

## 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 mavefornemmel se	.
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: sygeplejerskern	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)  selvmordsrisikovurdering  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	
--	--	----------	--	--	---	---	--

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

## 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	++	<p>N = 597</p> <p>På fire akut psykiatriske afsnit over en periode på 40 uger – 10 ugers baseline periode og 30 ugers intervention</p> <p>Alle patienter der blev indlagt i løbet af de 40 uger blev inkluderet og var i gennemsnit indlagt i 3 uger</p> <p>Fire afsnit var</p>	<p>På interventionsafsnittene:</p> <p>Delscoringer på krise monitor blev diskuteret på inter- og multidisciplinære møder.</p> <p>Alle patienter blev dagligt – fra indlæggelse til udskrivelse eller overflytning - monitoreret med:</p> <p>BVC og Kennedy-Axis V, den korte version.</p>	<p>Antallet af aggressive hændelser faldt på interventionsafsnittene sammenlignet med kontrolafsnitene med (RRR = -68%, P &lt;0,001) og antallet af patienter involveret i aggressive hændelser faldt (RRR = -50%, P &lt;0,05)</p> <p>Antallet af timer i 'seclusion' faldt (RRR = -</p>	<p>Det er et forholdsvis lille studie. Fire afsnit på det samme hospital – 'carry-over' effekt</p> <p>Dataindsamlingen foregår under omhyggelig monitorering af en klinisk sygeplejespecialist, støttet af et ekspertpanel</p>

				<p>inkluderet – 2 forsøgsafsnit med i alt 20 senge og 2 kontrol afsnit med i alt 16 senge.</p> <p>Afsnittet er på samme sygehus i en storby.</p>	<p>På kontrol afsnittene: behandling som sædvanlig – det vil sige ustruktureret psykiatriske observationer og behandling baseret på klinisk vurdering.</p> <p>Der måles på relativ risiko for reduktion(RRR) af:</p> <p>Antallet af aggressive hændelser</p> <p>Antallet af aggressive patienter</p> <p>Antallet af tilfælde af 'seclusion'</p> <p>Antallet af patienter der er i 'seclusion'</p>	45%, P< 0,05)	
Abderhalden C et al	2008	Cluster randomiseret kontrolleret undersøgelse	+	<p>N = 86 afdelinger opfyldte nedenstående kriterier – 62 ønskede ikke at deltage</p> <p>14 afd. inkluderes, 9 randomiseres:</p>	<p>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</p>	<p>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</p>	<p>Det viste sig at BVC - CH ikke var eneste intervention.</p> <p>Alle fire interventions afd. scorer pts aggression høj eller meget høj.</p>

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

				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	++	<p>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.</p> <p>I studieperioden var N = 109 patienter på de fire afsnit, 52 mænd og 57 kvinder.</p>	<p>Patienterne blev vurderet efter BVC -senest 21/2 time efter vagtskifte af deres primære sygeplejerske i denne vagt.</p> <p>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)</p>	<p>Kappa værdien for total BVC score var lav(<math>k= 0,44</math>). 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)</p>	<p>BVC er en pålidelig og gyldig metode til at forudsige vold indenfor de næste 24 timer.</p>
Abderhalden C et al	2004	Prospektiv kohorteundersøgelse	++	<p>N = 219 patienter på lukkede psykiatriske afsnit</p> <p>61% var mænd og 39% var kvinder.</p> <p>Middelalder =39 år</p>	<p>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.</p> <p>SOAS-R til registrering af</p>	<p>Det totale antal af voldelige episoder var få(<math>n=14</math>). Sensitiviteten moderat(64% ; 95% CI 35-87%) mens specificiteten var høj 94%(95% CI; 92,4-95,2%)</p>	<p>BVC viser en tilfredsstillende akkuratess i forhold til at kort tids forudsigelse af aggressiv adfærd mod personale for ny indlagte patienter</p> <p>BVC-G er udviklet på baggrund af et pilotstudie i</p>

				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	++	<p>Studierne fandt sted på intensive akutte modtageafdelinger i den tysktalende af Schweiz.</p> <p>N = 219 fra 6 afsnit på 3 hospitaler deltog i udviklingen af BVC-VAS i løbet af 3 måneder</p> <p>N = 300 patienter fra 2 afsnit på 2 hospitaler testede den kliniske anvendelse over 6 måneder</p>	<p>Det første studie:</p> <p>Alle patienter blev vurderet med BVC ved indlæggelsen</p> <p>Derefter 2 x dagligt med BVC, i de næste 3 dage eller til udskrivelse/overflytning</p> <p>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).</p> <p>BVC-VAS blev testet i forskellige afsnit inden den blev</p>	<p>Sensitiviteten af den originale BVC var 64.3% og specificiteten var 93,9%.</p> <p>AUC = 0,88</p> <p>AUC for BVC-VAS = 0,94 (95% IL; 0,90 – 0,98)</p>	BVC-Vas er let at anvende men er ikke mere præcis end den originale BVC.



