

Klinisk retningslinje om forudsigelse af aggression og vold, inden for kort tid, hos patienter indlagt på psykiatrisk sygehus.

Forfattere:

**Trine Ulriksen Hauge
Louise Halle
Luise Skinnerup
Britt Laugesen
Jacob Hvidhjelm
Jette Kristine Christiansen
Hanne Becker Nissen
Torben Østergaard Christensen
Preben Ulrich Pedersen**

Kontaktoplysninger:

**Trine Hauge mail: trha@ucn.dk
Louise Halle mail: lodh@rn.dk**

Godkendt:

Centrale budskaber

PICO spørgsmål 1

Bør voksne patienter (fyldt 18 år), der indlægges på psykiatrisk afdeling dagligt vurderes for risiko for udvikling af aggressiv og voldelig adfærd under hele deres indlæggelse?

Baggrund for valg af spørgsmål:

Psykiatriske patienter ønsker et sikkert og trygt behandlingsmiljø, når de skal være indlagt. Aggressiv og voldelig adfærd fra patienten selv eller medpatienter, kan have negativ indflydelse på pleje- og behandlingsforløbet. Der er studier, der har vist, at systematisk og struktureret vurdering af patienternes kortids risiko for aggressiv og voldelig adfærd, kan reducere mulige voldelige episoder, samt tvangsbehandling af patienterne.

Anbefaling

Svag anbefaling: Overvej at foretage systematisk vurdering med Brøset Violence Checklist (BVC) hos voksne patienter, der er fyldt 18 år indlagt på psykiatrisk hospital med henblik på at forudsige kortids risiko for aggressiv og voldelig adfærd. Denne vurdering kan finde sted tre gange i døgnet svarende til en gang i hver vagt under hele patientens indlæggelse. ↑

Af dansk forskning fremgår det, at forekomsten af aggressiv adfærd og voldelige adfærd blandt patienterne er afhængig af afdelingstype. Interventionen er afprøvet på afdelinger, hvor risiko for aggressiv og voldelig adfærd er større end 2%, beregnet som antal voldelige episoder per 1000 vagter. Lokalt fastsættes vurderingshyppigheden og varigheden i forhold til hvad der er relevant det pågældende sted.

PICO 2

Bør Børn og unge mellem 12-17 år, der indlægges på psykiatrisk afdeling dagligt vurderes for risiko for udvikling aggressiv og voldelig adfærd under hele deres indlæggelse?

Baggrund for valg af spørgsmål:

Voksne psykiatriske patienter ønsker et sikkert og trygt behandlingsmiljø. Aggressiv og voldelig adfærd fra patienten selv eller medpatienter, kan have negativ indflydelse på pleje og behandlingsforløbet. Der er studier, der har vist at systematisk og struktureret vurdering af især voksne patienternes kortidsrisiko for aggressiv og voldelig adfærd, kan reducere aggressiv adfærd, der kan føre til voldelige episoder. Det formodes, at dette også gør sig gældende for patienter 12-17 år. I to studier indgår der patienter fra 12-65 år, men data er ikke rapporteret separat for aldersgruppen 12-17 år. På nogle danske børnepsykiatriske afdelinger, anvendes BVC som screeningsredskab, derfor er det relevant at undersøge evidensen af anvendelsen af BVC for patienter i aldersgruppen 12-17 år.

Anbefaling

Konsensus anbefaling: Det er god praksis at overveje at foretage systematisk vurdering med Brøset Violence Checklist (BVC) hos patienter 12-17 år indlagt på psykiatrisk hospital med henblik på at forudsige aggressiv og voldelig adfærd. Denne vurdering kan gennemføres tre gange dagligt eller efter behov under hele patientens indlæggelse.

1.0 Læsevejledning

Retningslinjen er bygget op i to lag:

1. Lag - Anbefalingen

Stærk anbefaling for

Der gives en stærk anbefaling for, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne. Det betyder, at alle, eller næsten alle, patienter vil ønske den anbefalede intervention.

Stærk anbefaling imod

Der gives en stærk anbefaling imod, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede ulemper ved interventionen er klart større end fordelene. Der anvendes også en stærk anbefaling imod, når gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nyttesløs.

Svag/betinget anbefaling for

Der gives en svag/betinget anbefaling for interventionen, når det vurderes, at fordelene ved interventionen er større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved interventionen, samtidig med at det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende. Denne anbefaling anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

Svag/betinget anbefaling imod

Der gives en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når det vurderes, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Denne anbefaling anvendes også, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelige at afgøre. Ligeledes anvendes den også, når det vurderes, at patientens præferencer varierer.

God praksis

God praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens, og bygger således på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. Da der er tale om faglig konsensus, er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de evidensbaseret er stærke eller svage.

Se bilag "Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer" for mere information.

2. Lag – Grundlaget for anbefalingen

Evidensprofilen: De samlede effektestimater samt referencer til studierne.

Sammenfatning: Overblik over samt kort gennemgang af den tilgrundliggende evidens.

Kvaliteten af evidens

Høj: Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt

Moderat: Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.

Lav: Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

Meget lav: Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

Nøgleinformation: Kort beskrivelse af gavnlige og skadelige virkninger, kvaliteten af evidensen og overvejelser om patientpræferencer.

Rationale: Beskrivelse af, hvorledes de ovenstående elementer blev vægtet i forhold til hinanden og resulterede i den aktuelle anbefalings retning og styrke.

Praktiske oplysninger: Praktisk information vedrørende behandlingen og oplysninger om eventuelle særlige patientovervejelser.

Adaption: Såfremt anbefalingen er adapteret fra en anden retningslinje, findes her en beskrivelse af eventuelle ændringer.

Referencer: Referenceliste for anbefalingen.

Den anvendte graduering af evidensens kvalitet og anbefalingsstyrke baseres på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

For en hurtig og informativ introduktion til GRADE anbefales følgende artikel G.Goldet, J.Howick. Understanding GRADE: an introduction. Journal of Evidence-Based Medicine 6 (2013) 50-54. Se også: <http://www.gradeworkinggroup.org>.

Desuden henvises der til Sundhedsstyrelsens metodehåndbog for en overordnet introduktion til metoden bag udarbejdelsen af Nationale Kliniske Retningslinjer som også følges ved udarbejdelse af Kliniske Retningslinjer.

2.0 Indledning

2.1 Formål

Formålet med kliniske retningslinjer er, jvf. "Model – Metodehåndbog – Model for udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer, www.sst.dk, at sikre en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet, medvirke til hensigtsmæssige patientforløb og vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper samt prioritering i sundhedsvæsenet.

En klinisk retningslinje indeholder alene konkrete handlingsanvisninger indenfor udvalgte, velafgrænsede kliniske problemstillinger (dvs. hvad der skal gøres og hvem det er relevant for). Den har ikke som primært formål at afklare visitation og organisering af indsatsen (hvem, der skal tilbyde indsatsen) eller samfundsøkonomiske konsekvenser (hvad er den afledte effekt på ressourcerne og er disse til stede). Disse typer af problemstillinger kan eksempelvis håndteres i en visitationsretningslinje, et pakkeforløb, et forløbsprogram, et referenceprogram eller en medicinsk teknologivurdering (MTV).

