikovurdering ved hjælp af Brøset Violence Checklist kan forudsige aggressiv eller voldelig adfærd.
3. Seks artikler der dokumenterer korrektheden af Brøset Violence Checklist (BVC) anvendt som struktureret redskab til voldsrisikovurdering.

1. Overordnet introduktion til struktureret og ikke struktureret risikovurdering

Lamont og Brunero 2009(9)

Formålet med oversigtsartiklen(IV) er kritisk at diskutere praksis i risikovurderinger for at kunne foreslå en systematisk tilgang til den effektive vurdering og behandling af aggression og vold i psykiatri(9) IV. Der identificeres tre metoder til risikovurdering: ustruktureret klinisk skøn, aktuarisk metode og struktureret professionel vurdering(9) IV. Konklusionen på oversigtsartiklen er, at selvom det er svært at forudsige risikoen for vold præcist, og at risikoen ikke kan udryddes, så har klinikere brug for et vurderingsredskab, som bør analyseres i fællesskab.

Risikovurdering minimerer subjektiviteten og bias relateret til plejepersonalets erfaring(9) IV.

Den systematiske oversigtsartikels introduktion til struktureret og ikke struktureret risikovurdering peger på, at struktureret professionel vurdering har flere fordele frem for det ustrukturerede kliniske skøn og den aktuariske metode.

Evidens niveau IV

Ogloff og Daffern 2006(5)

I et komparativt studie fra retspsykiatrisk afdeling i Melbourne (5)(IV) undersøges sygeplejerskers vurdering af risikoen for udviklingen af aggressiv adfærd som: høj, mellem eller lav indenfor de næste 24 timer sammenlignet med sygeplejerskers vurdering af patienterne ud fra 16 fastlagte punkter sammensat fra forskellige ratingscales. I begge faser vurderes patienterne tre gange dagligt.

Konklusionen i studiet viser at konflikter i afsnit med ufrivilligt indlagte patienter sandsynligvis er uundgåelige. Præcise voldsrisikovurderinger kan reducere risikoen for at patienter forvolder skade på personale og medpatienter, dog kan personalet have svært ved at se nytten af anvendelsen af struktureret voldsrisikovurdering (5)(IV),

Sammenfatning

Studierne peger på, at struktureret risikovurdering kan anvendes til at forudsige risiko for aggressiv adfærd indenfor 24 timer og, at sygeplejersker har svært ved at se nytten af et struktureret redskab.

Evidens niveau IV

2. Dokumentation for at struktureret voldsrisikovurdering ved hjælp af Brøset Violence Checklist kan forudsige aggressiv eller voldelig adfærd

Van der Sande et al 2011(14)

I en cluster randomiseret kontrolleret undersøgelse (14)(1b) undersøges effekten af struktureret voldsrisikovurdering for 597 patienter indlagt på fire akutte afsnit på et psykiatrisk hospital i Holland. Samtlige patienter i de to interventionsafsnit blev dagligt fra indlæggelse til udskrivelse eller overflytning vurderet efter Brøset Violence Checklist, mens patienter i de to kontrolafsnit fik behandling uden struktureret voldsrisikovurdering.

Undersøgelsen viste at antallet af aggressive hændelser blev reduceret (relativ risiko reduktion(RRR) -68%, $p < 0,0001$) antallet af patienter involverede i aggressive hændelser blev halveret(RRR – 0,50($p < 0,05$) ligesom timer anbragt i seclusion faldt(RRR .45% $p < 0.05$)

Evidens niveau I b

Abderhalden C et al 2008(3)

I en randomiseret kontrolleret multicenter undersøgelse udgjort af 2364 patienter fordelt på 14 akutte psykiatriske afsnit på psykiatriske hospitaler i Schweiz (3)(I b B*) påvist et lignende fald i forekomsten af voldelige episoder og brugen af tvang. Patienter i de ni interventionsafsnit blev vurderet to gange dagligt efter BVC samt efter en subjektiv vurdering af risikoen for vold på baggrund af en visuel analog skala (VAS).

Evidensniveau Ib

Needham I et al 2004(24)

Et prospektivt ikke-randomiseret interventions studie (24) (II a) med deltagelse af 576 patienter fordelt på 12 akutte psykiatriske afsnit i Schweiz fandt ikke at systematisk risikovurdering ved hjælp af BVC førte til et fald i incidensen af aggressive hændelser men førte til et signifikant fald i anvendelsen af tvang fra

4.0 per 100 indlæggelsesdage(CI 95%: 3,28-4.79) til 2,9 per 100 indlæggelsesdage(CI 95%: 1.72 – 2.90, $p < 0,0008$) efter anvendelse af BVC kombineret med en subjektiv vurdering på en VAS skala.

Evidensniveau II a

Sammenfatning

Alle tre studier viser, at der er evidens for at voldsrisikovurdering ved hjælp af Brøset Violence Checklist kan reducere forekomsten af alvorlig vold, og at denne vurdering er medvirkende til at nedsætte brugen af tvang.

3. Dokumentation for korrektheden af den strukturerede metode til voldsrisikovurdering

Linaker og Busch-Iversen 1995(6)

I en norsk undersøgelse identificeres 55 forskellige beskrivelser af symptomer og adfærd, der kan relateres positivt eller negativt til voldelig adfærd.

Ved at lade sygeplejersker samrate 48 beskrevne episoder viste det sig, at 6 ud af de 55 beskrivelser af symptomer og adfærd var sammenfaldende.

Forvirring: $r = 0,69$, irritabilitet $r = 0,48$, støjende adfærd $r = 0,74$, verbale trusler $r = 0,26$, fysiske trusler $r = 0,51$ og angreb på ting eller genstande var konsensus(6). Udviser en patient to eller flere af disse adfærdsmønstre, er det sandsynligt at der opstår en voldelig episode indenfor de næste 24 timer. Resultatet af denne undersøgelse danner baggrund for udviklingen The Brøset Violence Checklist(25).

Evidens niveau IV

Almvik R et al 2004(25)

I det originale norske studie (25)(II b) undersøges interrater reliabiliteten, sensitiviteten og specificiteten af BVC i en diagnostisk test. Konklusionen er, at BVC er et anvendeligt instrument til at forudsige risikoen for vold indenfor 24 timer med en sensitivitet på 63% og specificitet 92%. Kappa værdien for den totale BVC score = 0,44.

BVC er efterfølgende blevet valideret i andre studier, som alle finder metoden brugbar til kortsigtet voldsrisikovurdering af psykiatriske patienter.

Evidensniveau II b

Abderhalden C et al 2004(8); Abderhalden C et al (26)

En schweizisk prospektiv multicenter kohorte undersøgelse (8)(II a) viste således, at BVC-metodens prædikative egenskaber bevares, når den afprøves på nye data fra andre psykiatriske hospitaler. I undersøgelsen blev 219 patienter fordelt på seks akutte afsnit på tre psykiatriske hospitaler i Schweiz vurderet efter en tysk udgave af BVC. Vurderingen blev foretaget i slutningen af hver vagt i de fire første dage efter patientens indlæggelse eller frem til udskrivelse. Resultatet af BVC-metodens prædikative præcision stemte overens med det originale norske studie. En tilsvarende schweizisk prospektiv kohorte undersøgelse (26) (II a) viste endvidere, at en kombination af BVC med en overordnet subjektiv risikovurdering ikke førte til en forøget præcision af voldsrisikovurderingen.

Evidensniveau II a

Björkdahl A et al 2006(1)

I et svensk studie (1)(II b) blev der foretaget en diagnostisk test af BVC på 73 patienter, som var indlagt i mere end 24 timer over en tre måneders periode på et 10 sengs akut intensivt psykiatrisk afsnit nær Stockholm. Alle patienter blev vurderet efter BVC tre gange i døgnet af en sygeplejerske med nøglepersons funktion. Resultatet af testen viste, at sygeplejerskerne med høj

præcision ($p < 0.01$) var i stand til at forudsige risikoen for alvorlig vold for indlagte patienter ved brug af BVC.

Evidensniveau II b

Clarke D.E. et al 2010 (4)

En diagnostisk test i et canadisk studie (4)(II b) viste en tilsvarende præcision af BVC til forudsigelse af alvorlig vold. I testen indgik 48 ustabile og potentielt aggressive psykiatriske patienter indlagt på et psykiatrisk intensivafsnit på et universitetshospital. Hver patient blev vurderet tre gange dagligt med BVC i de første 72 timer af indlæggelsen. BVC viste sig at være et pålideligt og praktisk instrument til voldsrisikovurdering, og der kunne påvises et fald i anvendelsen af tvang.

Evidensniveau II b

Sammenfatning

Brøset Violence Checklist viser sig at være et validt og anvendeligt instrument med specificitet mellem 93 og 100% og sensitivitet mellem 64 og 81%. De prædiktive egenskaber vurderes pålidelige, bedømt på p-værdierne som alle vurderes acceptable i forhold til hver enkelt artikels undersøgelsesmetode.

Perspektivering

Det synes relevant, at overføre praksis fra studierne til praksis i Danmark, selvom det er forskellige tvangsforanstaltninger, der beskrives som reducerede efter voldsrisikovurdering med BVC. Den danske oversættelse af BVC er godkendt af Roger Almvik, august 2005.

I Danmark er det tilladt at anvende bæltefiksering. I lande, hvor det ikke er tilladt at anvende denne form for tvang, anses 'seclusion' for at være mindre indgribende over for patienten.