					<p>anvendt i valideringsstudiet.</p> <p>Det andet studie, valideringsstudiet:</p> <p>BVC-VAS blev en del af den daglige rutine på 2 modtageafdelinger på 2 hospitaler.</p> <p>Ligesom i det første studie blev patienterne vurderet ved indlæggelsen og derefter 2 x dagligt de følgende 3 dage.</p> <p>Der udregnes sensitivitet og specificitet og test resultatet blev angivet som arealet under AUC-ROC og sammenlignet med resultaterne fra den tidligere undersøgelse</p>		
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/døgn med BVC af en sygeplejerske	I alt 997 daglige scoringer med BVC blev udført –	Sygeplejersker kan med en høj grad af akkuratse forudsige kort tids

				<p>sengs akut intensivt psykiatrisk afsnit i en forstad til Stockholm</p> <p>36 kvinder og 37 mænd – gennemsnitsalder = 39,6 år</p>	<p>med nøglepersonsfunktion.</p> <p>SOARS-R score blev anvendt til at vurdere alvorligheden af de voldelige episoder.</p> <p>Der blev anvendt Cox proportional hazard model til at evaluere risikoen for at udvikle voldelige episoder over tid</p>	<p>inden for den første uge opstod 18 alvorlige episoder med vold.</p> <p>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)</p>	<p>risikoen for alvorlig vold ved indlagte patienter ved at bruge BVC</p> <p>Undersøgelsen bør gentages.</p>
Clarke ,D.E. et al	2010	Diagnostisk test	++	<p>N = 48 ustabile og potentielt aggressive psykiatriske patienter, indlagt på psykiatrisk intensivt afsnit på et universitetshospital.</p>	<p>Hver patient vurderes 3 X dagligt med BVC i de første 72 timer af indlæggelsen. Patientens køn, alder, indlæggelsesdiagnose og indlæggelsesstatus (frivillig/ufrivillig) registreres</p> <p>Spørgeskema til 6 fuldtidsansatte sygeplejersker vedr. brug af BVC</p> <p>Efter 1 år: nyt</p>	<p>BVC har vist sig at være pålideligt, validt og praktiske.</p> <p>Nogle af de deltagende sygeplejersker fortsat stoler mest på intuition og maveførmelse.</p>	<p>Det er en mindre lokal undersøgelse.</p>

# CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

- CLEARINGHOUSE

					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, udviklingspsygeplejerske, 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 referencestandarderne vurderet uafhængigt (blindet) af hinanden?	2 - I tilstrækkelig grad

1.3	Blev patienter udvalgt til referencestandarden uafhængigt af <i>test</i> resultatet?	2 - I tilstrækkelig grad
1.4	Blev såvel referencestandarden som den diagnostiske test målt på alle patienter?	2 - I tilstrækkelig grad
1.5	Blev referencestandarden målt, før en intervention/behandling blev iværksat på baggrund af initiale <i>test</i> resultater?	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
<b>2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF STUDIET</b>		
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
<b>3. RESULTATER OG KOMMENTARER</b>		
3.1	Var metoden der anvendtes til at vurdere testen i fht. referencestandardens tilstrækkelighed?	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 undersøgelseerne	4 - ikke opfyldt
1.13	Kan analysens konklusion udledes fra den præsenterede evidens?	2 - i tilstrækkelig grad
<b>2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF ANALYSEN/ARTIKLEN</b>		
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
<b>3. BESKRIVELSE AF STUDIET</b>		
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 identificeres 3 strategier i forhold til risikovurdering af aggression/vold i psykiatrien(mental health) 1. ustruktureret klinisk metode 2. aktuarisk(statistisk eller matematisk)