Formålet med denne kliniske retningslinje er at opstille evidensbaserede anbefalinger om vurdering af korttids- risikoen for aggressiv og voldelig adfærd blandt patienter indlagt på psykiatriske hospitalsafdelinger, mhp. at reducere brugen/graden af tvangsforanstaltninger over for patienter. Kortidsvurdering omhandler timer op til et døgn, uanset patientens diagnose.

2.2 Klinisk problemstilling

Aggression, som kan føre til aggressiv og/eller voldelig adfærd, er et udbredt problem i hele sundhedssektoren og fremhæves ofte - ikke blot af sundhedsprofessionelle men også i medierne, af forskere og af faglige organisationer (1). 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 sammenhænge (1).

Flere studier påviser en sammenhæng mellem aggressive og voldelige hændelser og anvendelsen af tvang i psykiatrisk sammenhæng(2-5). Når psykiatriske patienters aggressive og voldelige adfærd er på den politiske dagsorden i Danmark, er det ud fra et ønske om at forebygge anvendelsen af tvang i de psykiatriske hospitalsafdelinger. Der er bred politisk og faglig enighed om, at tvang skal forebygges og nedbringes igennem monitorering samt igennem en profylaktisk indsats i de psykiatriske afdelinger (6).

Tvang er kendetegnet ved at være handlinger, som foregår mod patientens ønske f.eks. medicinering, fastholdelse eller bæltefiksering. Ifølge Psykiatriloven skal tvang udøves ud fra et mindste-middels-princip dvs. anvendelse af den mindst indgribende foranstaltning, som er nødvendigt for at kunne opnå et behandlingsmål og samtidig med størst mulig hensyntagen til patienten, så denne ikke oplever unødvendig krænkelse og ulempe (6, 7). Det er nødvendigt med et kontinuerligt fokus på forebyggelse af tvang, idet tvang udfordrer grundlæggende menneskerettigheder; herunder retten til frihed og respekt for den fysiske og psykiske integritet (6).

2.3 Forekomst

I Danmark registreres al anvendelse af tvang under indlæggelse i tvangsprotokoller og alle tvangsforanstaltninger indberettes til Sundhedsstyrelsen. I Sundhedsstyrelsens nyeste rapport vedrørende monitorering af tvang fra 2020 fremgår det, at 5815 voksne personer i 2019 var berørt af en eller flere tvangsforanstaltninger under deres indlæggelse i psykiatrisk regi (6). Antallet af aggressive og voldelige hændelser er formentlig større, da den aggressive og voldelige adfærd af forskellige grunde underrapporteres (8).

Et dansk studie, der er gennemført på 15 psykiatriske afdelinger, viser at forekomsten af aggressive episoder på forskellige afsnitstyper er meget varierende. De varierede fra en risiko på 0,1% på det fredeligste afsnit (en aggressiv episode observeret gennem 1000 vagter) op til en risiko på ca. 15% på det mest urolige afsnit (ca. 150 aggressive episoder observeret gennem 1000 vagter) blandt de indlagt patienter. Det roligste afsnit var af typen åbent afsnit, hvorimod det mest urolige afsnit var kategoriseret som et lukket intensivt afsnit (9).

Et systematisk review fra 2019 har gennemgået litteratur omhandlende patienters oplevelser i forbindelse med at være indlagt i psykiatrisk regi. Her fremgår det, at det for patienterne var vigtigt at føle sig trygge og sikre under indlæggelsen. Forekomst af aggressiv og voldelig adfærd i afdelingen bevirkede, at patienterne følte sig utrygge og usikre, hvilket kunne indvirke negativt på den samlede patientoplevelse af at være indlagt på en psykiatrisk afdeling (10).

2.4 Kvalitetsproblem

Især i den akutte psykiatri er aggression, der kan føre til aggressiv og voldelig adfærd, et så almindeligt problem, at det af nogle sygeplejersker betragtes som en del af arbejdet (2, 3, 11). Et integrativt litteraturreview fra 2019 viser, at 90 % af alle læger og sygeplejersker, der arbejder på psykiatriske hospitaler, har været udsat for voldelig adfærd fra patienter (12).

Foruden psykiske konsekvenser blandt patienter og personale, herunder risiko for udvikling af posttraumatisk stress, angst og depression, kan aggressiv og voldelig adfærd på afdelingerne også medføre rekrutterings- og fastholdelsesudfordringer til arbejdspladserne. Herudover kan patienternes aggressive adfærd også medføre økonomiske konsekvenser i form af eksempelvis udgifter til skader og sygefravær blandt personalet, længere indlæggelser for patienterne samt eventuelle retssager (13-15). Episoder hvor patienter udviser aggression eller voldelig adfærd er dermed væsentlige at forebygge, set fra et samfunds- såvel som et patient- og personaleperspektiv.

De negative konsekvenser betyder, at det er et vigtigt anliggende for sundhedsprofessionelle at kunne anvende metoder til voldsrisikovurdering, så der efterfølgende kan udarbejdes en pleje- og handleplan med henblik på at forebygge aggression og voldelig adfærd fra patienterne (4, 16).

Sundhedsprofessionelle, herunder bl.a. sygeplejersker er den faggruppe, der er i tættest daglig kontakt med patienterne, og det sætter dem derfor i en optimal position til at observere og vurdere patienternes adfærd samt medvirke til forudsigelse af aggressiv adfærd (8). Imidlertid kan den vurdering, der finder sted

være mangelfuld og bero på de sundhedsprofessionelles erfaringer og formodninger og ikke på baggrund af en systematisk metode, som er baseret på viden om årsager til eller tegn på aggressiv og voldelig adfærd(3, 11, 16). Studier har vist, at systematisk vurdering er med til at reducere aggressiv og voldelig adfærd, ved at anvende mildere form for tvang end isolering eller fiksering af patienten (4). Det har desuden vist sig, at systematisk vurdering af patienterne øger antallet af interventioner, der forebygger aggressiv og voldelig adfærd hos patienterne (4). Systematisk vurdering af patienternes adfærd kan forudsige om der er risiko for aggressive eller voldelige episoder. Der er udarbejdet flere screeningsinstrumenter til dette formål (12, 14).

I Danmark blev der i 2014 publiceret en klinisk retningslinje, hvori screening med Brøset Violence Checklist(BVC) blev anbefalet, som metode til forudsigelse af aggressiv og voldelig adfærd hos patienter indlagt på psykiatrisk afdeling (22). Anbefalingerne er implementeret på en lang række psykiatriske afdeling i form af systematisk vurdering af patienterne de første indlæggelsesdøgn, hvorefter vurdering overgår til mere sporadiske vurderinger iværksat efter individuel vurdering. En regressionsanalyse baseret på 66 studier af voldelig adfærd under indlæggelse, viser at tidligere voldelig adfærd, impulsivitet, lang indlæggelse og tvangsindlæggelse er associeret med aggressiv og voldelig adfærd (17). Andre studier bekræfter, at aggressiv adfærd, ikke kun optræder de første døgn efter en indlæggelse, idet voldelige episoder for op til 30% af tilfældene sker inden for de første 3 døgn af indlæggelsen, ca. 50% indenfor 7-14 dage efter indlæggelsen, og resten forekommer senere under indlæggelsen (18-20). Disse fund bekræftes af en dansk undersøgelse, der viser at aggressiv og voldelig adfærd kan optræde under hele patientens indlæggelse (21).