Konsekvenser af vurderingen

Jvf. udtalelser fra patienter betyder mindre anvendelse af tvang, at de oplever sig respekterede som medmennesker af personalet.

Anbefalinger

Der kan anvendes standardiseret voldsrisikovurdering til forudsigelse af aggression og vold.

B (9 IVD; 5 IVD; 14 Ib A; 3 Ib B*; 24 II a B)

Plejepersonale, der arbejder på psykiatrisk sygehus, kan anvende Brøset Violence Checklist (BVC) i den daglige kliniske praksis til at forudsige aggression og vold hos patienter over 18 år.

B (1 IIb B; 4 IIb; 6 IV D; 8 IIa B; 25 IIb; 26 IIa)

Monitorering

Resultatindikator

Andelen af patienter der er voldsrisikovurderede inden for de første 24 timer (standard 95%).

- 1) Monitoreres ved journalaudit 2 gange årligt.

Antallet af indberettede tvangsforanstaltninger i Region Nordjylland

- 2) Monitoreres ved analyse af dataudtræk fra de nationale sundhedsregistre hver måned.

Referencer

- (1) Bjorkdahl A, Olsson D, Palmstierna T. Nurses' short-term prediction of violence in acute psychiatric intensive care. *Acta Psychiatr Scand* 2006 Mar;113(3):224-9.
- (2) Kynoch K, Chiung-Jung W, Chang A. The effectiveness of interventions in the prevention and management of aggressive behaviours in patientes admitted in acute hospital setting: a systematic review. *JB I Library of Systematic Reviews* 2009;7:175-223.
- (3) Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer JE. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008;193(1):44-50.
- (4) Clarke DE, Brown AM, Griffith P. The Broset Violence Checklist: clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010 Sep;17(7):614-20.
- (5) Ogloff JR, Daffern M. The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. *Behav Sci Law* 2006;24(6):799-813.
- (6) Linaker OM, Busch-Iversen H. Predictors of imminent violence in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr Scand* 1995 Oct;92(4):250-4.
- (7) Nolan KA, Shope CB, Citrome L, Volavka J. Staff and patient views of the reasons for aggressive incidents: a prospective, incident-based study. *Psychiatr Q* 2009 Sep;80(3):167-72.
- (8) 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 Aug;11(4):422-7.
- (9) Lamont S, Brunetto S. An integrated approach to the assessment and management of aggression/violence in mental health. *Issues Ment Health Nurs* 9 A.D. Feb 5;29:25-32.

- (10) Woods P, Ashley C, Kayto D, Heusdens C. Piloting violence and incident reporting measures on one acute mental health inpatient unit. *Issues Ment Health Nurs* 2008 May;29(5):455-69.
- (11) Mindre tvang i psykiatrien, en regional holdning, en regional målsætning, Danske Regioner, (2010).
- (12) Etisk Råd. Det etiske råds udtalelser om tvang i psykiatrien. 2012.
- (13) Anvendelsen af tvang i psykiatrien - med opgørelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, Sundhedstilsynet, (11 A.D.).
- (14) van de Sande R, Nijman HL, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, van der Staak C, et al. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *Br J Psychiatry* 2011 Dec;199(6):473-8.
- (15) Psykiatrien i Region Nordjylland. Tvang i psykiatrien i Region Nordjylland 2. kvartal 2012 og udvikling af anvendelsen af tvang. 2012. Statens serumsinstituts formidling af persondata fra de nationale sundhedsregistre.
- (16) Kumar S, Thomas DR. Patients' experience of violence within mental health systems: the need for further research. *Psychiatry, Psychology and Law* 2001;8(2):180-6.
- (17) Olofsson B, Jacobsson L. A plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001 Aug;8(4):357-66.
- (18) Heardmann T H. NANDA International. Nursing diagnosis, definitions and classifications 2009 - 2011. Wiley-Blackwell; 2009.
- (19) Nijman HL, Muris P, Merckelbach H.L, Palmstierna T, Wistedt B, Vos AM, et al. The Staff Observation Aggression Scale - revised(SOAS -R). *Aggressive Behavior* 1999;(25):197-209.

- (20) Ministeriet for sundhed og forebyggelse. LBK nr. 1729 af 02/12/2010. Bekendtgørelse af lov om tvang i psykiatrien. Lovtidende A 2010
- (21) The National Collaborating Centre for Nursing and supportive Care. Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. National Institute for Clinical Excellence 2005 Clinical Guideline 25
- (22) Ministeriet for sundhed og forebyggelse. LBK nr. 913 af 13/07/2010. Sundhedsloven. Lovtidende A 2010
- (23) Sekretariatet for referenceprogrammer. Vejledning i udarbejdelse af referenceprogrammer. 2004. SfR.
- (24) Needham I, Abderhalden C, Meer R, Dassen T, Haug HJ, Halfens RJ, et al. The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: report on a pilot study. J Psychiatr Ment Health Nurs 2004 Oct;11(5):595-601.
- (25) Almvik R, Woods P, Rasmussen K. The Brøset Violence Checklist: Sensitivity, Specificity and Interrater Reliability. Journal of Interpersonal Violence 2000;15(12):1284-96.
- (26) 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.

Bilag

Bilag 1: Detaljeret søgeprotokol + søgestreng

Bilag 2: Flowchart

Bilag 3: Evidenstabeller + checklister

Bilag 4: Resume

Redaktionel uafhængighed

Den kliniske retningslinje er udviklet uden ekstern støtte, og den bidragydende organisations synspunkter eller interesser har ikke haft indflydelse på de endelige anbefalinger.

Interessekonflikt

Ingen af gruppens medlemmer har interessekonflikter i forhold til den udarbejdede kliniske retningslinje.

Bilag 1 - Søgeprotokol

Fokuseret spørgsmål: 1. Er der evidens at standardiseret voldsrisikovurdering kan forudsige aggression og vold med patienter over 18 år indlagt på psykiatrisk sygehus sammenlignet med ikke-standardiseret voldsrisikovurdering? 2. Hvilket redskab kan med størst sikkerhed og pålidelighed forudsige aggression og vold hos patienter over 18 år indlagt på psykiatrisk sygehus?		
Søgeord: Violence, aggression, in-patients ,inpatients, psychiatry, psychiatric nursing, check lists, risk assessments, prediction, acting-out, early signs, mental disorder, rating scales, hospitalized		
Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier	Litteratursøgning 2000 – 2014
Patientpopulation: • Voksne > 18 år, indlagt på en psykiatrisk sygehus Litteraturtyper: • Metaanalyser • Systematiske litteraturgennemgange • Randomiserede kliniske kontrollerede studier • Kliniske kontrollerede studier Kliniske nøgleområder: Aggression, vold, standardiseret vurdering, psykiatri	• Artikler hvis formål falder udenfor studiets problemstilling er blevet ekskluderet • Artikler på andre sprog end dansk, engelsk, norsk og svensk • Artikler fra før år 2000	Databaser: • The Cochcrane Library • Pub Med(Med Line) • CINAHL • Embase • Psych Info Søgeperiode: • 2000 - 2014 Internetsider: • Psykiatriske Sygeplejersker • Sundhedsstyrelsen • The Joanna Briggs Institute • NICE • Danske Regioner • Etisk Råd • Retsinformation Handsøgning: • Artiklernes referencelister

Søgestreng

BLOK 1:

