

En systematisk översikt av insatser i syfte att minska avskiljningar och andra tvångsingripande åtgärder inom ungdomsvården



Pia Wennerholm

Institutionsvård i fokus ges ut av Statens institutionsstyrelse, SiS. Serien omfattar såväl sammanställningar, statistik, redovisningar och utvärderingar som forskningspublikationer. Forskningsrapporterna har en särskild markering på framsidan, en författarpresentation samt uppgifter om finansieringsförvarandet och den vetenskapliga granskningen.

Rapporterna som inte är forskningsrapporter produceras och bereds i regel inom avdelningen för utveckling av vård och behandling. Även företrädare för verksamheten och externa sakkunniga kan vara delaktiga i framtagningen av rapporter, antingen som medförfattare eller granskare.

Beslut om publicering fattas av ett redaktionsråd som består av företrädare från SiS avdelning för utveckling av vård och behandling samt informationsenheten.

Ansvarig utgivare för Institutionsvård i fokus är SiS generaldirektör Kent Ehliasson.

ISBN 978-91-87053-03-0

En systematisk översikt av insatser i syfte att minska avskiljningar och andra tvångs-
ingripande åtgärder inom ungdomsvården

Nummer 7 år 2012 i rapportserien Institutionsvård i fokus

Publikationerna finns att beställa eller
ladda ner från SiS webbplats.
www.stat-inst.se

Engelsk titel:
Institutional Care in Focus

Publikationsseriens adress:
Statens institutionsstyrelse
Box 16363
103 26 Stockholm
www.stat-inst.se

En systematisk översikt av insatser
i syfte att minska avskiljningar
och andra tvångsingripande åtgärder
inom ungdomsvården

Pia Wennerholm

Sammanfattning

Avskiljning är en särskild befogenhet som under vissa omständigheter får användas på SiS särskilda ungdomshem. Att hålla en ungdom i avskildhet (avskiljning) innebär att den unge avskiljs från de övriga intagna under maximalt 24 timmar i följd. Lagen medger två skäl till avskiljning: att den unge uppträder våldsamt eller att den unge är så påverkad av berusningsmedel att han/hon inte kan hållas till ordningen. Ur ett nationellt och internationellt perspektiv är avskiljning bara ett exempel på en så kallad akut tvångsingripande åtgärd. Andra exempel är fysisk fasthållning, fastspänning och tvångsmedicinering. Lagstiftningen i olika länder och inom olika vårdinrättningar reglerar vilken/vilka åtgärder personal får använda. Oberoende av specifik åtgärd är dock två element vanligtvis gemensamma: att förhindra skador på grund av våldsamt uppträdande och endast efter att andra mindre ingripande åtgärder prövats men inte fungerat.

Syftet med denna rapport är att redovisa resultatet från en systematisk översikt, vars mål var att belysa kunskapsläget gällande insatser av avskiljningar och andra akuta tvångsingripande åtgärder med relevans för SiS ungdomsvård. Efter systematisk genomgång av 6 391 översikts- och originalartiklar, valdes 12 unika studier ut som uppfyllde utvalda urvalskriterier. Dessa identifierades via 1) fyra databaser som indexerar vetenskaplig litteratur (PubMed, PsycInfo, Sociological Abstracts, Social Services Abstracts), 2) åtta utvalda översiktsartiklar samt 3) manuella genomgångar av referenslistor i utvalda översikts- och originalartiklar. Studierna gällde målgrupper/ungdomar i åldern 12–21 år med beteendestörningar och/eller utagerandeproblem och redovisade utvärderingar av insatser i syfte att reducera avskiljningar och/eller andra akuta tvångsingripande åtgärder. Under förutsättning att sådana kvantitativa mått fanns med dokumenterades även andra mått med relevans för SiS ungdomsvård, till exempel klient- och/eller personalskador, våldsincidenter eller andra mått med koppling till våld i vårdmiljön. Andra urvalskriterier var att insatsen genomförts i sammanhang som hade likheter med SiS ungdomsvård, till exempel psykiatrisk vård eller kriminalvård och att studien var publicerad på engelska i en internationell vetenskaplig tidskrift som hade granskats av sakkunniga före publiceringen.

Av 12 artiklar var 1 publicerad på 1980-talet, 3 av 12 på 1990-talet och 8 av 12 på 2000-talet. 11 av 12 studier var genomförda i USA och 1 av 12 i Australien. 8 av 12 var genomförda inom psykiatrisk vård, främst psykiatrisk slutenvård (7 av 12) och 4 av 12 inom olika sociala vårdinrättningar, som t ex. institutionsvård. Samtliga studiers insatser var utvärderade med så kallad institutionell före- och eftermätningsmetod utan jämfö-

relsegrupp. Med detta menas att hela vårdinrättningen exponeras för insatsen och att utvärderingen sker på organisationsnivå, inte individnivå, genom en efterhandsanalys av användningen av tvångsåtgärder efter insatsen jämfört med före insatsen. Med sådana utvärderingsmetoder är det inte möjligt att fastställa om det är insatsen som har orsakat förändringar i användningen av tvångsåtgärder eller om de kan bero på något annat. Samtliga insatser omfattade flera komponenter och/eller flera förändringar, ofta implementerade på flera organisationsnivåer samtidigt. Uppföljningstiden i studierna varierade från tre månader till fyra år, men vanligast förekommande var ungefär ett år.

En kvalitativ innehållsanalys av insatsernas innehåll resulterade i 12 teman, redovisade i stigande ordning från de minst frekvent förekommande till de mest frekvent förekommande i studierna:

- 1) Fysisk aktivitet (1 av 12)
- 2) Organisationsstruktur (1 av 12)
- 3) Patient/klientutbildning (1 av 12)
- 4) Fysisk miljö (2 av 12)
- 5) Alternativa metoder (2 av 12)
- 6) Förhållningsstrategi: delaktighet (4 av 12)
- 7) Förhållningsstrategi: relation (4 av 12)
- 8) Förhållningsstrategi: beteendemodifiering (5 av 12)
- 9) Dokumentation: patient/klient (7 av 12)
- 10) Förhållningsstrategi: autonomi (7 av 12)
- 11) Strategisk implementering (8 av 12)
- 12) Personalutbildning (10 av 12)

Även studiernas utfallsmått varierar i stor utsträckning och i flertalet av studierna (7 av 12) signifikansprövas inte resultaten statistiskt. Bland de 5 studier som signifikansprövat sina resultat kunde 23 unika utfallsmått identifieras. Efter att dessa grupperats efter typ av förändring (ökning, minskning och ingen förändring) kunde följande mönster utläsas på aggregerad nivå: 4 av 23 utfall ökade, 8 av 23 utfall minskade och 11 av 23 utfall förändrades inte. Sammantaget visar översikten att det finns en rad lovande försök att förebygga avskiljningar och andra akuta tvångsingripande åtgärder inom vård av unga med utagerandeproblematik, men det vetenskapliga underlaget är svagt. I diskussionen ges förslag på hur SiS kan gå vidare med frågan i ett fortsatt forsknings- och utvecklingsarbete och därigenom stärka myndighetens evidensbaserade praktik.

Förord

I juni år 2009 fick Statens institutionsstyrelse, SiS, i uppdrag av regeringen att göra en översyn av tillämpningen av avskiljning på de särskilda ungdomshemmen. I uppdraget ingick också att föreslå eventuella lagändringar (Uppdrag till SiS om översyn av avskiljning m.m., pressmeddelande från Regeringskansliet, 2009-06-25). Den 15 december 2009 inkom SiS med sin slutredovisning av uppdraget till regeringen (Uppdrag om översyn av avskiljning m.m., S 2009/5081/ST, Statens institutionsstyrelse, 2009-12-15). I den framgår bland annat att fortsatt forsknings- och utvecklingsarbete i syfte att utveckla och kvalitetssäkra vården utgör en av satsningarna. Som ett led i SiS fortsatta utvecklingsarbete om åtgärder mot avskiljningar, fattades år 2010 ett beslut om att ta fram en systematisk översikt av internationellt publicerad litteratur. Syftet var att belysa kunskapsläget gällande minskning av avskiljningar med relevans för SiS ungdomsvård. Caroline Björck, forskningsledare för SiS ungdomsvård, var projektledare för detta uppdrag.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Förord	4
Inledning	7
Vårdkontext och population på SiS särskilda ungdomshem.....	12
Syfte och frågeställningar	15
Metod	16
Fas 1: Översiktsartiklar	17
Strategi för litteratursökning	17
Urval av artiklar	18
Andra urvalskriterier	18
Fas 2: Originalartiklar	19
Strategi för litteratursökning	19
Urval av artiklar	19
Resultat	20
Översiktsartiklar	21
Originalartiklar	21
Publikationsår, ursprungsländer och vårdkontexter	22
Populationer	22
Utvärderingsmetoder, inklusive uppföljningstider.....	23
Insatser	23
Fysisk aktivitet	24
Organisationsstruktur	24
Patient/klientutbildning.....	24
Fysisk miljö	24
Alternativa metoder	25
Förhållningsstrategi: delaktighet.....	25
Förhållningsstrategi: relation.....	25
Förhållningsstrategi: beteendemodifiering	26
Dokumentation: patient/klient.....	26
Förhållningsstrategi: autonomi.....	27
Strategisk implementering.....	28
Personalutbildning	29
Utfall.....	30

Studier med signifikansprövade resultat.....	31
Studier utan signifikansprövade resultat	33
Diskussion	34
Metodologiska styrkor och svagheter i översikten	36
Översiktens resultat kopplat till en evidensbaserad praktik	37
Förslag till fortsatt forskning och utveckling inom SiS	38
Referenser	41
Bilaga 1	47
Pressklipp från debatten om tvångsåtgärder vid SiS särskilda ungdomshem åren 2009–2011	47
Bilaga 2	50
Referens- och arbetsgrupper	50
Referensgruppen (i alfabetisk ordning).....	50
Första arbetsgruppen (i alfabetisk ordning)	51
Andra arbetsgruppen (i alfabetisk ordning)	51
Bilaga 3	52
Sökstrategier	52
PsycInfo.....	52
PubMed.....	53
Social Services Abstracts.....	56
Sociological Abstracts	56
Bilaga 5	57
Exkluderade översiktsartiklar.....	57
Publicerade innan 2002	57
Publicerade efter 2002.....	59
Bilaga 6	63
Exkluderade originalartiklar	63
Saknar kvantitativa utfallsmått.....	63
Fel typ av population	63
Fel typ av insats	64
Bilaga 8	65
Nykelfynd, teman och resultat i de identifierade originalstudierna.....	65
Bilaga 4 Syften, sökstrategier och urvalskriterier i utvalda översiktsartiklar, samt	
Bilaga 7 Originalstudier indelade efter studie, kontext, population, utvärderingsmetod	
och utfall, hittar du på www.stat-inst.se/rapporter .	

Inledning

Avskiljning är en så kallad särskild befogenhet som regleras i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och i lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård (LSU), mer specifikt i lagparagraferna 15 c § (2003:406) LVU och 17 § (2003:419) LSU:

Om det är särskilt påkallat på grund av att den intagne¹/dömde² uppträder våldsamt eller är så påverkad av berusningsmedel att han eller hon inte kan hållas till ordningen, får den intagne/dömde hållas i avskildhet. Han eller hon ska då stå under fortlöpande uppsikt av personalen. Den intagne/dömde får dock inte hållas i sådan avskildhet längre tid än vad som är oundgängligen nödvändigt och inte i något fall under längre tid än 24 timmar i följd.

Är den unge under 15 år ska en läkare skyndsamt yttra sig om varje åtgärd som vidtas enligt första stycket. Om läkaren begär det ska åtgärden genast avbrytas.