I et systematisk review fra 2019 konkluderer forfatterne, at screeningsinstrumentet BVC er det instrument, der for nuværende er bedst egnet til sikkert at forudsige om en patient vil udvikle en aggressiv eller voldelig adfærd indenfor de kommende 24 timer (Area under the curve (AUC) 0,93, sensitivitet 0.58, specificitet 0,96, positiv prædiktiv værdi 0,18 negativ prædiktiv værdi 0,99)(12). BVC har været anbefalet i Danmark siden 2014 til brug ved vurdering af risikoen for aggressiv og voldelig adfærd blandt voksne i psykiatrisk regi (22). Der er desuden erfaring for, at BVC også anvendes indenfor børne- og ungdomspsykiatrisk område. BVC er således kendt og implementeret i en dansk kontekst, og det er derfor udelukkende effekten af at anvende dette screeningsinstrument til forudsigelse af risiko for aggression og vold, som denne kliniske retningslinje omhandler.

2.5 Population

- Alle voksne psykiatriske patienter (fyldt 18 år), indlagt på psykiatrisk hospital
- Ikke knyttet til specifikke diagnoser
- Screeningsinstrumentet BVC er udviklet til voksne over 18 år, men anvendes erfaringsmæssigt også til børn og unge ned til 12 år

2.6 Målgruppe for retningslinjen

Retningslinjen henvender sig til sundhedsprofessionelle, der varetager pleje og behandling af patienter på psykiatriske hospitaler.

2.7 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 seksuelt truende over for andre (23).

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)(24).

Vurdering:

Vurdering er den første del af sygeplejeprocessen. Teoretisk beskriver sygeplejeprocessen, hvordan sygeplejersker tilrettelægger plejen af den enkelte, familier og grupper. Vurderingsdata skal indsamles og fortolkes, før sygeplejerskerne kan planlægge, implementere eller evaluere en plan, der hjælper patienterne (23).

Tvang:

Definitionen af tvang er: Anvendelse af foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke. Anvendelse af tvang i psykiatrien er reguleret af "Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien" (7).

I afsnittet herunder omtales kun de tvangsforanstaltninger, hvor der er forskningsmæssig evidens for at brugen af BVC kan påvirke antallet af iværksatte foranstaltninger.

Tvangsfiksering:

Til tvangsfiksering må bælte, hånd- og fodremme samt handsker anvendes kortvarigt og i det omfang det er nødvendigt for at afværge, at en patient enten "1) udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, 2) forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller 3) øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang (§14)".

Bæltefiksering betyder, at patienten er fastspændt med bælte til en seng. Bæltet er fastgjort til sengen på begge sider, hvilket umuliggør stående stilling og gangfunktion (7).

Anvendelse af fysisk magt:

Udover mulighed for bæltefiksering er det også muligt at fastholde patienten. Psykiatrilovens § 17, stk. 1 og stk. 2 beskriver, at fastholdelse kan foretages med følgende tre formål overfor patienter, der er indlagt på psykiatrisk afdeling:

1. For at føre patienten til andet opholdssted på sygehuset.
2. I forbindelse med indgivelse af akut beroligende medicin, bæltefiksering eller overførsel til en lukket afdeling. Der er hermed ikke tale om fastholdelse som selvstændig tvang, men

fastholdelse som en nødvendighed for at gennemføre et andet tvangsindgreb. Varigheden af denne form for fastholdelse er kortvarig og udelukkende i direkte tilslutning til at gennemføre et andet tvangsindgreb. Hvis der er behov for fastholdelse herudover, er der tale om en selvstændig tvangsforanstaltning.

3. Ydermere kan fastholdelsen anvendes som en selvstændig tvangsforanstaltning, det vil sige fastholdelse uden andre samtidige foranstaltninger, kan kun anvendes helt kortvarigt med henblik på at undgå en anden tvangsforanstaltning.

Om fastholdelse i en konkret situation er at betragte som 'mindste middel', vil bero på en konkret faglig vurdering, herunder inddragelse af patientens forhåndstilkendegivelse. Fastholdelse som selvstændig tvangsforanstaltning skal være så kort som muligt og bør aldrig have en varighed på mere end 30 minutter. Omstændighederne omkring fastholdelsen skal beskrives i journalen (7, 25).

Isolering

Isolering er en foranstaltning, der ikke er lovhjemmel for at anvende på psykiatriske afdelinger i Danmark med undtagelse af Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland (jf. §18 a, stk. 2 og stk. 3). Her beskrives det som aflåsning af patientstue. Ved en sådan aflåsning af døren opholder patienten sig inden på stuen alene uden tilstedeværelse af personale, men tilses efter nærmere specificeret tidsinterval.

3.0 Sammenfatning

PICO spørgsmål 1

Bør voksne patienter (fyldt 18 år), der indlægges på psykiatrisk afdeling dagligt vurderes med BVC for risiko for udvikling af aggressiv og voldelig adfærd under hele deres indlæggelse?

Baggrund for valg af spørgsmål:

Psykiatriske patienter ønsker et sikkert og trygt behandlingsmiljø, når de skal være indlagt. Aggressiv og voldelig adfærd fra patienten selv eller medpatienter, kan have negativ indflydelse på pleje og behandlingsforløbet. Der er studier, der har vist, at systematisk og struktureret vurdering af patienternes korttids risiko for aggressiv og voldelig adfærd, kan reducere mulige voldelige episoder, samt tvangsbehandling af patienterne.

Arbejdsgruppen er bekendt med, at BVC også er valideret til vurdering af patienter, der indlægges på akutte somatiske afdelinger, men da fokus for denne retningslinje er nedbringelse af tvang, der finder sted på psykiatriske afdelinger samt at der ikke er fundet interventionsstudier for den akutte somatiske kontekst er denne udeladt i indeværende retningslinje.

3.1 Anbefaling

Svag anbefaling: Det kan overvejes at foretage systematisk vurdering med Brøset Violence Checklist (BVC) hos voksne patienter, der er fyldt 18 år indlagt på psykiatrisk hospital med henblik på at forudsige korttids risiko for aggressiv og voldelig adfærd. Denne vurdering kan finde sted tre gange i døgnet svarende til en gang i hver vagt under hele patientens indlæggelse. ↑

Af dansk forskning fremgår det, at forekomsten af aggressiv adfærd og voldelige adfærd blandt patienterne er afhængig af afdelingstype. Interventionen er afprøvet på afdelinger, hvor risiko for aggressiv og voldelig adfærd er større end 2%, beregnet som antal voldelige episoder per 1000 vagter.