Psychiatry OR

Psychiatric nursing OR

Mental health OR

Mental disorders

AND

BLOK 2

Risk management OR

Checklist OR

Prediction OR

Rating scales OR

Early signs OR

Aggression OR

Acting out OR

Violence OR

Aggressive behavior

AND

BLOK 3

Violence OR

Aggression OR

Acting out OR

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

- CLEARINGHOUSE

Risk management OR

Risk assessment OR

Checklist OR

Early signs OR

Early diagnosis OR

Prediction OR

Rating scales OR

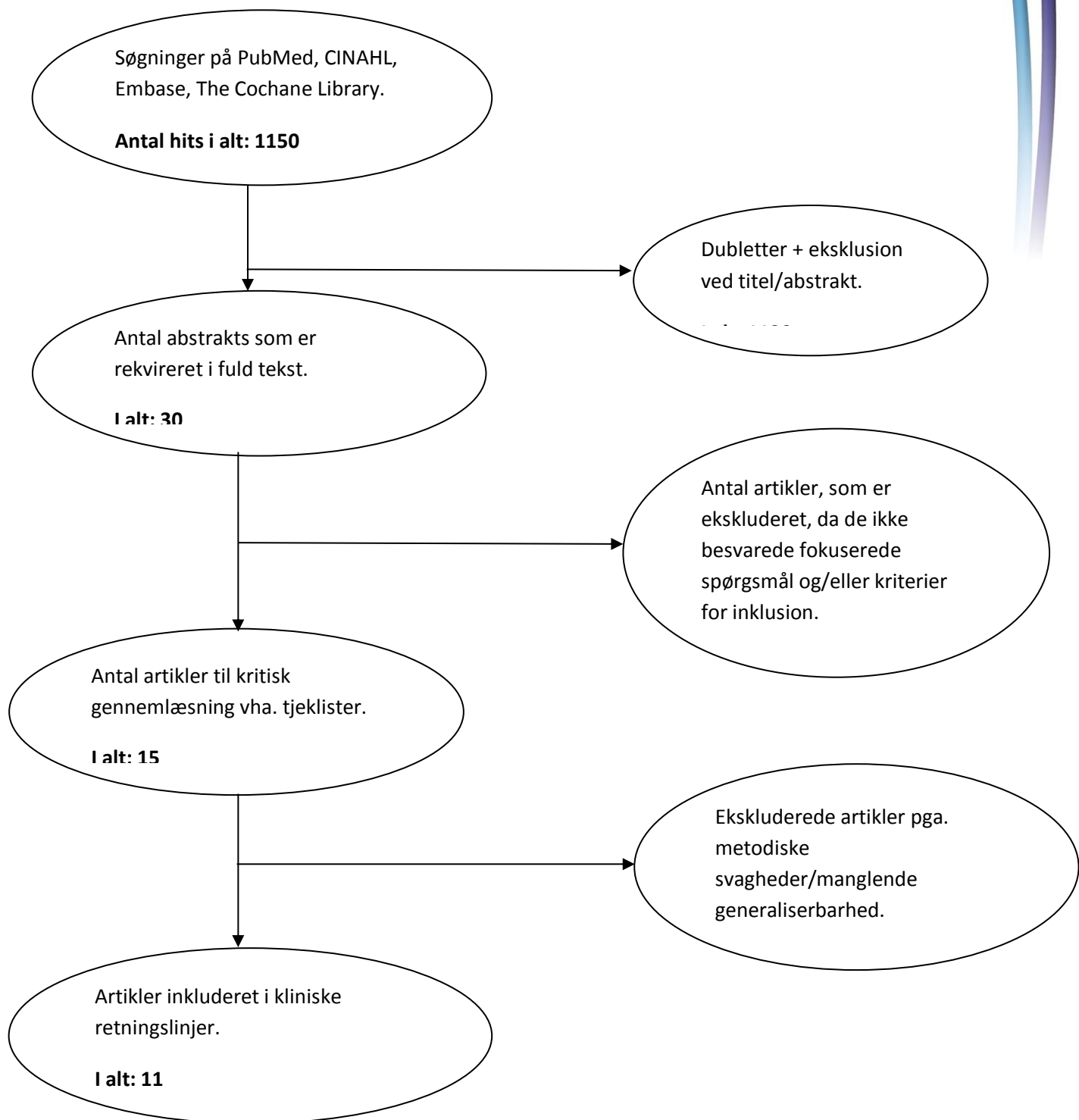
Screening

AND

BLOK 4

Inpatients

Bilag 3



Bilag 3

Evidenstabel – inkluderede studier

Er der evidens for at standardiseret voldsrisiko vurdering kan forudsige vold/aggression inden for kort tid og uden forudgående kendskab til patienter > 18 år i behandlingspsykiatrien sammenlignet med ikke-standardiseret voldsrisiko vurdering?

1. Overordnet introduktion til struktureret og ikke struktureret risikovurdering

Forfatter	År	Studie-type	Studiets kvalitet	Befolknings-type	Intervention	Resultater (outcome)	Kommentarer
Scott Lamont og Scott Brunero	2009	En oversigtsartikel	+	Artikler søgt i CINAHL, PSYCHLIT, Medline og Google Scholar med søgeordene: Risk assessment, risk management, violence, aggression, mental health og psychiatry	Kritisk review af de valgte artikler på baggrund af formålet: 'critically discuss risk assessment practices in order to propose a systematic approach to the effective assessment and management of aggression and violence in mental health setting.	3 metoder til risikovurdering identificeres i artiklerne: ustruktureret klinisk metode, aktuarisk metode og struktureret professionel metode. Oversigtsartiklen peger på mange grunde til at struktureret professionel vurdering er bedre end ustruktureret klinisk vurdering – sammenlignes med mavefornemmelse	.
J.R.P. Ogloff og M. Daffern	2006	Diagnostisk test Komparativ	++	N = 100 patienter indlagt på 3 akutte afsnit på et sikret	Studiet bestod af 2 faser. Fase 1: sygeplejerskerne	Studiet peger på at struktureret assessment kan bruges til at forudsige vold	Forfatterne tager selv forbehold for resultaterne

		t studie		retspsykiatrisk hospital i Melbourne. 78 mænd og 22 kvinder, gennemsnitsald er 32,95 år.	e foretog en ustruktureret assessment. De skulle vurdere risiko for aggressiv adfærd som: lav, mellem eller høj indenfor de næste 24 timer. Derefter får sygeplejerskerne en kortvarig træning/undervisning der gør det muligt at gå til fase 2. Fase 2: sygeplejerskerne foretager en struktureret assessment på 16 punkter sammensat fra forskellige ratingscales: BVC HCR-20(klinisk og stress) selvmordsrisikounderretning fund fra tidligere undersøgelser I begge faser scores patienterne 3 gange dagligt af deres	ved indlagte patienter indenfor 24 timer. Studiet viser også at personalet er langsomme til at se nytten af et struktureret risikoinstrument	
--	--	----------	--	--	---	--	--

					kontaktperson En af forskerne besøgte hvert afsnit 3 timer om ugen for at opmuntre til og sikre fokus på projektet		
--	--	--	--	--	---	--	--

1.1. Dokumentation for at struktureret voldsrisikovurdering kan forudsige vold/aggression

Forfatter	År	Studie-type	Studiets kvalitet	Befolkningstype	Intervention	Resultater (outcome)	Kommentarer
R. van der Sande et al	2011	Cluster randomiseret kontrolleret undersøgelse	++	N = 597 På fire akut psykiatriske afsnit over en periode på 40 uger – 10 ugers baseline periode og 30 ugers intervention Alle patienter der blev indlagt i løbet af de 40 uger blev inkluderet og var i gennemsnit indlagt i 3 uger Fire afsnit var	På interventions-afsnittene: Delscoreninger på krise monitor blev diskuteret på inter- og multidisciplinære møder. Alle patienter blev dagligt – fra indlæggelse til udskrivelse eller overflytning - monitoreret med: BVC og Kennedy-Axis V, den korte version.	Antallet af aggressive hændelser faldt på interventions-afsnittene sammenlignet med kontrolafsnittene med (RRR = -68%, P <0,001) og antallet af patienter involveret i aggressive hændelser faldt (RRR = -50%, P <0,05) Antallet af timer i 'seclusion' faldt (RRR = -	Det er et forholdsvis lille studie. Fire afsnit på det samme hospital – 'carry-over' effekt Dataindsamlingen foregår under omhyggelig monitorering af en klinisk sygeplejespecialist, støttet af et ekspertpanel

				inkluderet – 2 forsøgsafsnit med i alt 20 senge og 2 kontrol afsnit med i alt 16 senge. Afsnittet er på samme sygehus i en storby.	På kontrol afsnittene: behandling som sædvanlig – det vil sige ustruktureret psykiatriske observationer og behandling baseret på klinisk vurdering. Der måles på relativ risiko for reduktion(RRR) af: Antallet af aggressive hændelser Antallet af aggressive patienter Antallet af tilfælde af 'seclusion' Antallet af patienter der er i 'seclusion'	45%, P< 0,05)	
Abderhalden C et al	2008	Cluster randomiseret kontrolleret undersøgelse	+	N = 86 afdelinger opfyldte nedenstående kriterier – 62 ønskede ikke at deltage 14 afd. inkluderes, 9 randomiseres:	En struktureret kort tids risiko vurdering af alle nye patienter de første tre dage af indlæggelsen, ved hjælp af Swiss versionen af Brøset Violence Checklist (BVC – CH) og en	I interventions clustret faldt de justerede RR for aggressive hændelser med 59% og et fald i brug af tvangsmidler på 27% i forhold til kontrol	Det viste sig at BVC - CH ikke var eneste intervention. Alle fire interventions afd. scorer pts aggression høj eller meget høj.

				5 til kontrolgruppe og 4 til interventionsgruppe 5 afdelinger til præference gruppe.	subjektiv vurdering af risikoen for nærliggende vold ved hjælp af en visuel analog skala. Vurderingerne blev udført to gange dagligt. Der blev beregnet relativ risiko(RR) for aggressive hændelser mod personer eller genstande med Staff Observation Aggression Scale (SOARS-R)	clustret. Reference armen er ikke medregnet	Hvorimod kun to af de fire kontrol afd. gjorde det.
I Needham et al	2004	Prospektivt ikke - randomiseret interventions studie	++	To 12 senges akutte psykiatriske afsnit – et i byen og et på landet – i den tysktalende del af Schweiz. Alle patienter der blev indlagt kunne være med. N = 576 patienter – 41,3 % kvinder	3 måneders baseline periode, 3 måneders 'risk prediction', 1 måned med træning af 'management of aggression' og 3 måneder med både 'risk prediction' og 'management of aggression' Voldsriskovurdering med: the Brøset Violence Checklist (BCV-	Incidens raten af tvang faldt betydeligt sammenlignet med baseline. Vurdering af voldsrisiko samt undervisning af sygeplejersker kan være med til at reducere tvangsbehandl ing.	Et pilotstudie med en lille population.

				og 58,7 % mænd – i undersøgelsen . To patienter blev ekskluderet da de var årsag til 12 og 13 overfald hver.	R)kombineret med en subjektiv vurdering på en VAS skala Et konflikthåndterings ugekursus for sygeplejersker.		
--	--	--	--	--	---	--	--