Att hålla en ungdom i avskildhet (avskiljning) innebär att den unge³ avskiljs från de övriga intagna under maximalt 24 timmar i följd. Den unge får dock återgå till de övriga i ungdomsgruppen så fort det bedöms vara möjligt. Beslutet att avskilja en ungdom ska användas efter att andra mindre ingripande åtgärder redan prövats men inte fungerat (Statens institutionsstyrelse, 2011a). I den engelskspråkiga litteraturen har denna skala av alltmer restriktiva och/eller ingripande åtgärder benämnts "levels of intervention" och har delats in i tre nivåer: icke-restriktiva åtgärder (nivå 1), restriktiva åtgärder (nivå 2) och de mest restriktiva åtgärderna (nivå 3) (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, AACAP, 2002, sidan 75; författarens översättning).

Bland åtgärderna på den lägsta nivån (nivå 1) återfinns till exempel verbal deeskalering, avledning och teckenekonomi. Bland åtgärderna på nivå 2 inkluderas bland annat ignorering av beteende (engelska "extinction") och "time-out" som varar längre

¹ Begreppet "den intagne" avser en ungdom som är tvångsomhändertagen enligt LVU.

² Begreppet "den dömd" avser en ungdom som dömts att avtjäna strafftid för allvarlig brottslighet enligt LSU.

³ I denna rapport används begreppen ung person, ungdom, den unge, klient och så vidare omväxlande, men åsyftar, där inget annat anges, de tvångsplacerade i åldern 12–21 år som vårdas på SIS särskilda ungdomshem enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) eller de dömda som begått brott när de fyllt 15 år men inte 18 år som vårdas enligt lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård (LSU).

än 30 minuter⁴. Avskiljning hör, tillsammans med en rad andra åtgärder som utvecklas nedan, till nivå 3, den mest restriktiva nivån (AACAP, 2002).

Exempel på situationer inom SiS ungdomsvård som har lett till beslut att avskilja är att en ungdom hotar personal, slår sönder inredning, försöker slå personal eller andra ungdomar med eller utan tillhyggen eller på annat sätt går till angrepp mot dem (Björck, Brisman & Åberg 2012; Statens institutionsstyrelse, 2011b).

En annan grund för avskiljning är påverkan av berusningsmedel. Berusningen ska då i det enskilda fallet vara av sådan art att den unge inte kan hållas till ordningen.

Lagtexten som reglerar avskiljning lämnar dock stort tolkningsutrymme kring vad som ska betraktas som våldsamt uppträdande, vilket i praktiken innebär att det kan vara svårt för personalen att bedöma när det är befogat att avskilja en ungdom. I vissa fall kan personal sätta in åtgärden "för sent" men kan till följd av detta utsätta sig själva eller de övriga ungdomarna på hemmet för fara. I andra fall kan personal sätta in åtgärden "för tidigt" när de fattar ett beslut att avskilja.

I en kunskapsöversikt om våld i arbetslivet konstaterar författarna att "vad som uppfattas och definieras som våld är starkt kontextberoende. Samma typ av händelse kan beroende på vem som är utsatt, händelseplats och gärningsperson uppfattas på olika sätt" (Wikman, Estrada & Nilsson, 2010, sidan 8). Det går alltså inte att dra en skarp gräns mellan vad som är våld och vad som inte är våld utan att också ta hänsyn till var våldet inträffar, vem som utövar våldet och vem som är utsatt för det. Wikman et al (2010) sammanfattar detta med att "*våldet uppkommer i ett möte mellan personer i ett system som påverkar dem*" (sidan 55).

En liknande slutsats har framförts av Mason och Chandley (1999), men deras fokus ligger på beskrivning av våld inom olika mentala vårdinrättningar: *"/.../ "violence and aggression occur in a complex dynamic that involves the aggressor, the victim, the environment, the situation and the culture in which it is set"* (sidan 27).

Det är svårt att definiera begreppet våld på ett enkelt och entydigt sätt, och därmed är det också svårt att förebygga våld på ett enkelt sätt. Eftersom det saknas en gemensam definition av våld i arbetslivet används i denna översikt, i likhet med Björkdahl (2010), en problemorienterad definition av begreppet som bygger på WHO:s (World Health Organisation, 1996) definition av våld:

Violence is the intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment, or deprivation.

⁴ "Time-out" definieras enligt AACAP (2002, sidan 75) antingen som inkluderande eller exkluderande. Med inkluderande "time-out" (engelska "inclusionary") menas att den unge får möjlighet att lugna ner sig men utan att han/hon avlägsnas från den sociala samvaron med övriga inskrivna/intagna och personal. Exkluderande (engelska "exclusionary") "time-out" innebär att den unge avlägsnas helt från övriga inskrivna/intagna och personal (se Mason, 1992; Landau och MacLeish, 1988, för en mer utförlig definition och diskussion av begreppet "time-out").

Denna definition av våld skiljer inte reellt våld från hot om våld. När begreppet våld anges i denna rapport menas alltså även hot om våld, till exempel verbala hot⁵. I likhet med Björkdahl (2010), används begreppet aggression omväxlande med begreppet våld, om inte annat anges.

Att anta WHO:s definition är inte orimligt mot bakgrund av att det klientnära arbetet på SiS särskilda ungdomshem utgör en påtaglig risk för hot och våld. Inom SiS ska alla incidenter om våld eller hot om våld anmälas, men det finns sannolikt ett stort mörkertal i inrapporteringen (Statens institutionsstyrelse, 2011b, sidan 2). Under år 2010 inrapporterades 638 incidenter inom LVU. Behandlingsassistenterna, som är den största personalgruppen inom SiS och den personalgrupp som arbetar närmast ungdomarna, var mest utsatta.

Ur ett nationellt och internationellt perspektiv utgör avskiljning ett exempel på en akut tvångsingripande åtgärd som under vissa omständigheter får användas av personal inom olika typer av vårdinrättningar för att förhindra skador på grund av våldsamt uppträdande. Andra exempel på sådana åtgärder är fysisk fasthållning, fastspänning samt tvångsmedicinering⁶.

Fysisk fasthållning (engelska "physical restraint") definieras vanligtvis som fasthållning med kroppslig kraft, till exempel att personal håller fast den unges armar och ben (AACAP, 2002, sidan 7S). Fastspänning (engelska "mechanical restraint") definieras vanligtvis som fasthållning med hjälp av bälten, handfängsel eller andra mekaniska hjälpmedel (AACAP, 2002, sidan 7S). Tvångsmedicinering (engelska "chemical restraint" eller engelska "enforced medication") definieras vanligtvis som intramuskulär injektion med något lugnande läkemedel (AACAP, 2002, sidan 7S; Richter & Whittington, 2006)⁷.

Lagstiftningen i olika länder och inom olika typer av vårdinrättningar inom dessa länder reglerar exakt vilken eller vilka tvångsåtgärder personal får använda. Inom svensk barn- och ungdomspsykiatri samt i många andra länder får personal, efter beslut av chefsöverläkare, använda sådana åtgärder. I Sverige regleras åtgärderna i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT). En patient kan exempelvis hållas

⁵ I SiS incidentrapporteringssystem görs en åtskillnad mellan hot om våld och våld, se till exempel Vålds- och hotincidenter 2010. Vid ungdomshemmen och LVM-hemmen (Statens institutionsstyrelse, 2011b).

⁶ SiS har inte befogenhet att spärra fast eller tvångsmedicinera. Fysisk fasthållning utgör inte en särskild befogenhet som sådan, men skulle kunna förekomma exempelvis som ett led i en avskiljning när en ungdom behöver förflyttas till avskiljningsrummet (personlig kommunikation 2012-01-18 med Ylva Lindblom, verksamhetsjurist på SiS juridiska enhet).

⁷ I många fall i den internationella litteraturen redovisas även användning av så kallad PRN-medicinering (pro re nata) i samband med tvångsvård. Begreppet avser så kallad vid behovsmedicinering som i sig inte behöver vara förknippad med tvång. Men ur studierna är det ofta svårt att uttyda om åtgärden omfattar påtvingad medicinering eller inte, eftersom en entydig definition av begreppet vid behovsmedicinering saknas.

avskild från andra patienter på grund av aggressivt eller störande beteende som allvarligt försvårar vården av de andra patienterna, enligt 20 § LPT⁸.

I den engelskspråkiga litteraturen sammanfattas åtgärderna fysisk fasthållning, fastspänning och tvångsmedicinering ofta med begreppet "restraints" och definieras som "ofrivillig immobilisering av en person genom användning av fysiska, mekaniska eller kemiska medel" (AACAP, 2002, sidan 7S; författarens översättning). Avskiljning, som på engelska ofta översätts "seclusion", definieras i AACAP (2002) som "ofrivilligt förvar av en person ensam i ett låst rum" (sidan 7S; författarens översättning).

I denna rapport kommer de olika åtgärder som ingår i begreppen "restraints" och "seclusion", det vill säga fysisk fasthållning, fastspänning, tvångsmedicinering och avskiljning, att benämnas *akuta tvångsinsgripande åtgärder*, *tvångsinsgripande åtgärder* eller *tvångsåtgärder*, om inget annat anges⁹. Samtliga fyra åtgärder tillhör den mest restriktiva nivån av åtgärder enligt den uppdelning som nämndes ovan¹⁰ (AACAP, 2002, sidan 7S). Detta innebär att insatser som syftar till att reducera en av ovan nämnda tvångsåtgärder, exempelvis avskiljning, men inte en annan, exempelvis fastspänning (se till exempel Swett, Michaels & Cole, 1989), inte betraktas som förebyggande i denna översikt eftersom en av de mest restriktiva åtgärderna då endast ersätts med en annan.

Utöver att syftet med de tre olika typerna av "restraints" som redovisades ovan har tydliga likheter med avskiljning, det vill säga 1) att få kontroll över en akut våldssituation där den unge själv, andra intagna ungdomar eller personal riskerar att komma till skada, finns även andra likheter mellan dessa olika typer av tvångsåtgärder: 2) De utgör tvångsmedel där personal med fysiska, kemiska eller mekaniska medel, snarare än psykologiska eller beteendemässiga medel, underordnar den unge sin vilja (tvång). 3) Behovet av att använda åtgärderna uppstår akut vid ett pågående våldsamt uppträdande och de är relativt kortvariga (tid). 4) De innebär att den person som utsätts för åtgärden inte kan komma undan (utgång). Åtgärderna delar således fyra av sex dimensioner Mason (1992) använt för att definiera begreppet avskiljning, nämligen *syfte*, *tvång*, *tid* och *utgång*. (De andra två dimensionerna Mason använder för att defi-

⁸ Om det finns risk för att patienten riskerar att skada sig själv, får personal kortvarigt spänna fast den unge med bälte eller liknande anordning (19 § LPT). Under sådana omständigheter är det inte tillåtet att avskilja en ungdom inom SiS; den unge ska då föras till en akutpsykiatrisk mottagning.

⁹ I den engelskspråkiga litteraturen förkortas dessa åtgärder ofta s/r eller r/s.

¹⁰ Det förekommer även en rad andra begrepp i forskningslitteraturen som kan sorteras in under olika typer av tvångsåtgärder (se till exempel kapitel 8, Mason & Chandley, 1999, som beskriver olika typer av "isoleringsstekniker"). Dessa kan vara mer eller mindre akuta till sin karaktär. Exempel på sådana är "therapeutic holding" som är en form av fysisk fasthållning, vilket inte direkt framgår av beteckningen, sannolikt för att det främst används inom olika vårdinrättningar för barn (här definierat som personer under 12 år) (se till exempel Steckley, 2010); "solitary confinement" som egentligen är en sorts isoleringsåtgärd och främst används inom kriminalvården (se till exempel Arrigo & Bullock, 2008); "containment" som vanligtvis avser alla de fyra typer av akuta tvångsinsgripande åtgärder som angavs ovan (se till exempel Bowers, 2006) samt "separation" som i vissa fall tycks vara ungefär detsamma som avskiljning och används inom motsvarigheten till SiS ungdomsvård i Storbritannien (Youth Justice Board, 2010).

niera avskiljning är *social isolering* och *plats*; för en mer utförlig beskrivning av dessa sex dimensioner, se Mason, 1992).