3.1 Rationale for anbefaling.

Arbejdsgruppens anbefaling er baseret på at BVC er vist at have god negativ prædiktiv værdi (0.96-0.99) (12) i forhold til at aggressiv og voldelig adfærd ikke vil forekomme. Det betyder at score patienten imellem 0-2 på BVC er der meget lav risiko for aggressiv og voldelig adfærd indenfor de næste 24 timer. Det kritiske outcome, aggressive og voldelige episoder kan næsten halveres i klinisk praksis (RR 0.55 CI95%: 0.31-0.90) ved anvendelse af BVC. Når personalet har identificeret patienter, der var ved at udvikle aggressiv og voldelig adfærd blev der iværksat deeskalerende interventioner som dermed forebyggede eller sikrede anvendelse af tvangsforanstaltninger af mildere grad end eksempelvis isolering eller bæltefiksering (2, 5, 9). BVC anvendes i dag på mange hospitalsafdelinger i DK og er derfor allerede implementeret i klinisk praksis. Sundhedsprofessionelle peger på, at BVC er acceptabelt og brugervenligt, hvis der gives en kort introduktion om dets anvendelse (3, 26). BVC er vist at kunne indarbejdes i en daglig dokumentationsrutine (21), hvilket er væsentligt da risikoen for aggressiv og voldelig adfærd er til stede under hele patientens indlæggelse, og ikke kun de første indlæggelsesdøgn (21).

Patienterne lægger vægt på et trygt og sikkert miljø under indlæggelsen, hvilket sundhedsprofessionelle bl.a. kan bidrage til ved systematisk at anvende BVC. Det er vist, at sundhedspersonale ved at foretage systematiske vurderinger med BVC i større udstrækning anvender tiltag, der er medvirkende til at inddrage initiativer, som patienterne selv har erfaring for, modvirker deres aggressive og voldelige adfærd (9). Endvidere har arbejdsgruppen lagt vægt på, at systematisk vurdering af risiko for udvikling af aggressiv og voldelig adfærd, kan føre til et mere trygt arbejdsmiljø og bedre skriftlig dokumentation af patientens adfærd. Den bedre dokumentation vil være en støtte ved klagesager i forbindelse med anvendelse af tvang. Derudover at udvikle fælles sprog i forhold til at tale ompatienternes risikoniveau og dermed give mulighed for større kontinuitet i pleje og behandlingstiltag.

3.2 Fordele og ulemper ved BVC

Inden ibrugtagningen af et risikovurderingsredskab er der nogle punkter, der er vigtige at vurdere nøje:

1. Har redskabet evidens for de anvendte risikofaktorer, og er disse defineret klart og præcist? Dette er vigtigt for at kunne opnå høj overensstemmelse mellem bedømmere.
2. Er redskabet præcist i sin træfsikkerhed i forhold til det emne, redskabet ønsker at forudsige?
3. Evner redskabet klart og præcist at kommunikere resultatet af vurderingen?
4. Er redskabet skabt til at forudsige i det tidsperspektiv, som det ønskes?
5. Hvilket krav er der til ressourceforbruget ifm. anvendelsen af redskabet?
6. Hvilke krav er der til bedømmernes faglighed, og er dette muligt at opfylde?
7. Er det muligt for andre, der ikke har et indgående kendskab til det anvendte redskab, at drage nytte af vurderingen og evt. træffe beslutninger på baggrund af denne?
8. Er det muligt at blive assisteret af redskabet til at beskrive en plan for reduktionen af den vurderede risiko, håndtering af denne risiko samt behandling af evt. risikofaktorer?

Ovenstående punkter er generelle punkter, der bør overvejes ved anvendelse af alle risikovurderingsredskaber, men ved det specifikke redskab kan der være fordele og ulemper. I relation til BVC kan følgende fordele og ulemper nævnes. De nævnte er ikke fyldestgørende, da der sandsynligvis kan beskrives lokale fordele og ulemper, der er specifikke for den enkelte afdeling eller patient.

Med udgangspunkt i ovenstående kan der fremhæves følgende fordele ved BVC:

- 1) BVC har vist at have en høj overensstemmelse mellem de vurderinger som to eller flere bedømmere vil udarbejde, hvis de scorer samme situation (27).
- 2) Som beskrevet i denne retningslinje har BVC også en høj sikkerhed i forhold til at forudsige, hvilke patienter, der indenfor de næste 24 timer, vil have en forhøjet risiko for at udvise voldelig adfærd overfor andre. Desuden kan BVC udpege de patienter, der ikke har forøget risiko (4, 21, 27).
- 3) Redskabet har også den fordel, at det er simpelt i sin måde at kommunikere, at der er en lav, moderat eller høj risiko for forstående voldelig adfærd.
- 4) I dagligdagen på en psykiatrisk afdeling, hvor der arbejdes på at nedbringe et eventuelt højt aggressionsniveau, er BVC-redskabets korte tidsperspektiv en fordel i forhold til at begrænse aggressiv og voldelig adfærd overfor andre, hvilket er vist i flere studier (9, 5, 21).

- 5) Der er ved brugen af BVC et relativt begrænset øget tidsforbrug set i forhold til ikke at anvende det (3, 25). Dette skyldes, at flere af de faktorer, der observeres på ved brugen af BVC også vil være faktorer personalet vil registrere, hvis redskabet ikke var i brug.
- 6) BVC er forholdsvis nem at lære at anvende. Der hvor der kan stilles krav til bedømmerens faglighed er ved udførelsen af de interventioner, der foretages på baggrund af BVC-scoren.
- 7) Da BVC også fordrer en intervention på baggrund af den enkelte score, er det muligt for andre at drage nytte af de beskrivelser, der er udarbejdet på baggrund af tidligere BVC score. Udover ovenstående punkter giver BVC også personalet en mulighed for at skabe et fælles sprog i forhold til at tale om patienternes risikoniveau.

Af ulemper ved BVC kan nævnes følgende: Der er i BVC ikke indarbejdet en mulighed for at blive assisteret i at udarbejde en plan for, hvorledes den beskrevne risiko kan håndteres med henblik på reduktion (se pkt. 8 i ovenstående punkter). Ydermere kan en af ulemperne ved BVC være, at det pga. sin umiddelbare enkelthed kan fremstå som værende enkelt at mestre, hvilken dog ikke gør sig gældende i alle tilfælde.

3.3 Kvaliteten af Evidens

Der blev identificeret i alt fem studier, hvori BVC er testet i klinisk praksis. Tre studier er udført som cluster randomiseret undersøgelser (2, 5, 9) to præ- og post test studier, et pilottest (28) og et stort implementeringstudie, hvor BVC er implementeret anvendt systematisk i en afdeling i flere år (21). Kvaliteten af studierne er moderat i forhold til det kritiske outcome reduktion af aggressiv adfærd og lav i forhold til øvrige outcomes.

3.4 Patientperspektiv

Der blev ikke fundet litteratur, der belyser patienters perspektiv på at blive screenet med BVC. Den i arbejdsgruppen involverede patient, fandt det dog relevant og acceptabelt at anbefale screening med BVC til forudsigelse af aggressiv og voldelig adfærd. Patienter lægger vægt på et sikkert terapeutisk miljø under indlæggelse (29). Patienter forbinder aggressiv og voldelig adfærd fra medpatienterne som manglende sikkerhed under indlæggelsen. En del patienter ved selv hvilke personlige initiativer, der kan hjælpe dem med "at køle ned" som patienter udtrykker det (30). Af en spørgeskemaundersøgelse blandt patienter indlagt på en akut modtageafdeling fremgår det, at patienterne forventer, at personalet identificerer patienter, der er i risiko for at udvikle en voldelig adfærd. Desuden rapporterer patienterne, at de forventer, at personalet iværksætter relevante tiltag for at håndtere problemstillingen (31).