2. Dokumentation for korrektheden af den strukturerede metode til voldsrisikovurdering

Forfatter	År	Studie-type	Studiets kvalitet	Befolknings-type	Intervention	Resultater (outcome)	Kommentarer
Linaker OM et al	1995	Undersøgelse af en diagnostisk test	+	Studiet fandt sted på Brøset, en psykiatrisk højt sikret afdeling i Norge fra 1988 til 1993. N = 92 patienter blev indlagt i alt 124 gange – 7% kvinder og 93% mænd, middel alder: 31.2 år.	Der blev lavet journal audit på læge journalerne for forekomst af fysisk vold med 2 kontroltidspunkter. Ligeledes blev der foretaget audit at sygeplejerskernes journaler på baggrund af 55 forskellige symptomer/ adfærd over 1 døgn på kontroltidspunkterne.	Studiet viser at tilstedeværelsen af 6 typer af adfærd: forvirring, irritabilitet, støjende adfærd, verbale trusler, fysiske trusler og angreb på objekter observeres umiddelbart inden en voldelig episode indtræffer. Alle 6 adfærdssændringer er prædiktive for	Det er det første studie der beskriver de 6 variable som prædikerer voldelige hændelser. Det er begyndelsen til udviklingen af Brøset Violence Checklist (BVC)

						vold/aggression – bedømt på p værdien	
Almvik et al	2000	Diagnostisk test	++	Indlagte patienter på fire akutte afsnit, fra fire forskellige psykiatriske hospitaler i det centrale og sydlige Norge, over en periode på to måneder i 1997. I studieperioden var N = 109 patienter på de fire afsnit, 52 mænd og 57 kvinder.	Patienterne blev vurderet efter BVC -senest 21/2 time efter vagtskifte af deres primære sygeplejerske i denne vagt. Der blev testet for inter-rater reliability af to af hinanden uafhængige observatører. Der blev beregnet sensitivitet og specificitet med henblik på beregning af arealet under ROC(AUC)	Kappa værdien for total BVC score var lav($k=0,44$). Den eksakte overensstemmelse mellem parvise observatører var højere 90-100%. Sensitivitet var moderat og specificitet var høj. AUC = 0,82 (95% CI 0,75 – 0,89)	BVC er en pålidelig og gyldig metode til at forudsige vold indenfor de næste 24 timer.
Abderhalden C et al	2004	Prospektiv kohorteundersøgelse	++	N = 219 patienter på lukkede psykiatriske afsnit 61% var mænd og 39% var kvinder. Middelalder =39 år	Patienterne blev vurderet efter BVC-G (BVC og en VAS skala) i slutningen af hver vagt i de første 4 dage efter indlæggelse eller til de blev udskrevet. SOAS-R til registrering af	Det totale antal af voldelige episoder var få($n=14$). Sensitiviteten moderat(64% ; 95% CI 35-87%) mens specificiteten var høj 94%(95% CI; 92,4-95,2%)	BVC viser en tilfredsstillende akkurate i forhold til at kort tids forudsigelse af aggressiv adfærd mod personale for ny indlagte patienter BVC-G er udviklet på baggrund af et pilotstudie i

				6 akutte afsnit på 3 psykiatriske sygehuse i region Zürich, Schweiz	de aggressive hændelser. BVC – G testet for hvor nøjagtigt instrumentet er til at forudsige vold. BVC testresultater blev sammenlignet med SOARS- R	Test for nøjagtighed: totale AUC = 0,88(95% CI 0,76-0,99%)	samme afsnit.
Abderhalden C et al	2006	Diagnostisk test	++	Studierne fandt sted på intensive akutte modtageafdelinger i den tysktalende af Schweiz. N = 219 fra 6 afsnit på 3 hospitaler deltog i udviklingen af BVC-VAS i løbet af 3 måneder N = 300 patienter fra 2 afsnit på 2 hospitaler testede den kliniske anvendelse over 6 måneder	Det første studie: Alle patienter blev vurderet med BVC ved indlæggelsen Derefter 2 x dagligt med BVC, i de næste 3 dage eller til udskrivelse/overflytning Desuden blev sygeplejerskerne bedt om at vurdere risikoen for udvikling af voldelig adfærd i de næste 12 timer på en 10 cm lang Visuel Analog Scala (VAS). BVC-VAS blev testet i forskellige afsnit inden den blev	Sensitiviteten af den originale BVC var 64.3% og specificiteten var 93,9%. AUC = 0,88 AUC for BVC-VAS = 0,94 (95% IL; 0,90 – 0,98)	BVC-Vas er let at anvende men er ikke mere præcist end den originale BVC.

					anvendt i valideringsstudiet. Det andet studie, valideringsstudiet: BVC-VAS blev en del af den daglige rutine på 2 modtageafdeling er på 2 hospitaler. Ligesom i det første studie blev patienterne vurderet ved indlæggelsen og derefter 2 x dagligt de følgende 3 dage. Der udregnes sensitivitet og specificitet og test resultatet blev angivet som arealet under AUC-ROC og sammenlignet med resultaterne fra den tidligere undersøgelse		
Björkdahl A., et al	2006	Diagnostisk test	++	N = 73 patienter indlagt i mere en 24 timer over en 3 måneders periode på et 10	Alle patienter vurderes 3 gange/døgnet med BVC af en sygeplejerske	I alt 997 daglige scoringer med BVC blev udført –	Sygeplejersker kan med en høj grad af akkurate ses forudsige kort tids

				sengs akut intensivt psykiatrisk afsnit i en forstad til Stockholm 36 kvinder og 37 mænd – gennemsnitsalder = 39,6 år	med nøglepersonsfunktion. SOARS-R score blev anvendt til at vurdere alvorligheden af de voldelige episoder. Der blev anvendt Cox proportional hazard model til at evaluere risikoen for at udvikle voldelige episoder over tid	inden for den første uge opstod 18 alvorlige episoder med vold. Med en Hazard ratio for blot én scoring på BVC inden for 24 timer viste øget risiko for udvikling af voldelig adfærd (HR 5,99; 95% CI 2,00-17,9). Ved 2 eller flere scoringer på BVC var HR 4,35 (95% CI 1,66-11,4)	risikoen for alvorlig vold ved indlagte patienter ved at bruge BVC Undersøgelsen bør gentages.
Clarke, D.E. et al	2010	Diagnostisk test	++	N = 48 ustabile og potentielt aggressive psykiatriske patienter, indlagt på psykiatrisk intensivt afsnit på et universitetshospital.	Hver patient vurderes 3 X dagligt med BVC i de første 72 timer af indlæggelsen. Patientens køn, alder, indlæggelsesdiagnose og indlæggelsesstatus (frivillig/ufrivillig) registreres Spørgeskema til 6 fuldtidsansatte sygeplejersker vedr. brug af BVC Efter 1 år: nyt	BVC har vist sig at være pålideligt, validt og praktiske. Nogle af de deltagende sygeplejersker fortsat stoler mest på intuition og mavefornemmelse.	Det er en mindre lokal undersøgelse.

					spørgeskema til sygeplejersker og andet personale om brugen af BVC og som led i den rutinemæssige kvalitetssikring en follow-up på brugen af BBC 1 og 5 år efter den oprindelige implementering.		
--	--	--	--	--	--	--	--

SfR Checkliste 5: Undersøgelser af diagnostiske tests

Forfatter, titel: James R.P. Ogloff & Michael Daffern:

The Dynamic Appraisal of Situational Aggression: An Instrument to Assess Risk for Imminent Aggression in Psychiatric Inpatients

Tidsskrift, år: Behavioral Sciences and The Law 24: 799-813 (2006)

Checkliste udfyldt af:

Jette Christiansen, udviklingssygeplejerske, cand.scient.soc., Tove Pank, uddannelseskoordinator, cand.cur. & Anne Dirks Højfeldt, cand.it bioformatik.

1. INTERN GYLDIGHED

Evalueringskriterier	I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?
1.1 Blev <i>testen</i> sammenlignet med en valid referencestandard ("Gold standard")?	4 - Ikke opfyldt
1.2 Blev <i>testen</i> og referencestandard vurderet uafhængigt (blindet) af hinanden?	2 - I tilstrækkelig grad
1.3 Blev patienter udvalgt til referencestandard uafhængigt af <i>testresultatet</i> ?	2 - I tilstrækkelig grad
1.4 Blev såvel referencestandard som den diagnostiske test målt på alle patienter?	2 - I tilstrækkelig grad
1.5 Blev referencestandard målt, før en intervention/behandling blev iværksat på baggrund af initiale <i>testresultater</i> ?	6 - ikke anvendeligt på den aktuelle artikel

1.6	Blev forskellige <i>test</i> sammenlignet i et validt design?	6 - ikke anvendeligt på den aktuelle artikel
2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF STUDIET		
2.1	I hvilken grad var undersøgelserne udført for at minimere risikoen for bias? <i>Anfør ++, + eller ÷.</i>	++
2.2	Hvis bedømt som + eller ÷, i hvilken grad kan bias påvirke undersøgelsesresultatet?	
2.3	Er undersøgelsens resultat direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	3 - dårligt opfyldt
3. RESULTATER OG KOMMENTARER		
3.1	Var metoden der anvendtes til at vurdere testen i fht. referencestandard tilstrækkelig?	2 – i tilstrækkelig grad

SfR Checkliste 1: Systematiske oversigtsartikler og metaanalyser

Forfatter, titel: Scott Lamont og Scott Brunero. Risk analysis: An integrated approach to the assessment and management of aggression/violence in mental health.