Åsikterna går isär när det gäller såväl tillämpning som effekt av olika akuta tvångs-ingripande åtgärder och har så gjort sedan slutet av 1700-talet. Då beslutade Philippe Pinel och hans assistent Jean Baptiste Pussin att avlägsna kedjorna som användes för att spänna fast "sinnessjuka män" på Bicetre, ett offentligt sjukhus strax utanför Paris (AACAP, 2002; Weiner, 1992). Trots att det är drygt 200 år sedan, används akuta tvångs-ingripande åtgärder fortfarande frekvent inom olika typer av vårdinrättningar runt om i världen.

Frågan om tvångsåtgärders "vara eller icke vara" är återkommande föremål för debatt, granskning, lagändringar och olika försök att finna alternativa metoder – såväl nationellt som internationellt – och har så varit sedan Pinels tid (AACAP, 2002; se även Prinsen & van Delden, 2009; för en lista med pressklipp relaterade till den debatt om bland annat avskiljning på SiS särskilda ungdomshem som fördes under åren 2009–2011, se bilaga 1). Som så ofta beror åsikterna på vilket perspektiv man utgår ifrån och vilket tolkningsföreträde det perspektivet ska ges. Kärnan i problematiken kan tolkas som en mångbottnad och komplicerad konflikt mellan å ena sidan frågor som rör säkerhet, å andra sidan frågor som rör mänskliga rättigheter. Att redogöra för dessa skilda åsikter och perspektiv eller att försöka ta ställning i frågan ligger utanför syftet med denna rapport. Syftet här är att så "objektivt" som möjligt (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & the PRISMA Group, 2009)¹¹ belysa kunskapsläget avseende insatser för att minska avskiljningar och andra akuta tvångsingripande åtgärder med relevans för SiS ungdomsvård.

I rapportens inledande del redovisas, utöver bakgrund och definitioner av centrala begrepp, SiS vårdkontext och ungdomspopulation samt översiktens syfte och frågeställningar. I det följande metodavsnittet, beskrivs översiktligt det tillvägagångssätt som använts vid urvalet av studier, till exempel strategier för litteratursökningar och urvalskriterier. Resultatet av det slutliga urvalet presenteras i rapportens tredje del. Slutligen förs det i diskussionsdelen ett resonemang om bland annat kunskapsluckor inom forskningsområdet och vilka konsekvenser resultaten kan ha för SiS ungdomsvård.

¹¹ Notera att även frågan om vad en kunskapsöversikt är och bör vara är föremål för debatt och pågående utveckling (till exempel inom socialt arbete, Bergmark, Bergmark och Lundström, 2011, men även inom folkhälsovetenskap, S2011/5141/FS). I grunden kan frågan tolkas som att det finns olika synsätt på vad kunskap är samt olika möjligheter att inhämta kunskap inom olika områden och därigenom även att få svar på frågan om vad som ska betraktas som "evidens" (det vill säga "bästa möjliga vetenskapliga kunskap", se till exempel Sundell, 2011).

Vårdkontext och population på SiS särskilda ungdomshem

Majoriteten av de ungdomar som placeras på SiS särskilda ungdomshem vårdas enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). En liten andel vårdas enligt lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård (LSU). Grunden för omhändertagande enligt LVU är antingen att den unge lever ett destruktivt liv med missbruk, kriminalitet eller liknande (3 § LVU; så kallade beteendefaktorer) eller att den unges vårdnadshavare inte kan ge det stöd och den omsorg den unge behöver för att få en bra uppväxt (2 § LVU; så kallade miljöfaktorer). Verktällighet av sluten ungdomsvård enligt LSU avser verkställighet för de ungdomar som begått brott när de fyllt 15 år men inte 18 år och som dömts till sluten ungdomsvård i stället för fängelse.

Ungdomar som vårdas på SiS enligt LVU befinner sig i åldern 12–21 år. Syftet med vården är att bryta en ogynnsam och destruktiv utveckling hos den unge och att försöka få honom eller henne att kunna återvända till sitt eget hem eller boende. Forskning visar att de ungdomar som blivit dömda för sluten ungdomsvård har likartade problem som de ungdomar som får vård enligt 3 § LVU (Statens institutionsstyrelse, 2011c).

Den 1 januari 2010 fanns 575 platser på 26 särskilda ungdomshem. En tredjedel av platserna var för flickor. Av de 575 platserna var 68 LSU-platser, fördelade på sju särskilda ungdomshem. Huvuddelen av platserna var låsbara ($472/575 = 82$ procent), men graden av låsbarhet/öppenhet är kopplad till den enskildes behov av vård och/eller säkerhet. Om den unge exempelvis bedöms vara starkt rymningsbenägen, kan det utgöra grund för att låta honom eller henne vårdas bakom låsta dörrar¹² (här avses alltså att avdelningen/institutionen är låst, inte att ungdomen är inlåst ensam i ett rum till följd av våldsamt uppträdande eller berusning, det vill säga avskiljning) (Statens institutionsstyrelse, 2010a).

Under år 2010 gjordes 1 297 inskrivningar enligt LVU¹³ och 79 inskrivningar enligt LSU, varav tre gällde flickor. Medelåldern vid inskrivning enligt LVU var 16 år och enligt LSU 17,6 år. Den genomsnittliga strafftiden var tio månader. Flertalet av de ungdomar som LSU-placerades hade begått allvarliga våldsbrott som rån, grov misshandel, våldtäkt, dråp eller mord (Statens institutionsstyrelse, 2010a; 2011c; 2011d).

SiS placerar ungdomar enligt LVU på uppdrag av socialtjänsten efter beslut från förvaltningsrätten. Tre typer av placeringar förekommer: akutplaceringar, utredningsplaceringar och behandlingsplaceringar. Under år 2010 hade majoriteten av dessa ungdomar fått en akutplacering för att bryta ett destruktivt beteende. Andra ungdomar som fick vård enligt LVU fick en utredningsplacering under två till tre månader för att socialtjänsten ville ha en utredning innan beslut fattades om fortsatt vård och behand-

¹² Notera att endast ungdomar som vårdas enligt 3 § LVU får placeras på en låsbar enhet (personlig kommunikation 2012-01-18 med Ylva Lindblom, verksamjurist på SiS juridiska enhet).

¹³ Notera att en ungdom kan stå för mer än en intagning/inskrivning under året.

ling¹⁴. En tredje grupp fick vård och behandling hos SiS under längre tid. Den genomsnittliga vårdtiden vid SiS var ungefär fem månader (Statens institutionsstyrelse, 2010b; 2011c).

I de flesta fall omfattar SiS vårdinsats behandling av psykosociala problem, missbruk och kriminalitet, till exempel med hjälp av kognitiv beteendeterapi (KBT), "Aggression Replacement Therapy" (ART), återfallsprevention (ÅP), motiverande samtal (MI) och/eller individuell psykoterapi. Vidare har alla särskilda ungdomshem skolverksamhet och samtliga inskrivna ungdomar ska erbjudas minst 23 timmar undervisning per vecka. Några institutioner har mer fokus på missbruksbehandling, medan andra har särskilda avdelningar för ungdomar som – utöver psykosociala problem, missbruk och kriminalitet – även har neuropsykiatriska funktionshinder, till exempel ADHD (engelska "Attention Deficit Hyperactivity Disorder", se DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2002). Det finns också institutioner som har särskilda avdelningar för unga förövare av sexuella övergrepp. Ett antal institutioner har platser för ungdomar som dömts för allvarlig kriminalitet (LSU).

Det förekommer en rad olika begrepp i forskningslitteraturen för att beskriva de svårigheter och problem ungdomar har som vårdas på institution, till exempel beteendeproblem, psykosociala problem, anpassningsproblem, avvikande problem, externaliseringsproblem, problembeteenden, utagerande beteende, anti-socialt beteende, kriminellt beteende, normbrytande beteende, uppförandestörning, anti-social personlighetsstörning och psykopati (Andershed & Andershed, 2005; Andreasson, 2003; Dåderman & Kristiansson, 2003). En del av dessa begrepp utgör psykiatriska diagnoser, exempelvis anti-social personlighetsstörning och uppförandestörning (se DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2002), medan andra är mer övergripande beteckningar som används för att beskriva den målgrupp som blir föremål för institutionsvård, till exempel psykosociala problem, anti-socialt eller utagerande beteende. En del av begreppen belyser också att ungdomarna ofta har en historia av mer eller mindre omfattande kriminalitet.

Exempel på svårigheter och beteenden som finns hos de unga är dysfunktionella hemförhållanden med ogynnsamma relationer mellan den unge och hans/hennes vårdnadshavare, drogmissbruk, skolproblem och skolk, impulsivt temperament, psykiska och psykosomatiska besvär, avsaknad av empati och moraliska värderingar, kriminellt beteende och umgänge med kompisar som har liknande problem (Andreassen, 2003). Problemen har ofta byggts upp under lång tid genom ömsesidig samverkan mellan olika riskfaktorer på olika nivåer, det vill säga individ- och miljönivå samt genom interaktion mellan dessa olika nivåer. Forskning visar också att de ungdomar som är mest resistenta mot vård och behandling är de ungdomar vars problem debuterade i tidig ålder (Andershed & Andershed, 2005).

De svårigheter och problem denna ungdomsgrupp har medför att de ofta hamnar inom olika slags hälso-, sjukvårds-, kriminal- och/eller socialvårdsinrättningar. Många

¹⁴ I utredningen kartlägger behandlare, psykologer och pedagoger den unges behov av stöd och ger rekommendationer om fortsatt vård och behandling.

ungdomar som placeras på SiS särskilda ungdomshem har därför tidigare erfarenhet av öppenvård eller annan heldygnsvård som barn- och ungdomspsykiatri, familjehem, hem för vård och boende (HVB) (Statens institutionsstyrelse, 2010b).

Komplexiteten i ungdomarnas problem och den begreppsmässiga osäkerheten kring hur de mer exakt ska definieras gör det ofta svårt att bestämma problemens natur (Andreassen, 2003). Ett av de verktyg som används inom SiS för att kartlägga ungdomarnas problem är därför Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD; Friedman & Udada, 1989; Söderholm Carpelan & Hermodsson, 2004). ADAD är en strukturerad intervju som riktar sig till unga med social problematik och omfattar olika livsområden: fysisk hälsa, skolgång, arbete/sysselsättning, fritid och kamrater, familjeförhållanden, psykisk hälsa, kriminalitet, alkohol och narkotika. En enskild ungdom kan ha problem inom ett eller flera områden och får genom intervjun själv beskriva vad som upplevs som mest problematiskt. Detta underlag används sedan av SiS personal för vårdplanering under den unges placeringstid vid SiS samt för central uppföljning och utvärdering av ungdomsvården (Statens institutionsstyrelse, 2010b).

Något som är gemensamt, oavsett vilka benämningar som används för att beskriva SiS målgrupp, är att ungdomarna ofta har en relativt hög benägenhet att reagera med aggression och våld. Enligt en sammanställning av ADAD inskrivningsintervju från år 2009¹⁵ svarade följande procentuella andelar av ungdomarna ja på frågorna (inledda med påståendet: "Här är några olika känslor och reaktioner som ungdomar ibland kan uppleva. Tala om vilka som stämmer på dig" /.../): "Gör saker när du är arg som du inte kan kontrollera" (58 procent); "Reagerar genom att slå i dörrar eller liknande" (47 procent); "Hamnar lätt i bråk eller gräl" (43 procent); "Känner dig rädd för att skada någon annan fysiskt" (23 procent); "Känner det som att du skulle vilja döda någon" (16 procent).

Av ungdomarna svarade 45 procent ja på frågan: "Har du under de senaste 30 dagarna ...? Upplevt svårighet att kontrollera våldsamt beteende". Dessa självrapporterade data, i kombination med att 63 procent av ungdomarna svarade ja på frågan: /.../ "Har en känsla av att folk inte går att lita på" och att flertalet av ungdomarna är placerade hos SiS utan samtycke (det vill säga med tvång), innebär att gruppen som helhet kan sägas vara svårbehandlad.