3.5 Sundhedsprofessionelles perspektiv på anvendelse af BVC

De få identificerede studier vedrørende sundhedsprofessionelles perspektiver peger på, at sundhedsprofessionelle finder anvendelse af BVC acceptabelt (3, 26). Desuden findes BVC-instrumentet brugervenligt, hvis der gives en kort introduktion om dets anvendelse, og fordelene ved at anvende redskabet synes at opveje den indsats, sundhedsprofessionelle skal investere i at anvende instrumentet (3, 26). Konsistent og systematisk anvendelse af BVC har betydning for, om sundhedsprofessionelle kan se fordele ved og relevans af brug af BVC (3, 26). Implementering af systematiseret risikovurdering har vist, at det kan reducere personalets frygt for at komme til skade. Før interventionen svarede 40% af sygeplejerskerne "at

de var bange for at komme til skade på arbejdet". Efter interventionen var dette reduceret til 21 % ($p=0,027$)(32). Endvidere har indførelse af systematisk risikovurdering signifikant forbedret den skriftlige dokumentation om patienternes adfærd op til aggressive og voldelige episoder (33).

3.6 Sammenfatning af evidens.

Ved litteratursøgningen blev der ikke identificeret en klinisk retningslinje eller et systematisk review, der har opsummeret effekten af systematisk vurdering med BVC af patienterne med henblik på at reducere aggressiv adfærd. Der blev fundet fem studier, hvori effekten af systematisk anvendelse af BVC daglig er undersøgt. Studierne inkluderer udelukkende voksne patienter. Tre studier betegnes som cluster-randomiserede studier (2, 5, 9), der er dog reel tale om præ-posttest studier gennemført på de deltagende afdelinger og to yderligere studie; et pilotstudie og et implementeringsstudie (28, 34). Derfor vurderes alle fem studier til at være observationelle studier og er kvalitetsvurderet på denne baggrund. I studierne er der rapporteret om antal patienter, der udviser aggressiv adfærd, antal af patienter, der modtager afsondrethed (seclusion), fastspændes (restraint) eller modtager en eller anden type tvangsforanstaltninger. Ingen af studierne rapporterer om patient tilfredshed med interventionen. Sammenfatning af resultaterne fremgår af Figur 3.1-3.5.

Et dansk studie publiceret i 2016 (9) har undersøgt systematisk vurdering med BVC på i alt 15 psykiatriske afdelinger og hvilken effekt det havde at sygeplejersker under hele indlæggelsen dagligt vurderede patientens risiko for udvikling af aggressiv adfærd i forhold til at reducere antallet af patienter med aggressiv adfærd. Syv afdelinger blev vurderet som "lav risiko afdelinger", i forhold til at have indlagte patienter, der kunne udvikle aggressiv adfærd, fire afdelinger "middel risiko" og fire afdelinger blev vurderet som "høj risiko" afdelinger. Denne inddeling blev foretaget på baggrund af forudgående prævalens for aggressive patienter på de respektive afdelinger.

Data blev indsamlet i en baselineperiode for alle afdelinger efterfulgt af en periode på 2 mdr. hvor personalet på interventionsafdelingerne blev trænet. Otte afdelinger ud af de femten indgik i randomiseringen. Interventionen blev gennemført på tre afdelinger, med medium eller højrisiko. Der blev i den samlede undersøgelsesperiode indlagt 2.030 patienter, heraf 1.090 patienter på interventionsafdelingerne. Studiet rapporterer data for udvikling i antallet af aggressive patienter. På interventionsafdelinger blev der registreret en reduktion i antallet af patienter med aggressiv adfærd ($p=0.10$).

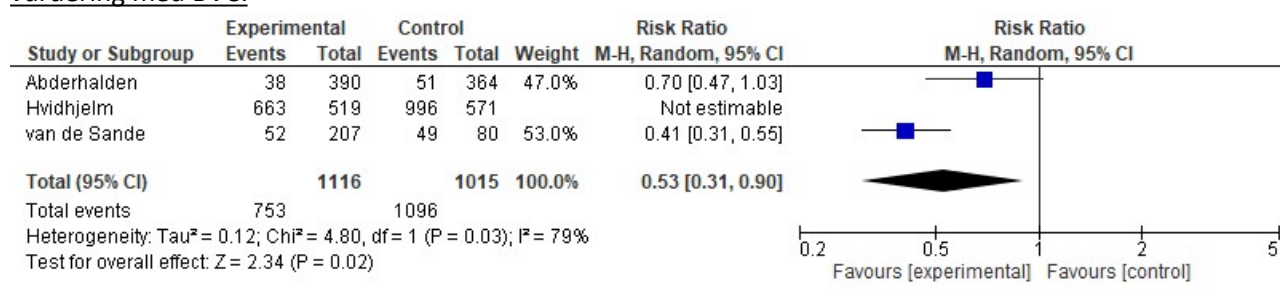
Et schweizisk studie publiceret i 2008 (2), undersøgte effekten af dagligt på de tre første indlæggelsesdage systematisk at vurdere patientens risiko for udvikling af aggressiv adfærd i forhold til at reducere antallet af patienter med aggressiv adfærd og antallet af iværksatte tvangsforanstaltninger. Undersøgelsen blev gennemført på ni afdelinger, der akut modtager patienter til psykiatrisk behandling. Antallet af aggressive handlinger blev reduceret ($p=0.06$). For antallet af tvangsforanstaltninger (Coercion) blev der ligeledes registreret en reduktion ($p=0.1$). Interventionen bevirkede desuden, at den aggressive adfærd der blev registreret blandt patienterne i interventionsafdelingerne, var af en mildere grad.

I et hollandsk studie publiceret i 2011 (5), blev effekten af daglig systematisk vurdering med BVC undersøgt med henblik på at vurdere patientens risiko for udvikling af aggressiv adfærd og i forhold til at reducere antallet af patienter, hvor der blev iværksatte tvangsforanstaltninger med afsondrethed (seclusion). Undersøgelsen strakte sig over 40 uger på fire psykiatriske afdelinger med akut indtag af patienter. Antallet af situationer med aggressive adfærd (- 68%, $p < 0,001$), og antallet af patienter involveret i aggressiv adfærd blev reduceret signifikant (Relativ risk reductio RRR = -50%, $p < 0,05$) og den tid patienter blev afsondret var ligeledes reduceret (RRR = -45%, $p < 0,05$) på interventionsafdelingerne i forhold til kontrolafdelingerne. Der blev ikke registreret en reduktion i antallet af patienter, der modtog tvangsforanstaltninger i form af afsondrethed (seclusion) ($p = 0.3$) eller en reduktion af anvendelse af afsondrethed. I interventionsperioden var antallet af episoder med aggressive adfærd uændret ($p = 0.001$), men den aggressive adfærd havde en mildere grad. Derfor blev den tid, hvor patienten var udsat for anvendelsen af afsondrethed reduceret ($p = 0.01$).

