

3/04

En studie vid Lunden, Rebecka och
Runnagården

Kvinnliga LVM-klienters våld på institution

Tom Palmstierna

Kvinnliga LVM-klienters våld på institution

En studie vid Lunden, Rebecka och Runnagården

Tom Palmstierna

Författarpresentation

Tom Palmstierna är leg läkare och specialist i psykiatri. Han ansvarar för Beroendekuten vid Beroendecentrum Stockholm. Hans huvudsakliga forskningsområde har sedan 1985 varit våld inom psykiatriska institutioner. 1992 disputerade Palmstierna på avhandlingen *Aggressive behaviour from institutionalised psychiatric patients. A methodological study with clinical implications*. Avhandlingen utgick från det metodiska arbetet som Palmstierna genomförde tillsammans med docent Börje Wistedt runt utvecklingen och valideringen av Staff Observation Aggression Scale, SOAS. Metodikerna har utvecklats och förfinats i samarbete med den holländske psykologen Henk Nijman som utvecklade en reviderad version, SOAS-R som utvärderats av Palmstierna och Nijman tillsammans. Skattningsmetodiken används som standard i ett dusintal länder i Europa vid utvärdering av aggressivt beteende. Ett flertal projekt pågår för att utvidga metodens användbarhet i andra behandlingsmiljöer. Palmstiernas övriga forskning avser långtidsuppföljning av neuroleptikabehandling vid schizofreni, etiska aspekter och resultat av psykiatrisk tvångsvård, behandling av akuta abstinensstillstånd efter alkohol- och narkotikamissbruk, utvecklande av psykometriskt instrument för utvärdering av riskfyllda drogvanor (Drug Use Diagnostic Inventory, DUDIT) samt utvärdering av behandlingssystemens effekt på behandlingsresultat vid svårt missbruk.

Beställs genom SiS hemsida: www.stat-inst.se/publikationer

Rapport nr 3/04

ISSN 1403-1558



AB C O Ekblad & Co, Västervik 2004

Förord

SiS har under de senaste åren uppmärksammat problem med våld. Inom de institutioner som behandlade klienter med känd våldsproblematik menade man att det behövdes bättre kunskaper och förståelse för problemet och även en bättre systematik i hur risken för våld från intagna klienter skulle förebyggas. Våldet skadar både behandlingsprocessen, vårdmiljön liksom arbetsmiljön och riskerar att förstöra en terapeutisk miljö. Av denna anledning inleddes en diskussion om att kartlägga våldet och de möjliga mekanismer och varningstecken som var unika för LVM-miljön. Kartläggningen och de metoder som användes avsågs leda till förändringar i vården och en mer genomgripande systematik i det vardagliga arbetet.

I föreliggande rapport redovisas det tvååriga utvecklingsprojekt som diskussionerna ledde till. Projektet fick titeln *Alkohol- och drogberoende kvinnors våld inom SiS LVM-vård: Införande och utvärdering av program för reduktion av aggressionsproblematik inom LVM-vård*. En studie som omfattade ett stort antal institutioner ansågs inte genomförbar. Valet föll då naturligt på tre institutioner för kvinnliga klienter, Lunden, Rebecka och Runnagården. Den viktigaste anledningen var att institutionsledningarna på dessa LVM-hem hade en uttalad vilja att studera sina interna problem med våld. Studien omfattade endast institutioner för kvinnliga missbrukare och kan av bland annat den anledningen inte generaliseras att gälla hela SiS LVM-verksamhet. Projektet har letts av Tom Palmstierna, som tjänstgjorde som konsultläkare på Rebecka. Han har också genomfört analyserna och skrivit rapporten.

Rapporten inleds med *Introduktion och sammanfattande rekommendationer*, där författaren ger dels bakgrunden till studien, dels rekommendationer för behandlingsarbetet för att minska risken för våld. Att förbättra arbetsmiljön för såväl personal som klienter är en viktig del av SiS interna arbetsmiljöarbete.



Sture Korpi
Generaldirektör

Innehållsförteckning

Förord	3
Introduktion och sammanfattande rekommendationer	5
1 Bakgrund	7
2 Genomförande	9
3 Material och metoder	10
4 Institutionernas och personalens karaktäristika	15
5 Klientgruppens sammansättning och aggressivitet	21
6 Våldet på de tre institutionerna, frekvens, allvarlighetsgrad och karaktär	28
7 Korttidsprediktion av våld	35
8 Sammanfattning och diskussion av resultat	39
9 Rekommendationer för våldsförebyggande program	43
Referenser	46
Bilaga: Tabellerna 9–12, 21–24 och figurerna 3 och 7	48
Appendix 1–5	53

Introduktion och sammanfattande rekommendationer

Våld inom institutionsvård av framför allt ofrivilligt intagna personer har alltid varit ett stort problem, oavsett om det handlar om tvång för att lindra psykisk sjukdom eller missbruk. Historiskt har institutioner som utövar tvång varit inriktade på avskiljande och förvaring av avvikande människor från de "normala" människorna i samhället. Den typen av så kallat kustodiellt tvång har modern och humanitär institutionsvård lämnat bakom sig. Modern och humanitär institutionsvård präglas av ett rehabiliterings- och behandlingsperspektiv där målsättningen är att den vårdade skall återgå i samhället som en mer autonom individ. Detta tänkande präglar LVM-vården och dess institutioner och finns bl a formulerat i lagens portalparagrafer.

Det ligger i sakens natur att tvång utövat mot individen, oavsett ett etiskt berättigande eller inte, alltid utgör en kränkning av hans autonomi och integritet. Därmed utgör själva grunderna för tvångsvård i sig en provokation av den vårdade individen. I detta perspektiv är det begripligt att aggressivitet och risk för våld från den omhändertagne är en viktig aspekt att ta hänsyn till i omvårdnaden av den omhändertagne. I själva verket utgör denna aspekt på "det goda tvånget" en av de största humanitära utmaningarna för all vård mot den enskildes uttryckta vilja.

Att därför försöka förstå mekanismerna för våld inom institutionsvård är en av de viktigare aspekterna för att kunna bedriva en humanitär vård. Sorgligt nog har många institutioner avstått från att systematiskt försöka förstå hur sambanden mellan klient, personal, behandling, organisation etc påverkar klienternas benägenhet att reagera aggressivt.

Inom SiS uppmärksammades under 1999–2000 inom de institutioner som behandlade klienter med känd våldsproblematik att det behövdes bättre kunskaper och förståelse för problemet och även en bättre systematik i hur risken för våld från intagna klienter skulle förebyggas. Våldet skadar både behandlingsprocessen, vårdmiljön liksom arbetsmiljön och riskerar att förstöra en terapeutisk miljö. Av denna anledning inleddes en diskussion om att kartlägga våldet och de möjliga mekanismer och varningstecken som var unika för LVM-miljön. Kartläggningen och de metoder som användes avsågs leda till förändringar i vården och en mer genomgripande systematik i rutinarbetet.

Initialt insågs att det inte skulle vara rimligt att genomföra ett kartlägningsprojekt på alla institutioner. I stället valdes en strategi där ett mindre antal institutioner valdes ut för att använda metoder som aktuell forskning föreslagit för registrering och utvärdering av våld och våldsförvarnande fenomen. Valet föll på tre institutioner, Lunden, Rebecka och Runnagården. Anledningen till valet var flerfaldig. Den viktigaste anledningen var att institutionsledningarna på dessa LVM-hem hade en uttalad vilja att studera sina egna interna problem med våld. Utan en sådan uttalad inställning från en verksamhetsledning kan inga studier göras av ett problem som när det

skärskådas innebär en inblick i verksamheten som många verksamhetsledningar inte har modet att genomföra. Ytterligare anledningar var att samtliga verksamheter tar emot unga kvinnor vilket gör att klientmaterialet blir större och mer homogent vilket möjliggör en bättre generaliserbarhet av resultaten. Dessa tre institutioner hade dessutom goda förutsättningar att genomföra den typ av datainsamling som krävs i och med att de redan före studien har utarbetat systematik i omvårdnadsarbete och också har tidigare erfarenhet av att låta sig studeras vetenskapligt.

De viktigaste resultaten som framkommit ger anledning att föreslå dels konkreta åtgärder avseende behandling och dessutom hur man skall förstå tidiga tecken på risk för våld. Bland de resultat som framkommit är de viktigaste att

1. Undvika bensodiazepinbehandling så långt möjligt i denna speciella klientgrupp. Om sådan är nödvändig skall personalen dagligen vid överlämning uppmärksammas på detta eftersom risken för impulsiva våldsgenombrott avsevärt ökar.
2. Vissa av klienterna har onormalt stora behov av uppskattning, uppmärksamhet och behov att uppfattas som tilltalande och attraktiva. Dessa klienters behov behöver särskilt beaktas.
3. Uppmärksamhet bör dagligen ägnas åt klienternas drogsug/abstinensupplevelse.
4. I överlämningen mellan arbetspassen bör ingå en systematiserad rapportering av klientens psykiska tillstånd enligt Brøset Violence Checklist (BVC) som visat sig även i denna miljö ha god förmåga att förutse allvarliga incidenter.
5. Institutionerna bör utarbeta rutiner för att när risk för våld är överhängande (enl BVC) skall den för dagen behandlingsansvarige utfärda konkret våldspreventiv plan för den enskilda klienten.
6. Systematisk återrapportering av de incidenter som förekommer bör göras med t ex Staff Observation Aggression Scale (SOAS-R).

Utöver dessa resultat finns en del hypotesgenererande skillnader mellan institutionernas våldskaraktäristika som gör att institutionerna skulle kunna "experimentera" med vårdorganisation och personalsammansättning för att vinna ytterligare erfarenhet och kunskap om systemeffekter på klientaggressivitet. Dessutom är de resultat som framkommer här sprungna ur en rent kvinnlig patientpopulation. Därför vore det även av intresse att utvärdera institutioner med manlig population.

När rapporten nu trycks för spridning är det projektledarens förhoppning att den läses med den respekt och eftertanke som resultaten, institutionerna, deras klienter, personal och ledningsansvariga förtjänar. Rapporten är skriven både med avsikten att presentera resultaten men även att beskriva själva forskningsprocessen och de ingående analysernas bakgrund. Fördelen med detta är att rapporten blir ett fullständigt dokument. Den definitiva nackdelen är att delar av rapporten blir svåråtkomliga med stundtals teknisk prosa och överhängande risk för att den statistiskt obevandrade frestas att dra slutsatser som inte materialet håller för.

I Bakgrund

Våld i slutna vårdmiljöer är ett problem som trots sin betydelse för behandlingsresultat, patient- och personalsäkerhet inte varit systematiskt utvärderat i annat än begränsade vårdmiljöer. Endast under senaste decenniet har vetenskapliga studier grundade på utprovade rapporterings- och analysmetoder genomförts. Genomgående har varit att de studier som gjorts om våld i institutionella miljöer varit av så pass olika karaktär och beskrivit så pass olika definierade patientgrupper med varierande och ofta icke-jämförbara metoder att slutsatser inte varit möjliga att generalisera till andra vårdmiljöer (Palmstierna & Wistedt, 2000). Ett fåtal studier har följt upp ekonomiska och psykologiska konsekvenser av våld mot vårdpersonal. Man beräknar att cirka 0,75 procent av all vårdpersonal inom "tung" rättspsykiatrisk slutenvård slutar varje år på grund av kroniska psykiska problem efter överfall på arbetet (Carmel & Hunter, 1989; Hunter & Carmel, 1992). En extrapolering av denna risknivå ger vid handen att man med en sannolikhet i storleksordningen 30 procent kan förvänta sig att en 40-årig yrkeskarriär inom tung psykiatrisk slutenvård avslutas i förtid med ett patientöverfall som leder till kroniska psykiska problem. Ofta handlar det om yngre personer som får en hel yrkeskarriär ruinerad liksom ofta ett långvarigt psykiskt lidande.

Inom socialtjänsten har risken för våld ökat bland annat på grund av kombinationen av behandlingsarbete och myndighetsutövning. Eftersom dessutom en allt större grupp som tidigare hospitaliserades inom psykiatrin skall få sin omvårdnad tillgodosedd inom socialtjänsten har psykiatrisk omvårdnadsproblematik, inklusive våld överfört till socialtjänstens vårdmiljöer. LVM-vården har genomgått samma utveckling som psykiatrin tidigare under de år avinstitutionaliseringen pågick. De klienter som idag vårdas inom LVM-vården kan förväntas ha en högre andel psykiska problem och beteendestörningar än tidigare eftersom den under 1990-talet minskade platstillgången ger en koncentration av de mest svårvårdade klienterna till de kvarvarande LVM-platserna.

LVM-vården, i synnerhet de slutna vårdplatserna, utgör en mycket speciell vårdmiljö. Klienter tas in med tvång specifikt för deras destruktiva missbruk. Detta är helt unikt med de miljöer, nationellt och internationellt, som är studerade avseende institutionellt våld tidigare. Dessutom har dessa klienter, väl känt sedan tidigare, en hög grad av psykiska störningar inklusive personlighetsstörningar (Regier et al, 1990). Eftersom klienterna ofta lever i marginalen med bostadslöshet och kriminalitet finns anledning att anta att de som grupp liknar andra länders rättspsykiatriskt vårdade personkrets. De data som finns om våld i andra vårdmiljöer kan inte automatiskt appliceras på LVM-vården eftersom incitamentet till intagning är fokuserat på missbruket och inte på kriminaliteten eller förekomsten av psykisk sjukdom. Likheter

däremot mellan dessa grupper gör att likartade metoder för utvärdering av aggressivitet och aggressionsrelaterade fenomen bör vara desamma.

Inom SiS LVM-verksamheter har man helt rimligt således uppmärksammat att våld från klienter mot varandra och mot behandlingspersonal är vanligt. Trots att man kan förutskicka en kraftig underrapportering, har i SiS eget centrala incidentrapporteringssystem för åren 2000 och 2001 konstaterats en 20-procentig ökning av antalet incidenter. Ofta är våldet grovt med stickande och skärande tillhyggen.

I detta projekt har valts att studera de tre kvinnoinstitutionerna inom LVM-vården: Lunden, Rebecka och Runnagården. Anledningen att fokusera på dessa tre institutioner är att klientgruppens selektion är relativt homogen eftersom den utgörs av tvångsintagna kvinnor med svårt missbruk som redan före intagningen bedömts vara antingen våldsbenägna eller rymningsbenägna. Dessa institutioner utgör dessutom den mest slutna och rymningssäkrade vårdmiljön för kvinnor i LVM-vård. Dessa institutioners klienter svarar i den centrala incidentstatistiken för cirka 75 procent av alla incidenter som rapporterats från kvinnor vårdade inom LVM.

2 Genomförande

Studien genomfördes 2001 under februari t o m oktober vid Lunden, Rebecka och Runnagården.

Ledningsgruppen för projektet

Tom Palmstierna, dr med sc, sektionen för rättspsykiatri, Neurotec, Karolinska Institutet samt sektionschef Akutsektionen vid Beroendecentrum Stockholm. Palmstierna ansvarar för projektets planering, innehåll och genomförande liksom dess vetenskapliga innehåll, metoder, statistisk analys, slutsatser och rapportskrivande.

Christina Holmén, leg sjuksköterska samt Eva Barredal, leg sjuksköterska, båda forskningssjuksköterskor vid Akutsektionen vid Beroendecentrum Stockholm. Holmén och Barredal har ansvarat för genomförande av materialinsamling, för protokoll, databashantering, för återkoppling till institutionerna under studiens gång samt för löpande kontakt med institutionernas lokalt projektansvariga.

Genomförande av studien och implementering av metoder på institutionerna

Under en sexmånaders period insamlades data enligt nedan om alla klienter som var intagna på institutionerna. För att alla klienter som intogs under den tiden skulle få minst sex veckors observationstid (om de var intagna så länge) insamlades data för dem som intagits de sista sex veckorna upp till minst sex veckor efter intagning. Studien genomfördes homogent under hela studietiden och homogent mellan institutionerna. Samtliga institutioners personal samlades av institutionsledningen med projektledningen innan studien påbörjades. Bakgrunden till studien gicks igenom och de nedan beskrivna instrumenten beskrevs tillsammans med instruktion om vilka instrument personalen skulle använda och hur de skulle användas. I studier av våld är underrapportering det största hotet mot kvaliteten i undersökningarna. Därför är det viktigt att upprätthålla fokus på rapportering av aggressivitet och aggressionsrelaterade faktorer under hela studietiden. Projektledningen återkom därför till varje behandlingshem cirka var 6:e vecka och gjorde en preliminär återrapporering av hur aggressionsincidenter rapporterats hittills under den tid projektet löpt.

- Personal instruerades i användandet av skattningsskalor i anslutning till studiens start.
- Projektledningen återkopplade löpande preliminära resultat till institutionerna under studien.
- Studiens materialinsamling omfattade alla klienter som varit intagna under 6 månader februari–oktober 2001 på Lunden, Rebecka och Runnagården.