Vidare är det välkänt att ungdomar med olika typer av utagerandeproblematik som vistas tillsammans på institution kan ha en "smittoeffekt" på varandra. Särskilt gäller detta om man blandar ungdomar med låg risk för anti-socialt beteende med ungdomar med hög risk för motsvarande beteende (Andreassen, 2003). Sammantaget innebär dessa olika omständigheter att konfliktsituationer av varierande svårighetsgrad, innefattande större eller mindre inslag av våld, mellan ungdomar och personal eller mellan olika ungdomar som är placerade på samma avdelning/institution, kan utgöra relativt frekventa inslag på SiS särskilda ungdomshem (Wästerfors, 2009).

¹⁵ N = 673–677. Det totala bortfallet för respektive fråga var 1–1,5 procent.

Syfte och frågeställningar

Syftet med detta arbete är att genom en systematisk översikt av internationellt publicerad vetenskaplig litteratur belysa kunskapsläget gällande insatser för att minska avskiljningar och andra akuta tvångsingripande åtgärder med relevans för SiS ungdomsvård. Översiktens huvudsakliga frågeställning är: *Finns det insatser med relevans för SiS ungdomsvård som skulle kunna minska användningen av avskiljningar och andra tvångsingripande åtgärder?* På detta finns två följdfrågor, nämligen: *Vad består dessa insatser av? Vilka utfall är de associerade med?* Avgränsningar avseende översiktens tre frågeställningar presenteras i nästa avsnitt.

Metod

Arbetet med denna systematiska översikt har så långt det varit möjligt väglett av The Prisma Statement (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, Moher et al, 2009; härmed benämnd enbart PRISMA). Enligt PRISMA är en systematisk översikt:

.../ en översikt av en tydligt formulerad frågeställning som använder systematiska och explicita metoder för att identifiera, välja ut och kritiskt värdera relevant forskning samt samla in och analysera data från de studier som inkluderas i översikten. Statistiska metoder (metaanalys) kan men behöver inte användas för att analysera och summera resultaten från de inkluderade studierna. Metaanalys avser användning av statistiska tekniker i en systematisk översikt för att integrera resultaten från de inkluderade studierna (Moher et al, 2009, sidan 264; författarens översättning).

I denna rapport användes inte statistiska analysmetoder eftersom studierna inte uppfyllde de krav som ställs för att metaanalys ska vara möjlig att genomföra (se Cooper, 2011). I stället användes beskrivande syntes som kan framställas som en beskrivning av identifierade studier, i detta fall baserad på tabellering och kvalitativ innehållsanalys (se Evans, 2002).

Kvalitativ innehållsanalys har beskrivits som ett sätt att "ta fram enkla beskrivningar av data och att systematiskt och objektivt beskriva och kvantifiera fenomen *.../* Beskrivningarna erhålls genom analyser av olika ords och frasers innebörd" (Evans, 2002, sidan 24; författarens översättning).

I detta arbete gjordes först en djupgående granskning av varje enskild studie, vilket innebar att artiklarna lästes flera gånger så att en helhet kunde urskiljas. Genom denna upprepade läsning av artiklarna uppmärksammades olika detaljer, vilka markerades i texten. De viktigaste fraserna och orden som framkom ur denna process extraherades och samlades i en tabell, där den första kolumnen rubricerades "studie" och den andra kolumnen rubricerades "nyckelfynd". Listorna med nyckelfynden granskades vid återkommande tillfällen. Så småningom utkristalliserades ett mönster av gemensamma likheter och olikheter i studiernas insatser, så kallade "teman", som samlades i tabellens tredje kolumn (resultatet av analysarbetet utvecklas nedan under avsnittet *Resultat*).

Generellt sett kan metodarbetet med översikten indelas i två faser. I den första fasen låg fokus på att identifiera relevanta översiktsartiklar. I den andra fasen låg fokus på att identifiera relevanta originalartiklar. Hansson (2002, sidan 2) beskriver skillnaden mellan översikts- och originalartiklar på följande sätt:

Översiktsartiklar (review articles) inklusive metaanalyser, är kritiska utvärderingar av studier som redan har blivit publicerade. Genom att organisera, integrera och utvärdera dessa studier visar författaren framåtskridandet av samtida forskning och kan peka ut problemområden och trender. Översiktsartiklar har därför ett stort pedagogiskt värde ./../ Originalartiklar består av redogörelser från empiriska studier där resultatet från ett forskningsarbete för första gången beskrivs. Artikeln innehåller distinkta moment som reflekterar de olika stegen i forskningsprocessen (sidan 2).

Arbetet med respektive fas i denna systematiska översikt beskrivs separat nedan under rubrikerna *Fas 1: Översiktsartiklar* och *Fas 2: Originalartiklar*. Arbetet med den första fasen påverkade delvis arbetet under den andra fasen (utvecklas närmare nedan). Det slutliga urval av originalartiklar denna process ledde fram till ligger till grund för det resultat som beskrivs under avsnittet *Resultat* i denna rapport.

För att kvalitetssäkra arbetet kopplades dels en referensgrupp, dels två arbetsgrupper till uppdraget. Referensgruppen bestod av olika forskare och verksamhetsföreträdare från SiS, och den träffades två gånger under hösten 2010 (se bilaga 2). Vid dessa möten presenterades och diskuterades metodarbetet bakom urvalet av översiktsartiklar.

Den första arbetsgruppen bestod utöver författaren av fyra forskare (se bilaga 2). Gruppen delades in i fyra läspar som två och två, först oberoende av varandra och därefter gemensamt, extraherade data ur originalartiklarna med hjälp av en granskningsmall¹⁶ som utvecklades specifikt för detta syfte. Mallen inkluderade bland annat frågor avseende studiernas relevans och vetenskapliga kvalitet. Denna arbetsgrupp träffades två gånger under våren 2011. Vid dessa möten presenterades och diskuterades främst metodarbetet bakom urvalet av originalartiklarna. Läsparen granskade därefter originalartiklarna på egen hand och skickade de ifyllda granskningsmallarna till författaren.

Den andra arbetsgruppen bestod utöver författaren av forskaren Anna Björkdahl (se bilaga 2). Tillsammans genomförde gruppen den kvalitativa innehållsanalys som ligger till grund för den beskrivande syntes som redovisar insatsernas innehåll.

Fas 1: Översiktsartiklar

Strategi för litteratursökning

De utvalda översiktsartiklarna identifierades via uttömmande sökningar i fyra bibliografiska databaser: PubMed, PsycInfo, Sociological Abstracts och Social Services Abstracts. Den centrala sökdimensionen var "seclusion" (se bilaga 3). Utöver detta gjordes kompletterande sökningar genom manuella genomgångar av referenslistor i påträffade översiktsartiklar. Som framgår av bilaga 3 gjordes majoriteten av dessa databas-sökningar från och med september till och med december 2010, vilket innebär att nya översiktsartiklar kan ha tillkommit.

¹⁶ Granskningsmallen omfattar 44 sidor och finns hos Statens institutionsstyrelse.

Urval av artiklar

Urvalet av översiktsartiklar gjordes i två steg. Ett första urval gjordes med stöd av informationen i publikationens titel och sammanfattning. Detta arbete genomfördes av författaren. De dokument som accepterades efter denna första granskning ("screening") beställdes i fulltext för en grundligare genomgång (detta arbete genomfördes av författaren och därefter granskade referensgruppen och den första arbetsgruppen urvalet, se bilaga 2). För att en översiktsartikel skulle ingå i urvalet var kravet att den uppfyllde fyra villkor: urvalskriterier (vägleda av det så kallade PICO-formatet, Moher et al, 2009).

Urvalskriterium 1 var att rätt *population* ingick i översiktsartikeln, det vill säga att den innehöll en eller flera originalartiklar vars insatser riktade sig mot ungdomar i åldrarna 12–21 år, inte enbart barn (här definierat som personer under 12 år), enbart äldre (här definierat som personer över 65 år) eller enbart vuxna (här definierat som personer över 18 år). Dessutom skulle en eller flera av dessa originalartiklar innehålla insatser vars populationer hade olika typer av beteendestörningar och/eller utagerandeproblem, men som inte enbart var specifikt diagnosticerade med svår mental retardation, autism, schizofreni eller enbart uppvisade olika typer av självskadebeteende.

Urvalskriterium 2 avsåg *insatserna*. En eller flera av de originalartiklar som ingick i översiktsartikeln gällde utvärdering av insatser för att reducera avskiljningar och/eller andra akuta tvångsingripande åtgärder.

Urvalskriterium 3 avsåg *utvärderingsmetoden*. De inkluderade översiktsartiklarna skulle innehålla en eller flera originalartiklar vars insatser utvärderats.

Urvalskriterium 4 gällde *utfallet* av insatserna. Ett grundkrav var att de originalartiklar som ingick i översikten inkluderade utfall som gällde avskiljning och/eller andra typer av tvångsingripande åtgärder.

Andra urvalskriterier

5) Översiktsartikeln innehöll originalartiklar vars insatser genomförts i *kontexter* som hade likheter med SiS ungdomsvård, till exempel socialvård, psykiatrisk vård, rättspsykiatrisk vård och/eller kriminalvård.

6) Översiktsartikeln var publicerad på *engelska*.

7) Översiktsartikeln var publicerad i en *internationell vetenskaplig tidskrift* och hade granskats av sakkunniga forskare före publiceringen.

8) Översiktsartikeln var publicerad *från och med år 2002*.

Orsaken till det sistnämnda urvalskriteriet var att ett dokument från AACAP som publicerades år 2002, med kliniska riktlinjer gällande prevention och hantering av aggressivt beteende på barn- och ungdomspsykiatriska institutioner, med särskilt fokus på avskiljning och andra akuta tvångsingripande åtgärder. Riktlinjerna i den artikeln är baserade på en översikt av de senaste rönen inom forskningsområdet fram till år 2002, varför det bedömdes som omotiverat att inkludera översiktsartiklar som publicerats tidigare.

Inga avgränsningar gjordes gällande typ av översiktsartikel, om den var kvalitativ eller kvantitativ, systematisk eller icke-systematisk. (För en beskrivning av olika typer

av översiktsartiklar, se Cooper, 2011.) Sammantaget användes därmed åtta urvalskriterier vid urvalet av översiktsartiklar.

Ingen granskning gjordes av de inkluderade översiktsartiklarnas vetenskapliga kvalitet. De användes enbart för att: 1) identifiera relevanta originalartiklar utöver de egna sökningar (databasbaserade och manuella, utvecklas närmare nedan) efter originalartiklar som genomfördes, samt 2) utveckla en granskningsmall för bedömning av de utvalda originalartiklarnas relevans och vetenskapliga kvalitet.

Fas 2: Originalartiklar

Strategi för litteratursökning

De utvalda originalartiklarna identifierades på tre sätt: för det första via de utvalda översiktsartiklarna; för det andra via sökningar i fyra bibliografiska databaser (PubMed, PsycInfo, Sociological Abstracts och Social Services Abstracts) där den centrala sökdimensionen var "seclusion" (se bilaga 3); och, för det tredje, via manuella genomgångar av referenslistor i originalartiklarna. Som framgår av bilaga 3 gjordes majoriteten av databassökningarna från och med september 2010 till och med december samma år, vilket betyder att nya originalartiklar kan ha tillkommit sedan dess.

Urval av artiklar

Ett första urval av originalartiklar gjordes vid genomläsning av de utvalda översiktsartiklarna. Detta arbete genomfördes av en person (författaren). De dokument som accepterades efter denna första granskning ("screening") beställdes och fördelades slumpmässigt till läsaren i den första arbetsgruppen, för en grundligare relevansbedömning och genomgång. De dokument som accepterades av läsaren granskades med hjälp av granskningsmallen.