I et schweizisk studie (28) med patienter i alderen 15-88 år, der betegnes som et pilotstudie, gennemført på to psykiatriske centre, indgik der over en ti måneders periode 576 patienter. Der blev først gennemført en baselineundersøgelse, hvor incidensen af aggressive tilfælde, voldelig adfærd rettet mod person og tvangsforanstaltninger blev kortlagt. Derefter blev systematisk screening med BVC implementeret sammen med træning af personale i at håndtere aggressiv adfærd. Data er rapporteret som antal episoder/ 100 hospitals døgn. Der blev ikke fundet en signifikant reduktion i incidensen af aggressive episoder (3.7 vs. 2.8 $p = 0,11$) eller i personrettet voldelig adfærd (1,5 vs. 1,3 $p = 0,60$), hvorimod der blev registreret en reduktion i tvangsforanstaltninger (4,0 vs. 2,3 $p = 0,0008$).

I et amerikansk implementeringsstudie publiceret i 2017(34) med patienter i alderen 12-65 år, blev BVC anvendt på et psykiatrisk hospital med 120 sengepladser. Baseline perioden var 12 måneder (2008-2009) med 3.884 patienter og interventionsperioden var 24 måneder (2010 -2012) og inkluderede 8.029 patienter. BVC blev indarbejdet som en del af de daglige dokumentationsrutiner. Ved indlæggelsen blev vurderingen foretaget af en psykiater herefter af sygeplejersker tre gange dagligt under hele patientens indlæggelse. Studiet rapporterer reduktion af anvendelse af afsondrethed (seclusion) ($p = 0.01$) og i anvendelse af bæltefiksering (restraint) ($p = 0.44$). Varighed af afsondrethed blev i interventionsperioden reduceret med 27% og varighed af bæltefiksering med 52%.

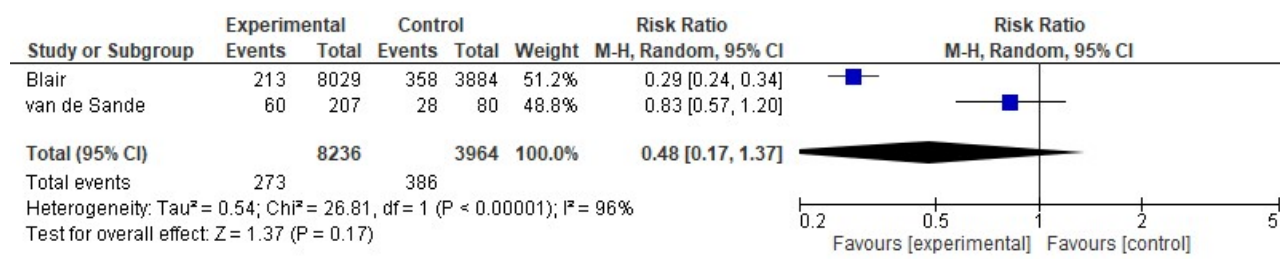
Figur 3.1. Forekomsten af aggressive episoder under indlæggelsen fra før til efter indførelse af systematisk vurdering med BVC.



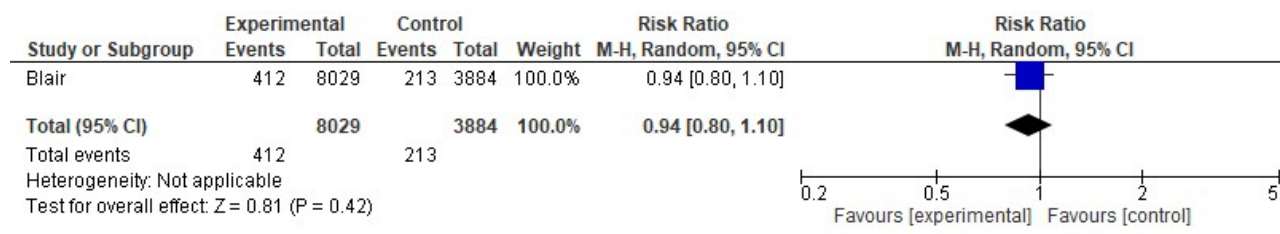
Figur 3.2 Forekomsten af aggressive patienter under indlæggelsen fra før til efter indførelse af systematisk vurdering med BVC.



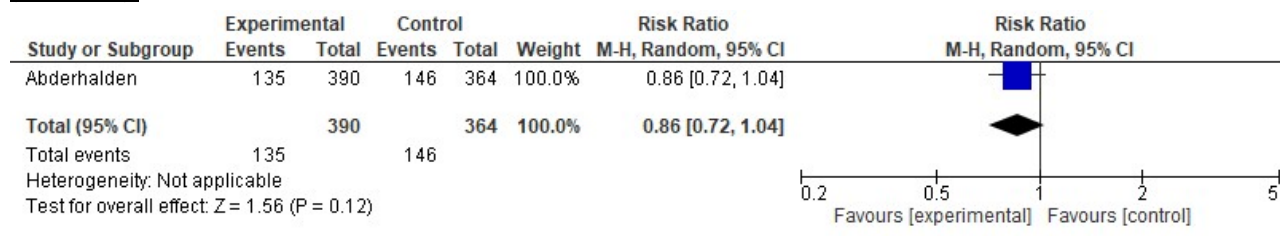
Figur 3.3. Ændring i antal af patienter der behandles med Isolering (seclusion).



Figur 3.4. Ændring i antal af patienter der behandles med bæltefiksering (restraint).



Figur 3.5. Antal patienter der under indlæggelsen modtager tvangsforanstaltninger af en eller anden type (coercion).



Tabel 3.6 Summary of findings:

[Bør voksne patienter (fyldt 18 år), der indlægges på psykiatrisk afdeling dagligt vurderes for risiko for udvikling af aggressiv og voldelig adfærd under hele deres indlæggelse?] sammenlignet med [Ingen systematisk vurdering] for [Voksne psykiatriske patienter]

Patient or population: [Voksne psykiatriske patienter]

Setting: Psykiatrisk afdeling

Intervention: [Bør voksne patienter (fyldt 18 år), der indlægges på psykiatrisk afdeling dagligt vurderes for risiko for udvikling af aggressiv og voldelig adfærd under hele deres indlæggelse?]

Comparison: [Ingen systematisk vurdering]

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	Nº of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Comments
	Risk with [Ingen systematisk vurdering]	Risk with [Bør voksne patienter (fyldt 18 år), der indlægges på psykiatrisk afdeling dagligt vurderes for risiko for udvikling af aggressiv og voldelig adfærd under hele deres indlæggelse?]				
Aggressive episoder (Antal aggressive episoder)	180 per 1.000	95 per 1.000 (56 to 162)	RR 0.53 (0.31 to 0.90)	1041 (2 observational studies)	⊕⊕⊕○ MODERATE	[Daglig vurdering af voksne patienters (fyldt 18 år) risiko for udvikling af aggressiv og voldelig adfærd, kan sandsynligvis reducere aggressiv og voldelig adfærd overfor medpatienter, patienterne selv og personale.
Antal aggressive patienter (Aggressive patienter)	315 per 1.000	274 per 1.000 (230 to 324)	RR 0.87 (0.73 to 1.03)	1377 (2 observational studies)	⊕⊕○○ LOW	Daglig vurdering af voksne patienters (fyldt 18 år) risiko for udvikling af aggressiv og voldelig adfærd, kan muligvis reducere aggressiv og voldelig adfærd overfor medpatienter, patienterne selv og personale.
Patienter der isoleres (Isolering)	97 per 1.000	47 per 1.000 (17 to 133)	RR 0.48 (0.17 to 1.37)	12200 (2 observational studies)	⊕○○○ VERY LOW	Daglig vurdering af voksne patienters (fyldt 18 år) risiko for udvikling af aggressiv og voldelig adfærd, kan sandsynligvis reducere brug af isolering af patienterne.
Patienter der behandles med Bæltefiksering (Bæltefiksering)	55 per 1.000	52 per 1.000 (44 to 61)	RR 0.94 (0.80 to 1.10)	11893 (1 observational study)	⊕⊕○○ LOW	Daglig vurdering af voksne patienters (fyldt 18 år) risiko for udvikling af aggressiv og voldelig adfærd, kan sandsynligvis reducere brug af bæltefiksering af patienterne.