3 Material och metoder

Aggressionsskattningar

Personalen instruerades vid starten av studien i användande av Staff Observation Aggression Scale, revised (SOAS-R) (Palmstierna & Wistedt, 1987; Nijman et al, 1999). Denna metod har använts i ett stort antal studier om våld i institutionsmiljö i ett dussintal europeiska länder, Australien, Nya Zeeland, Formosa m fl länder. Därmed blir resultaten från denna studie jämförbara med ett stort antal andra institutionsmiljöer nationellt och internationellt. Metoden utgår från ett systematiskt rapportformulär som används av personalen varje gång en aggressiv incident uppträder. Efter att incidenten rapporterats på formuläret bearbetas den av försöksledaren med poängsättning och kategorisering (appendix 1). Metoden har uppvisat god reliabilitet, validitet och diskriminerande kapacitet (Palmstierna & Wistedt, 1987; Nijman et al, 1999; Palmstierna, Lassenius & Wistedt, 1989).

Utöver att metoden ger möjlighet till karaktäristik av våldsincidenter avseende provokation, medel, mål, skada m m kan varje incidents allvarlighetsgrad graderas med ett poängsystem (Nijman et al, 1999). I vissa analyser har gjorts skillnad mellan "lindrigt" och "allvarligt" våld. Detta har gjorts för att homogenisera analyserna för att undvika bias p g a olika benägenhet att rapportera. Tidigare studier visar att rapporteringsbenägenheten varierar mer ju lindrigare incidenter som inträffar. I de analyser som det bedömts viktigt att ha låg underrapporteringsfrekvens har enbart "allvarligare" våldsincidenter använts. Som allvarlig incident betraktas sådana som ger minst 9 poäng i SOAS-R. Gränsen är givetvis godtycklig men ligger strax under det medianvärde som kan ses i akutpsykiatriska studier. I allvarliga incidenter inkluderas bl a alla incidenter som leder till fysisk smärta eller fysisk skada på offret (appendix 1). Bland de incidenter som inte ger fysisk skada inkluderas alla fysiska (d v s icke enbart verbala) attacker som skapade rädsla för skada hos offret liksom alla attacker med farliga föremål som krävde fysiskt motvåld från personalen (t ex isolering eller fysisk intervention).

- SOAS-R användes för att rapportera samtliga våldsutbrott från klienterna.

Skattningar av risk för nära förestående aggressivitet

En väsentlig del av prediktion av våld i vårdmiljöer handlar om att predicera nära förestående aggressivitet. För detta ändamål har Brøset Violence Checklist (BVC) utvecklats i rättspsykiatriska miljöer. Ursprungligen utvecklades instrumentet vid Brøsets rättspsykiatriska klinik i Trondheim, Norge. Instrumentet används vid många institutioner för att styra omvårdnadsåtgärder vid risk för våld (Woods & Almvik, 2002; Björkdahl & Palmstierna, 2001). Instrumentet har visat god reliabilitet.

tet och god prediktiv kapacitet i manliga rättspsykiatriska miljöer och har potential för att bli ett verksamt instrument även inom LVM-vården. Instrumentet utgår från att personalen 2–3 ggr per dygn skattar sina klienter avseende huruvida han eller hon uppvisat sex specificerade symtom eller inte. Instrumentet kan, om det visar sig fungera även i denna miljö, inkorporeras i klinisk rutinrapportering av risknivå.

Anekdotiskt uppges att även olika aspekter på drogsug eller abstinens kunde påverka klientens irritabilitet och benägenhet till våld. Därför infördes samtidigt med skattningarna av BVC en kort skattning av om personalen uppfattade klienterna drogpåverkade, drogabstinenta eller drogsugna (craving) i sin framtoning. Dessa skattningar liksom BVC-skattningarna utfördes samtidigt och noterades på en för ändamålet särskilt utformad blankett (appendix 2).

- BVC-skattningar och bedömning av drogstatus gjordes på varje klient av varje avgående arbetslag i samband med överlämning till nästa arbetslag, dvs 2–3 gånger per dygn och klient beroende av om två- eller treskift tillämpades på institutionen.

Institutionens och personalens betydelse

Ett stort och utforskat område rör studerandet av den enskilda institutionens effekt på intagnas fungerande och beteende. Det är närmast en truism att vårdmiljön, institutionens struktur och behandlarnas inställning/förhållningssätt är betydelsefull. Dessvärre har detta inte avspeglats i någon större strukturerad forskningsinsats där man systematiskt utvärderat institutionens betydelse för vårdens resultat. Vårdatmosfärsstudier finns, t ex har Svein Friis utvecklat sådana mätmetoder men de har varit arbetsamma att använda och har inte utvecklats ytterligare i någon större utsträckning (Friis, 1986). En senare ansats att utvärdera personalattityders betydelse för våld på institution är utvecklandet av inventariet "Perception Of Aggression Scale" (POAS) (Jansen, Dassen & Moorer, 1997; Needham et al, odaterad). Detta frågeinventarium om 32 items har utvecklats för att kartlägga vårdpersonalens attityder och syn på orsakerna till våld. Instrumentet är utvärderat i flera olika länder och har visat sig vara robust i att kategorisera vårdpersonals attityder i framför allt två kluster. Dels identifieras ett kluster av items som sammanfattas med att aggressivitet kan betraktas som "naturlig reaktion". Det andra klustret sammanfattas med att betrakta aggression som "skadligt och oönskat" (appendix 3). I övrigt är man när det gäller institutionens betydelse i form av personalens egenskaper utlämnad åt grövre variabler som att belysa ålder, utbildnings- och erfarenhetsnivå. I denna studie görs ett försök att beskriva institutionerna med POAS och basala personalkaraktäristika.

- POAS användes i samband med personalens introduktion till studien. All personal som deltog i genomgången besvarade anonymt POAS som återlämnades direkt till projektledningen.

- Uppgifter om personalgruppens sammansättning avseende kön, ålder, antal års erfarenhet av LVM-vård samt utbildningsnivå insamlades under studien från de olika institutionerna.

Personlighetsscreening

Tidigare undersökningar har visat att klientgrupper inom institutionell narkoman- och missbrukarvård ofta lider av svåra personlighetsstörningar. Vissa personlighetsstörningar inbegriper förhöjd impulsivitet och aggressivitet. Därför bedömdes det relevant att låta en subgrupp av klienter (de på Rebecka) genomgå en screening av personlighet med SCID-2 självskattningsformulär. Detta formulär har visat sig ge relevant information om förekomsten av personlighetsstörning även utan den diagnostiska intervjun (Ekselius et al, 1994).

För att resultaten av denna del av undersökningen skall kunna vara praktiskt användbara i vården måste skattningen vara tillräckligt lätt att göra i ett tidigt skede av vården. Annars kommer den relevanta riskbedömningen inte att föreligga förrän en avsevärd del av vårdtiden förlupit och därmed kommer rimligen en stor del av de våldsincidenter som diagnostiken skulle predicera att ha inträffat innan prediktionen var färdig. Därför genomfördes inte en fullständig och tidsödande personlighetsbedömning. I stället utnyttjas SCID-2-formuläret som ett verktyg att plocka ut en checklista som kan användas vid intagningen av klienten för att bedöma våldsrisknivå under vårdtiden. Om enstaka frågor eller de fördefinierade personlighetsklustren enligt DSM framkommer som relevanta för prediktion av våld kan dessa användas för snabb screening för vilka klienter som behöver särskild uppmärksamhet.

- Samtliga klienter som togs in på Rebecka ombads besvara personlighetsformuläret SCID-2.

Läkemedelsbehandling och våld

Frågan om läkemedelsbehandling av patienter med hög grad av psykisk störning och potentiell risk för aggressivitet är komplex. Grundläggande är givetvis att behandlingsbara psykiska sjukdomar med potential för aggressivitet måste vara lämpligt behandlade. Om det trots adekvat behandling mot bakomliggande psykiska sjukdomar ändå föreligger bestående aggressiva beteenden finns olika medel att tillgå som kan ha gynnsam effekt. Man måste dock reservera sig för att litteraturen många gånger baseras på öppna studier, bristfälliga metoder och ibland enbart på fallbeskrivningar.

Antipsykosmedlens plats som aggressionsdämpande läkemedel utöver vid behandling för psykossjukdomar med aggressiva inslag är begränsad. Huvudsakligen torde effektiviteten i långtidsbehandling ligga i förebyggande av aggressivt psykotiska utbrott om sådana förelegat under akuta skov av psykossjukdomen. Däremot tycks traditionen att under akut psykotiska eller maniska tillstånd med våldsbegäret använda cis-zuclopenthixol ha en begränsad plats (Fenton, Coutinho & Campbell, 2000).

Antidepressiv behandling, framför allt serotoninupptagshämmande läkemedel, dvs citalopram, paroxetin, fluvoxamin, sertralin och fluoxetine, har antytts ha en dämpande effekt på impulsivt utlöst aggressivitet. I synnerhet SSRI-preparatet citalopram har dokumenterats ha antiaggressiva egenskaper vid ett flertal psykiatriska tillstånd (Kallioniemi & Syvälahti, 1992). Effekten av antidepressiva är dock blandad även för SSRI-preparat eftersom vissa studier kunnat demonstrera ökad aggressivitet av både SSRI-preparat liksom tricykliska (första generationens antidepressiva) medel även om effekten på aggressivitet tycks vara fördelaktig (Walsh & Dinan, 2001).

GABA-erga (aktiva på GABA-receptorerna i hjärnan) läkemedel, bensodiazepiner, barbiturater, klomethiazol, de vanliga sömnmedlen zolpidem, zopiklon och zaleplon (Imovan, Stilnoct & Sonata) verkar ha en dubbelriktad effekt på aggressivitet. Å ena sidan har bensodiazepiner en sederande, lugnande och ångestlindrande effekt. Denna effekt verkar vara av betydelse kliniskt vid framför allt vissa akuta agiterade tillstånd, t ex akuta psykostillstånd och kan med fördel under en kortare tid kombineras med neuroleptikabehandling. Å andra sidan finns litteratur som talar för att den som använder bensodiazepiner har sämre konfliktlösningsförmåga. Vissa data talar för att patienter med personlighetsstörningar med inslag av impulsivitet, instabilitet och aggressivitet, t ex psykopati och borderlinestörningar lättare tappat kontrollen och lättare får impulsiva våldsgenombrott. Andra studier talar för att aggression kan utlösas efter en längre tids bensodiazepinbehandling medan experiment kan demonstrera förhöjd våldsbägenhet hos vissa individer (för översikt se Volavka, 2002).

- Alla noteringar om medicinering som utdelades till inneliggande klienter under hela studieperioden insamlades för att bearbeta om aggressionsutbrott påverkades av antidepressiva, neuroleptika och bensodiazepiner.

Enskilda klienters karaktäristika

För att beskriva den ingående klientpopulationen representativt och jämförbart med andra studerade populationer har data insamlats om de klienter som intagits under de respektive sexmånaders perioder som utgör den aktiva studieperioden. Alla kvinnor som togs in och vårdades minst 6 dygn på respektive institution under en 6 månaders period inkluderades. Sexdygnsgränsen sattes för att definitivt exkludera dem som togs in jml LVM §13 men där man antingen avstod från att ansöka om LVM eller där länsrätten inte bedömt indikationerna för fortsatt vård tillräckligt starka. Med denna selektion får kohorten en mer homogen sammansättning av personer som bedöms ha mest allvarligt missbruk. Datainsamlingen av karaktäristika för klienterna insamlades från DOK-intervjuerna, LVM-utredningarna, LVM §9-läkarintyg samt domstolshandlingarna. I de fall materialen gav motstridiga uppgifter prioriterades i första hand domstolshandlingarna, därefter utredning/läkarintyg och i sista hand DOK-intervjun. Data om klienterna insamlades med utgångspunkt från den förkortade delen av DOK-inskrivningsformuläret (appendix 4).

- Basdata insamlades om samtliga klienter som intogs och vårdades minst sex dygn under det halvår studien pågick på respektive institution.

Statistiska metoder

Merparten av analyserna görs på material som inte är normalfördelade, t ex distributionen av aggressiva incidenter bland klienterna. Flera av undersökningarna laborerar med ordinaldata, t ex värdet av olika utbildningars längd hos personalen. Även Likertskalor används som i POAS-enkäten till personalen där respondenten anger i vilken grad man håller med om det angivna påståendet. Därav följer att icke-parametriska test liksom transformationer används flitigt. Vid jämförelser av medianer mellan flera grupper används Kruskal-Wallis test, en form av variansanalys som jämför rangordning av en variabel i olika grupper. Den tillgrips i stället för envägs variansanalys om materialen är av rangkaraktär eller icke-normalfördelade.

Vid behov av multivariata analyser, t ex vid utvärdering av olika riskfaktors inverkan på om klienterna är våldsamma eller inte används multipel regressionsanalys. Om utfallsvariabeln (beroendevariabeln) har ett numeriskt värde, som i analysen av personalattityder, används linjär multipel regression med rangtransformation av samtliga variabler enligt Conover & Iman (1981). Denna procedur gör att även icke-normalfördelade variabler kan hanteras i parametriska tester. I samtliga multipla regressionsanalyser används sk stepwise forward metodik, d v s nya regressorer introduceras så länge de bidrar signifikant till regressionsuttrycket ($p < 0,05$). Den linjära regressionen med rangtransformation ger betydelsen och signifikansen av de ingående regressorerna samt förklaringsvärdet (multiple R^2) av det resulterande regressionsuttrycket. Men man får inte meningsfulla regressionskoefficienter.

I de fall analyserna har en beroende variabel av dummykaraktär (som kan anta värden 0 eller 1) till exempel "blev klienten aggressiv eller inte" används multipel logistisk regression eftersom även denna transformation medger användande av icke-normalfördelade variabler. Dessutom ger denna analys genom $\exp(B)^1$ en odds ratio (OR). $\exp(B)$ -värdet visar alltså med vilken faktor risken påverkas om den aktuella variabeln förändras med en enhet (Rosner, 1995).

I analysen av hur väl en testvariabel predicerar ett positivt utfall används sk receiver operating characteristics, ROC. Användandet av ROC-analys illustreras av hur väl poängsumman på självskattning av histriona (appendix 5) personlighetsegenskaper predicerar allvarligt våld. I analysen erhålls beräkningar av skattade värden på sensitivitet och specificitet vid olika cut-offnivåer som dels illustreras med en ROC-kurva, dels med en skattning av ytan under kurvan (AUC) och ett värde på dess signifikans.

¹ D v s basen i naturliga logaritmen, e, upphöjt till regressorn i det slutliga regressionsuttrycket.

4 Institutionernas och personalens karaktäristika

Studien av institutionerna i denna undersökning blir ytlig och man kan i stort sett endast göra en beskrivning av institutionernas egenbild ur verksamhetsplaner, personalens ålder, utbildning och även en beskrivning av personalattityder som avspeglats i POAS. Urvalet av variabler blir, i avsaknad av utprovade och allmänt vedertagna instrument för institutionsutvärdering, självfallet föremål för projektledarens godtycke. Därför kommer inga definitiva slutsatser om relationen mellan olika karaktäristika på institutionen och förekomst av våld att vara möjliga. Denna del av rapporten får betraktas som explorativ och hypotesgenererande med möjlighet till reflektion och eftertanke om LVM-hemmens organisation och personalstruktur snarare än definitivt konklusiv.

Enheternas egen beskrivning av mål och innehåll ur verksamhetsplaner

Lunden

Målgruppen är yngre kvinnor med narkotika- eller blandmissbruk. Till målgruppen hör även kvinnor med svåra psykiska störningar samt gravida missbrukare.

Institutionen bedriver motivationsarbete utifrån individuella behandlingsplaner som grundas på en social, somatisk och psykiatrisk utredning samt en genomgång av tidigare behandlingsinsatser. Tydliga ramar, fast struktur och relationen mellan klient och personal är viktiga delar i arbetet. All matlagning, städning och tvätt sköts av klienter och personal gemensamt. Klienternas kvinnliga identitet stärks genom uppmuntran av traditionellt "kvinnliga" intressen.

Institutionen består av en avdelning med 12 låsbara platser, inklusive två på intagning.

■ Studien av klienterna omfattade hela enheten.

Rebecka

Målgruppen är yngre kvinnor med narkotika- och/eller blandmissbruk. I gruppen ingår även yngre kvinnor med psykiska störningar samt gravida missbrukare.

Institutionens motivationsarbete präglas av fast struktur med obligatoriska sysselsättningar. Efter avgiftning vidtar motivationsarbete som i första hand baseras på personalens nära kontakt med klienterna. För varje klient görs utredning, diagnostisering samt individuell vårdplan som syftar till att adekvat §27-vård kan inledas. Målsättningen är att institutionen skall vara drogfri och rymningssäker.

Institutionen består av en avdelning med 14 låsbara platser, inklusive två på intagning.

- Studien av klienterna omfattade hela enheten.

Runnagården

Målgruppen är kvinnor med alkohol-, narkotika- eller läkemedelsmissbruk. I målgruppen ingår uttalat utagerande och/eller svårt psykiskt störda kvinnor samt gravida missbrukare. En av avdelningarna är särskilt utformad för kvinnor som bedöms som särskilt resurskrävande bland annat på grund av utagerande beteende.