Ett andra urval av originalartiklar gjordes via databassökningarna med stöd av informationen i publikationens titel och sammanfattning. Detta arbete genomfördes av en person (författaren). De dokument som accepterades efter denna första granskning ("screening") beställdes och fördelades slumpmässigt till läsaren i den första arbetsgruppen, för en grundligare relevansbedömning och genomgång. De dokument som accepterades av läsaren granskades med hjälp av granskningsmallen.

Ett tredje urval av originalartiklar gjordes genom manuella genomgångar av referenslistorna av läsaren i samband med granskningen av de fördelade originalartiklarna. Inga nya originalartiklar identifierades via dessa genomgångar.

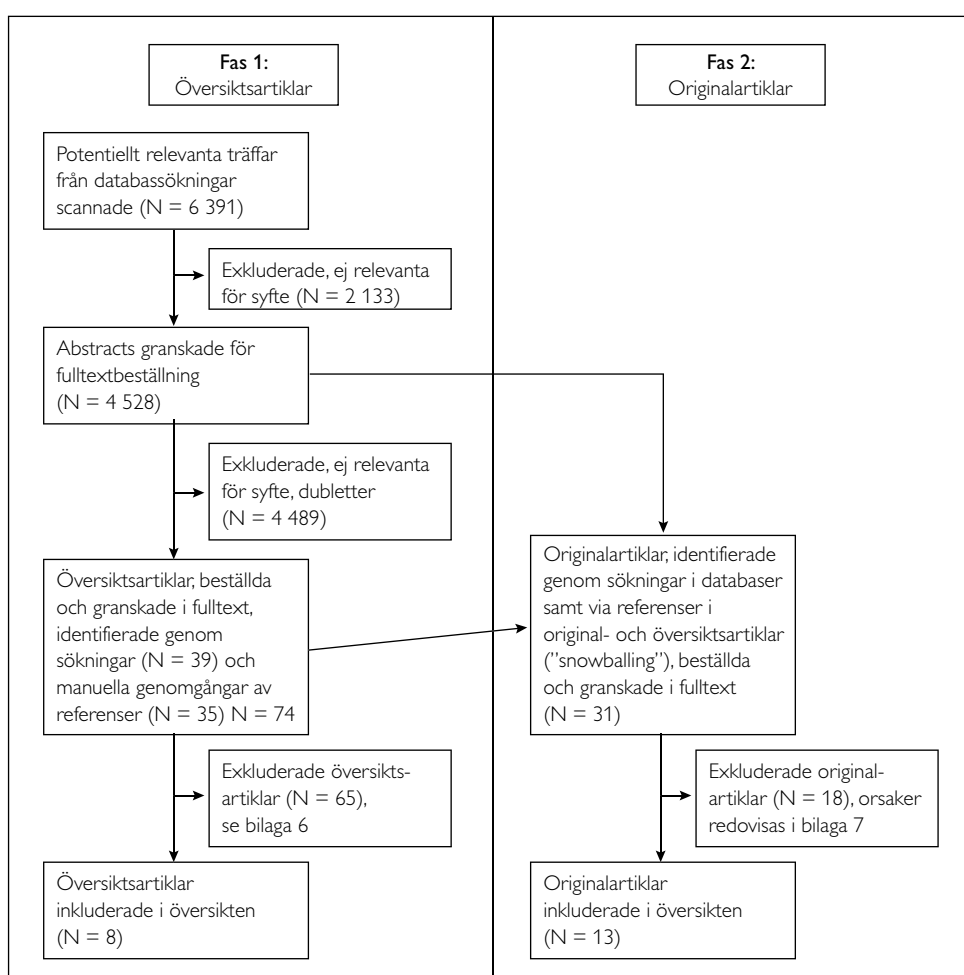
Urvalet av originalartiklar, oberoende av litteratursökningsstrategi, genomfördes huvudsakligen av en person (författaren), men arbetsgruppen granskade varje enskild originalartikel i enlighet med ett antal inledande kontrollfrågor i granskningsmallen innan en fullständig granskning påbörjades.

Samma urvalskriterier som tillämpades vid urvalet av översiktsartiklar användes vid urvalet av originalartiklar, med undantag för publikationens årtal, där inga begränsningar sattes. Sammantaget användes därmed sju urvalskriterier vid urvalet av originalartiklarna.

Resultat

Totalt påträffades 6 391 översikts- och originalartiklar via litteratursökningarna (se flödesschema över sökning och urval av artiklar i figur 1).

FIGUR 1:
Flödesschema över sökning och urval av artiklar



Översiktsartiklar

Efter urval av sammanfattningar, beställning av översiktsartiklar i fulltext och bedömning av vilka översiktsartiklar som uppfyllde urvalskriterierna valdes, utöver AACAP:s översiktsartikel med kliniska riktlinjer från år 2002, 8 översiktsartiklar ut (Borckardt, Grubaugh, Pelic, Kmett Danielson, Hardesty & Frueh, 2007; Bower, McCullough & Timmons, 2003; De Hert, Dirix, Demunter & Correll, 2011; Delaney, 2006; Fryer, Beech & Byrne, 2004; Gaskin, Elsom & Happell, 2007; Johnson, 2010; Scanlan, 2010). Syften, sökstrategier och urvalskriterier i dessa översiktsartiklar redovisas i bilaga 4. I figur 1 framgår att 74 översiktsartiklar beställdes och granskades i fulltext. Av dessa exkluderades 65 på grund av att de inte uppfyllde utvalda urvalskriterier. I bilaga 5 bifogas en lista över de exkluderade översiktsartiklarna, indelade efter om de publicerades före (N = 31) eller efter år 2002 (N = 34).

Originalartiklar

Efter urval av sammanfattningar, beställning av originalartiklar i fulltext och bedömning av vilka originalartiklar som uppfyllde urvalskriterierna valdes 13 originalartiklar ut: Antoinette, Iyengar och Puig-Antich (1990); Crosland, Cigales, Dunlap, Neff, Clark, Giddings och Blanco (2008); Dean, Duke, George och Scott (2007); Donovan, Plant, Peller, Siegel och Martin (2003b); Donovan, Siegel, Zera, Plant och Martin (2003a); Fowler (2006); Foxx (1998); Holstead, Lamond, Dalton, Horne och Crick (2010); Kalogjera, Bedi, Watson och Meyer (1989); Lebel, Stromberg, Duckworth, Kerzner, Goldstein, Weeks et al (2004); Lebel och Goldstein (2005); Singh, Singh, Davis, Latham och Ayers (1999) och Witte (2008).

I följande resultatredovisning behandlas Donovan et al (2003a) och Donovan et al (2003b) som en studie, eftersom den ena artikeln främst beskriver insatsen (Donovan et al, 2003a) och den andra främst beskriver utfallet (Donovan et al, 2003b). *Totalt sett bygger översiktens resultat därmed på 12 unika studier.* I resultatet fokuseras denna enhet, det vill säga studier, inte originalartiklar, om inget annat anges.

I fulltext var det 31 artiklar som granskades. Av dessa exkluderades 18 artiklar på grund av att de inte uppfyllde utvalda urvalskriterier. I bilaga 6 bifogas en lista över exkluderade originalartiklar, indelade efter den huvudsakliga orsaken till exklusion.

Trots försöket att homogenisera urvalet, genom tillämpning av de urvalskriterier som nämndes ovan, uppvisar studierna som helhet en relativt extrem variation längs flera dimensioner, särskilt gällande insatser, uppföljningstider, utfallsmått och presentation av olika sorters information om utvärderingen, som brukar betraktas som nödvändig för att bedöma en studies kvalitet¹⁷. Sådana omständigheter komplicerar möjligheterna att integrera och sammanfatta resultaten från enskilda studier i en systematisk översikt på ett enhetligt, konsekvent och lättöverskådligt sätt. Eftersom artiklarnas innehåll

¹⁷ Detta brukar kallas deskriptiv validitet och berör vilken information en vetenskaplig artikel innehåller: om den information som presenteras räcker för att värdera trovärdigheten i resultaten (Sundell, 2008).

var så varierande och kvaliteten på beskrivningarna i flera fall så bristfälliga, var det svårt att använda granskningsmallarna för att systematisera informationen. Till följd av detta gjordes en ny dataextraktion av originalartiklarna på en mer övergripande nivå. (Detta arbete utfördes huvudsakligen av en person, författaren.)

Inledningsvis fokuseras studiernas publikationsår, ursprungsländer och vårdkontexter. Därefter fokuseras studiernas innehåll efter populationer, utvärderingsmetoder, insatser och utfall. I bilaga 7 presenteras samtliga inkluderade insatser efter studie, kontext, population och utvärderingsmetod, inklusive uppföljningstid och utfall.

Publikationsår, ursprungsländer och vårdkontexter

Som framgår av kolumn 1, bilaga 7, är 1 studie publicerad under 1980-talet (Kalogjera et al, 1989), 3 under 1990-talet (Antoinette et al, 1990; Foxx, 1998; Singh et al, 1999) och 8 under 2000-talet (Crosland et al, 2008; Dean et al, 2007; Donovan et al, 2003a, b; Fowler, 2006; Holstead et al, 2010; Lebel et al, 2004; Lebel & Goldstein, 2005; Witte, 2008). Av 12 studier är 11 genomförda i USA (Antoinette et al, 1990; Crosland et al, 2008; Donovan et al, 2003a, b; Fowler, 2006; Foxx, 1998; Holstead et al, 2010; Kalogjera et al, 1989; Lebel, et al, 2004; Lebel & Goldstein, 2005; Singh et al, 1999; Witte, 2008) och 1 studie är genomförd i Australien (Dean et al, 2007).

Flertalet av studierna (7 av 12) är genomförda inom psykiatrisk slutenvård (Antoinette et al, 1990; Dean et al, 2007; Donovan et al, 2003a, b; Kalogjera et al, 1989; Lebel, et al, 2004; Lebel & Goldstein, 2005; Singh et al, 1999) och 4 av 12 studier är genomförda inom olika typer av vårdinrättningar som kan beskrivas som social institutionsvård (Crosland et al, 2008; Fowler, 2006; Foxx, 1998; Holstead et al, 2010). I en studie anges att psykiatrisk öppen-, sluten-, institutions- och missbruksvård bedrivs (Witte, 2008) (se kolumn 2, bilaga 7).

Populationer

I den mån det varit möjligt att sammanställa information, beskrivs antalet personer som ingår i respektive mätning samt stickprovets åldersintervall, könsfördelning och typ av problematik. Generellt sett varierar detaljnivån i enlighet med denna indelning i relativt hög grad mellan studier. Det finns till exempel studier där det är angivet hur många personer som ingår i respektive mätning, i vilka åldersgrupper och med vilken könsfördelning (se till exempel Dean et al, 2007; Donovan et al, 2003a, b), men det finns också studier där det enbart framgår att barn och ungdomar utgjorde populationen utan vidare beskrivning av deras antal, ålders- och könsfördelning (se till exempel Singh et al, 1999; Witte, 2008). Ambitionen att undersöka resultaten efter kön var därmed inte möjlig. Vidare anges i vissa fall relativt specificerade psykiatriska syndrom och/eller diagnoser för att beskriva populationernas problematik (se till exempel Donovan et al, 2003a, b; Foxx, 1998; LeBel & Goldstein, 2005), medan det i andra fall används mer generella och övergripande beteckningar för att beskriva den problematik som utmärker populationerna (Antoinette et al, 1990; Crosland et al, 2008; Dean et al, 2007; Fowler, 2006; Kalogjera et al, 1989; Singh et al, 1999). Exempel på uttryck som förekommer i dessa senare fall är allvarliga beteendestörningar och/eller problembeteenden, allvar-

liga emotionella störningar, beteendeproblem, aggressionsproblem, emotionella och psykologiska problem; impulsivt, explosivt, verbalt och fysiskt aggressivt beteende; extrem aggression och mycket störande beteende. I vissa fall förekommer angivelser både i form av psykiatriska diagnoser och mer övergripande beteckningar (Antoinette et al, 1990; Foxx, 1998; Holstead et al, 2010)¹⁸ (se kolumn 3, bilaga 7).