Tabel 3.6 Summary of findings:

[Bør voksne patienter (fyldt 18 år), der indlægges på psykiatrisk afdeling dagligt vurderes for risiko for udvikling af aggressiv og voldelig adfærd under hele deres indlæggelse?] sammenlignet med [Ingen systematisk vurdering] for [Voksne psykiatriske patienter]

Patient or population: [Voksne psykiatriske patienter]

Setting: Psykiatrisk afdeling

Intervention: [Bør voksne patienter (fyldt 18 år), der indlægges på psykiatrisk afdeling dagligt vurderes for risiko for udvikling af aggressiv og voldelig adfærd under hele deres indlæggelse?]

Comparison: [Ingen systematisk vurdering]

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	Nø of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Comments
	Risk with [Ingen systematisk vurdering]	Risk with [Bør voksne patienter (fyldt 18 år), der indlægges på psykiatrisk afdeling dagligt vurderes for risiko for udvikling af aggressiv og voldelig adfærd under hele deres indlæggelse?]				
Patienter der får en form for tvangsbehandling (Tvangsbehandling)	401 per 1.000	345 per 1.000 (289 to 417)	RR 0.86 (0.72 to 1.04)	754 (1 observational study)	⊕⊕○○ LOW	Daglig vurdering af voksne patienters (fyldt 18 år) risiko for udvikling af aggressiv og voldelig adfærd, kan sandsynligvis reducere brug af tvangsforanstaltninger over for patienterne.
Patienttilfredshed (Patienttilfredshed)	0 per 1.000	0 per 1.000 (0 to 0)	not estimable	(0 studies)	-	Der er ikke identificeret studier om patienttilfredshed, men patienterne lægger vægt på et trygt miljø under indlæggelsen.

*The risk in the intervention group (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the **relative effect** of the intervention (and its 95% CI).

CI: Confidence interval; RR: Risk ratio

GRADE Working Group grades of evidence

High certainty: We are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect

Moderate certainty: We are moderately confident in the effect estimate: The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different

Low certainty: Our confidence in the effect estimate is limited: The true effect may be substantially different from the estimate of the effect

Very low certainty: We have very little confidence in the effect estimate: The true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect

4.0 PICO spørgsmål 2

Bør børn og unge mellem 12-17 år, der indlægges på psykiatrisk afdeling dagligt vurderes for risiko for udvikling af aggressiv adfærd, der kan føre til voldelig adfærd under hele deres indlæggelse?

Baggrund for valg af spørgsmål:

Voksne psykiatriske patienter ønsker et sikkert og trygt behandlingsmiljø. Aggressiv og voldelig adfærd fra patienten selv eller medpatienter, kan have negativ indflydelse på pleje og behandlingsforløbet. Der er studier, der har vist at systematisk og struktureret vurdering af voksne patienternes adfærd, kan reducere aggressiv adfærd, der kan føre til voldelige episoder. Det formodes, at dette også gør sig gældende for patienter 12-17 år. På nogle danske børnepsykiatriske afdelinger, anvendes BVC som screeningsredskab, derfor er det relevant at undersøge evidensen af anvendelsen af BVC for patienter i aldersgruppen 12-17 år.

4.1 Anbefaling

Bør Børn og unge mellem 12-17 år, der indlægges på psykiatrisk afdeling dagligt vurderes for risiko for udvikling aggressiv og voldelig adfærd under hele deres indlæggelse?

Baggrund for valg af spørgsmål:

Voksne psykiatriske patienter ønsker et sikkert og trygt behandlingsmiljø. Aggressiv og voldelig adfærd fra patienten selv eller medpatienter, kan have negativ indflydelse på pleje og behandlingsforløbet. Der er studier, der har vist at systematisk og struktureret vurdering af især voksne patienternes kortidsrisiko for aggressiv og voldelig adfærd, kan reducere aggressiv adfærd, der kan føre til voldelige episoder. Det formodes, at dette også gør sig gældende for patienter 12-17 år. I to studier indgår der patienter fra 12-65 år, men data er ikke rapporteret separat for aldersgruppen 12-17 år. På nogle danske børnepsykiatriske afdelinger, anvendes BVC som screeningsredskab, derfor er det relevant at undersøge evidensen af anvendelsen af BVC for patienter i aldersgruppen 12-17 år.

Anbefaling

Konsensus anbefaling: Det er god praksis at overveje at foretage systematisk vurdering med Brøset Violence Checklist (BVC) hos patienter 12-17 år indlagt på psykiatrisk hospital med henblik på at forudsige aggressiv og voldelig adfærd. Denne vurdering kan gennemføres tre gange dagligt eller efter behov under hele patientens indlæggelse.

4.1 Rationale for anbefaling.

Arbejdsgruppens anbefaling er baseret på, at BVC er vist at have god negativ prædiktiv værdi ved vurdering af risiko for aggressiv og voldelig adfærd hos patienter, der er fyldt 18 år (12). BVC anvendes i dag på nogle børnepsykiatriske hospitalsafdelinger i DK. Forskning viser at sygeplejerskers kliniske beslutninger styrkes, når disse også bygger på systematiske vurderinger (11). I to kliniske studier indgår patienter i alderen 12-17 år. I det ene blev der fundet en væsentlig reduktion i isolering af patienterne (RR 0.44 CL95% 0.24-0.34) og bæltefiksering (RR 0.94 CL95% 0.80-1.10) (21) og incidensen af aggressive episoder (3.7 vs. 2.8 p= 0,11) eller

i personrettet voldelig adfærd (1,5 vs. 1,3 $p=0,60$), hvorimod der blev registreret en reduktion i tvangsforanstaltninger ($p=4,0$ vs. 2,3 0,0008) (28).

Arbejdsgruppens formoder, at de fordele og ulemper, der angives ved anvendelse af BVC hos voksne også gælder ved anvendelse hos børn og unge i alderen 12-17 år.

4.2 Fordele og ulemper ved anvendelse af BVC

Arbejdsgruppen formoder, at der er de samme fordele og ulemper ved anvendelse af BVC hos børn og unge 12-17 år, som for voksne.

4.3 Kvaliteten af Evidens

Der blev identificeret to studier (21, 28), hvor henholdsvis 12-17-årige og 15-17-årige var inkluderet. Beskrivelse af disse studier fremgår af sammenfatning af evidensen under PICO 1 (Afsnit 3.6.) Data for aldersgruppen 12-17 år fremgår ikke af studierne, ligesom der ikke er beskrevet særlige overvejelser eller problemstillinger ved at foretage vurdering af kortids risiko for aggressiv og voldelig adfærd for patienter under 18 år. Evidensen vurderes som lav.