Institutionen arbetar med en integrerad psykosocial och medicinsk behandling som innefattar utredning, motivationsarbete och behandling. Den ger möjlighet att arbeta med såväl klienter som enbart har en beroendestörning som med dem som samtidigt har psykiatrisk störning och/eller svåra sociala problem. Modellen hämtar sin kunskap från områdena beroendeproblematik, psykiatri och dubbeldiagnos. Strukturen utgår från 12-stegsorienterad behandling ur kvinnoperspektiv. Behandlingens mål är att klienten skall få hopp att på kort eller lång sikt kunna ta ansvar för sitt tillstånd. Anhöriga erbjuds att delta i ett särskilt, icke-konfrontativt, anhörigprogram.

Totalt består Runnagården av 36 platser, varav 26 låsbara.

- Studien omfattade intagnings- och avgiftningsavdelningen om 8 vårdplatser.

Intagningsavdelningen användes för intagning och återintagning av samtliga klienter. Enheten användes även för klienter där stor risk förelåg för införsel av farliga föremål, sprutor och dylikt samt aggressivt eller utagerande beteende. Klienter med sådan risk på övriga delar av behandlingshemmet kunde vid behov återföras till den studerade avdelningen. Avdelningen tar emot överflyttningar av särskilt våldsamma eller annars besvärliga klienter från andra institutioner inom SiS (såsom Rebecka och Lunden).

I tolkningen av resultaten av studierna måste denna strukturella skillnad mellan Runnagården och de två andra institutionerna hållas i minnet.

Behandlingspersonalens karaktäristika

Projektgruppen insamlade data om den anställda behandlingspersonalens erfarenhet av LVM-vård, utbildningserfarenhet och anställningsform. Totalt insamlades uppgifter om 113 medarbetare. Dessa karaktäriserades avseende kön, ålder, längd av erfarenhet av LVM-vård samt längd av vårdutbildning. De tre institutionerna jämfördes avseende personalens erfarenhet av LVM-vård, kön, ålder, utbildningsnivå. Erfarenhet av LVM-vård klassades i 4 grupper: <1 års erfarenhet, 1–3 års erfarenhet, 4–5 års erfarenhet eller >5 års erfarenhet. Utbildning klassades i 5 grupper: ingen utbildning,

kortare utbildning (<1 år), vårdgymnasium, behandlingsassistentutbildning, längre högskoleutbildning (>1år).

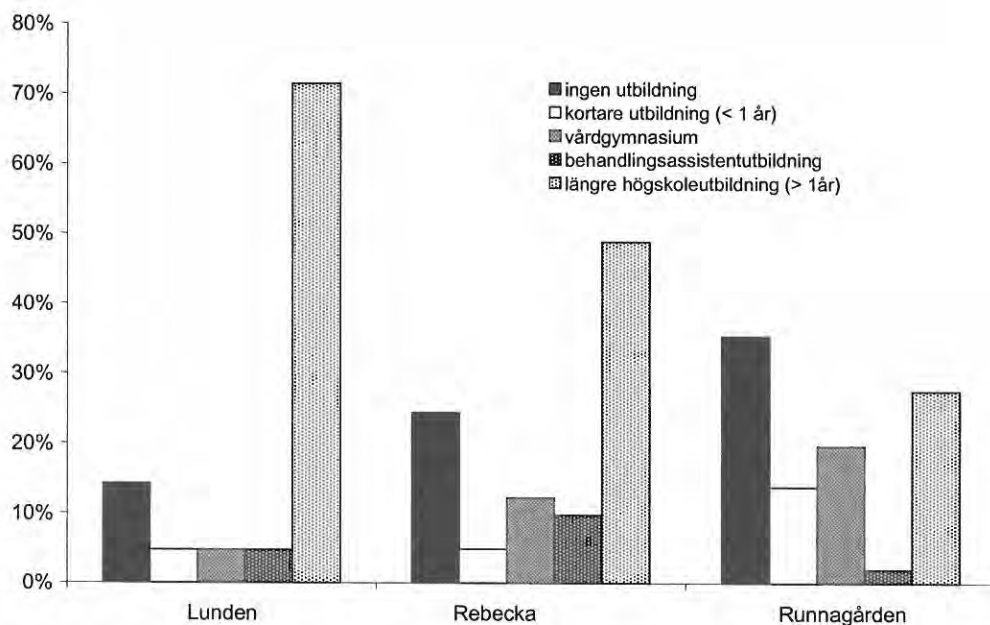
Som framgår i tabell 1 finns stora skillnader mellan de tre institutionernas personalsammansättning. En trend till åldersskillnad finns med 3–5 års lägre medelålder på Runnagården. Könsfördelningen på hemmen skiljer sig avsevärt. Runnagården har påtagligt låg andel kvinnor (37,3%) medan Lunden har påtagligt hög andel (71,4%). Denna skillnad mellan de tre institutionerna är statistiskt signifikant. Skillnader framträder även när man belyser erfarenhet av LVM som vårdform samt grad av utbildning. I båda dessa analyser har klassifikationen av erfarenhet och utbildning betraktats som ordinaldata. Personalen vid de olika institutionerna analyseras med Kruskal-Wallis test. När detta analyseras framgår att Lunden har den mest erfarna personalen och samtidigt den högst utbildade medan det motsatta förhållandet gäller på Runnagården. Rebecka intar här liksom tidigare en mellanställning. Figurerna 1 och 2 illustrerar detta där det framgår att Lunden har 75 procent högskoleutbildad och endast 15 procent utbildad personal.

Tabell 1. Personalkaraktäristika vid institutionerna

Variabel	Institution			Statistik och signifikans
	Lunden N=21	Rebecka N=41	Runnagården N=51	
Ålder	Medel=41,5 S.D.=8,6	Medel=43,2 S.D.=8,6	Medel=38,3 S.D.=11,7	p=0,072 df=(2;111) Oneway ANOVA
Kön (% kvinnor)	71,4%	42,9%	37,3%	p=0,027 df=2 chi ² =7,2
Erfarenhet av LVM-vård	Medel av rang=70,6	Medel av rang=59,7	Medel av rang=49,2	p=0,023 df=2 chi ² =7,52 Kruskal-Wallis test
Utbildning	Medel av rang=72,5	Medel av rang=61,5	Medel av rang=46,8	p=0,003 df=2 chi ² =11,63 Kruskal-Wallis test

Personalattityder enligt POAS

84 medarbetare i vården, 27 från Rebecka, 30 från Runnagården och 27 från Lunden svarade anonymt på POAS. Antalet medarbetare är för litet för att man skall kunna utföra en fullständig faktoranalys för att bekräfta förekomsten av samma kluster som tidigare studier givit. I stället har antagits att de kluster som tidigare studier funnit är relevanta och skillnader i attityder mellan personalgrupperna vid de olika institutionerna har utvärderats utgående från de kluster som redan beskrivits ovan och som finns beskrivna i appendix 3. Tidigare studier av attityder har visat att framför allt erfarenhet och ålder haft betydelse för vilken typ av kluster grupper av vårdpersonal ansluter sig. Därför har analysen omfattat även dessa faktorer genom linjär multipel regression med rangtransformerade variabler (Conover & Iman, 1981). Två separata

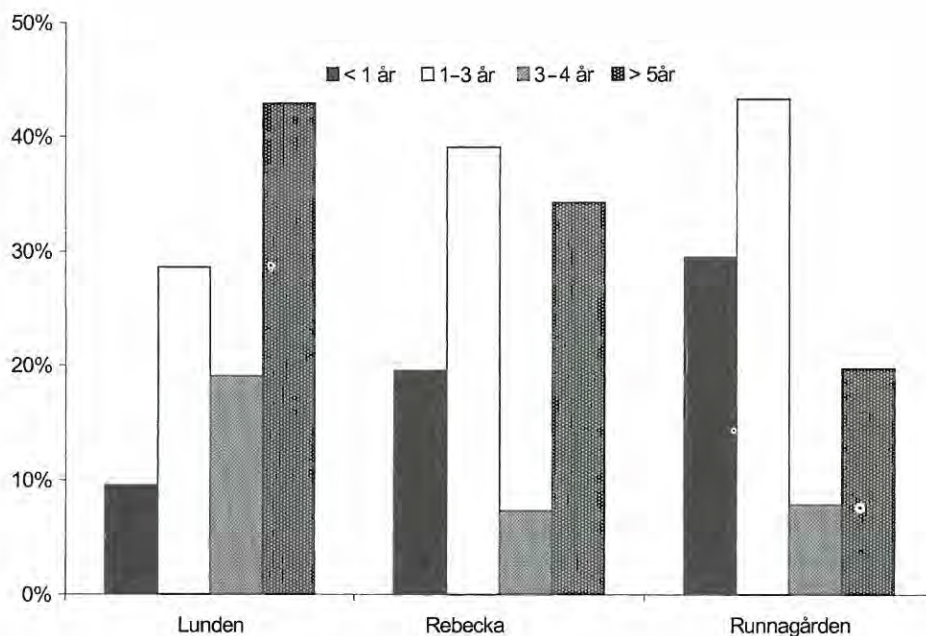


Figur 1. Behandlingspersonalens utbildning vid de tre institutionerna

multipla regressionsanalyser har genomförts. Skillnaden mellan de två analyserna har varit den beroende variabeln. Som beroende variabel har använts summan av poäng från Likertskalan av samtliga ingående variabler för respektive kluster. Det vill säga den första analysen har använt summan av samtliga items ingående i klustret "aggression är dysfunktionellt" som beroende variabel medan den andra analysen har använt summan av samtliga items ingående i klustret "aggression är funktionellt" som beroende variabel. Som oberoende variabler har i båda analyserna använts ålder, kön, utbildning enligt ovanstående gruppering, längd av erfarenhet av LVM-vård enligt ovanstående gruppering, Likertskattning av hur ofta man upplever sig ta hand om våldsamma situationer samt om man deltagit i kurs om konflikthantering.

För de två oberoende variabelerna har var sin regressionsanalys utförts med de transformerade variabelerna stepwise forward regression så länge det finns signifikanta variabler ($p < 0,05$) att introducera.

Resultatet av analysen vilka faktorer som framför allt påverkade attityden att behandlaren ansåg aggression vara dysfunktionellt utgjordes av två faktorer, övriga faktorer gav inte signifikanta korrelationskoefficienter. Den första var huruvida man var anställd på Lunden eller ej. Arbete på annan institution än Lunden ökade signifikant benägenheten att betrakta våld som dysfunktionellt ($t\text{-value}=3,71$ med signifikans $p < 0,001$). Den andra signifikanta variabeln var att man upplevde sig behöva ingripa ofta vid våldsincidenter. Ju oftare man upplevde sig behöva ingripa, desto



Figur 2. Personalens erfarenhet av LVM-vård vid de tre institutionerna

mer uppfattade man våld som dysfunktionellt ($t\text{-value}=2,83$ med signifikans $p=0,006$). Båda dessa variabler togs in i regressionsuttrycket som blev signifikant i en ANOVA med $F=9,61$ $df=2;80$ $p<0,001$. Dessa två variabler svarade för 17,4 procent av hela variationen i attityder (förklaringsvärde=justerat $R^2=0,174$ och $R=0,44$).

När samma variabler testades mot rangtransformerade score av summan av items inom klustret "aggression är funktionellt" fanns inga signifikanta variabler. Analysen av attitydvariablerna ger således vid handen dels att personal upplever att de tar hand om våld ofta, dels att personal vid Rebecka och Runnagården uppfattar våld som mer dysfunktionellt än andra.

Sammanfattning av personalskillnader mellan institutionerna

Personalen vid de olika enheterna skiljer sig avsevärt åt. Störst är skillnaderna mellan Runnagården och Lunden medan Rebeckas personal ofta befinner sig mellan dessa i olika variabler. Kort kan Runnagårdens personal beskrivas som yngre män med kort erfarenhet, låg utbildning och med en uppfattning att aggression är dysfunktionellt. Lunden kontrasterar med en personalgrupp som består framför allt av medelålders kvinnor med lång erfarenhet av vården de bedriver, hög grad av relevant akademisk utbildning samt huvudsakligen en attityd där våld inte betraktas som en dysfunktionell reaktion.

Av intresse är även att de personer som upplever sig ofta behöva ta hand om

aggressiva klienter oftare än andra anser våld vara ett dysfunktionellt beteende, oberoende av institution.

De skillnader som finns mellan frekvens och karaktär av våld mellan de olika enheterna kan sannolikt delvis förklaras med dessa skillnader, men de skillnader som finns mellan de tre institutionernas organisation, personalstruktur och personalattityder kan likväl i stora stycken vara oberoende observationer som snarast bör öppna för diskussion inom SiS och andra vårdgivare hur organisation och personalattityder påverkar vård- och arbetsmiljö.

5 Klientgruppens sammansättning och aggressivitet

Klienter inkluderades i den analyserade kohorten under sex månader. Sammanlagt inkluderades 93 kvinnor från de tre institutionerna, 27 från Lunden, 27 från Rebecka och 39 från Runnagården. Medelåldern skiljer sig mellan institutionerna. Klienterna på Runnagården var påtagligt äldre, medelålder 33,7 (SD=9,67) medan Lundens och Rebeckas kvinnor var påtagligt unga, medelålder 26,6 respektive 24,1 (SD=6,18 resp 5,13). I one-way ANOVA var detta signifikant ($p<0,001$, $F=14,3$ $df=2;90$).

Den vanligaste huvuddrogen var amfetamin som missbrukades av 39,8 procent av klienterna, tätt följt av heroin som var huvuddrog för 35,5 procent. Alkohol var som väntat vanligast bland Runnagårdens klienter eftersom detta är i enlighet med rekryteringsprofilen (tabell 2). Åttiotre (89,2%) av klienterna hade erhållit behandling tidigare för sitt missbruk.

Tabell 2. Huvuddrog tiden före intagningen

	Institution			Totalt
	Lunden	Rebecka	Runnagården	
Alkohol	3	3	11	17
Amfetamin	12	12	13	37
Bensodiazepiner	0	0	1	1
Cannabis	0	3	1	4
Heroin	12	9	12	33
Andra opiatier	0	0	1	1
Totalt	27	27	39	93

Drygt hälften hade anmälts till LVM av socialtjänsten själv (tabell 3). En påtaglig andel av klienterna (48,9%) var bostadslösa vid inskrivningen och endast en mindre andel, 32,2 procent hade eget autonomt boende (tabell 4). En stor andel av klienterna var ensamstående (65,6%, tabell 5). Fyrtio av kvinnorna (46,0%) hade enligt uppgift egna barn (uppgifter saknades om 6 klienter) (tabell 6). En betydligt större andel av kvinnorna på Runnagården hade egna barn, men denna skillnad sammanhänger framför allt med den högre åldern på Runnagårdens kvinnor. Medelåldern för kvinnor med egna barn var 34,1 (SD=8,74) medan den för barnlösa kvinnor var signifikant lägre, 23,8 (SD=3,30, $t=7,47$, $df=85$, $p<0,001$). Klienterna hade även påtagligt låg utbildning, 24,1 procent hade inte fullgjort grundskola (tabell 7). Möjligen sammanhängande med utbildningen är även klienternas bristande försörjningsförmåga. Endast en klient var arbetsför. Endast en mindre del (12,9%) hade sjukbidrag eller sjukskrivning reflekterande tidigare försörjningsförmåga. Övriga klienter försörjde sig antingen inte alls (31,2%) eller via prostitution, kriminalitet eller socialbidrag (tabell 8). Klientgruppen har en påtagligt kriminell bakgrund. Utan att ha tagit del av

kriminalregister framkommer ur källmaterialet att minst 45,1 procent har dömts i domstol och minst 17,2 procent har suttit i fängelse. Siffrorna är sannolikt högre i realiteten eftersom det är självrapporterade siffror (tabell 9–10 i bilagan).