Tidsskrift, år: Journal of Psychiatric Intensive Care vol. 5. no 1:25-32. 2009

Checkliste udfyldt af:

Jette Christiansen, udviklingssygeplejerske, cand.scient.soc., Tove Pank, uddannelseskoordinator, cand.cur. & Anne Dirks Højfeldt, cand.it bioformatik.

1. INTERN TROVÆRDIGHED

Evalueringskriterier	I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?
1.7 Er der en velafgrænset og relevant klinisk problemstilling?	
1.8 Er der en beskrivelse af den anvendte metodologi?	2 – i tilstrækkelig grad
1.9 Var litteratursøgningen tilstrækkelig grundig til at identificere alle relevante undersøgelser?	2 - i tilstrækkelig grad
1.10 Var undersøgelseernes kvalitet vurderet og taget i betragtning?	4 - Ikke opfyldt
1.11 Berører analysen alle potentielle positive og negative effekter af interventionen?	2 - i tilstrækkelig grad
1.12 Var det rimeligt at kombinere undersøgelserne	4 - ikke opfyldt

1.13 Kan analysens konklusion udledes fra den præsenterede evidens?	2 - i tilstrækkelig grad
2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF ANALYSEN/ARTIKLEN	
2.4 I hvor høj grad forsøgte undersøgelsen at minimere bias? <i>Anfør ++, + eller ÷.</i>	++
2.5 Hvis bedømt som + eller ÷, påvirker bias undersøgelsesresultatet? (pos. el. negativ retning)	
2.6 Er analysens resultat direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	1 – i høj grad
3. BESKRIVELSE AF STUDIET	
3.1 Hvilke typer studier inkluderes i oversigtsartiklen? (<i>randomiserede kontrollerede forsøg (RCT), kontrollerede kliniske forsøg (CCT), kohorte, Case-kontrol undersøgelser</i>).	5 - ikke oplyst
3.2 Hvilke behandlinger (interventioner) er taget i betragtning?	Der indentificeres 3 strategier i forhold til risikovurdering af aggression/vold i psykiatrien(mental health) 1. ustruktureret klinisk metode 2. aktuarisk(statistisk eller matematisk) metoder 3. struktureret professionel metode
3.3 Hvilke resultater (outcome) er anført? (<i>fx gavnlige, skadelige</i>).	Gavnligt resultater: Risiko kan vurderes i samarbejde og omfattende, kan forvaltes og revurderes ved hjælp af robuste kommunikationssystemer og samarbejdspraksisserkombineret med organisatorisk støtte

	'Skadelige' resultater: En kommende risiko kan ikke forudsiges med nøjagtighed og risiko for aggression/vold kan ikke udryddes
3.4 Er der anført statistiske mål for usikkerheden? (fx odds ratio?)	4 - ikke opfyldt
3.5 Er potentielle confoundre taget i betragtning? (Dette er specielt vigtigt, hvis andre end RCT-studier er inddraget i oversigtsartiklen).	4 - ikke opfyldt
3.6 Hvad karakteriserer undersøgelsespopulationen? (køn, alder, sygdomskaraktetika i populationen, sygdomsprævalens).	5 – ikke oplyst
3.7 Hvorfra er forsøgspersonerne rekrutteret? (fx by, land, hospital, ambulatorier, almen praksis, amt).	5 – ikke oplyst
4. GENERELLE KOMMENTARER	

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

- CLEARINGHOUSE

--	--

SfR Checkliste 2: Randomiserede kontrollerede undersøgelser

Forfatterl: Abderhalden C. Needham I. Dassen T. Halfens R. Haug H-J. Fischer JE.

Title: Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled study

Tidsskrift, år: British journal of psychiatry 2008; 193: 44-50

Checkliste udfyldt af: Jette Christiansen, udviklingssygeplejerske, cand.scient.soc., Tove Pank, uddannelseskoordinator, cand.cur. & Anne Dirks Højfeldt, cand.it bioformatik

1. INTERN GYLDIGHED

Evalueringskriterier	I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?
1.14 Er der en velafgrænset og relevant klinisk problemstilling?	1 - Opfyldt i høj grad
1.15 Blev forsøgspersonerne randomiseret?	2- Opfyldt i tilstrækkelig grad. .
1.16 Var behandlings- og kontrolgruppen ens ved undersøgelsens start?	1 - Opfyldt i høj grad. Der ses ingen signifikante forskelle i baseline karakteristika.
1.17 Var randomiseringen (allokeringen) skjult?	1 - Opfyldt i høj grad. .
1.18 Blev forsøgspersonerne, behandler og forsker blindet?	4. Ikke opfyldt.
1.19 Er alle relevante slutresultater (outcome) målt standardiseret, gyldigt og pålideligt?	1 - Opfyldt i høj grad.

1.20 Bortset fra den undersøgte behandling, blev grupperne så behandlet ens?	6. Ikke anvendeligt på den aktuelle undersøgelse.
1.21 Hvor stor en del af de personer, der blev rekrutteret til undersøgelsen, blev endeligt medtaget i analyserne? (dropout)	1 - Opfyldt i høj grad. Ingen dropouts.
1.22 Blev alle de undersøgte personer analyseret i henhold til randomiseringen?(intention to treat analyse)	1. - Opfyldt i høj grad.
1.23 Er resultaterne homogene mellem de forskellige undersøgelsessteder (multicenterundersøgelser)?	6 – ikke anvendeligt i den aktuelle undersøgelse
2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF UNDERSØGELSEN	
2.7 I hvor høj grad forsøgte undersøgelsen at minimere bias? <i>Anfør ++, + eller ÷.</i>	+
2.8 Hvis bedømt som + eller ÷, i hvilken grad kan bias påvirke undersøgelsesresultatet?	Mangel på blinding kan have medført bias (rater-bias).
2.9 Med baggrund i kliniske overvejelser, evaluering af metoden og undersøgelsens statistiske styrke, mener du så, at sluteffekten skyldes undersøgelsens "intervention"?	Ja, det er sandsynligt, at den systematiske, om end kortvarige, risikovurdering af patienterne medfører reduktion af voldelige hændelser og brug af tvangsmidler.
2.10 Er resultatet af undersøgelsen direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	Resultaterne er direkte anvendelige på målgruppen for den kliniske retningslinje.
3. BESKRIVELSE AF UNDERSØGELSEN	
3.8 Hvilke behandlinger evalueres i undersøgelsen?	Systematisk risikovurdering og behandling af psykiatriske patienter med voldelig adfærd.

3.9 Hvilke måleparametre er anvendt på slutresultatet? (outcome)	Alvorligheden af voldelige hændelser. Brug af tvangsmidler
3.10 Hvor mange patienter deltog i undersøgelsen? (totalt og i behandlings- hhv. kontrolgruppen).	I den randomiserede undersøgelse deltog i alt 973, heraf 390 interventions patienter og 583 kontrolpatienter.
3.11 Hvorledes er effekten målt? Og i hvilken retning gik den målte effekt?	Effekten er mål på reduktion af alvorlige aggressive hændelser og brug af tvangsmidler. voldelig
3.12 Er der statistiske usikkerhedsberegninger? (p-værdier eller sikkerhedsintervaller)	Ja, sikkerhedsintervaller.
3.13 Hvad karakteriserer deltagerne (populationen)? (fx køn, alder, sygdomsprævalens).	Patienterne på interventionsafsnittet var for 54,4 % vedkommende mænd med en gennemsnitsalder på 39,0 år. Den hyppigste diagnose: F 2 /skizofreni) i alt 33,4 %. Ved alle patienter blev aggression bedømt til at være et meget stort problem.
3.14 Hvorfra er forsøgspersonerne rekrutteret? (fx by, land, hospital, ambulatorier, almen praksis, amt).	Patienter er rekrutteret fra hospitaler i den tysktalende del af Schweiz.
3.15 Hvor mange grupper/centre er med i undersøgelsen?	Der deltager 9 forskellige afdelinger.
3.16 Er der rejst nogle specifikke spørgsmål ved denne undersøgelse? (Anfør generelle kommentarer vedr. undersøgelsens resultater og betydningen af disse).	Alle fire interventionsafdelinger vurderede graden af aggression til at være højere end kontrolafdelingerne, hvilket kan have øget effekten af interventionen.

SfR Checkliste 2: Randomiserede kontrollerede undersøgelser

Forfattere: van der Sande R. Nijman HLI. Noorthoorn EO. Wierdsma AI. Hellendoorn E. van der Staark C. Mulder C.L.

Title: Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment
Tidsskrift, år: The British Journal of Psychiatry 2011, 199:473-478.

Checkliste udfyldt af: Jette Christiansen, udviklingssygeplejerske, cand.scient.soc., Tove Pank, uddannelseskoordinator, cand.cur. & Anne Dirks Højfeldt, cand.it bioformatik

1. INTERN GYLDIGHED

Evalueringskriterier	I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?
1.24 Er der en velafgrænset og relevant klinisk problemstilling?	1. I høj grad opfyldt.
1.25 Blev forsøgspersonerne randomiseret?	2. I tilstrækkelig grad. Cluster randomisering.
1.26 Var behandlings- og kontrolgruppen ens ved undersøgelsens start?	2. I tilstrækkelig grad.
1.27 Var randomiseringen (allokeringen) skjult?	3 – dårligt opfyldt .
1.28 Blev forsøgspersonerne, behandler og forsker blindet?	4. Nej ikke opfyldt.