4.4 Patientperspektiv

Der blev ikke fundet litteratur, der belyser 12-17-åriges perspektiv på at blive screenet med BVC. Den i arbejdsgruppen involverede patient fandt det dog relevant og acceptabelt at anbefale screening med BVC til forudsigelse af aggressiv og voldelig adfærd også til børn og unge. Arbejdsgruppen formoder, at de forhold, der gør sig gældende for voksne psykiatriske patienter også gælder for børn og unge.

4.5 Sundhedsprofessionelles perspektiv på anvendelse af BVC

Der blev ikke fundet litteratur for sundhedsprofessionelles accept af anvendelse af systematisk screening af børn og unge 12-17 år. Da BVC for nærværende anvendes på nogle danske børnepsykiatriske afdelinger, anser arbejdsgruppen det for relevant at foresætte den anvendelse og gerne mere systematiske at få undersøgt effekten af screening for risiko for aggressiv og voldelig adfærd blandt børn og unge.

4.6 Sammenfatning af evidensen

Der foreligger to studier, der har anvendt BVC til at vurdere kortidsrisikoen for at børn og unge udvikler en aggressiv eller voldelig adfærd under indlæggelse på psykiatrisk afdeling (21,28), men BVC er ikke valideret til patienter under 18 år. Der blev identificeret et instrument "Brief rating of aggression by children and adolescents (BRACHA)" (35). Instrumentet er beregnet til at vurdere patienternes risiko for udvikling af aggressiv og voldelig adfærd under indlæggelsen, og ser derfor ikke på korttidsrisikoen. Instrumentet er endvidere ikke testet yderligere i en klinisk praksis.

Referencer:

1. Kynoch K, Wu C-J, Chang AM. The effectiveness of interventions in the prevention and management of aggressive behaviours in patients admitted to an acute hospital setting: a systematic review. *JB1 Evidence Synthesis*. 2009;7(6):175-233.
2. 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.
3. Clarke D, Brown AM, Griffith P. The Brøset Violence Checklist: Clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2010;17:614-20.
4. Abderhalden C, Needham I, Miserez B, Almvik R, Dassen T, Haug HJ, et al. Predicting inpatient violence in acute psychiatric wards using the Brøset-Violence-Checklist: a multicentre prospective cohort study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2004;11(4):422-7.
5. 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;199(6):473-8.
6. <Sundhedsstyrelsens-monitorering-af-tvang-aarsopgoerelse-2019.pdf>.
7. Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.
8. 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;29(5):455-69.
9. Hvidhjelm J, Sestoft D, Skovgaard LT, Rasmussen K, Almvik R, Bue Bjørner J. Aggression in Psychiatric Wards: Effect of the Use of a Structured Risk Assessment. *Issues Ment Health Nurs*. 2016;37(12):960-7.
10. Staniszewska S, Mockford C, Chadburn G, Fenton SJ, Bhui K, Larkin M, et al. Experiences of in-patient mental health services: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2019;214(6):329-38.
11. 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.
12. Anderson Kendra K, Jenson Carole E. Violence risk–assessment screening tools for acute care mental health settings: Literature review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2019;33(1):112-9.
13. 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;80(3):167-72.
14. Ramesh T, Igoumenou A, Vazquez Montes M, Fazel S. Use of risk assessment instruments to predict violence in forensic psychiatric hospitals: a systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*. 2018;52:47-53.
15. Johnson ME. Violence and restraint reduction efforts on inpatient psychiatric units. *Issues Ment Health Nurs*. 2010;31(3):181-97.
16. Lamont S, Brunero S. Risk analysis: An integrated approach to the assessment and management of aggression/violence in mental health. *Journal of Psychiatric Intensive Care*. 2009;5:25-32.
17. Cornaggia CM, Beghi M, Pavone F, Barale F. Aggression in psychiatry wards: a systematic review. *Psychiatry Res*. 2011;189(1):10-20.
18. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Fischer JE, Haug HJ. Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2007;3:30.
19. Mellesdal L. Aggression on a psychiatric acute ward: a three-year prospective study. *Psychol Rep*. 2003;92(3 Pt 2):1229-48.

20. Grassi L, Peron L, Marangoni C, Zanchi P, Vanni A. Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric in-patients: a 5-year Italian study. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104(4):273-9.
21. Hvidhjelm J, Sestoft D, Skovgaard LT, Bue Bjorner J. Sensitivity and specificity of the Brøset Violence Checklist as predictor of violence in forensic psychiatry. *Nord J Psychiatry*. 2014;68(8):536-42.
22. <Klinisk retningslinje om forudsigelse af aggression og vold, inden for kort tid, hos voksne over 18 år indlagt på psykiatrisk sygehus.pdf>.
23. Nursing diagnoses : definitions and classifications. 2009-2011 ed. ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2009. xxiii, 435 s. p.
24. <The_staff_observation_aggression_scale-r20160209-3869-1uu99i4.pdf>.
25. Vejledning om anvendelse af tvang m.v. i psykiatrien.
26. Yao X, Li Z, Arthur D, Hu L, An F-R, Cheng G. Acceptability and psychometric properties of Brøset Violence Checklist in psychiatric care settings in China. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2014;21(9):848-55.
27. Almvik R, Woods P, Rasmussen K. The Brøset Violence Checklist: Sensitivity, specificity, and interrater reliability. *Journal of Interpersonal Violence*. 2000;15(12):1284-96.
28. 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;11(5):595-601.
29. Gilbert H, Rose D, Slade M. The importance of relationships in mental health care: a qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:92.
30. Vermeulen JM, Doedens P, Boyette LNJ, Spek B, Latour CHM, de Haan L. "But I did not touch nobody!"-Patients' and nurses' perspectives and recommendations after aggression on psychiatric wards-A qualitative study. *J Adv Nurs*. 2019;75(11):2845-54.
31. Daniel C, Gerdtz M, Elsom S, Knott J, Prematunga R, Virtue E. Feasibility and need for violence risk screening at triage: an exploration of clinical processes and public perceptions in one Australian emergency department. *Emerg Med J*. 2015;32(6):457-62.
32. Sharifi S, Shahoei R, Nouri B, Almvik R, Valiee S. Effect of an education program, risk assessment checklist and prevention protocol on violence against emergency department nurses: A single center before and after study. *Int Emerg Nurs*. 2020;50:100813.
33. Brathovde A. Improving the Standard of Care in the Management of Agitation in the Acute Psychiatric Setting. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2020:1078390320915988.
34. Blair EW, Woolley S, Szarek BL, Mucha TF, Dutka O, Schwartz HI, et al. Reduction of Seclusion and Restraint in an Inpatient Psychiatric Setting: A Pilot Study. *Psychiatr Q*. 2017;88(1):1-7.
35. Barzman D, Mossman D, Sonnier L, Sorter M. Brief Rating of Aggression by Children and Adolescents (BRACHA): a reliability study. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2012;40(3):374-82.
- 36 <https://www.sst.dk/-/media/Opgaver/Patientforl%C3%B8b-og-kvalitet/NKR/Metodehandbogen-2018.ashx?la=da&hash=22215410A43275099250C21574EB5787F2106857>