Tabell 3. LVM-anmälade myndighet/person

	Institution			Totalt
	Lunden	Rebecka	Runnagården	
Anhöriga	3	3	3	9
Frivård	0	1	0	1
Missbrukssjukvård	0	1	6	7
Polis	3	1	6	10
Psykiatri	0	3	3	6
Socialtjänst	20	18	19	57
Somatisk sjukvård	1	0	2	3
Totalt	27	27	39	93

Tabell 4. Boende senaste månaden före inskrivning

	Institution			Totalt
	Lunden	Rebecka	Runnagården	
Bostadslös	12	12	20	44
Skyddat boende	0	4	5	9
Boende med föräldrar	1	3	4	8
Eget boende	12	7	10	29
Totalt	25	27	39	90

Tabell 5. Huvudsaklig levnadsform senaste 30 dagarna före inskrivning

	Institution			Totalt
	Lunden	Rebecka	Runnagården	
Uppgift saknas	1	0	1	2
Ensamstående	18	19	24	61
Ensamstående med barn	0	1	1	2
Sambo med partner med barn	0	0	1	1
Sambo med partner utan barn	6	2	8	16
Samlevande med förälder eller släkting	1	3	4	8
Samlevande med vänner	1	2	0	3
Totalt	27	27	39	93

Tabell 6. Egna barn

	Institution			Totalt
	Lunden	Rebecka	Runnagården	
Inga egna barn	13	20	14	47
Egna barn	14	5	21	40
Totalt	27	25	35	87

Tabell 7. Utbildning bland klienterna

	Institution			Totalt
	Lunden	Rebecka	Runnagården	
Ej fullgjord grundskola	5	4	11	20
Fullgjord grundskola	17	14	19	50
Fullgjort gymnasium	2	5	2	9
Studerat på högskola	0	0	4	4
Totalt	24	23	36	83

Tabell 8. Huvudsaklig försörjning innan inskrivning

	Institution			Totalt
	Lunden	Rebecka	Runnagården	
Ingen	8	6	15	29
Kriminalitet	2	1	1	4
Lönearbete	0	1	0	1
Prostitution	5	2	4	11
Sjukbidrag	0	1	7	8
Sjukskrivning	1	1	2	4
Socialtjänst	11	15	10	36
Totalt	27	27	39	93

Sammanfattning av klientgruppens sammansättning

Klientgruppen framstår som anmärkningsvärt utsatt. Gruppen har en profil som ensamstående, utan autonomt boende eller socialt accepterad försörjning samt dessutom med en hög kriminalitet. Klientgruppen skiljer sig mellan institutionerna i stort sett enbart med avseende på ålder, vilket egentligen framgår redan av institutionernas kriterier avseende målgrupp. Runnagården har alkoholklienter som del av målgruppen medan de övriga fokuserar på yngre kvinnor. I målgruppsbeskrivningen för Runnagården finns även profilering att ta emot svårare beteende- och utagerandestörda kvinnor. Med utgångspunkt i tillgänglig bakgrundsinformation skiljer sig således inte de olika institutionernas klienter nämnvärt åt.

Klientkohortens våld

De 93 klienterna som intogs enligt ovan under respektive institutions 6 månaders studieperiod stod för 49 allvarliga incidenter, det vill säga med minst 9 poäng enligt SOAS-R. Endast 7 av dessa inträffade under den första veckan, vilket skiljer sig från akut intagna i psykiatrisk sjukvård där merparten av våldet inträffar första veckan. Sammantaget utövade 27 av de 93 klienterna allvarligt våld. Anmärkningsvärt är analogt att majoriteten av dessa var våldsamma efter första veckan, 21 av de 27 allvarligt aggressiva klienterna utövade våld vid minst två tillfällen.

Vid analyserna av prediktorer för våld från kohorten användes de klientkaraktäristika som beskrivs ovan med ansatsen huruvida markörer för social utsatthet predicerar aggressivitet på institutionerna. Det stora problemet i detta material är det stora bortfallet i uppgifter eftersom DOK-materialet i stor utsträckning var ofullständigt. För de variabler som ingår i analyserna nedan har detta hanterats så att de sk dummyvariablerna (d v s 0–1 variabler) konstruerats så att värdet 1 angivits om det är känt att klienten haft denna egenskap medan 0 är angivet om egenskapen inte förelagat eller om det varit okänt. Detta ger givetvis risk för bias i resultatet och de slutsatser om etiologi som kan dras måste användas med försiktighet. Men, som prediktion när klienter tas in på LVM-hemmet fungerar detta eftersom de uppgifter man har tillgång till kan man predicera från. Saknar man uppgifter blir det i praktiken samma sak som att klienten inte har den egenskap man önskar predicera från, d v s ett 0-värde i dummyvariabeln.

Klientkohortens våld analyserades med två olika logistiska regressioner.

Som beroendevariabel användes i den ena analysen:

1. Om klienten varit allvarligt våldsam överhuvudtaget under vårdtiden (med incidenter minst 9 poäng enligt SOAS)

och i den andra analysen:

2. Om klienten varit allvarligt våldsam minst två olika dagar under vårdtiden (multiaggressiv).

De oberoende variablerna introduceras och accepteras i modellen en och en efter högsta signifikansnivå så länge de uppnår $p < 0,05$ med Walds test. Som oberoende variabler användes:

1. Ålder
2. Bostadslös
3. Ensamstående
4. Egna barn
5. Ingen utbildning (d v s ej genomgått grundskola)
6. Ingen autonom försörjning (d v s inget arbete, ej sjukskriven, ej sjukbidrag)
7. Huvuddrog amfetamin
8. Huvuddrog heroin
9. Huvuddrog alkohol
10. Tidigare genomgått behandling
11. Tidigare dömd för brott
12. Tidigare dömd till fängelse
13. Institution (behandlas som kategorisk variabel)

Resultatet av regressionen med beroendevariabeln "allvarligt våldsam under vårdtiden" utföll en variabel som svagt signifikant, nämligen "huvuddrog alkohol" som visade sig sänka risken för våld med en faktor 0,12. För klienter med alkohol som huvuddrog var risken för våld endast 12 procent jämfört med klienter som hade annan huvuddrog (d v s $\exp(B)=OR=0,12$ med 95% konfidensintervall 0,015–0,957, $p=0,045$, Wald=4,00, $df=1$). I det analyserade materialet var 26 av de 76 klienter (34%) som missbrukade huvudsakligen andra droger aggressiva minst ett tillfälle under vårdtiden medan endast en av de 17 med alkohol som huvuddrog var aggressiv ($p=0,019$ med Fischers exakta test) (tabell 11 i bilagan). På Runnagården var 12 av de 28 icke-alkoholisterna våldsamma (42,9%) medan motsvarande siffra på Rebecka var 10 av 24 (41,7%) och på Lunden 4 av 24 (16,7%) ($\chi^2=4,81$, $df=2$, n.s. $p=0,09$).

Resultatet av regressionen med beroendevariabeln "allvarligt våldsam vid ett flertal olika dagar under vårdtiden" utföll en annan variabel som svagt signifikant, nämligen "tidigare dömd till fängelse" som signifikant höjde risken för multipelt våld. Dessa klienters risk för multipelt våld låg på 4,8 gånger det förväntade (d v s $\exp(B)=OR=4,80$ med ett stort 95-procentigt konfidensintervall 1,13–20,5, $p=0,034$, Wald=4,50, $df=1$).

Intressant nog påverkades inte utfallet av variabler som markerade social utsatthet eller vilken institution man vårdades på.

Personlighetsskattningar och prediktion av våld

För att utvärdera möjligheten att använda delar av personlighetsinventoriet SCID-2 screeningversionen som prediktionsinstrument gavs detta med sina 126 frågor (Structured Clinical Interview for the DSM, där SCID-2 står för axel 2 av DSM) till 25 klienter på Rebecka under studietiden. Klienterna klassificerades i efterhand i huruvida de hade begått allvarligt våld (SOAS-R incidenter med minst 9 poäng) eller inte under vårdtiden på Rebecka. Av de 25 studerade klienterna begick 8 allvarliga våldshändelser under vårdtiden. Klienternas svar på frågorna grupperades enligt indelningen i olika personlighetsstörningar som finns angivet av Ekselius et al (1994) utgående från DSM-III-r-klassifikationen. De angivna personlighetsgrupperingarna utgjordes av (se DSM-IV):

1. Fobisk
2. Dependent
3. Tvångsmässig
4. Passivt-aggressiv
5. Masochistisk
6. Paranoid
7. Schizotypal
8. Schizoid

9. Histrion
10. Narcissistisk
11. Borderline
12. Antisocial

Poängsumman för var och en av de 25 klienterna avseende dessa 12 personlighetskaraktäristika användes som oberoende variabler i en logistisk regression med den beroende variabeln definierad som "allvarligt våldsam under vårdtiden eller ej" där allvarligt våld definierades som förekomst av incident med minst 9 poäng enligt SOAS-R. Innan regressionsuttrycket utarbetades visade sig ett flertal av personlighetsgrupperingarna vara signifikant relaterade till våld. Både den narcissistiska, borderline- och den histriona störningen visade signifikanta korrelationer till förekomsten av allvarligt våld. Men eftersom en stor samvariation mellan dessa poängsummor förelåg föll signifikanserna när poängsumman på histrion infördes i modellen. I den multipla regressionen var det enbart poängsumman för frågor om histrion personlighet som utföll signifikant med $\exp(B)=3,20$ (95% konfidensintervall 1,29–7,95, Wald 6,36, $df=1$, $p=0,012$) (appendix 5).

För att utvärdera vilken precision i prediktionen man kan förvänta sig genom att använda enbart de åtta frågorna i histriona gruppen ur SCID-2 formuläret utfördes ROC-analys (figur 3 i bilagan). Med denna analys ser man grafiskt precisionen av prediktion på olika poängnivåer av de 8 histrion-itemen. Ytan under kurvan för korrekt prediktion utgör 85,7 procent med 95-procentigt konfidensintervall 66,1%–105,2%, $p=0,005$. I tabell 12 framgår sensitivitet och specificitet för olika cut-offnivåer. Vid en cut-offnivå om 4 poäng eller mer kan 75 procent av de framtida allvarligt våldsamma kvinnorna identifieras med en relativt hög sensitivitet (88,3%). Vid cut-offnivå 5 poäng identifieras visserligen enbart 50 procent av de våldsamma kvinnorna men man slipper helt de falskt positiva prediktionerna.

Sammanfattning av kohortens våldsbenägenhet

Kohorten av konsekutivt intagna klienter visade sig ha ett mönster av våld som avviker påtagligt jämfört med andra studier. Merparten av det allvarliga våldet inträffade *efter* första veckans vård. En minoritet var våldsamma i början av vårdtiden. Detta avviker mot observationer från andra vårdmiljöer med andra patientkategorier, framför allt från psykiatriska akutavdelningar där det motsatta förhållandet råder (Palmstierna & Wistedt, 1989). Sannolikt är detta en avspegling av att klienterna är unga kvinnor utan organiska hjärnskador och endast i mindre utsträckning psykotiska men framför allt personlighetsstörda. Våldet hade svaga korrelationer till de faktorer av social utsatthet och missbrukshistoria som insamlas rutinmässigt vid institutionerna. Alkoholclienterna hade mindre risk för våld överhuvudtaget medan de som uppgivit tidigare fängelsedomar hade cirka femfaldigt förhöjd risk för att bli multiaggressiva

vilket analogt med andra studier kan tolkas som att allvarigare/kriminellt missbruk och mer antisocialt fungerande och kriminaliserad livsstil leder till mer våld (jfr Palmstierna & Wistedt, 1989).

I ljuset av fynden från övriga delar av studien där våldet i sin helhet är mer prevalent på Runnagården är det intressant att klientkohorterna inte skiljer sig nämnvärt åt när de tre institutionerna jämförs. Snarare har klienterna på Runnagården en profil som tenderar åt andra hållet, d v s de är äldre och en större andel med alkohol som huvuddrog. Fyndet är svårtolkat men kan tolkas som att de miljöfaktorer som kan skilja (struktur, vårdens organisering, personalkaraktäristika) har en betydelse som överflyglar betydelsen av t ex ålder och andra riskfaktorer. Det bör noteras att denna slutsats givetvis inte har något kraftfullt empirisk stöd utan bör snarast ses som hypotesgenererande och manar till ytterligare diskussion om betydelsen av likheter och olikheter mellan institutionerna.

Det förefaller även fruktbart att uppmärksamma klienter med histriona personlighetsdrag. Även om det kan förefalla svårt att enbart använda de åtta frågorna i SCID-2 som motsvarar histriona personlighetsdrag bör det vara möjligt att använda dessa fynd genom att se till att klienter som man vid en intagningsintervju förstått ha dessa behov får den uppmärksamhet de önskar. Histrion personlighetsstörning innefattar att personen har ett oundvikligt behov av uppmärksamhet, uppskattning och dessutom ett överdrivet behov av att framstå som attraktiv och tilldragande. Sannolikt skulle de unga kvinnliga klienter som förefaller ha dessa behov behöva betydligt mer uppmärksamhet vilket sannolikt skulle leda till en bättre institutionsmiljö.

6 Våldet på de tre institutionerna, frekvens, allvarlighetsgrad och karaktär

Frekvens och förekomst av våld

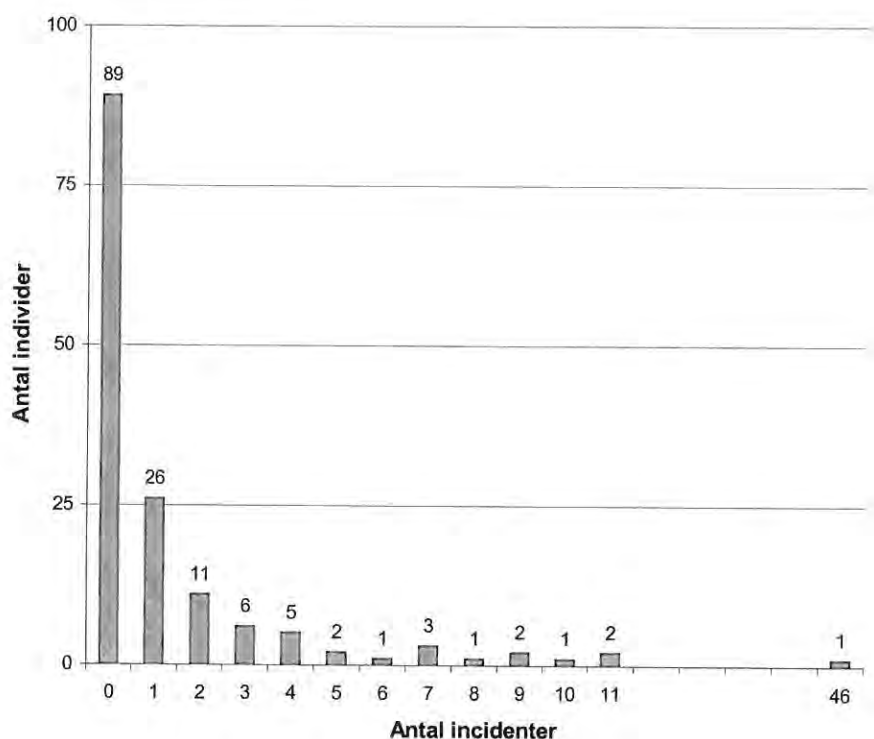
Under de sex månader som varje institution insamlade uppgifter om förekomst av våld rapporterades sammanlagt 227 våldsincidenter. Incidenterna visade sig ha olika karaktär, frekvens och allvarlighetsgrad på de olika institutionerna. Som framgår av tabell 13 uppvisar 41 procent av de under observationstiden vårdade klienterna aggressivt beteende. Denna frekvens är i sig förvånansvärt hög. Inom psykiatrisk akutslutenvård med tvång ligger den förväntade siffran på cirka 25 procent. Inte oväntat är det en mindre grupp av klienter som står för en hög andel av allt våld (tabell 13, figur 4).

Tabell 13. Bakgrundsuppgifter per institution

	Rebecka	Lunden	Runnagården
Totalt antal klienter som vistades på institutionen under studien	38	39	73
Medelålder	24,2	25,7	34,2
Totalt antal belagda platser under sex månader	1713	1779	1544
62 av de 150 patienterna var aggressiva under studieperioden (41%)			
10 av de 150 patienterna var aggressiva vid 125 tillfällen (55% av all aggressivitet)			

Merparten av incidenterna, 119 av 227, härrör från klienterna på Runnagården. Som även framgår ur tabell 14 har Runnagårdens studerade avdelning en våldsfrekvens som vida överstiger den man ser inom psykiatrisk intensivvård. Den kontrasten framträder även om man utesluter de mindre allvarliga incidenterna och enbart räknar dem som ger minst 9 poäng enligt SOAS-R där Runnagårdens studerade avdelning har en cirka trefaldigt förhöjd frekvens jämfört med Lunden (tabell 15). Dessa skillnader som framstår på institutionsnivå skiljer sig från fynden som beskrivs i andra avsnitt av denna rapport om de tre kohorter av klienter som går igenom de tre institutionerna där de enskilda individernas aggressionsbenägenhet *inte* skiljer sig åt avseende vilken institution de placeras på.

Men, den avdelning på Runnagården som studerades stod å andra sidan för vården av institutionens klienter när beteendeproblem uppstod, medan de övriga avdelningarna på Runnagården skötte klienterna under andra tider. Detta kan i sig ge en ökad



Figur 4. Antal incidenter per individ

frekvens på den studerade avdelningen eftersom det är möjligt att de perioder de aggressiva klienterna genererade vård dygn utan våld vistades de inte på den studerade avdelningen. Detta, liksom att antalet klienter som passerar genom enheten under samma tidsperiod är nästan det dubbla, kan vara en delförklaring till den dramatiskt höga frekvensen incidenter per 1000 vård dygn som ses på Runnagården jämfört med den som ses på Rebecka och Lunden.

Även när man belyser skadepanoramat framträder skillnader. Under observations-tiden utsattes 2 individer på Lunden för fysisk skada medan det på Rebecka skada-

Tabell 14. Våldsfrekvens; samtliga incidenter

Institution	Antal	Totalt/1000 vård dygn
Lunden	38	21,4
Rebecka	70	40,9
Runnagården	119	76,6
Totalt	227	45,0
Frekvenser i tidigare studier:		
Psykiatri		85–150
Psykiatrisk intensivvård		40–45

Tabell 15. Frekvens av allvarligt våld (incidenter med minst 9 poäng enl SOAS-R-skattning)

Institution	Antal	Totalt/1000 vård dygn
Lunden	14	7,9
Rebecka	28	16,3
Runnagården	40	25,9
Totalt	82	16,2

des 12 personer fysiskt och på Runnagården 17 personer. Dessutom framträder en skillnad i form av att det på Rebecka var ett avsevärt antal klienter som skadade varandra medan det på Runnagården huvudsakligen skadades personal (tabell 16).