1.29 Er alle relevante slutresultater (outcome) målt standardiseret, gyldigt og pålideligt?	1. I høj grad opfyldt. .
1.30 Bortset fra den undersøgte behandling, blev grupperne så behandlet ens?	6. Ikke anvendeligt på den aktuelle undersøgelse
1.31 Hvor stor en del af de personer, der blev rekrutteret til undersøgelsen, blev endeligt medtaget i analyserne? (dropout)	1. I høj grad opfyldt. Ingen dropouts.
1.32 Blev alle de undersøgte personer analyseret i henhold til randomiseringen?(intention to treat analyse)	1. I høj grad opfyldt. .
1.33 Er resultaterne homogene mellem de forskellige undersøgelsessteder (multicenterundersøgelser)?	6 -Ikke aktuelt i denne undersøgelse.
2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF UNDERSØGELSEN	
2.11 I hvor høj grad forsøgte undersøgelsen at minimere bias? <i>Anfør ++, + eller ÷.</i>	+,
2.12 Hvis bedømt som + eller ÷, i hvilken grad kan bias påvirke undersøgelsesresultatet?	Der kan være tale 'rater-bias', idet det var de samme sygeplejersker, der skulle fortage risikovurderingen og vurdere udfaldet af de aggressive hændelser.
2.13 Med baggrund i kliniske overvejelser, evaluering af metoden og undersøgelsens statistiske styrke, mener du så, at sluteffekten skyldes undersøgelsens "intervention"?	1-i høj grad.
2.14 Er resultatet af undersøgelsen direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	1-i høj grad.

3. BESKRIVELSE AF UNDERSØGELSEN	
3.17 Hvilke behandlinger evalueres i undersøgelsen?	Overvågning og behandling af aggressive udfald med anbringelse i 'seclusion'
3.18 Hvilke måleparametre er anvendt på slutresultatet? (outcome)	Der beregnet relativ risikovurdering for at udvikle aggressive hændelser og anbringelse i 'seclusion'.
3.19 Hvor mange patienter deltog i undersøgelsen? (totalt og i behandlings- hhv. kontrolgruppen).	I alt 458 patienter indgår i studiet, heraf 207 interventionspatienter og 251 kontropatienter.
3.20 Hvorledes er effekten målt? Og i hvilken retning gik den målte effekt?	Effekten går i retning af reduktion af antallet aggressive patienter og tid anbragt i 'seclusion'.
3.21 Er der statistiske usikkerhedsberegninger? (p-værdier eller sikkerhedsintervaller)	Ja, der er foretaget usikkerhedsberegningen (P værdier og konfidensintervaller).
3.22 Hvad karakteriserer deltagerne (populationen)? (fx køn, alder, sygdomsprævalens).	I interventionen indgik flest mænd med gennemsnitsalder på 38, 31 % tilhørte en etnisk minoritet, 59 % havde en psykotisk lidelse. Den gennemsnitlige indlæggelsestid var 3 uger.
3.23 Hvorfra er forsøgspersonerne rekrutteret? (fx by, land, hospital, ambulatorier, almen praksis, amt).	Patienterne er rekrutteret blandt borgere i den hollandske by Rotterdam.
3.24 Hvor mange grupper/centre er med i undersøgelsen?	Der indgik i alt fire psykiatriske afdelinger på samme hospital.
3.25 Er der rejst nogle specifikke spørgsmål ved denne undersøgelse? (Anfør generelle kommentarer vedr. undersøgelsens resultater og betydningen af disse).	Studiet medført ikke til flere omkostninger i form af mere personale, bortset fra tilstedeværelsen af en klinisk vejleder, som bistod personalet med hjælp til risikovurdering af patienterne,

SfR Checkliste 3: Kohorteundersøgelser

Forfatter, titel:

Needham I, Abderhalden C, Meer R, Dassen T, Haug HJ, Halfens RJG og Fischer JE

The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: report on a pilot study

Tidsskrift, år: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing (2004): 11, 595-601

Checkliste udfyldt af:

Jette Christiansen, udviklingssygeplejerske, cand.scient.soc., Tove Pank, uddannelseskoordinator, cand.cur. & Anne Dirks Højfeldt, cand.it bioformatik

1. INTERN TROVÆRDIGHED

Evalueringskriterier	I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?
1.34 Er der en velafgrænset og relevant klinisk problemstilling?	1- i høj grad

UDVÆLGELSE AF DELTAGERE

1.35 Er de eksponerede og ikke-eksponerede populationer sammenlignelige ved start?	1- i høj grad - 1
1.36 Er deltagelsesraten angivet for både eksponerede og ikke-eksponerede ved start?	5 -ikke oplyst
1.37 Er muligheden for, at nogle deltagere allerede fra starten havde sygdommen (outcome), diskuteret?	6 -ikke anvendeligt på den aktuelle kohorteundersøgelse
1.38 Hvor stor en del af undersøgelsens deltagere udgik før tid?	2 blev ekskluderet af undersøgelsen
1.39 Er der en sammenligning af eksponeringsstatus for gennemførende deltagere og de, der udgik?	1 - i høj grad -

Vurdering

1.40 Er målene (outcomes) klart definerede?	1 - i høj grad
1.41 Er vurderingen af målene (outcomes) blindet mht. eksponeringsstatus?	4 - Ikke opfyldt

1.42 Hvis blinding var umulig, har kendskab til eksponeringsstatus så haft indflydelse på vurderingen af målene (outcomes)?	4 – ikke opfyldt
1.43 Var metoden til at bedømme eksponeringsstatus eller de prognostiske faktorer tilstrækkelig?	1 - i høj grad
1.44 Er der evidens for, at metoden til bedømmelse af målene (outcomes) var troværdig og pålidelig?	2 -Tilstrækkeligt opfyldt
1.45 Er eksponeringsgrad eller prognostiske faktorer vurderet mere end én gang?	1- i høj grad
<i>Confounding</i>	
1.46 Er de vigtigste confoundere identificeret og medinddraget i tilstrækkelig grad i undersøgelsesdesign og analyserne?	1 - i høj grad
<i>statistik</i>	
1.47 Er der anvendt ens databehandling i de forskellige grupper?	1 - i høj grad
1.48 Er der anført sikkerhedsintervaller?	1 - i høj grad
1.49 Er der opgivet et mål for <i>goodness-of-fit</i> for eventuelle multivariate analyser?	1 - i høj grad
1.50 Er der foretaget korrektion for multiple statistiske tests (hvis relevant)?	Ikke anvendeligt på den aktuelle kohorteundersøgelse - 6
2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF UNDERSØGELSEN	
2.15 Hvor godt forsøgte undersøgelsen at minimere risikoen for bias eller confounding? Hvor godt blev der påvist en årsagssammenhæng (association) mellem eksponeringsstatus og virkning (mål)? <i>Anfør ++, + eller ÷.</i>	++
2.16 Med baggrund i kliniske overvejelser, evaluering af metoden og undersøgelsens statistiske styrke, mener du så, at virkning-en skyldes undersøgelsens "intervention"?	1 - i høj grad

2.17 Er undersøgelsens resultater direkte anvendelige på referenceprogrammets patientmålgruppe?	1 - i høj grad
3. BESKRIVELSE AF UNDERSØGELSEN	
3.26 Hvilke eksponeringer eller prognostiske faktorer er evalueret i undersøgelsen?	Forvirring Irritabilitet Støjende adfærd Verbale trusler Fysiske trusler Angreb på ting eller genstande
3.27 Hvilke mål (outcomes) er vurderet?	Aggressive hændelser Angreb mod personer Tvangsforanstaltninger
3.28 Hvor mange patienter deltog i undersøgelsen? (totalt og i eksponerede- og ikke-eksponeredegruppe).	576 patienter
3.29 Hvorledes er årsagssammenhængen angivet (f.eks. OR, RR)? Og i hvilken retning gik den målte sammenhæng?	Angivet som CI Peger på en årsagssammenhæng mellem indsats og outcome
3.30 Hvad karakteriserer deltagerne (populationen) (fx køn, alder, sygdomsprævalens) ?	41,3% kvinder og 58,7% mænd Gennemsnitsalder 38 år Ifølge ICD-10 38,3% patienter med skizofreni/skizofrenilignende lidelser 15,6% patienter affektive lidelser 23,9% med adfærds- og misbrugsproblematikker

	14,9% med neuroser og personlighedsforstyrrelser 7,3% med andre psykiatiske lidelser
3.31 Hvorfra er deltagerne rekrutteret (fx. <i>by, land, hospital, ambulatorier, almen praksis, amt</i>) ?.	2 akutte psykiatriske afdelinger – en i byen og en på landet – i den tysktalende del af Schweiz
3.32 Er der rejst nogle specifikke spørgsmål ved denne undersøgelse? (Anfør generelle kommentarer vedr. resultaterne og deres betydning).	Pilotstudie med en lille population

SfR Checkliste 5: Undersøgelser af diagnostiske tests

Forfatter, titel: Abderhalden C et al. Predicting inpatient violence using an extended version of the Brøset-Violence Checklist: instrument development and clinical application

Tidsskrift, år: BMC Psychiatry 2006

Checkliste udfyldt af: Jette Christiansen, udviklingssygeplejerske, cand.scient.soc., Tove Pank, uddannelseskoordinator, cand.cur. & Anne Dirks Højfeldt, cand.it bioformatik

1. INTERN GYLDIGHED

Evalueringskriterier	I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?
1.51 Blev <i>testen</i> sammenlignet med en valid referencestandard ("Gold standard")?	2 – opfyldt i tilstrækkelig grad
1.52 Blev <i>testen</i> og referencestandarden vurderet uafhængigt (blindet) af hinanden?	4 – ikke opfyldt
1.53 Blev patienter udvalgt til referencestandarden uafhængigt af <i>testresultatet</i> ?	1 – ja i høj grad
1.54 Blev såvel referencestandarden som den diagnostiske test målt på alle patienter?	2 – tilstrækkeligt opfyldt
a. Blev referencestandarden målt, før en intervention/behandling blev iværksat på baggrund af initiale <i>testresultater</i> ?	1 - i høj grad
b. Blev forskellige <i>test</i> sammenlignet i et validt design?	1 – i høj grad

2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF STUDIET

2.18 I hvilken grad var undersøgelserne udført for at minimere risikoen for bias? <i>Anfør ++, + eller ÷.</i>	++
2.19 Hvis bedømt som + eller ÷, i hvilken grad kan bias påvirke undersøgelsesresultatet?	