Utvärderingsmetoder, inklusive uppföljningstider

Samtliga studier kan beskrivas som observationsstudier eller fallstudier, det vill säga icke-experimentella utvärderingsstudier. I denna översikt kallas de utvärderingsmetoder som använts i samtliga identifierade studier för *institutionella före-eftermätningar utan jämförelsegrupp*. Med detta menas att hela avdelningen eller vårdinrättningen har exponerats för insatsen och att utvärderingen har skett på organisationsnivå, inte individnivå. Eftersom hela vårdinrättningen eller avdelningen exponerats för insatsen saknas jämförelsegrupp.

Uppföljningstiden mellan mätningarna i studierna – det vill säga den tid som förflutit mellan för- och eftermätningarna, och valts ut för efterhandsanalys – varierar också i stor utsträckning mellan studier: från en minimitid om cirka tre månader (Crosland et al, 2008) till en maximitid om cirka fyra år (Holstead et al, 2010). Den vanligast förekommande uppföljningstiden är cirka ett år (Donovan et al, 2003 a; b; Kalogjera et al, 1989; Singh et al, 1999; Witte, 2008) (se kolumn 4, bilaga 7).

Insatser

Totalt sett uppvisar studiernas insatser, det vill säga olika förändringar i syfte att förbygga eller reducera användningen av tvångsingripande åtgärder, en stor spännvidd. För att exemplifiera denna bredd erbjuds ungdomarna i en studie aromaterapi, vilket innebär att lukta på en bomullstuss med doftolja eller att få massage med doftolja som ett komplement eller alternativ till sin vid behovsmedicinering (Fowler, 2006). En annan studie beskriver en genomgripande strategisk insats genomdriven av Department of Mental Health i Massachusetts, omfattande samtliga barn- och ungdomspsykiatriska sjukhus (LeBel et al, 2004). Det exakta implementeringsinnehållet varierade dock mellan vårdinrättningarna (LeBel et al, 2004; LeBel & Goldstein, 2005).

¹⁸ Notera att populationerna i de studier som ingår i översikten alltid befinner sig någonstans inom åldersintervallet 12–21 år och inte är specifikt diagnostiserade med autism, schizofreni eller allvarlig mental retardation eller enbart uppvisade självskadebeteende, eftersom dessa avgränsningar utgjorde ett av översiktens urvalskriterier.

Ett sätt att beskriva variationerna på är att kalla dem *multimodala åtgärds paket*. Det vill säga att *de omfattar flera komponenter och/eller flera förändringar, ofta implementerade på flera organisationsnivåer samtidigt*. Det exakta innehållet, såsom antalet komponenter i åtgärds paketet och hur dessa implementerats, varierar från en studie till en annan. Vidare varierar detaljnivån i beskrivningen av åtgärds paketet i mycket hög utsträckning mellan studier. I flera fall förekommer underrapportering av information, vilket är en allvarlig kvalitetsbrist eftersom det förhindrar replikation (se även fotnot 15). I ett försök att "fånga" spännvidden och att systematisera insatsernas innehåll trots dessa brister, analyserades varje studies beskrivning av insatsen i form av kvalitativ innehållsanalys. I bilaga 8 presenteras nyckelfynd, teman och resultat, uppdelat efter studie. I detta avsnitt fokuseras teman och nyckelfynd. Resultatet av insatserna presenteras under avsnittet *Utfall*.

De 12 teman analysarbetet gav upphov till presenteras i stigande ordning, från de minst till de mest frekvent förekommande temana, efter antalet studier som inkluderade respektive tema. I denna översikt kallas de: (1) *Fysisk aktivitet*, (2) *Organisationsstruktur*, (3) *Patient/klientutbildning*, (4) *Fysisk miljö*, (5) *Alternativa metoder*, (6) *Förhållningsstrategi: delaktighet*, (7) *Förhållningsstrategi: relation*, (8) *Förhållningsstrategi: beteendemodifiering*, (9) *Dokumentation: patient/klient*, (10) *Förhållningsstrategi: autonomi*, (11) *Strategisk implementering* och (12) *Personalutbildning*.

Fysisk aktivitet

I Witte (2008) anges att ökad *fysisk aktivitet* och utomhusvistelse för patienterna utgjorde ett av inslagen i insatsen.

Organisationsstruktur

I Foxx (1998) anges att en tydligare *organisationsstruktur* infördes gällande arbetsuppgifter och ansvar för olika arbetsuppgifter uppdelat per skift (rollfördelning).

Patient/klientutbildning

I en studie framgår att programbaserad utbildning för patienter/klienter utgjorde en del av insatsen, ett tema som här kallas *patient/klientutbildning*. I Dean et al (2007) anges att ungdomarna fick träning i självkontroll, aggressionshantering och problemlösningstrategier.

Fysisk miljö

I Antoinette et al (1990) och Witte (2008) framgår att förändringar gjordes i den *fysiska miljön*. I Antoinette et al (1990) togs låsen bort från avskiljningsrummen. I Witte (2008) framgår att en del av insatsen var att initiera samarbete över yrkesgränserna där läkare, terapeuter och klientnära personal arbetade tillsammans som jämlikar. För att underlätta detta samarbete placerades klinikerna (läkare, terapeuter) i samma lokaler

som den klientnära personalen (sjuksköterskorna) och ungdomarna. Innan dess hade en mer hierarkisk ordning rått, där läkare och terapeuter arbetat i lokaler geografiskt avskilda från den dagliga verksamheten och enbart varit närvarande när kris uppstått. Vidare framgår i Witte (2008) att en del av avdelningen utformades till ett "lugnt område".

Alternativa metoder

I 2 studier tas insatser upp som kan sorteras in under ett tema som här kallas *alternativa metoder*. I Fowler (2006) erbjöds ungdomarna, som tidigare nämnts, att lukta på en bomullstuss med doftolja eller att få massage med doftoljor som alternativ eller komplement till sin vid behovsmedicinering eller i händelse av kris. I LeBel och Goldstein (2005) anges att mängden arbets- och husdjursterapi utökades.

Förhållningsstrategi: delaktighet

I flera studier framgår ett tema som här kallas *förhållningsstrategi: delaktighet*. I Foxx (1998) beskrivs att ett brukarråd tillsattes där ungdomarna flera gånger per vecka i en demokratisk process fick diskutera olika regler och problem på avdelningen samt positiva och negativa konsekvenser av olika beteenden. I den studien fick ungdomarna också delta i institutionens dagliga arbete, bland annat genom att inhandla och sälja varor som kunde köpas för de poäng ungdomarna tjänat in genom det individuellt anpassade teckenekonomisystem som infördes (utvecklas närmare nedan). Butiken på avdelningen drevs av ungdomarna själva.

I LeBel et al (2004) framgår att ungdomarnas deltagande, delaktighet och egenkontroll betonades. (Eftersom LeBel & Goldstein, 2005, är ett exempel på en vårdinrättning som omfattas av den strategiska insats som presenteras i LeBel et al, 2004, får man anta att dessa faktorer även betonas där). I Donovan et al (2003a, b) informerades den unge om att han eller hon utgör en del av miljön på avdelningen och att utagerande och/eller våldsamt beteende i den kontexten bryter mot de sociala normer som råder där. Där framgår också att ungdomarna fick vara mentorer för nyinskrivna patienter på avdelningen.

Förhållningsstrategi: relation

Flera författare beskriver också att insatsen syftade till att förbättra relationen mellan patienter/klienter och personal, ett tema som här benämns *förhållningsstrategi: relation*. I Donovan et al (2003a, b), LeBel et al (2004) och LeBel och Goldstein (2005) anges att fokus låg på "positiva relationer" mellan personal och ungdomar, till exempel genom att betona personalens roll som "coachande" (Donovan et al, 2003a, b) och genom att fokus låg på att förstärka ungdomarnas styrkor och resurser, inte på deras svagheter och sjukdomstillstånd, en inriktning författarna kallar "strength-based care" (LeBel et al, 2004; LeBel & Goldstein, 2005).

I Holstead et al (2010) beskrivs att personalens förståelse för ungdomarnas situation ökade genom att personal i samband med en utbildningsinsats fick pröva att själva bli föremål för en akut tvångsingripande åtgärd. I de efterföljande diskussionerna inbjöds ungdomar med erfarenhet av sådana åtgärder att delta och utbyta erfarenheter med personalen.

Förhållningsstrategi: beteendemodifiering

I 5 studier framgår att olika typer av insatser som kan inrymmas under temat *förhållningsstrategi: beteendemodifiering* ingick¹⁹. I Antoinette et al (1990) anges att ett enhetligt kriteriestyrt belönings- och förmånssystem infördes för att belöna ungdomarnas positiva beteenden. I Crosland et al (2008) och Dean et al (2007) anges att personal utbildats i olika föräldrautbildningsprogram som anpassats för klientnära personal. I Crosland et al (2008) framgår vidare att fokus låg på att lära ungdomarna önskvärda beteenden och ersätta deras problembeteenden genom tillämpning av olika proaktiva strategier. Sex verktyg användes i detta arbete ("stay close", "use reinforcement", "redirect", "redirect/use reinforcement", "pivot", "set expectations", "use a contract") med specifika procedurer kopplade till varje enskilt verktyg som personal fick lära sig att använda flexibelt i arbetet med ungdomarna, beroende på det beteende den unge uppvisade i varje enskild situation (för mer information om dessa verktyg och procedurer, se bilaga 1 i Crosland et al, 2008).

I Dean et al (2007) anges att positiva beteenden förstärktes genom verbal återkoppling, tokens ("sticker charts") och förmåner. Negativa beteenden bemöttes genom att i första hand bemöta den unge med den minst restriktiva nivån av åtgärder och i sista hand med den mest restriktiva nivån av åtgärder (jämför "continuum of restrictive interventions" som togs upp i inledningen av denna rapport, AACAP, 2002).

I Foxx (1998) identifierades först varje ungdoms styrkor, svagheter och förstärkningspreferenser genom en beteendeanalys utförd av en tvärdisciplinär arbetsgrupp. Därefter infördes ett teckenekonomisystem som var individuellt anpassat för varje enskild ungdom. Ett poängsystem infördes för önskvärt och icke-önskvärt beteende. Prosocialt beteende uppmärksammades med positiva konsekvenser. Icke-önskvärt beteende hanterades genom exkluderande "time-out", responskostnader och bötfällning. Med de poäng ungdomarna tjänat in kunde de köpa olika saker och/eller aktiviteter, bland annat i den butik de själva drev på avdelningen. Fokus på beteendemodifieringsprinciper framgår också i Singh (1999).

Dokumentation: patient/klient

I 7 studier framgår att personalen arbetade mycket aktivt med att förbättra dokumentationen av patienterna/klienterna, ett tema som här kallas *dokumentation: patient/klient*.

¹⁹ Notera att begreppet beteendemodifiering här främst avser olika tekniker som kan betraktas som relativt "renodlat beteendeinriktade", till exempel positiv förstärkning och teckenekonomi, inte mer kognitivt inriktade tekniker som problemlösning. Sådana tekniker tas upp i samband med två andra teman, patientutbildning och förhållningsstrategi: autonomi.

I 4 studier är en central del av denna insats att utarbeta individualiserade vård- och/eller krispreventionsplaner²⁰ (Dean et al, 2007; Holstead et al, 2010; LeBel et al, 2004; LeBel & Goldstein, 2005). Ett led i detta arbete var att redan vid inskrivning samtala med ungdomen och hans/hennes anhöriga om faktorer som kunde utlösa aggression och våld hos den unge²¹. I LeBel et al (2004) och LeBel och Goldstein (2005) fick den unge och hans/hennes anhöriga även vara med och besluta om vilken sorts tvångs-ingripande åtgärd personalen skulle använda om en situation som fordrade detta skulle uppstå. Uppgifterna fördes därefter in av personalen i den unges individuella vård- och/eller krispreventionsplan.