Tabell 16. Antal incidenter med fysisk skada på offret

	Institution			
	Lunden	Rebecka	Runnagården	Totalt
Våld mot medklient	0	5	0	5
sig själv	0	4	3	7
personal	2	3	14	19
Totalt	2	12	17	31

Karaktäristik av våldet

I och med att rapporteringsmetoden SOAS-R använts kan de olika incidenterna karaktäriseras avseende provokationsmoment, typ av attack, vem som attackerats, vilken grad av skada som uppkommit liksom vilken typ av åtgärder personalen uppfattade vara omedelbart nödvändiga.

Av de 227 incidenterna uppfattades 76 (33,5%) som oprovocerade, dvs i den stund de uppträdde kunde den observerande personalen inte uppfatta det utlösande momentet. Av de övriga provokationsmoment som uppfattades var sammanlagt olika krav eller restriktioner från personalen den största provokationsfaktorn (37,9%) medan 16,3 procent av incidenterna var provocerade av andra klienter (tabell 17). Dessa provokationsmoment sammanfaller relativt väl med de proportioner som ses inom akut slutenvård psykiatri. Det intressanta är att det finns signifikanta skillnader mellan de olika behandlingsinstitutionerna, trots den relativt homogena populationen av klienter. På Runnagården uppfattades en betydligt högre andel av incidenterna som oprovocerade (42,9%) medan det på Lunden huvudsakligen var de personalutlösta kraven (50%) som provocerade incidenter och på Rebecka var klientprovokation vanligast (28,6%) (tabell 17).

Även avseende typ av attack framgick tydliga och statistiskt signifikanta skillnader mellan institutionerna. Framför allt kan konstateras att de våldsincidenter som förekom på Lunden aldrig innehöll våld med farliga föremål eller tillhyggen medan cirka 10 procent av alla incidenter på de övriga institutionerna innehöll sådana föremål i attackerna (tabell 18).

Liksom i andra institutionella studier framkommer att våldet oftast riktas mot personalen (68,7%). Av intresse är att även här framstår skillnader mellan institutionerna. Medan Runnagårdens klienter har avsevärt hög andel av självskadande våld (10,9% av incidenterna) har Rebecka avsevärt större andel våld mellan klienterna än de andra institutionerna (18,6% av incidenterna). Rebecka hade även den högsta andelen incidenter provocerade av klienterna själva (tabell 19).

Tabell 17. Subjektivt upplevd provokation av klientens aggressivitet

Subjektiv provokation när incidenten uppträdde		Institution			
		Runnagården	Rebecka	Lunden	Totalt
Ingen	Antal	51	16	9	76
	Andel	42,9%	22,9%	23,7%	33,5%
Annan klient	Antal	15	20	2	37
	Andel	12,6%	28,6%	5,3%	16,3%
Klienten nekad förmån eller liknande av personalen	Antal	5	19	10	34
	Andel	4,2%	27,1%	26,3%	15,0%
Andra krav från personalen	Antal	36	7	9	52
	Andel	30,3%	10,0%	23,7%	22,9%
Övriga provokation	Antal	12	8	8	28
	Andel	10,1%	11,4%	21,1%	12,3%
Totalt	Antal	119	70	38	227
	Andel	100%	100%	100%	100%

Chi²= 47.1, df=8, p=0,000

Tabell 18. Medel för aggressivitet, d v s vilka tillhyggen klienten använde

		Institution			
		Runnagården	Rebecka	Lunden	Totalt
Enbart verbala uttryck	Antal	55	20	22	97
	Andel	46,2%	28,6%	57,9%	42,7%
Lättillgängliga föremål på avdelningen	Antal	12	20	8	40
	Andel	10,1%	28,6%	21,1%	17,6%
Egna kroppen, handflata, näve, fot m m	Antal	38	23	8	69
	Andel	31,9%	32,9%	21,1%	30,4%
Farliga föremål, kniv, sax, verktyg m m	Antal	14	7	0	21
	Andel	11,8%	10,0%	,0%	9,3%
Totalt	Antal	119	70	38	227
	Andel	100%	100%	100%	100%

Chi²= 20.2, df=6 p=0.0025

Tabell 19. Mål för klientens aggressivitet

		Institution			
		Runnagården	Rebecka	Lunden	Totalt
Föremål	Antal	6	23	7	36
	Andel	5,0%	32,9%	18,4%	15,9%
Annan klient	Antal	2	13	2	17
	Andel	1,7%	18,6%	5,3%	7,5%
Personal	Antal	98	30	28	156
	Andel	82,4%	42,9%	73,7%	68,7%
Klienten själv	Antal	13	4	1	18
	Andel	10,9%	5,7%	2,6%	7,9%
Totalt	Antal	119	70	38	227

Chi²= 52.1, df=6, p< 0,0001. OBS 2 celler har förväntat värde < 5!

När det gäller skadebilden av de 227 incidenterna skiljer den sig totalt sett inte från andra institutioner i att merparten (54,2%) av incidenterna inte resulterade i någon skada alls (tabell 20). Men även här skiljer sig institutionerna avsevärt åt. På Rebecka är det vanligast att det enbart uppstår skada på föremål och på Lunden är andelen fysiska skador på offret mycket låg. Endast 5,3 procent av incidenterna (d v s 2 fall) ledde till fysisk skada på offret.

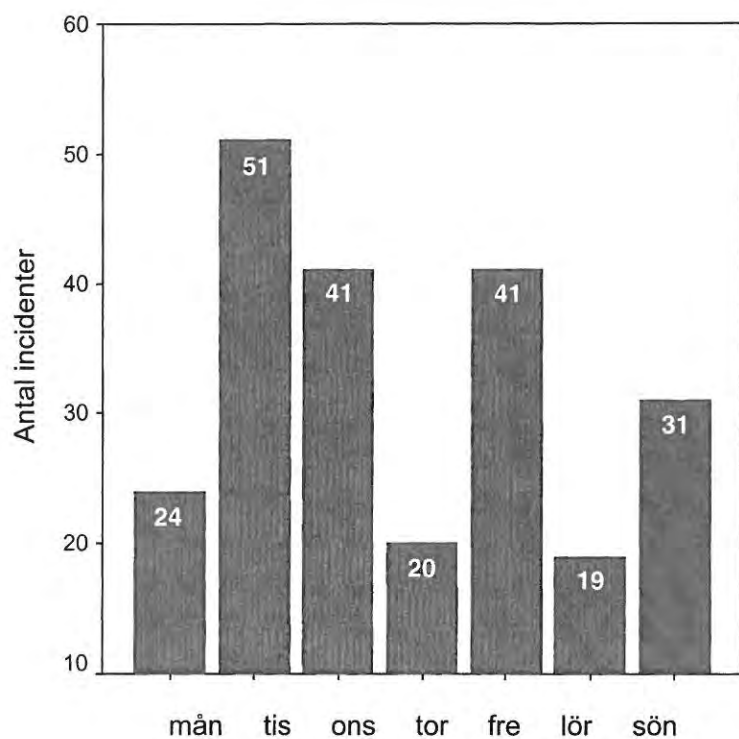
Tabell 20. Resultat av incidenterna för den/det som drabbas

Skadans art		Institution			
		Runnagården	Rebecka	Lunden	Totalt
Ingenting	Antal	76	25	22	123
	Andel	63,9%	35,7%	57,9%	54,2%
Endast skada på föremål	Antal	6	25	3	34
	Andel	5,0%	35,7%	7,9%	15,0%
Offret upplevde ett hot men ingen fysisk skada	Antal	20	8	11	39
	Andel	16,8%	11,4%	28,9%	17,2%
Offret upplevde fysisk smärta och/eller skada	Antal	17	12	2	31
	Andel	14,3%	17,1%	5,3%	13,7%
Totalt	Antal	119	70	38	227
	Andel	100%	100%	100%	100 %

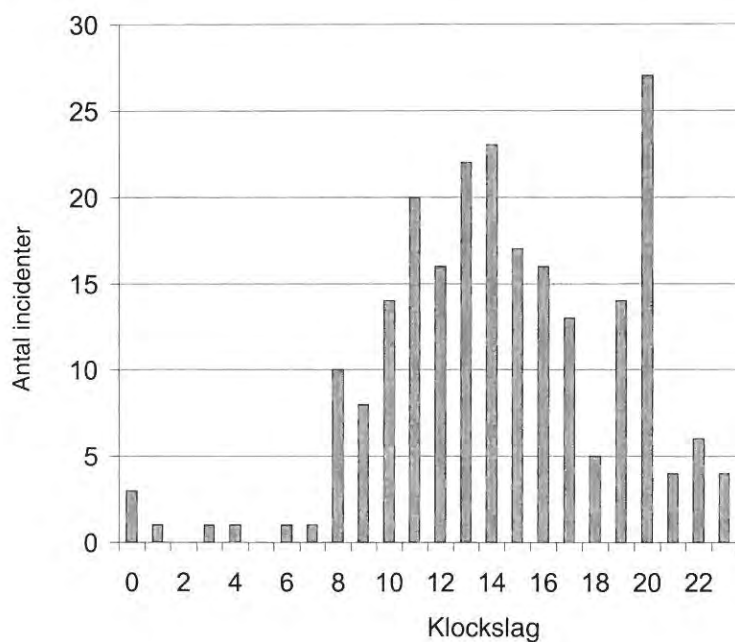
Chi²= 42.8, df=6, p<0.0001

Dygns- och veckorytm

Om enbart veckorytmen granskas i sig framstår inga påtagliga skillnader (figur 5). Som framgår av figur 6 är dygnsrytmerna av incidenterna som väntat varierande med dygnets aktiva timmar. I materialet ses en peak mellan kl 20–21 som framför allt är



Figur 5. Fördelning av incidenter över veckan



Figur 6. Fördelning av incidenter över dygn, samtliga institutioner

en peak på Runnagården (figur 7 i bilagan). Hälften av dessa incidenter är provocerade av klienterna själva och av dessa inträffar merparten på söndagar. De riktar sig alla mot personal och hör till gruppen grövre incidenter eftersom samtliga resulterar i fysisk skada. Ett mönster av detta slag kan man inte förstå utan reflektion av den personal som arbetar. Ofta kan man med diskussion i personalgruppen komma fram till speciella omständigheter i rutiner eller annat som kan vara av betydelse. På andra institutioner har man, när man återfört uppgifter av detta slag, kunnat hitta saker som t ex religiösa vanföreställningar hos en psykotisk patient som alltid var våldsam söndagar mellan kl 11–13. En annan institution hittade en peak mellan kl 19–20 på alla kvällar vilket kunde relateras till att där låstes köket kl 19.00. Med dessa exempel illustreras hur utmärkande fynd kan användas av institutionen själv för att hitta egna specifika orsaker till aggressivt beteende.

Sammanfattning

Sammantaget är frekvensen av våldshandlingar inom de tre institutionerna hög jämfört med andra tidigare studerade institutionsmiljöer. I synnerhet framstår Runnagårdens våldsfrekvens särskilt hög, både avseende lindrigare och allvarigare incidenter. På Runnagården är frekvensen hög liksom andelen oprovocerade attacker, antalet fysiska skador, andelen självskador på klienterna och antal incidenter med farliga tillhyggen. På Rebecka är andelen incidenter provocerade av medklienter, antalet incidenter mellan klienter och antalet fysiska skador på klienterna mer framträdande.

På både Lunden och Rebecka är fysiska skador på personalen relativt få jämfört med Runnagården. På Lunden är dessutom frekvensen incidenter låg, inga incidenter med farliga tillhyggen förekom och det var sällan andra provokationer än de som personalen åstadkom.

Trots att rekryteringen av klienter är relativt homogen framstår intressanta skillnader i frekvens och karaktär av våldsincidenterna mellan de tre institutionerna. De skillnader som finns mellan institutionerna är i sig lika stora som i andra studier där patient- eller klientgrupperna är betydligt mer heterogena. Detta kan tala för att det finns stora institutionsspecifika skillnader som har betydelse för skillnaderna i våldsfrekvens.

7 Korttidsprediktion av våld

Bakgrund och genomförande av analysen

Denna delanalys avser att belysa dagligt varierande faktorer hos klienten och den omgivande avdelningen av betydelse för att allvarligt våld² uppstår från en given klient under en given dag, d v s korttidsprediktion. Resultatet av denna analys kan sedan komma att utgöra grund för förändringar i institutionernas inre arbete för att lättare förutsäga och förhindra våldsbrott.

I första steget analyseras vilka variabler som direkt och oberoende korrelerar med förekomst av våld för varje klient, varje vårdad dag på institutionen. För att utvärdera detta används multipel logistisk regression med den beroende variabeln "förekomst av våld den studerade dagen från den studerade klienten" som en 0–1 variabel. På så vis blir varje enskild vårdad dag analyserad. De oberoende variablerna introduceras och accepteras i modellen en och en efter högsta signifikansnivå så länge de uppnår $p < 0,05$ med Walds test.

De variabler som framkommer som signifikanta i den första regressionen analyseras vidare för att utvärdera hur dessa variabler hos den enskilda individen i sin tur påverkas av dagligen varierande omgivningsvariabler. På detta vis bildas ett "hierarkiskt träd" av faktorer som påverkar varandra och slutligen predicerar våld. Avsikten med detta förfarande är att identifiera vilka faktorer i den hypotetiserade orsaks-/relationskedjan som är påverkbara och därigenom kan angripas med åtgärder i vårdsystemet.

Analys av prediktorer för nära förestående våld

I första steget användes variablerna i tabell 21 (i bilagan). Dessa variabler är utvalda med utgångspunkt i dels vilka variabler som man har tillgång till i en morgonrapport och som dessutom kan anses påverka i det korta perspektivet.

De BVC-skattningar som personalen genomförde vid varje skifte av arbetspass under klienternas hela vistelse på behandlingshemmet användes. Varje dag angavs ett "morgonvärde" som utgjorde den maximala BVC-poäng klienten erhållit i de skattningar som gjorts sedan föregående morgon. Likadant förfors med de skattningar personalen gjort samtidigt med BVC-skattningarna avseende iakttaget drogsug, drogpåverkan och drogabstinens. Eftersom bensodiazepiner kan antas ha en betydelse infördes även medicinering med bensodiazepiner/-analoger under kommande dygn som dummyvariabel.

Som miljövariabler användes medelvärde av motsvarande BVC- och drogsatt-

² Våld definieras här som tidigare som en incident som klassificeras med minst 9 poäng enligt SOAS-R.

ningar som de övriga klienterna hade den aktuella dagen eftersom det kan antas att medklienternas stämning och drogstatus påverkar den enskilda klienten under en dag. Likaledes utröntes eventuella effekter av trängsel, "crowding" som i studier av t ex schizofrena patienter visat sig ha betydelse. I detta sammanhang användes antalet inskrivna medklienter varje dag samt antalet nyinskrivna klienter, definierat som de som varit inskrivna mindre än 7 dagar, som beroende variabler.

I materialet analyserades sammanlagt 4935 av de 5184 genererade vård dygn för de sammanlagt 150 klienter som passerade genom institutionerna under respektive 6 månaders studieperiod. För 188 vård dygn saknades data om hur många av de inskrivna som var nyinskrivna eftersom dessa 188 vård dygn utgör den första studieveckan på respektive behandlingshem. En kontrollanalys där denna variabel uteslöts och bortfallet försvann genomfördes men gav samma resultat av regressionen som beskrivs nedan.

Under studieperioden uppvisades allvarligt våld vid 81 tillfällen under 61 separata vård dygn från 33 klienter (d v s 1,2% av alla vård dygn). Annorlunda uttryckt innebär detta att det sammantaget på dessa tre LVM-hem inträffar allvarliga våldsinciderer var tredje dag!

Resultatet av regressionen visar att endast variation i senaste dygnets BVC-skattningar samt att klienten använde bensodiazepiner samvarierade med förekomsten av allvarligt våld den givna dagen (tabell 22 i bilagan). Intressant nog visade sig merparten av de hypotetiskt intressanta variablerna som olika drogstatus, vilken institution klienten vårdades på, antal nyinskrivna, vistelsetid på institutionen, inte vara relaterade till våld. Dessa relationer visade sig vara underordnade och samvarierande med BVC-poäng och bensodiazepinbehandling när de introducerades i regressionsmodellen. 47 av de 61 (77%) vård dygn som allvarligt våld förekom begicks under de dagar klienten antingen stod på bensodiazepinbehandling eller hade en BVC-summa om minst 2 poäng.