2.20 Er undersøgelsens resultat direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	1 - i høj grad
3. RESULTATER OG KOMMENTARER	
3.1 Var metoden der anvendtes til at vurdere testen i fht. referencestandardens tilstrækkelighed?	1- i høj grad,

SfR Checkliste 5: Undersøgelser af diagnostiske tests

Forfatter: Almvik R. Woods P. Rasmussen K.

Titel: The Brøset Violence Checklist. Sensitivity, Specificity, and Interrater Reliability

Tidsskrift, år: Journal of Interpersonal Violence 2000; 15: 1284-1296

Checkliste udfyldt af: Jette Christiansen, udviklingssygeplejerske, cand.scient.soc., Tove Pank, uddannelseskoordinator, cand.cur. & Anne Dirks Højfeldt, cand.it bioformatik

1. INTERN GYLDIGHED

Evalueringskriterier	I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?
1.55 Blev <i>testen</i> sammenlignet med en valid referencestandard ("Gold standard")?	2. Opfyldt i tilstrækkelig grad.
1.56 Blev <i>testen</i> og referencestandardens vurderet uafhængigt (blindet) af hinanden?	6- ikke anvendeligt på den aktuelle undersøgelse
1.57 Blev patienter udvalgt til referencestandardens uafhængigt af <i>testresultatet</i> ?	1 – i høj grad
1.58 Blev såvel referencestandardens som den diagnostiske test målt på alle patienter?	3 - Dårligt oplyst .
1.59 Blev referencestandardens målt, før en intervention/behandling blev iværksat på baggrund af initiale <i>testresultater</i> ?	1- Opfyldt i høj grad
1.60 Blev forskellige <i>test</i> sammenlignet i et validt design?	

2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF STUDIET

2.21 I hvilken grad var undersøgelserne udført for at minimere risikoen for bias? Anfør ++, + eller ÷.	++
2.22 Hvis bedømt som + eller ÷, i hvilken grad kan bias påvirke undersøgelsesresultatet?	
2.23 Er undersøgelsens resultat direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	1 – i høj grad Resultaterne er anvendelige på den aktuelle population.
3. RESULTATER OG KOMMENTARER	
3.1 Var metoden der anvendtes til at vurdere testen i fht. referencestandardens tilstrækkelighed?	Den anvendte metode (sensitivitet og specificitet) er fuldt tilstrækkelig.

SfR Checkliste 3: Kohorteundersøgelser

Forfatter, titel: Abderhalden C, Needham I, Miserez B, Almvik R, Dassen T, Haug, H-J og Fischer JE

Predicting inpatient violence in acute psychiatric wards using the Brøst-Violence-Checklist: a multicenter prospective cohort study

Tidsskrift, år: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2004, 11, 422-427

Checkliste udfyldt af:

Jette Christiansen, udviklingssygeplejerske, cand.scient.soc., Tove Pank, uddannelseskoordinator, cand.cur. & Anne Dirks Højfeldt, cand.it bioformatik

1. INTERN TROVÆRDIGHED

Evalueringskriterier	I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?
1.61 Er der en velafgrænset og relevant klinisk problemstilling?	1 – i høj grad

UDVÆLGELSE AF DELTAGERE

1.62 Er de eksponerede og ikke-eksponerede populationer sammenlignelige ved start?	1 – i høj grad
1.63 Er deltagelsesraten angivet for både eksponerede og ikke-eksponerede ved start?	5 – ikke oplyst
1.64 Er muligheden for, at nogle deltagere allerede fra starten havde sygdommen (outcome), diskuteret?	6 -Ikke anvendeligt på den aktuelle kohorteundersøgelse
1.65 Hvor stor en del af undersøgelsens deltagere udgik før tid?	1 - i høj grad
1.66 Er der en sammenligning af eksponeringsstatus for gennemførende deltagere og de, der udgik?	6 – ikke anvendeligt på den aktuelle kohorteundersøgelse

Vurdering

1.67 Er målene (outcomes) klart definerede?	1 - i høj grad
1.68 Er vurderingen af målene (outcomes) blindet mht. eksponeringsstatus?	4 - Ikke opfyldt

1.69 Hvis blinding var umulig, har kendskab til eksponeringsstatus så haft indflydelse på vurderingen af målene (outcomes)?	4 -Ikke opfyldt
1.70 Var metoden til at bedømme eksponeringsstatus eller de prognostiske faktorer tilstrækkelig?	1 - i høj grad
1.71 Er der evidens for, at metoden til bedømmelse af målene (outcomes) var troværdig og pålidelig?	2 -Tilstrækkelig opfyldt
1.72 Er eksponeringsgrad eller prognostiske faktorer vurderet mere end én gang?	1 - i høj grad
<i>Confounding</i>	
1.73 Er de vigtigste confoundere identificeret og medinddraget i tilstrækkelig grad i undersøgelsesdesign og analyserne?	1 - i høj grad
<i>statistik</i>	
1.74 Er der anvendt ens databehandling i de forskellige grupper?	1 -i høj grad
1.75 Er der anført sikkerhedsintervaller?	1 - i høj grad
1.76 Er der opgivet et mål for <i>goodness-of-fit</i> for eventuelle multivariate analyser?	5 -ikke oplyst
1.77 Er der foretaget korrektion for multiple statistiske tests (hvis relevant)?	1 - i høj grad
2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF UNDERSØGELSEN	
2.24 Hvor godt forsøgte undersøgelsen at minimere risikoen for bias eller confounding? Hvor godt blev der påvist en årsagssammenhæng (association) mellem eksponeringsstatus og virkning (mål)? <i>Anfør ++, + eller ÷.</i>	++
2.25 Med baggrund i kliniske overvejelser, evaluering af metoden og undersøgelsens statistiske styrke, mener du så, at virkning-en skyldes undersøgelsens "intervention"?	1 - i høj grad

2.26 Er undersøgelsens resultater direkte anvendelige på referenceprogrammets patientmålgruppe?	1 - i høj grad
3. BESKRIVELSE AF UNDERSØGELSEN	
3.33 Hvilke eksponeringer eller prognostiske faktorer er evalueret i undersøgelsen?	BVC-G, det vil sige BVC og en VAS SOAS-R
3.34 Hvilke mål (outcomes) er vurderet?	SOAS-R: Verbale trusler eller angreb på ting Angreb mod personer BVC-G: Angreb mod personer i næste vagtskifte
3.35 Hvor mange patienter deltog i undersøgelsen? (totalt og i eksponerede- og ikke-eksponerede gruppe).	219
3.36 Hvorledes er årsagssammenhængen angivet (f.eks. OR, RR)? Og i hvilken retning gik den målte sammenhæng?	Angivet som OR Peger på en årsagssammenhæng mellem indsats og outcome
3.37 Hvad karakteriserer deltagerne (populationen) (fx køn, alder, sygdomsprævalens) ?	61% mænd og 39% kvinder Gennemsnitsalder 39 år Sygdomsprævalens er ikke oplyst
3.38 Hvorfra er deltagerne rekrutteret (fx. by, land, hospital, ambulatorier, almen praksis, amt) ?.	Seks akutte afsnit på 3 psykiatriske i Regionen Zürich med 15 til 19 senge. 5 af afdelingerne er lukkede hele tiden og 1 afdeling kan lukkes ved behov
3.39 Er der rejst nogle specifikke spørgsmål ved denne undersøgelse? (Anfør generelle kommentarer vedr.	Om antallet af falsk positive er den reelle eller om det er overdrevet

<i>resultaterne og deres betydning).</i>	
--	--

SfR Checkliste 5: Undersøgelser af diagnostiske tests

Forfatter, titel: Björkdahl A, Olsson D., Palmstierna T.