	<p>metoder</p> <p>3. struktureret professionel metode</p>
<p>3.3 Hvilke resultater (outcome) er anført? (fx gavnlige, skadelige).</p>	<p>Gavnige resultater:</p> <p>Risiko kan vurderes i samarbejde og omfattende, kan forvaltes og revurderes ved hjælp af robuste kommunikationssystemer og samarbejdspraksisser kombineret med organisatorisk støtte</p> <p>'Skadelige' resultater:</p> <p>En kommende risiko kan ikke forudsiges med nøjagtighed og risiko for aggression/vold kan ikke udryddes</p>
<p>3.4 Er der anført statistiske mål for usikkerheden? (fx odds ratio?)</p>	<p>4 - ikke opfyldt</p>
<p>3.5 Er potentielle confoundre taget i betragtning? (Dette er specielt vigtigt, hvis andre end RCT-studier er inddraget i oversigtsartiklen).</p>	<p>4 - ikke opfyldt</p>
<p>3.6 Hvad karakteriserer undersøgelsespopulationen? (køn, alder, sygdomskarakteristika i populationen, sygdomsprævalens).</p>	<p>5 – ikke oplyst</p>
<p>3.7 Hvorfra er forsøgspersonerne rekrutteret? (fx by, land, hospital, ambulatorier, almen praksis, amt).</p>	<p>5 – ikke oplyst</p>
<p><b>4. GENERELLE KOMMENTARER</b></p>	



# CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER

- CLEARINGHOUSE

--	--

## SfR Checkliste 2: Randomiserede kontrollerede undersøgelser

Forfatter: 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
<b>2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF UNDERSØGELSEN</b>	
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 voldlige 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.
<b>3. BESKRIVELSE AF UNDERSØGELSEN</b>	
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, udviklingspsygeplejerske, 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.
<b>2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF UNDERSØGELSEN</b>	
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?	<b>Der kan være tale 'rater-bias', idet det var de samme sygeplejersker, der skulle fortage risikovurderingen og vurdere udfaldet af de aggressive hændelser.</b>
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.

<b>3. BESKRIVELSE AF UNDERSØGELSEN</b>	
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 ( <i>P</i> 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
<b>2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF UNDERSØGELSEN</b>		
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 virkningen skyldes undersøgelsens "intervention"?	1 - i høj grad

2.17 Er undersøgelsens resultater direkte anvendelige på referenceprogrammets patientmålgruppe?	1 - i høj grad
<b>3. BESKRIVELSE AF UNDERSØGELSEN</b>	
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-eksponerede gruppe).	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 referencestandardens vurderet uafhængigt (blindet) af hinanden?	4 – ikke opfyldt
1.53 Blev patienter udvalgt til referencestandardens uafhængigt af <i>testresultatet</i> ?	1 – ja i høj grad
1.54 Blev såvel referencestandardens som den diagnostiske test målt på alle patienter?	2 – tilstrækkeligt opfyldt
a. Blev referencestandardens 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
<b>3. RESULTATER OG KOMMENTARER</b>	
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?  <i>Anfør ++, + eller ÷.</i>	++
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.
<b>3. RESULTATER OG KOMMENTARER</b>	
3.1 Var metoden der anvendtes til at vurdere testen i fht. referencestandard tilstrækkelig?	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 <i>Er der en sammenligning af eksponeringsstatus for gennemførende deltagere og de, der udgik?</i>	6 – ikke anvendeligt på den aktuelle kohorte undersøgelse

### 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
<b>2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF UNDERSØGELSEN</b>		
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
<b>3. BESKRIVELSE AF UNDERSØGELSEN</b>	
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 referencestandardens vurderet uafhængigt (blindet) af hinanden?	2 - I tilstrækkelig grad
1.80 Blev patienter udvalgt til referencestandardens uafhængigt af <i>testresultatet</i> ?	2 - I tilstrækkelig grad
1.81 Blev såvel referencestandardens som den diagnostiske test målt på alle patienter?	2 - I tilstrækkelig grad
1.82 Blev referencestandardens 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
<b>2. OVERORDNET BEDØMMELSE AF STUDIET</b>	
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
<b>3. RESULTATER OG KOMMENTARER</b>	
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
<b>3. RESULTATER OG KOMMENTARER</b>	
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, udviklingspsygeplejerske, 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 referencestandarderne vurderet uafhængigt (blindet) af hinanden?	6 - ikke anvendeligt på den aktuelle artikel
1.92 Blev patienter udvalgt til referencestandarderne uafhængigt af <i>testresultatet</i> ?	5, ikke oplyst
1.93 Blev såvel referencestandarderne som den diagnostiske test målt på alle patienter?	6 - ikke anvendeligt på den aktuelle artikel
1.94 Blev referencestandarderne 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?  <b>Anfør ++, + eller ÷.</b>	++
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
<b>3. RESULTATER OG KOMMENTARER</b>	
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 prædikterer voldelige hændelser og som kan anvendes uden forudgående træning. Resultaterne videreudvikles til the Brøset Violence Checklist(BVC)