Den beteendeanalys som gjordes av enskilda ungdomar i Foxx (1998), och som nämndes ovan, ledde också fram till identifikation av faktorer som kunde utlösa aggression och våld hos den unge. I samband med varje skift dokumenterade personal som blivit tilldelade den uppgiften (jämför *Organisationsstruktur* ovan) noggrant varje enskild ungdoms beteende.

I Kalogjera et al (1989) utbildas personal i att använda ett särskilt protokoll, "Therapeutic Management", som innebär att utagerande beteende delas in i fyra faser av alltmer våldsamt beteende (utvecklas närmare nedan). Där betonas att personalen noga dokumenterade den unges specifika beteende under respektive fas, till exempel exakt vad som sagts, vad som hade hänt innan situationen uppstod och vilka åtgärder personalen prövat innan eventuella tvångsåtgärder sattes in. När en ungdom befann sig i kris dokumenterade personalen sina observationer och uppdaterade eventuella förändringar i procedurerna minst var 15:e minut.

I Holstead et al (2010) och Kalogjera et al (1989) används även informationen som framkommer under debriefingen (uppföljningssamtal) efter att en akut tvångs-ingripande åtgärd avslutats, dels genom samtal med den unge (Holstead et al, 2010; Kalogjera et al, 1989), dels genom samtal med personal (Holstead et al, 2010), för att identifiera eventuella nya utlösande faktorer som framkommit i samband med incidenten och därigenom kan utgöra underlag för uppdatering av den unges krispreventionsplan. I Kalogjera et al (1989) fördes två samtal med den unge, dels inom en timme efter att tvångsåtgärden avslutats, dels inom 24 timmar efter att åtgärden avslutats. Under dessa samtal utforskades även alternativ till att den unge "förlorade kontrollen".

I Witte (2008) nämns att ungdomarnas vård- och/eller krispreventionsplaner utvärderades och reviderades minst en gång per dygn – dels genom samtal med patienten, dels genom samtal med personal inom arbetslaget. När ungdomar befann sig i kris kunde planerna reviderades flera gånger per dygn.

Förhållningsstrategi: autonomi

I 7 studier framgår att olika typer av insatser som kan inrymmas under temat *förhållningsstrategi: autonomi* ingick. I detta tema ingår olika typer av insatser som innebär

²⁰ En krispreventionsplan utgör vanligtvis en del av en vårdplan som (av naturliga skäl) är mer omfattande.

²¹ I LeBel et al (2004) och LeBel och Goldstein (2005) används ett särskilt verktyg, "Safety Tool", för att identifiera dessa faktorer (se <http://www.mass.gov/dmh>).

att personal genom sin kommunikation med ungdomarna gör dem uppmärksamma på och successivt lär dem att själva få kontroll över sina aggressiva och våldsamma beteenden, vilket främjar ungdomarnas autonomi. Detta kan ske genom att personal uppmuntrar den unge att förändra sitt beteende när han eller hon uppvisar tecken på utagerande beteende, gör den unge medveten om hur hans/hennes beteende påverkar de andra på avdelningen och förmedlar till den unge att han/hon genom sitt beteende delvis är ansvarig för hur det fortsatta förloppet kan komma att utvecklas. I detta tema ingår också olika kognitiva tekniker, såsom problemlösning, användning av humor, flexibilitet, distraktion, förväntningar och så kallade kontrakt samt olika kognitivt beteendearikade program (till exempel ART) eftersom den unges autonomi och egenkontroll på olika sätt uppmuntras och främjas (Crosland et al, 2008; Dean et al, 2007; Donovan et al, 2003a, b; Kalogjera et al, 1989; LeBel et al, 2004, LeBel & Goldstein, 2005; Witte, 2008). Nedan anges några ytterligare exempel på autonomiförstärkande åtgärder.

I Kalogjera et al (1989) informerade personal den unge om att han/hon höll på att förlora kontrollen och att beteendet påverkade andra negativt (under fas 1 och 2, utvecklas nedan). Därigenom menar författarna att den unge gavs möjligheten att lära sig hantera sina känslor verbalt och genom förhandling i stället för att bete sig utagerande. Så fort en tvångsåtgärd påbörjats informerades den unge om att åtgärden skulle avslutas så fort den unge hade återfått kontrollen under exempelvis minst 15 minuter.

Strategisk implementering

I 8 studier tas olika insatser upp som kan benämnas *strategisk implementering*. I flera studier framgår att data om tvångsingripande åtgärder insamlats och använts för återkoppling i olika sammanhang i syfte att förbättra vården. I Donovan et al (2003a, b) tillsattes en utvecklingskommitté som bestod av administratörer och företrädare för olika organisationskulturer inom sjukhuset. Antalet avskiljningar och andra tvångsingripande åtgärder övervakades och jämfördes därefter mellan avdelningar, med sjukhusets interna mål och med andra sjukhus. Återkoppling till personalen skedde kontinuerligt, bland annat genom att medlemmar ur den tvärdisciplinära utvecklingskommittén besökte dem på avdelningarna och gav dem handledning, förstärkning och stöd. Vidare installerades särskilda instrumentbrädor i personalrummen på respektive avdelning, så att personalen på ett lättillgängligt sätt kunde följa den aktuella statistiken över antalet tvångsingripande åtgärder på avdelningen.

I Foxx (1998) tillsattes en intern och extern grupp, vars uppgifter bestod i att bevaka patienternas rättigheter. Rapporter om varje patients beteende, medicinering och antalet gånger ungdomen blivit föremål för en tvångsingripande åtgärd skickades månadsvis för granskning till den externa kommittén och till ledningen.

I Holstead et al (2010) tillsattes ett kvalitetsråd, bestående av bland annat administratörer, chefer och klientnära personal som tillsammans bevakade att institutionens mål uppfylldes. Centralt i arbetet var övervakning av kvaliteten på dokumentationen om tvångsingripande åtgärder, månadsvisa utvärderingar av måluppfyllelsen och att anhöriga hade inflytande över vården. Även en reduktionskommitté tillsattes, bestående av chefer och administratörer. De träffades veckovis, då de utvecklade och besl-

tade om grundprinciper och procedurer ("Restraint policy and procedures") såsom att varje ungdom skulle få debriefing efter en tvångs-ingripande åtgärd. De arbetade också med kraven på dokumentationens innehåll, säkerhetsföreskrifter vid tvångs-ingripande insatser och innehållet i personalutbildningsinsatserna. Granskning av eventuella mönster i användningen av tvångsåtgärderna gjordes också i samband med veckovisa personalmöten.

I Kalogjera et al (1989) granskades personalens dokumentation av såväl ledningen som av en särskild kommitté/tillsynsenhet. Dessa följde regelbundet upp mönster i användningen av tvångsåtgärder och framförde rekommendationer om eventuella justeringar i åtgärdspaketet.

I LeBel et al (2004) presenteras en rad olika exempel på strategisk implementering. Departementet som initierade den nya strategin besökte sjukhusen regelbundet, gav dem stöd och hjälp att utforma handlingsplaner i syfte att nå reduktionsmålen, hade löpande telefonkontakt med dem och anordnade konferenser. Vid så kallade "roundtable discussions" och "best practice"-konferenser fick vårdgivarna möjlighet att dela med sig av varandras erfarenheter. Därutöver utgjorde uppföljningsdata och enhetsspecifika kvantitativa data en central del av insatsen (LeBel et al, 2004; LeBel & Goldstein, 2005).

I Singh et al (1999) sattes tydliga mål upp för hur mycket de tvångs-ingripande insatserna skulle reduceras kvartal för kvartal under en 12-månadersperiod, vilka därefter följdes upp genom kvartalsrapportering. I Witte (2008) utgjorde bevakning av data över användningen av tvångs-ingripande åtgärder en viktig del av framgången med insatsen, eftersom detta möjliggjorde identifikation av områden som behövde förändras. Vidare beskrivs att en tvärdisciplinär arbetsgrupp ("task force") tillsattes som bestod av representanter från olika ledningsnivåer och yrkeskategorier på sjukhuset. Tillsammans tog gruppen fram olika förslag på lösningar, i syfte att minska användningen av tvångs-ingripande åtgärder. Gruppens medlemmar fungerade också som förebilder när den nya satsningen implementerades.

Personalutbildning

Personalutbildning utgör ett centralt och återkommande tema i majoriteten av studierna, men det specifika innehållet i utbildningspaketet (vad som lärs ut) och hur förmedlingen av kunskapen sker (hur det lärs ut) skiljer sig ofta åt. I Crosland et al (2008) och Dean et al (2007) utbildas personal, som tidigare nämnts, i föräldrautbildningsprogram som anpassats för klientnära personal. I Dean et al (2007) utbildas personal främst i att använda enhetliga preventions- och interventionsverktyg samt förhållningssätt i arbetet med ungdomarna. I första hand innebär detta fokus på prevention och tidig insats, tydlig krisprevention och intervention samt individuell hantering av aggressivt beteende²².

²² Crosland et als personalutbildningsinsats har beskrivits tidigare under temat förhållningsstrategi: betenedemodifiering.

I Fowler (2006) utbildas personal i klinisk aromaterapi, inklusive dess historia, kopplingar till lukt- och limbiska systemet, behandlingssyfte, sidoeffekter av olika doftoljor och massageteknik.

I Foxx (1998) fick personal efter införandet av det individuellt utformade teckenekonomisystemet kontinuerligt stöd "på golvet" av två beteendeanalytiker genom modellering, instruktioner och återkoppling. Stöd till den klientnära personalen av en beteendeanalytiker finns också med i Singh et al (2008).

I Holstead (2010) fick personal utbildning i verbal deeskalering (denna beteendeteknik betonas också i LeBel et al, 2004; LeBel & Goldstein, 2005 och Witte, 2008). Men även genom att ett expertteam, som hade specialutbildats i denna teknik, kunde finnas på plats på avdelningen inom tre minuter dygnet runt. Expertteamet var också särskilt utbildade i olika fysiska tekniker, exempelvis säkra grepp vid fysisk fasthållning. Deras uppgifter bestod i att ge personalen direktiv och fortlöpande handledningsstöd "på golvet" och att fatta beslut om tvångsingripande åtgärder samt iscensätta dem. Expertteamets certifiering omprövades var tredje månad. Omprövning av den klientnära personalens verbala deeskaleringstekniker gjordes var sjätte månad. I Witte (2008) framgår också att ledningen satsade på utbildning av personalens verbala färdigheter, eftersom den tvärdisciplinära arbetsgruppen hade pekat ut detta som ett utvecklingsområde.

En annan del av satsningen i Holstead (2010) var att all personal fick utbildning i egenreflektion för att medvetandegöra sina egna reaktioner och känslor i samband med kritiska situationer. Det visade sig dessutom med tiden att den klientnära personal som hade bäst förmåga att reflektera över sina egna upplevelser också var mest lyhörda för reduktion av tvångsingripande åtgärder.

I Kalogjera et al (1989) utbildas personal i att använda ett särskilt protokoll, "Therapeutic Management", som innebär att utagerande beteende delades in i fyra faser av alltmer aggressivt och våldsamt beteende. Fas 1 kallas den verbala fasen (engelska "verbal stage"), fas 2 den motoriska fasen (engelska "motor stage"), fas 3 fasen som kännetecknas av förstörelse av inredning (engelska "property-damage stage") och fas 4 attackfasen (engelska "attack stage"). Personal får lära sig att använda standardiserade fas-specifika procedurer för att få kontroll över den unges beteende. Grundtanken med protokollet är att personal genom att lära sig identifiera faser ska kunna ingripa snabbt, i händelse av uppvisande av utagerande beteende. Därigenom ska de kunna häva potentiellt eskalerande våldssituationer innan tvångsingripande åtgärder behöver sättas in.