Denna analys av ordinerat bensodiazepinanvändande ger inte direkt svar på om bensodiazepiner har en effekt på den enskilde individens våldsrisk, men behöver klargöras eftersom en så pass stor andel av alla dygn klienterna vårdas på LVM-hemmen i studien behandlas de med sådana läkemedel. Av de 5184 vård dygn som studeras i denna analys ges sådan behandling under sammanlagt 2097 dygn (40,4%). Skillnaden mellan dagar med respektive utan bensodiazepinanvändning skulle kunna avspegla att de klienter som ordinerats bensodiazepiner i själva verket är mer våldsbenägna i sig, oavsett ordinationen. För att utröna denna effekt studerades separat de 78 kvinnor som under sin vårdtid hade både dagar med bensodiazepinbehandling och dagar utan bensodiazepinbehandling. På detta sätt kan klienterna bli sin egen kontroll och man kan jämföra andelen dagar med våld, med eller utan pågående behandling med bensodiazepiner, för varje enskild kvinna. I denna grupp av kvinnor var medelfrekvensen aggressiva dagar 18,98 per tusen dygn under pågående bensodiazepinbehandling men utan bensodiazepinbehandling var den 3,52 per tusen

dygn. Med Wilcoxon signed rank test, tvåsidig signifikansberäkning, blir skillnaden höggradigt signifikant ($Z=2,679$, $p=0,007$). Denna analys talar starkt för att dessa kvinnor blev femfaldigt mer frekvent våldsamma när de använde bensodiazepiner eller bensodiazepinanaloger, oavsett indikation.

Riskökande faktorer i avdelningsmiljön

BVC-poängen hos den enskilde individen kan tänkas påverkas av omgivningen eftersom de tecken, t ex retlighet och olika former av hotfullhet som skattas, rimligen borde vara känsliga för interaktionen mellan individer. Därför analyserades sådana variablers påverkan på den enskilda klientens dagligen varierande BVC-nivå. Likartade miljövariabler som i analysen ovan (tabell 23 i bilagan) användes som prediktorer i en ny multipel logistisk regressionsanalys där den beroende variabeln är det enskilda vårddygnet skattning av om klienten låg över Almviks föreslagna cut-offnivå om minst två poäng på BVC.

Resultaten av denna analys visar att risken för enskilda klienter att BVC hamnar ovanför cut-offnivån påverkas av framför allt andelen medklienter som bedömts ha drogsug senaste dygnet, medklienternas genomsnittliga BVC-score samt vilken institution klienten vistas på av de tre ingående (tabell 24 i bilagan). Ur tabell 24 läses att risken för att en klient skall hamna över cut-offnivån på BVC ökar med 1,72 ggr de dagar övriga klienters BVC i genomsnitt höjs med en poäng. De dagar samtliga medklienter ($1=100\%$) har bedömts ha drograving ökar risken för den enskilda klienten att hamna ovan BVC cut-off 2,96 gånger jämfört med de dagar ingen klient bedöms ha drogsug. Analogt är risken att hamna ovanför cut-offnivån 1,77 gånger förhöjd om man vårdas på Rebecka och 2,20 ggr förhöjd om man vårdas på Runnagården jämfört med Lunden.

Analysen styrker antagandet att graden av risk för våld, uttryckt som BVC-poäng hos varje klient, inte dyker upp helt slumpmässigt och oberoende av omgivningen. Den enskilda klientens BVC-score förefaller vara påtagligt beroende inte bara av egna inre individrelaterade faktorer utan även av omgivningens faktorer. Detta talar för att det finns "smittoeffekter" i medklienternas fungerande på enheten som styr graden av irritation, bullrighet och hotfullhet. Intressant är att antalet nyinskrivna och totalantalet klienter inte har en egen roll utan att det snarast spelar en roll vilket tillstånd medklienten är i.

Sammanfattning av riskanalys

Sammanfattningen av denna stegvisa analys blir att risken för allvarligt våld ökar om

1. klienten har höga nivåer på BVC senaste dygnet
2. behandlas med bensodiazepiner.

Ogynnsamma "smittoeffekter" mellan klienterna föreligger så att klientens BVC-

nivå ökar över den "riskfyllda" cut-offnivån om minst två poäng (enligt Almvik) när följande miljövariabler föreligger

1. hög andel medklienter som bedöms ha drogsug
2. hög BVC-nivå hos medklienterna
3. inskriven på Runnagården eller Rebecka.

Den förhöjda frekvens av aggressionsutbrott som ses på Runnagården jämfört med de övriga institutionerna förefaller således vara en indirekt effekt av någon eller flera oidentifierade faktorer som påverkar klienternas BVC-nivå utan att ha en direkt effekt på aggressionsfrekvensen. Att hitta de relevanta skillnaderna mellan institutionerna blir en central fråga eftersom det faktum att det finns institutionsspecifika faktorer som påverkar BVC-nivån hos klienterna har dramatiska effekter. I och med att BVC-nivån ökar kommer de som har benägenhet för våldsutbrott att utsättas för riskökning från institutionsmiljön dels via institutionens direkta effekt på den enskildes BVC-nivå men också genom att de övriga klienternas höjda BVC-nivå i sin tur höjer den våldsbenägnes risknivå. Man skulle här kunna tala om en spiraleffekt, d v s institutionseffekten ökar BVC-nivån generellt vilket i sin tur ökar den enskilda klientens BVC-nivå som i sin tur höjer risken för våld. I avsnittet "Institutionernas och personalens karaktäristika" görs ett försök att kartlägga skillnader som skulle kunna vara av betydelse, men huvudsakligen är detta höggradigt relevanta område outforskat.

8 Sammanfattning och diskussion av resultat

Klienterna

De tre institutionerna Lunden, Rebecka och Runnagården vårdar en extremt socialt utsatt och marginaliserad grupp av missbrukande kvinnor. Klienterna kan beskrivas som en grupp av ensamstående, bostadslösa kvinnor utan socialt accepterad försörjning samt med mycket hög kriminalitet. Deras huvudsakliga missbruk utgörs av illegala droger, framför allt amfetamin och heroin som huvuddrog.

En anmärkningsvärt hög andel (29%) av de konsekutivt inskrivna klienterna under sexmånadersperioden gjorde sig skyldiga till allvarliga våldshandlingar. En mindre del av gruppen (10%) gjorde sig skyldiga till allvarliga våldshandlingar vid ett flertal tillfällen. Till skillnad från andra studier om institutionellt våld inträffade de flesta allvarliga våldshandlingarna efter första veckan på institutionen. Mer än 75 procent av dem som begick allvarliga våldshandlingar gjorde detta efter första veckan medan man inom t ex akut psykiatrisk tvångsvård brukar se den mesta aggressiviteten under första veckan.

Med reservation för materialets ofullständighet avseende sociala riskfaktorer som determinanter för våld från den enskilda klienten framträder där inga prediktorer. Klienter med alkohol som huvuddrog var mycket sällan allvarligt aggressiva. Däremot begick 34 procent av dem som missbrukade andra droger än alkohol allvarliga våldshandlingar, något som i sig är i enlighet med tidigare studier. Variationen var stor mellan institutionerna, cirka 17 procent av icke-alkoholklienterna var allvarligt aggressiva på Lunden medan drygt 40 procent var det på Runnagården respektive Rebecka. En så hög andel allvarligt våldsamma inskrivna som 43 procent vid en enskild institution är mycket anmärkningsvärd och ses inte på några psykiatriska institutioner som studerats hittills.

Möjligheten att predicera vilken klient som blir våldsam är därför begränsad med utgångspunkt i dessa individuella riskfaktorer, fränsett att risken för allvarligt våld från alkoholmissbrukare är mycket liten. 94 procent av klienterna med primärt alkoholmissbruk begick aldrig allvarliga våldshandlingar. Detta innebär att våldsfrågan huvudsakligen handlar om klienter med narkotikamissbruk.

Högre precision i den individuella våldsriskbedömningen kunde extraheras ur den lilla grupp som svarade på SCID-2 formuläret. Att detta och inte förekomsten av psykos fick betydelse avspeglar sannolikt de tidigare undersökningar som visat den höga prevalensen personlighetsstörningar i klientgruppen och det faktum att psykotiska störningar mestadels är behandlingsbara. De klienter som bejakade personlighetsdrag ur den uppmärksamhetskrävande histriona störningen kunde identifieras som högriskgrupp för allvarligt våld. Intressant nog är det screeningformulär som använ-

des dokumenterat mycket känsligt för faktisk förekomst av denna personlighetsstörning (Ekselius et al, 1994). Redan vid bejakande av minst två av egenskaperna kan 87,5 procent av de våldsamma kvinnorna identifieras i förväg och alla som bejakar minst fem av påståendena kommer att vara våldsamma.

Incidenterna

Både karaktär och frekvens av de våldshandlingar som förekom skiljde sig anmärkningsvärt nog mellan institutionerna, trots att de klientgrupper som vårdades inte företedde signifikanta skillnader i sin bakgrund fränsett att Runnagården hade högre andel alkoholmissbrukare och högre medelålder bland sina klienter. Institutionerna skiljde sig därvidlag för denna klientgrupp mer än vad tidigare studier av framför allt akutpsykiatriska klientgrupper skiljer sig mellan olika institutioner. Detta skulle kunna tala för att denna mycket speciella klientgrupp är mer kontextberoende än andra grupper. Sammantaget registrerades 227 våldshandlingar vilket motsvarar en genomsnittlig frekvens per 1000 belagda vård dygn om 45,0, vilket är i paritet med tidigare studier från akutpsykiatriska intagningsenheter. Skillnaderna mellan de tre institutionerna i frekvens är stora vilket förutom andra variabler kommenterade nedan kan sammanhänga med att den studerade enheten på Runnagården dels hade en profil av att rekrytera de svåraste klienterna men att klienterna inte tillbringade annat än sina mest besvärliga tidsperioder på denna avdelning. Övrig vårdtid vistades klienterna på de övriga avdelningarna inom institutionen. Men i jämförelse med psykiatriska akutinstitutioner är denna typ av vårdssystem vanliga. Därför är denna skillnad i relation till vanliga psykiatriska vårdorganisationer ringa och kan troligen inte mer än delvis förklara den höga våldsfrekvensen.

Skadepanoramat skiljer sig även. Lunden och Rebecka har endast två respektive tre incidenter med fysisk skada på personal medan Runnagården har 14. Lunden har inga personskador alls på klienterna, men detta förekommer på de andra institutionerna. Även i andra aspekter skiljde sig våldspanoramat så att Runnagården hade ofta oprovocerade våldshandlingar riktade mot personal, Rebecka hade klienter som provocerade varandra till våldshandlingar mot varandra och Lunden hade huvudsakligen personalkravsutlösta incidenter som riktade sig mot personalen men aldrig med farliga tillhyggen.

Korttidsprediktion

Under 61 av alla de studerade 5184 (1,2%) klientvård dygnen, dvs var tredje dag under studiens sex månader, begicks allvarliga våldshandlingar.

När analys av rimligt lättillgängliga miljövariabler relaterades till vilka dagar klienten begick allvarliga våldshandlingar framträder Brøset Violence Checklist (BVC) samt pågående behandling med bensodiazepiner som absolut mest viktiga för att förutse allvarliga våldshandlingar under det kommande dygnet. Varje poäng klienten får på BVC ökar risken för allvarligt våld kommande dygn med 1,8 gånger. Om klien-

ten dessutom står på bensodiazepiner dubblas risken ytterligare. Notera att 77 procent av alla allvarliga incidenter inträffar de dygn när klienterna antingen har haft BVC-poäng om minst 2 eller står på bensodiazepinbehandling.

Av intresse är att BVC-poängen hos den enskilda klienten förefaller i sig vara miljö känslig. Risken för att en enskild klient skall komma upp i minst två poäng ökar dels med övriga klients BVC-status, dels med övriga klients drogsug men även på vilken institution klienten vårdas. Denna typ av påverkan mellan klienter på våldsrisk och framför allt den påverkan som en hel vårdmiljö har ger intressanta perspektiv på hur omedelbart förestående våld kan "smitta" i interaktionen mellan klienter och hur spiraleffekter kan uppstå. Hypotetiskt kan man föreställa sig att en viss miljö ger en generell påverkan på klienterna som resulterar i en generell BVC-stegring i klientgruppen och att denna stegring i sig ger en ytterligare stegring i och med att hög BVC-poäng i hela gruppen tenderar att höja den enskildes BVC-poäng.

Institutionerna och personalen

De tre institutionerna skiljer sig i ett flertal avseenden åt. Runnagården är totalt sett en större institution med en annan organisation av klientflödet inom institutionen och har en större genomströmning av klienter på den studerade enheten. Klienterna kan under vistelsetiden förflyttas alltefter funktions- och säkerhetsnivå mellan enheterna och de mer utagerande kvinnorna ansamlas när de har mest av utagerande beteende på intagnings- och "säkerhetsavdelningen". Lunden och Rebecka har betydligt färre platser med endast en avdelning vilket gör att klienten vistas på samma enhet under hela sin tid på institutionen och inte flyttas inom institutionen.

Avdelningarnas profilering skiljer sig något. Samtliga enheter tar yngre kvinnor med narkotika- och blandmissbruk och har möjlighet till utagerande klients vård. Runnagården har dessutom alkoholklienter i sin profilering vilket även avspeglas i högre medelålder. Runnagården beskrivs även som en institution för de särskilt utagerande.

Personalen på de tre institutionerna skiljer sig avsevärt i utbildning, attityder och erfarenhet. Runnagården och Lunden skiljer sig mest åt och Rebecka ligger i de flesta variabler mitt emellan. Runnagården har en ung, relativt oerfaren behandlargrupp med många låg- eller utbildade och en vanlig attityd att våld är en dysfunktionell reaktion.

Eftersom det endast är tre institutioner och mätningen av aggressivitet är gjord under endast en period utan större förändringar kan ingen definitiv slutsats dras om vilken eller vilka av skillnaderna i organisation, klientrekrytering, eller personalstruktur som kan tänkas av betydelse för skillnaderna i frekvens och karaktär av våldet inom institutionerna. Spekulativt kan rimligen Runnagårdens flerstegsförflyttning av klienter efter status ha en betydelse, åtminstone så till vida att inskrivningsavdelningen inte bara tar det initiala mötet med klienten utan även för att vårda klienten under de senare och mer aggressiva faserna. Våldet var ju vanligast efter första

veckans vård och majoriteten av Runnagårdens samt Rebeckas klienter var aggressiva. Den profileringskillnad som Runnagården har i att ha uttalat utagerande kvinnor har rimligen en avsevärd betydelse, även om inte denna skillnad går att tydligt utläsa i de data som finns om klienterna i detta material. Undersökningen borde ha tagit med SiS placeringsenhets information om klienten före placering för att se detta. Det som talar mot att Runnagården skulle ha en mer aggressiv klientgrupp är just det att kvinnorna är äldre och har en lägre andel narkotikamissbrukare i gruppen. I tidigare studier i andra miljöer har detta visat sig vara minskande riskfaktor, men å andra sidan är dessa studier oftast gjorda på material med huvudsakligen män.

Profilen på det våld som förekommer skiljer sig även en hel del. På Rebecka tycks en avsevärd del av våldet vara irritation mellan klienterna. Detta förefaller anmärkningsvärt och man kan inte definitivt avgöra orsaken till denna skillnad. Hypotetiskt kan exempelvis lokalernas utformning med dåliga möjligheter till avskildhet vara en möjlig förklaring.

De skillnader som framträder mellan de olika personalgrupperna är intressant och det är frestande att dra slutsatsen att denna skillnad har betydelse för skillnaderna i våld. Faran är att man egentligen enbart drar en slutledning av en hypotes att yngre med lägre utbildning skulle ha mer av aggressivitet bland sina klienter. Från tidigare litteratur vet man dock att yngre och oerfarna medarbetare löper större risk att utsättas för fysiskt våld inom psykiatriska verksamheter vilket förefaller vara analogt med personalskillnaderna mellan institutionerna. Däremot finns inte styrkt att skillnader i attityder om våldets orsaker skulle ha en betydelsefull roll, detta behöver konfirmeras ytterligare och dessutom undersökas vilka attityder om våldets orsaker som är påverkbara. Vissa data talar för att framför allt erfarenhet och utbildning påverkar dessa attityder, vilket skulle vara i linje med resultaten på dessa institutioner.

9 Rekommendationer för våldsförebyggande program

Att rekommendera åtgärder för att öka säkerheten är grannlaga. Men institutioner av den karaktär som beskrivs i denna rapport behöver ha en medvetenhet om aggressionsmönster, provocerande samt predicerande faktorer eftersom de i denna rapport studerade institutionerna har en mycket hög våldsfrekvens bland sina klienter. Eftersom klientgruppen som skrivs in kan antas vara densamma framgent måste rekommendationer utgå från sådana fynd i undersökningen som kan tänkas påverka risken snarare än klientstrukturen.

Klientspecifika åtgärder

Vissa av faktorerna som identifierats är påtagligt statiska, d v s inte påverkbara med åtgärder, t ex vilken typ av missbruk klienten haft innan inskrivning, personlighetsstruktur hos klienten samt bakgrundshistoria. Däremot kan behandlingsinsatser som sker på institutionen styras.