Nurses' short-term prediction of violence in acute psychiatric intensive care

Tidsskrift, år: Acta Psychiatrica Scandinavica 2006: 113: 224-229

Checkliste udfyldt af:

Jette Christiansen, udviklingssygeplejerske, cand.scient.soc., Tove Pank, uddannelseskoordinator, cand.cur. & Anne Dirks Højfeldt, cand.it bioformatik

1. INTERN GYLDIGHED

Evalueringskriterier	I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?
1.78 Blev <i>testen</i> sammenlignet med en valid referencestandard ("Gold standard")?	2 - Tilstrækkelig opfyldt
1.79 Blev <i>testen</i> og referencestandarden vurderet uafhængigt (blindet) af hinanden?	2 - I tilstrækkelig grad
1.80 Blev patienter udvalgt til referencestandard uafhængigt af <i>testresultatet</i> ?	2 - I tilstrækkelig grad
1.81 Blev såvel referencestandard som den diagnostiske test målt på alle patienter?	2 - I tilstrækkelig grad
1.82 Blev referencestandard målt, før en intervention/behandling blev iværksat på baggrund af initiale <i>testresultater</i> ?	6 – Ikke relevant i den aktuelle undersøgelse

1.83 Blev forskellige <i>test</i> sammenlignet i et validt design?	6 -Ikke relevant i den aktuelle undersøgelse
2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF STUDIET	
2.27 I hvilken grad var undersøgelserne udført for at minimere risikoen for bias? <i>Anfør ++, + eller ÷.</i>	++
2.28 Hvis bedømt som + eller ÷, i hvilken grad kan bias påvirke undersøgelsesresultatet?	
2.29 Er undersøgelsens resultat direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	1 - I høj grad
3. RESULTATER OG KOMMENTARER	
3.1 Var metoden der anvendtes til at vurdere testen i fht. referencestandardens tilstrækkelighed?	2 - I tilstrækkelig grad

SfR Checkliste 5: Undersøgelser af diagnostiske tests

Forfatter, titel: D.E. Clarke, A-M Brown & P. Griffith

The Brøset Violence Checklist: clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting

Tidsskrift, år: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2010, 17, 614-620

Checkliste udfyldt af:

Jette Christiansen, udviklingssygeplejerske, cand.scient.soc., Tove Pank, uddannelseskoordinator, cand.cur. & Anne Dirks Højfeldt, cand.it bioformatik

1. INTERN GYLDIGHED

Evalueringskriterier	I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?
1.84 Blev <i>testen</i> sammenlignet med en valid referencestandard ("Gold standard")?	2 - Tilstrækkelig opfyldt
1.85 Blev <i>testen</i> og referencestandarden vurderet uafhængigt (blindet) af hinanden?	2 - I tilstrækkelig grad
1.86 Blev patienter udvalgt til referencestandarden uafhængigt af <i>testresultatet</i> ?	2 - I tilstrækkelig grad
1.87 Blev såvel referencestandarden som den diagnostiske test målt på alle patienter?	2 - I tilstrækkelig grad
1.88 Blev referencestandarden målt, før en intervention/behandling blev iværksat på baggrund af initiale <i>testresultater</i> ?	6 - Ikke relevant på den aktuelle undersøgelse
1.89 Blev forskellige <i>test</i> sammenlignet i et validt design?	6 - Ikke relevant på den aktuelle undersøgelse

2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF STUDIET

2.30 I hvilken grad var undersøgelserne udført for at minimere risikoen for bias? <i>Anfør ++, + eller ÷.</i>	++
2.31 Hvis bedømt som + eller ÷, i hvilken grad kan bias påvirke undersøgelsesresultatet?	
2.32 Er undersøgelsens resultat direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	1 - i høj grad
3. RESULTATER OG KOMMENTARER	
3.1 Var metoden der anvendtes til at vurdere testen i fht. referencestandardens tilstrækkelighed?	1 - i høj grad BVC viste sig at være pålidelig, valid og praktisk

SfR Checkliste 5: Undersøgelser af diagnostiske tests

Forfatter, titel: Linaker OM og Busch-Iversen H. Predictors of imminent violence in psychiatric inpatients

Tidsskrift, år: Acta Psychiatrica Scandinavica 1995:92

Checkliste udfyldt af: Jette Christiansen, udviklingssygeplejerske, cand.scient.soc., Tove Pank, uddannelseskoordinator, cand.cur. & Anne Dirks Højfeldt, cand.it bioformatik

1. INTERN GYLDIGHED

Evalueringskriterier	I hvor høj grad er kriteriet opfyldt?
1.90 Blev <i>testen</i> sammenlignet med en valid referencestandard ("Gold standard")?	6 - ikke anvendeligt på den aktuelle artikel –
1.91 Blev <i>testen</i> og referencestandarden vurderet uafhængigt (blindet) af hinanden?	6 - ikke anvendeligt på den aktuelle artikel
1.92 Blev patienter udvalgt til referencestandarden uafhængigt af <i>testresultatet</i> ?	5, ikke oplyst
1.93 Blev såvel referencestandarden som den diagnostiske test målt på alle patienter?	6 - ikke anvendeligt på den aktuelle artikel
1.94 Blev referencestandarden målt, før en intervention/behandling blev iværksat på baggrund af initiale <i>testresultater</i> ?	6 - ikke anvendeligt på den aktuelle artikel
1.95 Blev forskellige <i>test</i> sammenlignet i et validt design?	6 - ikke anvendeligt på denne artikel

2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF STUDIET

2.33 I hvilken grad var undersøgelserne udført for at minimere risikoen for bias? <i>Anfør ++, + eller ÷.</i>	++
2.34 Hvis bedømt som + eller ÷, i hvilken grad kan bias påvirke undersøgelsesresultatet?	
2.35 Er undersøgelsens resultat direkte anvendeligt på referenceprogrammets patientmålgruppe?	1 - i høj grad
3. RESULTATER OG KOMMENTARER	
3.1 Var metoden der anvendtes til at vurdere testen i fht. referencestandard tilstrækkelig?	6 – ikke anvendelig på det aktuelle studie Det er det første studie der beskriver 6 variable der prædikerer voldelige hændelser og som kan anvendes uden forudgående træning. Resultaterne videreudvikles til the Brøset Violence Checklist(BVC)

Titel: Klinisk retningslinje om forudsigelse af aggression og vold inden for kort tid, hos voksne over 18 år indlagt på psykiatrisk sygehus

Arbejdsgruppe:

- Tove Pank, uddannelseskoordinator cand.cur., HR og Kvalitet, Aalborg Universitetshospital – Psykiatrien. Kontaktperson: mailadresse: tove.pank@rn.dk telefon: 97 64 37 51
- Jette Christiansen, udviklingssygeplejerske cand.scient.soc., Klinik Syd, Aalborg Universitetshospital - Psykiatrien
- Anne Dirks Højfeldt cand.it. bioinformatik, projektmedarbejder Klinik Syd, Aalborg Universitetshospital - Psykiatrien

Godkendt

I OFFENTLIG HØRING MARTS/APRIL 2014

Baggrund

Aggressiv og voldelig adfærd er et udbredt problem i hele sundhedssektoren. Det er hyppigst sygeplejersker, der udsættes for verbale trusler eller fysisk vold fra patienter, og dette finder sted i såvel psykiatriske som akutte somatiske afsnit.

Omkostningerne ved patienters aggressive eller voldelige adfærd kan f.eks. være forlænget indlæggelsestid eller skader på personalet med deraf følgende sygefravær.

Formål

At undersøge om standardiseret voldsrisikovurdering kan forudsige aggressiv og voldelig adfærd.

At udpege det mest valide redskab til standardiseret voldsrisikovurdering med henblik på at reducere forekomsten af aggressiv og voldelig adfærd. Reduktionen af aggressiv og voldelig adfærd kan sandsynligvis medføre reduktion i anvendelsen af tvang.

Anbefalinger

Der kan anvendes standardiseret voldsrisikovurdering til forudsigelse af aggression og vold.

B (9 IVD; 5 IVD; 14 Ib A; 3 Ib B*; 24 II a B)

Plejepersonale, der arbejder på psykiatrisk sygehus, kan anvende Brøset Violence Checklist (BVC) i den daglige kliniske praksis til at forudsige aggression og vold hos patienter over 18 år.

B (1 IIb B; 4 IIb; 6 IV D; 8 IIa B; 25 IIb; 26 IIa)

Monitorering

Resultatindikator

Andelen af patienter der er voldsrisikovurderede inden for de første 24 timer (standard 95%).

- 1) Monitoreres ved journalaudit 2 gange årligt.

Antallet af indberettede tvangsforanstaltninger i Region Nordjylland

- 2) Monitoreres ved analyse af dataudtræk fra de nationale sundhedsregistre hver måned.

Referencer

1. Lamont S, Brunetto S. An integrated approach to the assessment and management of aggression/violence in mental health. *Issues Ment Health Nurs* 9 A.D. Feb 5;29:25-32.
2. Ogloff JR, Daffern M. The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. *Behav Sci Law* 2006;24(6):799-813.
3. Clarke DE, Brown AM, Griffith P. The Broset Violence Checklist: clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010 Sep;17(7):614-20.
4. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer JE. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008;193(1):44-50.
5. Needham I, Abderhalden C, Meer R, Dassen T, Haug HJ, Halfens RJ, et al. The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: report on a pilot study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004 Oct;11(5):595-601.
6. Linaker OM, Busch-Iversen H. Predictors of imminent violence in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr Scand* 1995 Oct;92(4):250-4.
7. Almvik R, Woods P, Rasmussen K. The Brøset Violence Checklist: Sensitivity, Specificity and Interrater Reliability. *Journal of Interpersonal Violence* 2000;15(12):1284-96.
8. 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 Aug;11(4):422-7.
9. 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.
10. Bjorkdahl A, Olsson D, Palmstierna T. Nurses' short-term prediction of

violence in acute psychiatric intensive care. Acta Psychiatr Scand 2006 Mar;113(3):224-9.

11. Clarke DE, Brown AM, Griffith P. The Broset Violence Checklist: clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting. J Psychiatr Ment Health Nurs 2010 Sep;17(7):614-20.