Bensodiazepinbehandling förefaller vara en så pass kraftig klientspecifik riskfaktor att man bör beakta cirka 4–5-dubblad risk för våld som en biverkan som måste vägas in vid ordination. Om klienter trots denna allvarliga biverkan bedöms behöva bensodiazepiner måste denna risk uppmärksammas under hela behandlingstiden. Sannolikt bör framför allt risken för impulsgenombrott med våld beaktas.

Histriona personlighetsdrag kan givetvis inte förändras. Men de klienter som i sin personlighet förefaller ha ett stort behov av uppskattning och uppmärksamhet bör uppmärksammas specifikt i behandlingshemmets omvårdnadsplanering. Denna aspekt bör utvärderas redan vid inskrivningen av klienterna. Man kan använda de åtta punkterna i SCID-2-formuläret för histrion personlighetsstörning som hållpunkter för utvärdering av denna aspekt.

- Undvik bensodiazepinbehandling så långt möjligt och om sådan är nödvändig skall personalen dagligen vid överlämning uppmärksammas på detta.
- Ägna särskild uppmärksamhet på klienter med hög grad av histriona drag (d v s stort behov av att bli uppskattade, uppmärksammade och med behov att uppfattas som tilltalande och attraktiva).

Avdelnings- och omvårdnadsåtgärder

I avdelningens rutiner bör dagligen och systematiskt de olika fenomenen i enlighet med BVC liksom klienternas sug efter droger följas mellan varje arbetspass. Om någon klient har minst två poäng enligt BVC bör ett system på enheten finnas där den

omvårdnads- eller behandlingsansvarige ordinerar för att klienten uppmärksammas specifikt under kommande dygn. Antingen med särskilt avdelad personal, särskilda specifika åtgärder som kan bedömas lindra irritation eller andra fenomen i BVC eller eventuellt avskiljande i olika former. Denna typ av i förväg beslutade strukturerade interventioner för klienter med förhöjd BVC-score som indikerar omvårdnadsdiagnosen "risk för våld" har visat sig kraftfullt effektiva på minskningen av våld och tvångsåtgärder.

Dessutom visar studien att den samlade BVC-poängen för samtliga klienter på avdelningen liksom andelen klienter på enheten som bedöms ha drogsug är betydelsefullt. Ett systematiskt, dagligt utvärderande av klientgruppens BVC-poäng är att rekommendera och att detta kopplas till att behandlingsansvariga ordinerar en specifik handlingsplan under dagen för att minska gruppens fokusering på droger och deras irritation.

De åtgärder som rekommenderas är inte i denna rapport konkretiserade till specifik handläggning vid specifika poängnivåer. Detta är inte nödvändigt i sig eftersom andra studier visar att effekter på våld och tvångsingripanden uppnås genom själva uppmärksamheten på risken genom ett strukturerat program. Därför föreslås att enheterna i sin verksamhet både lägger in BVC och drogskattningar strukturerat i sin dagliga rutin samt själva utarbetar med personalen ett antal olika handlings- och omvårdnadsåtgärder när risknivån för drogsug bland klienterna samt BVC-poängen totalt i gruppen stiger.

- BVC och skattningar av klienternas drogsug bör användas i daglig rapportering mellan arbetspassen på avdelningen.
- Den klient som bedöms ha minst 2 olika av de i BVC angivna riskfaktorerna för våld under det senaste dygnet bör bli föremål för särskild uppmärksamhet och omvårdnadsåtgärd.
- Inför att ovanstående åtgärder införs bör man på institutionen gemensamt och i förväg komma överens om ett urval av aktiva åtgärder som man på morgonrapporten sedan kan välja ur och ordinera när BVC-skattning överstiger minst 2 för en enskild klient.
- Parallellt bör införas ett system för inrapportering och regelbunden återkoppling av aggressivitet med SOAS-R och återkoppling av antalet tvångsingripanden mot klienter till medarbetarna.

Dessa åtgärder kräver en genomgång och arbetsprocess inom varje behandlingshem av hur implementeringen skall ske och administreras. För att underlätta sådan pro-

cess och ge den en struktur är det lämpligt att engagera speciell omvårdnadskompetens med kunskap om strukturerad omvårdnadsdiagnostik.

Organisations- och personalåtgärder

De skillnader som föreligger mellan institutionerna avseende organisation av klientflöden och personalstruktur är inte konklusiva för de skillnader som föreligger i våldsfrekvens och våldskaraktär. Men ett antal skillnader är så pass intressanta att institutionerna, framför allt Runnagården, bör överväga att "experimentera" med förändringar som mäts före, under och efter förändring. Observera att det paradoxalt mot gällande uppfattning förefaller vara gynnsamt med en lägre andel yngre män i behandlargruppen. Åtgärder som institutionerna bör överväga att genomföra är:

- Öka andelen kvinnor i behandlingspersonalen.
- Öka medelåldern i personalgruppen.
- Öka utbildningsnivån i behandlingspersonalen med rekryterings- och/eller kvalificerad intern vidareutbildning.
- Låt de unga kvinnliga narkomanerna kvarstanna på samma avdelning så länge som möjligt utan skiktning i intagnings- och behandlingsavdelningar.

Genomförande av dessa strukturella åtgärder är en lång process och bör följas av parallell utvärdering av åtgärdernas effekt på våld på avdelningen. Detta för att kunna återkoppla förändringar i våld och aggressivitet under processens gång, vilket i andra studier har visat sig ha effekt på våldet i sig.

Referenser

- Björkdahl, A. & Palmstierna, T. (2001) Våld och tvångsingripanden minskar när strukturerat vårdprogram införs i akut psykiatrisk slutenvård. *Läkarstämman 2001*.
- Carmel, H. & Hunter, M. (1989) Staff injuries from inpatient violence. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40:41–5.
- Conover, W. J. & Iman, R. L. (1981) Rank transformations as a bridge between parametric and nonparametric statistics. *Am Statistician* 35:124–9.
- Ekselius, L., Lindstrom, E., von Knorring, L., Bodlund, O. & Kullgren, G. (1994) SCID II interviews and the SCID Screen questionnaire as diagnostic tools for personality disorders in DSM-III-R. *Acta Psychiatr Scand*, 90:120–3.
- Fenton, M., Coutinho, E. S. & Campbell, C. (2000) Zuclopenthixol acetate in the treatment of acute schizophrenia and similar serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2:CD000525.
- Friis, S. (1986) Measurements of the perceived ward milieu: A reevaluation of the Ward Atmosphere Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 73:589–99.
- Hunter, M. & Carmel, H. (1992) Economic grand rounds, the cost of staff injuries from inpatient violence. *Hosp Community Psychiatry* 1992;43:586–8.
- Jansen, G., Dassen, T. & Moorer, P. (1997). The perception of aggression. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 11(1), 51–5.
- Kallioniemi, H. K. & Syvälahti, E. S. (1992) Citalopram, a specific inhibitor of serotonin reuptake in treatment of psychotic and borderline patients. *Nord J Psychiatry* 46:181–7.
- Needham, I., Abderhalden, C., Dassen, T., Haug, H. J. & Fischer, J. E. (odaterad) The perception of aggression by nurses: Psychometric scale testing and derivation of a short instrument. *Manuscript* – personal communication.
- Nijman, H. L. I., Muris, P., Merckelbach, H. L. G. J., Palmstierna, T., Wistedt, B., Vos, A. M., van Rixtel, A. & Allertz, W. (1999) The staff observation aggression rating scale – revised (SOAS-R). *Aggressive Behavior* 25:197–209.
- Palmstierna, T. & Wistedt, B. (1987) Staff observation aggression scale, SOAS. Presentation and evaluation. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76:657–63.
- Palmstierna, T. & Wistedt, B. (1989) Risk factors for aggressive behaviour are of limited value in predicting the violent behaviour of acute involuntarily admitted patients. *Acta Psychiatr Scand* 81:152–5.
- Palmstierna, T., Lassenius, R. & Wistedt, B. (1989) Evaluation of the Brief Psychiatric Rating Scale in relation to aggressive behavior by acute involuntarily admitted patients. *Acta Psychiatr Scand* 1989:313–6.
- Palmstierna, T. & Wistedt, B. (2000) (editorial). Violence in psychiatry, view-points for standardised research. *Acta Psychiatr Scand*. 102:79–80.

- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. Nov 21;264(19):2511–8.
- Rosner, B. (1995) *Fundamentals of Biostatistics*. 4th ed. Duxbury Press, Washington DC, pp 523.
- Walsh, M. T. & Dinan, T. G. (2001) Selective serotonin reuptake inhibitors and violence: a review of the available evidence. *Acta Psychiatr Scand*, 104:84–91.
- Volavka, J. (2002) *Neurobiology of violence*. 2nd edition. American Psychiatric Publishing, Washington DC, 286–8.
- Woods, P. & Almvik, R. (2002) The Brøset violence checklist (BVC) *Acta Psychiatr Scand* 106 (Suppl. 412): 103–105.

Bilaga. Tabellerna 9–12, 21–24 och figurerna 3 och 7

Tabell 9. Uppgift om tidigare domar

	Institution			Totalt
	Lunden	Rebecka	Runnagården	
Uppgift om tidigare domar finns	10	14	18	42
Finns inte	17	13	21	51
Totalt	27	27	39	93

Tabell 10. Uppgift om tidigare fängelsevistelse

	Institution			Totalt
	Lunden	Rebecka	Runnagården	
Uppgift om fängelsevistelse finns	23	23	31	77
Finns inte	4	4	21	16
Totalt	27	27	31	93

Tabell 11. Alkohol som huvuddrog i förhållande till allvarligt våld (förekomst av incident med minst 9 poäng jml SOAS-R)

	Ej allvarligt våldsam under vårdtiden	Allvarligt våld minst en gång under vårdtiden	Totalt
Huvuddrog annat än alkohol	50	26	76
Huvuddrog alkohol	16	1	17
Totalt	66	27	93

$p=0,019$ (Fishers exakta test)

Tabell 12. Sensitivitet och specificitet av prediktionen "klienten kommer utöva allvarligt våld under vårdtiden" vid olika poängnivåer av skattning på de 8 itemen av SCID-2 självskattning

Cut-offnivå	Sensitivitet (%)	Specificitet (%)
2 eller mer	87,5	35,3
3 eller mer	87,5	70,6
4 eller mer	75,0	88,3
5 eller mer	50,0	100,0
6 eller mer	25,0	100,0
7 eller mer	12,5	100,0
8	,0	100,0

Tabell 21. Oberoende variabler i multipel logistisk regressionsanalys med "förekomst av våld från patienten som skattas till minst 9 poäng enligt SOAS-R den aktuella dagen" som beroende variabel.

Variabler med den direkta relationen till den beroende variabeln	Score	df	Sig.
Klienten bedömd drogpåverkad senaste dygnet	12,50	1	,000
Klienten bedömd abstinent av droger senaste dygnet	18,28	1	,000
Klienten bedömd drogsugen senaste dygnet	8,55	1	,003
Senaste dygnets maximala BVC-poäng	93,12	1	,000
Klienten behandlas med bensodiazepiner eller -analoger	13,80	1	,000
Antal dygn klienten varit intagen	9,05	1	,003
Antal intagna på institutionen	,60	1	,438
Antal nyintagna på institutionen (<7 dagar sen intagning)	3,97	1	,046
Medel av övriga klienters maximala BVC-poäng senaste dygnet	,01	1	,918
Andel av övriga klienter som bedömts drogpåverkade senaste dygnet	,34	1	,557
Andel av övriga klienter som bedömts abstinenta senaste dygnet	,32	1	,570
Andel av övriga klienter som bedömts drogsugna senaste dygnet	,00	1	,948
Institution: intagen på Runnagården (OBS kategorivariabel som övriga inst relaterar till i analysen)	8,63	2	,013
Institution: intagen på Lunden (OBS kategorivariabel)	5,49	1	,019
Institution: intagen på Rebeckahemmet (OBS kategorivariabel)	,06	1	,811

Tabell 22. Resultat av multipel logistisk regression med "förekomst av våld från patienten som skattas till minst 9 poäng enligt SOAS-R den aktuella dagen" som beroende variabel

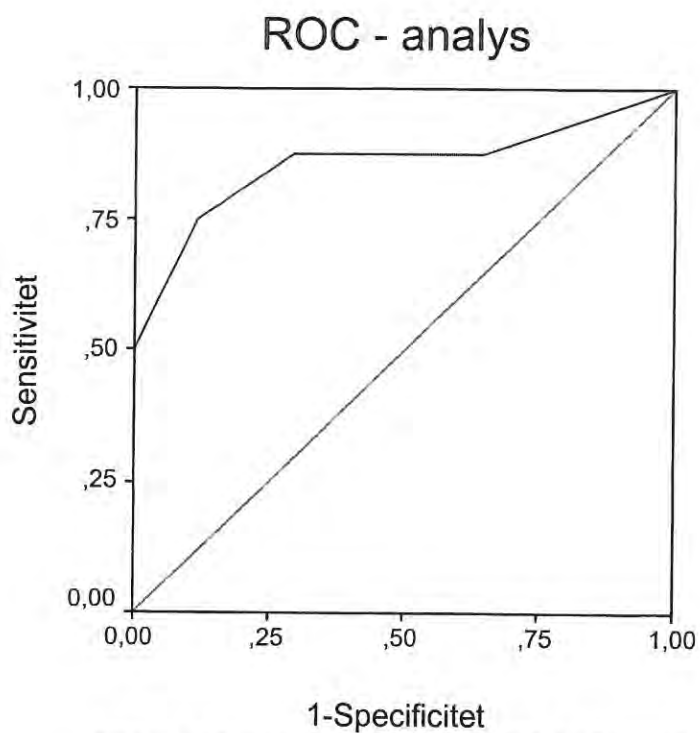
							95%konfidensintervall för exp(B)	
Signifikanta regressorer	B	S.E.	Wald	df	Sign	Exp(B)	Nedre	Övre
Senaste dygnets maximala BVC-poäng	,58	,077	6,4	1	,000	1,79	1,54	2,08
Klienten behandlad med bensodiazepiner eller -analoger	,74	,275	7,2	1	,007	2,09	1,22	3,58
Konstant	-5,17	,224	530,2	1	,000	,006		

Tabell 23. Oberoende variabler i multipel logistisk regressionsanalys med "BVC-poäng om minst 2 den aktuella dagen" som beroende variabel.

Variabler med den direkta relationen till den beroende variabeln	Score	df	Sig.
Antal intagna på institutionen	6,79	1	,009
Antal nyintagna på institutionen (<7dagar sen intagning)	5,15	1	,023
Medel av övriga klienters maximala BVC-poäng senaste dygnet	73,08	1	,000
Andel av övriga klienter som bedömts drogpåverkade senaste dygnet	,61	1	,435
Andel av övriga klienter som bedömts abstinenta senaste dygnet	40,06	1	,000
Andel av övriga klienter som bedömts drogsugna senaste dygnet	75,35	1	,000
Institution: intagen på Lunden (OBS kategorivariabel som övriga institutioner relaterar till i analysen)	64,80	2	,000
Institution: intagen på Rebecka (OBS kategorivariabel)	,00	1	,971
Institution: intagen på Runnagården (OBS kategorivariabel)	49,91	1	,000

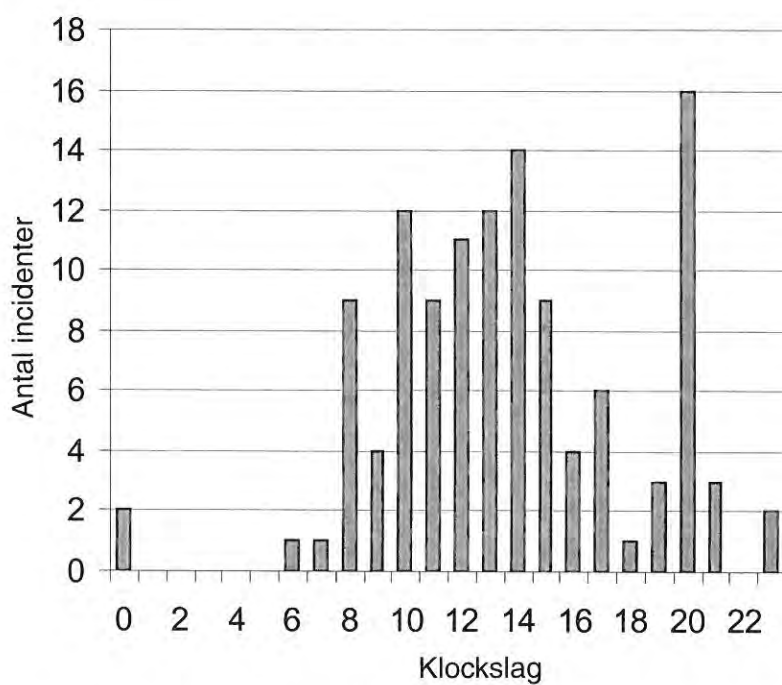
Tabell 24. Resultat av multipel logistisk regression med "BVC-poäng om minst 2 den aktuella dagen" som beroende variabel.

							95% konfidensintervall för exp(B)	
Signifikanta regressorer	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Medel av övriga klienters maximala BVC-poäng senaste dygnet	,54	,15	13,4	1	,00	1,72	1,29	2,30
Andel av övriga klienter som bedömts drogsugna senaste dygnet	1,08	,28	14,6	1	,00	2,96	1,70	5,15
Institution: intagen på Rebecka (OBS kategorivariabel)	,57	,15	13,9	1	,00	1,77	1,31	2,39
Institution: intagen på Runnagården (OBS kategorivariabel)	,79	,15	26,2	1	,00	2,20	1,63	2,98
Konstant	-3,40	,13	731,0	1	,00	,03		



Area under kurvan = 85,7%, $P=0,005$, 95% konfidensintervall 0,661–1,052

Figur 3. Histrion personlighet och risk för våld



Figur 7. Fördelning av incidenter över dygn, Runnagården

Appendix 1

SOAS-R

Formuläret ifylls av personal när en patient/klient visat aggressivt beteende. Med aggression menas verbalt, icke-verbalt eller fysiskt beteende som upplevs som hotfullt (mot individen själv, andra eller föremål) eller fysiskt beteende som orsakar faktisk skada (mot individen själv, andra eller föremål). Vid varje tillfälle av aggressivt beteende ifylls en blankett med minst ett kryss i varje kolumn.

Namn _____

Pnr

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kopia skickad den:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Avd kod

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Patient kod

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Skattning gjord

år	mån	dag							

 Klockslag

tim	min								

Avdelning _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Avd kod

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Patient kod

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Skattning gjord

år	mån	dag							

 Klockslag

tim	min								

Hur började aggressionen	Vad använde patienten	Vart riktades aggressionen mot	Vad hände/skadades	Hur lugnades patienten
☐ Ej provocerad <u>Provocerad av:</u> ☐ Medpatienter ☐ ADL-hjälp ☐ Nekas förmån ☐ Krav från personal, t ex medicinering ☐ Tillrättavisning från personal ☐ Annat _____ _____ _____	☐ Ord, EJ hot ☐ Ord, fysiskt hot <u>Vanliga föremål:</u> ☐ Stol ☐ Glas ☐ Annat _____ <u>Egna kroppen:</u> ☐ Hand ☐ Fot ☐ Tänder (biter) ☐ Annat _____ <u>Farliga föremål eller metoder:</u> ☐ Strypgrepp ☐ Kniv ☐ Sax ☐ Annat _____	☐ Ingen/inget ☐ Annat föremål ☐ Vårdpersonal ☐ Patienten själv ☐ Annan person	☐ Inget ingen skada <u>Föremål:</u> ☐ Skadat, användbart ☐ Skadat, kasserat <u>Personer:</u> ☐ Kände sin säkerhet hotad ☐ Fick ont <10 minuter ☐ Fick ont >10 minuter ☐ Fick synlig skada, t ex blåmärke, rivsår ☐ Behövde behandling t ex vila, värktablett, bandage ☐ Behövde läkarvård	☐ Av sig själv ☐ Samtal med patienten ☐ Fördes bort ☐ Fick läkemedel (tabl., flytande) ☐ Fick injektion ☐ Måste fasthållas ☐ Isolering i avskilt rum ☐ Bältesläggning

Appendix 2

BVC/DROGSTATUS

Formuläret ifylls vid varje överrapportering inför byte av personalpass. Varje patient/klent bedöms av avgående personal. Var och en av frågorna besvaras med JA eller NEJ. Med JA menas att det beskrivna beteendet förekommit under den avgående personalens arbetspass.

Kopia skickad den:

Namn _____

Pnr

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Avd. kod

--	--	--	--	--	--

 Patient kod

--	--	--	--	--	--

 Skattning gjord

år	mån	dag			

Avdelning _____

Avd. kod

--	--	--	--	--	--

 Patient kod

--	--	--	--	--	--

 Skattning gjord

år	mån	dag			

**Ifylles av nattpersonal
vid överrapportering
till nästa pass**

Klockslag

tim	min		

BVC	JA	NEJ
Förvirrad	☐	☐
Retlig	☐	☐
Bullrig	☐	☐
Fysiskt hotfull	☐	☐
Verbalt hotfull	☐	☐
Attackerar föremål	☐	☐

DROGSTATUS	JA	NEJ
Misstänkt påverkad (personalens misstanke)	☐	☐
Garanterat påverkad (enl. patienten/urintest)	☐	☐
Verkar abstinert	☐	☐
Verkar alkohol/drogsugen	☐	☐

**Ifylles av dagpersonal
vid överrapportering
till nästa pass**

Klockslag

tim	min		

BVC	JA	NEJ
Förvirrad	☐	☐
Retlig	☐	☐
Bullrig	☐	☐
Fysiskt hotfull	☐	☐
Verbalt hotfull	☐	☐
Attackerar föremål	☐	☐

DROGSTATUS	JA	NEJ
Misstänkt påverkad (personalens misstanke)	☐	☐
Garanterat påverkad (enl. patienten/urintest)	☐	☐
Verkar abstinert	☐	☐
Verkar alkohol/drogsugen	☐	☐

**Ifylles av kvällspersonal
vid överrapportering
till nästa pass**

Klockslag

tim	min		

BVC	JA	NEJ
Förvirrad	☐	☐
Retlig	☐	☐
Bullrig	☐	☐
Fysiskt hotfull	☐	☐
Verbalt hotfull	☐	☐
Attackerar föremål	☐	☐

DROGSTATUS	JA	NEJ
Misstänkt påverkad (personalens misstanke)	☐	☐
Garanterat påverkad (enl. patienten/urintest)	☐	☐
Verkar abstinert	☐	☐
Verkar alkohol/drogsugen	☐	☐

Appendix 3 POAS

POAS del 1, uppgifter om personen

1. Hur gammal är du?
 - ☐ under 20 år
 - ☐ 20-29 år
 - ☐ 30-39 år
 - ☐ 40-49 år
 - ☐ 50-59 år
 - ☐ över 60 år
2. Kön?
 - ☐ kvinna
 - ☐ man
3. Vilken vårdutbildning har du?
 - ☐ ingen vårdutbildning
 - ☐ under utbildning vårdgymnasium / vårdhögskola
 - ☐ vårdgymnasial utbildning
 - ☐ vårdhögskola
 - ☐ specialutbildning i psykiatri
 - ☐ annan specialutbildning, vänligen specificera...
4. Hur länge har du arbetat inom ditt yrke efter utbildning?
 - ☐ 0-5 år
 - ☐ 6-10 år
 - ☐ 11-15 år
 - ☐ 16-20 år
 - ☐ 21-25 år
 - ☐ mer än 26 år
5. Vilken form av anställning har du?
 - ☐ fast anställning
 - ☐ tidsbegränsad anställning
 - ☐ tidkortsanställning
 - ☐ studerande
6. Arbetar du hel- eller deltid?
 - ☐ heltid
 - ☐ deltid
7. Vilken typ av enhet arbetar du på?
 - ☐ barn- och ungdomspsykiatri
 - ☐ akutpsykiatrisk avdelning
 - ☐ allvårdsavdelning
 - ☐ rehabiliterings avdelning
 - ☐ rättspsykiatrisk avdelning
 - ☐ öppenvårds mottagning
 - ☐ annat, vänligen specificera
8. Hur ofta förekommer det att patienter tvångsvårdas på din enhet / arbetsplats?
 - ☐ ganska ofta
 - ☐ ofta
 - ☐ ibland
 - ☐ sällan
 - ☐ aldrig
9. Hur ofta måste du ta hand om aggressiva och våldsamma patienter på ditt arbete?
 - ☐ dagligen
 - ☐ var vecka
 - ☐ var månad
 - ☐ sällan
10. Har du varit på kurs i självförsvar / konflikthantering?
 - ☐ ja
 - ☐ nej

POAS del 2, din uppfattning om aggressivitet hos patienter.

	AGGRESSION	Stämmer till fullo	Stämmer	Osäker	Stämmer inte	Stämmer inte alls
1	är när patienten har känslor, som leder till fysisk skada på sig själv eller andra	H				
2	är våldsamt beteende riktat mot den egna personen eller andra	H				
3	är destruktivt beteende och därför oönskat	H				
4	är att känslomässigt lätta på trycket					
5	är i grunden att ge någon stryk	H				
6	är att hota med att skada andra personer eller föremål	H				
7	är en möjlighet till ny behandling eller omsorg					
8	är den energi som används för att nå ett mål					
9	är ett försök att överskrida de egna gränserna	H				
10	är en kraftfull men opassande verbal och/eller fysisk handling i eget intresse	H				
11	är viljemässigt/medvetet uttryckt med undantag för psykotiker	H				
12	är en impuls i syfte att skada eller dominera andra	H				
13	är onödigt och oacceptabelt	H				
14	är att skada andra fysiskt eller psykiskt	H				
15	är en händelse där fysiskt våld används	H				
16	är ett vedervärdigt/frånstötande beteende	H				
17	hjälpes vårdpersonalen att se patienten från en annan synvinkel					
18	är ett beteende patienten vet är skadligt för andra	H				
19	är ett uttryck för känslor precis som skratt och gråt					
20	är uttryck för en icke-samarbetsvillig hållning	H				
21	förpestar atmosfären på enheten och förstör behandlingen	H				

22	tjänar som ett skydd av den egna personen					
23	är i princip alltid negativt och inte acceptabelt i någon form. Känslor ska uttryckas på andra sätt	H				
24	är ett medel för patienten att utöva makt	H				
25	är en form av kommunikation och som sådan inte destruktiv					
26	är ett sätt att skydda sin privata sfär					
27	är begynnelsen till en positivare patient - personal relation					
28	är ett uttryckssätt som får andra att känna sig osäkra, hotade eller sårade	H				
29	kommer från en känsla av maktlöshet hos patienten					
30	sörjer för att göra patienten lugnare					
31	är en sund reaktion på en känsla av ilska					
32	är något som aldrig kan tolereras	H				

Påståendena nedan besvaras genom att ange hur väl man tycker att det stämmer på en fem-punkts skala från "stämmer inte alls" eller "håller med helt och hållet". I enkäten är påståendena ordnade i enlighet med numreringen och inte efter kluster.

Perception of aggression scale, POAS

Items grupperade efter kluster

Kluster "aggressivitet är dysfunktionellt"

Item nummer	Påstående om aggression som
1	är när patienten har känslor, som leder till fysisk skada på sig själv eller andra
2	är våldsamt beteende riktat mot den egna personen eller andra
3	är destruktivt beteende och därför oönskat
5	är i grunden att ge någon stryk
6	är att hota med att skada andra personer eller föremål
9	är ett försök att överskrida de egna gränserna
10	är en kraftfull men opassande verbal och/eller fysisk handling i eget intresse
11	är viljemässigt/medvetet uttryckt med undantag för psykotiker
12	är en impuls i syfte att skada eller dominera andra
13	är onödigt och oacceptabelt
14	är att skada andra fysiskt eller psykiskt
15	är en händelse där fysiskt våld används
16	är ett vedervärdigt/frånstötande beteende
20	är uttryck för en icke samarbetsvillig hållning
21	förpestar atmosfären på enheten och förstör behandlingen
22	tjänar som ett skydd av den egna personen
23	är i princip alltid negativt och inte acceptabelt i någon form. Känslor ska uttryckas på andra sätt
24	är ett medel för patienten att utöva makt
28	är ett uttryckssätt som får andra att känna sig osäkra, hotade eller sårade
32	är något som aldrig kan tolereras

Kluster "aggressivitet är funktionellt"

4	är att känslomässigt lätta på trycket
7	är en möjlighet till ny behandling eller omsorg
8	är den energi som används för att nå ett mål

- 17 hjälper vårdpersonalen att se patienten från en annan synvinkel
- 18 är ett beteende patienten vet är skadligt för andra
- 19 är ett uttryck för känslor precis som skratt och gråt
- 25 är en form av kommunikation och som sådan inte destruktiv
- 26 är ett sätt att skydda sin privata sfär
- 27 är begynnelsen till en positivare patient – personal relation
- 29 kommer från en känsla av maktlöshet hos patienten
- 30 sörjer för att göra patienten lugnare
- 31 är en sund reaktion på en känsla av ilska

Appendix 4

Bakgrundsdata om klientkohorten insamlade från arkivdata och DOK-intervjuer

1. Huvuddrog före intagning jml LVM
2. Anmälade myndighet jml LVM
3. Boende senaste månaden före intagning
4. Huvudsaklig samlevnadsform senaste 30 dagar före intagning
5. Egna barn
6. Utbildningsnivå
7. Huvudsaklig försörjning innan intagningen
8. Klientens egen uppgift om tidigare domar för kriminalitet
9. Klientens egen uppgift om tidigare fängelsevistelse

Appendix 5

Histriona klustrets frågor i SCID-2 formuläret

1. Vänder du dig ofta till andra för att få uppmuntran, gillande och beröm
2. Är du flirtigt lagd
3. Brukar du ofta klä dig tufft/läckert/sexigt när du ska till jobbet eller när du ska göra några ärenden
4. Känner du dig mer besvärad än de flesta ifall du inte känner dig attraktiv
5. Somliga uttrycker sina känslor väldigt intensivt. De kan t ex krama om folk som de inte känner särskilt väl eller få raseriutbrott om något går dem emot. Är du på det viset?
6. Tycker du om att vara i centrum för uppmärksamheten
7. Är du en sådan person som knappt kan vänta med att få det du vill ha, om det är någonting som du verkligen önskar dig

Tidigare utgivna rapporter i serien ”SiS följer upp och utvecklar”

- 1/98 Rällsögården. 40 års verksamhet vid ett behandlingshem för vuxna missbrukare. (Kerstin Möller, Arne Gerdner, Anita Oscarsson)
- 2/98 Bli sedd, välja väg och förändras. Utvärdering av utredningsarbetet vid Villa Ljungbacken – en ungdomsinstitution inom SiS. (Göran Sandell, Jeanette Olsson)
- 3/98 Årsrapport DOK 96. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1996 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 1/99 Årsrapport DOK 97. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1997 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 2/99 Med familjen för förändring. Institutionsbaserat familjearbete. (Martha Kesthely)
- 3/99 Klockbacka – en välintegrerad akutinstitution. (Gurli Fyhr)
- 4/99 Behandling av adopterade barn på särskilt ungdomshem. Förslag till en behandlingsmodell. (Jan-Åke Eriksson, Inger Sundqvist)
- 5/99 Ett år efter utskrivning – vad hände sen? En uppföljning av 31 LVM-klienter och deras situation ett år efter utskrivning. (Håkan Larsson, Märta Ollus)
- 6/99 Beroende av droger – utsatt för övergrepp? Intervju- och enkätundersökning av drogberoende män på Rällsögården 1998. (Anders Nyman)
- 1/00 Årsrapport ADAD 97. Ungdomar som skrivits in på särskilda ungdomshem under 1997 – bakgrund, livssituation och behandlingsbehov.
- 2/00 Årsrapport DOK 98. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1998 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 3/00 Utfall och kvalitet inom LVM-vården. Uppföljning av Lunden och Älvgården. (Arne Gerdner)
- 4/00 Årsrapport DOK 99. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1999 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 5/00 Tiden på Älvan och ett år efter ... 25 pojkars syn på vistelsen samt uppföljning ett år efter utskrivning. (Anna Michanek, Marianne Kristiansson, Rose-Marie Westermarck, Bella Machado)
- 1/01 Årsrapport ADAD 98. Ungdomar som skrivits in på särskilda ungdomshem under 1998 – bakgrund, livssituation och behandlingsbehov.
- 2/01 Flickan och hästen. Bilder från ett hem för särskild tillsyn. (Sven Forsling)
- 3/01 Årsrapport DOK 00. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2000 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 1/02 Årsrapport ADAD 99. Nyinskrivna ungdomar på särskilda ungdomshem under 1999 – bakgrund, livssituation och behandlingsbehov.
- 2/02 Unga förövare av sexuella övergrepp. Tunagårdens behandlingsmodell. (Åsa Jeppsson, Inga Tidefors Andersson, Eva Löwdahl)

- 3/02 Barfotabarn. Flickors vandring från LVU till LVM. (Anette Kindstrand, Tomas Theorin)
- 4/02 SCL-90. Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan. (Mats Fridell, Zvonimir Cesarec, Monica Johansson, Stine Malling Thorsen)
- 1/03 Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor. LVM- och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden. (Irène Jansson, Mats Fridell)
- 2/03 Att bedöma risk för återfall bland antisociala unga. En kunskapsöversikt. (Niklas Långström)
- 3/03 Det finns inga hopplösa fall, eller ...? Unga kvinnors möte med vården inom SiS. (Mai-Louise Björk, Inger J:son Knodt)
- 4/03 Kontaktmannaskap. Emotionella upplevelser hos behandlingsassistenter inom LVM-vården. (Anita Helgesson)
- 5/03 Årsrapport ADAD 00. Ungdomar som skrivits in på särskilda ungdomshem under år 2000 – bakgrund, livssituation och behandlingsbehov.
- 1/04 Från miljöterapi till KBT. Institutionsbehandling av kriminella pojkar. (Bengt Daleflod, Martin Lardén)
- 2/04 Årsrapport DOK 01. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2001 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.