Utfall

Utfallsmåtten som presenteras i kolumn 5, bilaga 7, består i vissa fall av ett urval med störst betydelse för syftet med denna översikt. Det vill säga mått som är relaterade till akuta tvångsingripande åtgärder, till våld i vårdmiljön och som rör den åldersgrupp denna översikt fokuserar på. Trots detta försök till "homogenisering", uppvisar även utfallsmåtten i studierna en mycket stor variation. Totalt sett redovisas 60 utfallsmått i 12 studier, varav 58 är unika. Endast ett utfall påträffades två gånger, nämligen antalet gånger vid behovsmedicinering getts (se kolumn 5, bilaga 7). Denna omständighet, att

utfallsmåtten skiljer sig så mycket åt, komplicerar givetvis jämförelser av studiernas resultat. Om en studie exempelvis mäter antal minuter i avskiljning och en annan mäter antal patienter/klienter som avskiljs så säger ju det sig självt att de inte mäter samma sak. Om man till detta lägger att de har olika uppföljningstider (redovisades under avsnittet *Utvärderingsmetoder*), så försvåras meningsfulla jämförelser ytterligare. Den ena studien mäter exempelvis minuter i avskiljning under ett år medan den andra studien mäter antalet patienter/klienter som avskiljts under ett kvartal.

I kolumn 5, bilaga 7, har typen av förändring angetts för varje utfallsmått, det vill säga om det skedde en *ökning* (angivet med ett +), *minskning* (angivet med ett -) eller *ingen förändring* (angivet med nolla). Vidare anges inom parentes om resultatet på varje enskilt utfallsmått har signifikansprövats eller inte.

Av 12 studier saknar 7 statistisk signifikansprövning av sambanden mellan för- och eftermätning. Detta gäller Crosland et al (2008), Foxx (1998), Holstead et al (2010), LeBel et al (2004); LeBel och Goldstein (2005), Singh et al (1999) och Witte (2008). I några av de resterande studierna saknas signifikansprövning av vissa resultat, men inte av andra (Antoinette et al, 1990; Donovan et al, 2003a, b). De studier som signifikansprövat sina resultat var därmed 5 av 12, nämligen Antoinette et al (1990) (vissa mått), Dean et al (2008), Donovan et al (2003a, b) (vissa mått), Fowler (2006) och Kalogjera et al (1989). I det följande fokuseras de signifikansprövade resultaten i dessa 5 studier.

Studier med signifikansprövade resultat

I Antoinette et al (1990) där låsen togs bort från avskiljningsrummen och ett enhetligt, kriteriestyrt belöningsystem infördes, påvisades en statistiskt signifikant *ökning* av 1) antalet avskiljningar per dag och 2) antalet doser vid behovsmedicinering per dag.

I Dean et al (2008), där ett omfattande multimodalt åtgärds paket infördes, kunde signifikanta *minskningar* påvisas på 4 av 11 utfallsmått: 1) antalet aggressiva incidenter, 2) antalet skador på patienter och personal, 3) antalet episoder av fysisk fasthållning och 4) tid i låst rum. Övriga utfallsmått (7 av 11) uppvisade *ingen förändring*: 5) antalet gånger säkerhetspersonal behövde tillkallas, 6) antalet episoder av avskiljning, 7) antalet episoder av någon form av låst isolering (avskiljning och låst "time out")²³, 8) andelen patienter som fick lugnande vid behovsmedicinering, 9) sjukskrivning i timmar, 10) HoNOSCA (The Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents²⁴) och 11) användning av inhyrd personal (i timmar).

²³ Låst "time-out" var den tvångs ingripande åtgärd som var tillåten att använda på patienter under 13 år.

Först var "time-out"-rummet olåst men om barnet fortsatte att göra motstånd låstes rummet. I praktiken skiljer sig således inte låst "time-out" från avskiljning (se Mason, 1992), men författarna valde att kalla det så för att göra personalen uppmärksam på att en förändring av rutinerna skett jämfört med tidigare, det vill säga när dörren till rummet låstes direkt.

²⁴ HoNOSCA beskrivs i studien som ett kortfattat kliniskt bedömningsinstrument, konstruerat att mäta allvarlighetsgrad gällande emotionella och beteendemässiga problem.

I Donovan et al (2003a, b), som också bestod av ett omfattande multimodalt åtgärds-paket, kunde signifikanta *minskningar* påvisas i 1) antalet minuter i "restraints"²⁵. Signifikanta *ökningar* kunde påvisas i 2) antalet patientskador (kvartalsvis) och 3) antalet administreringar av vid behovsmedicinering (kvartalsvis). Övriga signifikansprövade variabler var *oförändrade*: 4) antal minuter i avskiljning och 5) antalet personalskador (kvartalsvis).

I Fowler (2006), där ungdomar erbjuds att lukta på en bomullstuss med doftolja eller att få massage med doftoljor som alternativ eller komplement till sin vid behovsmedicinering, inträffade *ingen förändring* mellan för- och eftermätningen på något av utfallsmåtten, det vill säga varken i 1) antalet episoder i avskiljning och "restraints"²⁶ eller 2) antalet gånger vid behovsmedicinering administrerats.

I Kalogjera et al (1989) som också bestod av ett multimodalt åtgärds paket kunde signifikanta *minskningar* påvisas på samtliga tre utfallsmått: 1) antalet minuter i avskiljning och/eller fastspänning, 2) antalet episoder av avskiljning och/eller fastspänning och 3) antalet patienter som avskilts och/eller fastspänts.

På en aggregerad nivå, över de fem studier som innehöll signifikansprövade resultat, *ökade* antalet avskiljningar per dag, antalet doser vid behovsmedicinering per dag, antalet patientskador (kvartalsvis), antalet administreringar av vid behovsmedicinering (kvartalsvis) (4 av 23 utfall), *minskade* antalet aggressiva incidenter, antalet skador på patienter och personal, antalet episoder av fysisk fasthållning, tid i låst rum, antalet minuter i "restraints" (typ ospecificerad), antalet minuter i avskiljning och/eller fastspänning, antalet episoder av avskiljning och/eller fastspänning, antalet patienter som avskilts och/eller fastspänts (8 av 23 utfall) och *förändrades inte* antalet gånger säkerhetspersonal behövde tillkallas, antalet episoder av avskiljning, antalet episoder av någon form av låst isolering (avskiljning och låst "time-out"), andelen patienter som fick lugnande vid behovsmedicinering, sjukskrivning i timmar, HoNOSCA (The Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) (instrument som mäter allvarlighetsgrad gällande emotionella och beteendemässiga problem), användning av inhyrd personal (i timmar), antal minuter i avskiljning, antalet personalskador (kvartalsvis), antalet episoder i avskiljning och "restraints" (ospecificerad), antalet gånger vid behovsmedicinering administrerats (11 av 23).

Det finns också andra avrapporterade resultat i studierna, men resultaten i dessa har inte signifikansprövats. Crosland et al (2008) redovisar minskad användning av olika tvångsingripande åtgärder, exempelvis antal fysiska fasthållningar mot golvet, antal avskiljningar och fastspänning. Däremot redovisas ingen förändring av användningen av "time-out" och ökad användning av "björnkram".

²⁵ Författarna definierar inte vad de menar med detta begrepp, så det kan avse fysisk fasthållning, fastspänning eller tvångsmedicinering, men sannolikt avses någon av de två förstnämnda åtgärderna eftersom tvångsmedicinering är svår att fastställa i antal minuter.

²⁶ Författaren definierar inte vad "restraints" innebär.

Studier utan signifikansprövade resultat

I Foxx (1998) redovisas endast minskningar, exempelvis av antal gånger fastspänning använts, antal ungdomar som fastspänts och procentandel ungdomar som fick tvångsmedicinering, antal krossade fönster, antal ungdomar som krossade fönster och antal ungdomar som fått vid behovsmedicinering.

Även Holstead et al (2010) och LeBel et al (2004) redovisar enbart minskningar. I Holstead et al (2010) minskar exempelvis antal "restraints"²⁷, antal minuter personal ägnar sig åt "restraint"-episoder, personalskador i genomsnitt/personal och år och antal klientskador till följd av "restraints". I LeBel et al (2004) minskar antalet episoder av avskiljningar och fastspänning/1 000 patientdagar och antalet timmar i avskiljning och fastspänning.

För mer information om icke-signifikansprövade resultat i de studier som identifierades i översikten, se kolumn 5, bilaga 7 och kolumn 4, tabell 1.

²⁷ Författarna definierar inte vad "restraints" innebär.

Diskussion

Syftet med denna systematiska översikt är att belysa kunskapsläget om olika insatser för att minska avskiljningar och andra akuta tvångsingripande åtgärder med relevans för SiS ungdomsvård. I inledningen ställdes tre frågor: 1) Finns det insatser med relevans för SiS ungdomsvård som har visat sig minska användningen av avskiljningar och andra akuta tvångsingripande åtgärder? 2) Vad består dessa insatser av? 3) Vilka utfall är de associerade med? Efter systematisk genomgång av 6 391 översikts- och originalartiklar identifierades 12 studier som uppfyllde urvalskriterierna.

Som helhet visar de 12 studierna att det finns en rad olika försök att minska avskiljningar och andra tvångsingripande åtgärder inom olika typer av vårdinrättningar för unga med utagerandeproblematik. Ett sätt att beskriva dem är att kalla dem multimodala åtgärdspaket, vilket betyder att de omfattar multipla komponenter och/eller flera förändringar, ofta implementerade på flera organisationsnivåer samtidigt. I ett försök att "fånga" denna spännvidd och försöka systematisera insatsernas innehåll, analyserades varje studies beskrivning av insatsen genom kvalitativ innehållsanalys. Analysarbetet gav upphov till 12 olika teman: fysisk aktivitet, organisationsstruktur, patient/klientutbildning, fysisk miljö, alternativa metoder; förhållningsstrategi: delaktighet; förhållningsstrategi: relation; förhållningsstrategi: beteendemodifiering; dokumentation: patient/klient; förhållningsstrategi: autonomi; strategisk implementering och personalutbildning.

Personalutbildning återkom som ett centralt tema i de flesta studier och ett intressant exempel presenterades i en studie av Kalogjera et al (1989) där personal fick träning i att kartlägga utagerande beteende i fyra olika faser. Fas 1 kallades den verbala fasen (engelska "verbal stage"), fas 2 den motoriska fasen (engelska "motor stage"), fas 3 fasen som kännetecknades av förstörelse av inredning (engelska "property-damage stage") och fas 4 attackfasen (engelska "attack stage"). Personalen fick lära sig att använda standardiserade fas-specifika procedurer för att försöka få kontroll över den unges beteende. Syftet var att snabbt kunna ingripa i händelser av utagerande beteende.

När de signifikansprövade utfallsmåtten som presenterats i fem av studierna granskades och grupperades efter typ av förändring (ökning, minskning och ingen förändring) kunde följande mönster utläsas på aggregerad nivå: 4 av 23 utfall *ökade* (antalet avskiljningar per dag, antalet doser vid behovsmedicinering per dag, antalet patientskador kvartalsvis, antalet administreringar av vid behovsmedicinering kvartalsvis, 8 av 23 utfall *minskade* (antalet aggressiva incidenter, antalet skador på patienter och personal, antalet episoder av fysisk fasthållning, tid i låst rum, antalet minuter i "restraints" (typ ospecificerad), antalet minuter i avskiljning och/eller fastspänning, antalet episoder av avskiljning och/eller fastspänning, antalet patienter som avskilts

och/eller fastspänts) och 11 av 23 utfall *förändrades inte* (antalet gånger säkerhetspersonal behövde tillkallas, antalet episoder av avskiljning, antalet episoder av någon form av låst isolering (avskiljning och låst "time-out"), andelen patienter som fick lugnande vid behovsmedicinering, sjukskrivning i timmar, HoNOSCA (ett instrument som mäter allvarlighetsgrad gällande emotionella och beteendemässiga problem), användning av inhyrd personal (i timmar), antal minuter i avskiljning, antalet personalskador (kvartalsvis), antalet episoder i avskiljning och "restraints" (typ ospecificerad), antalet gånger vid behovsmedicinering administrerats). Övriga studier redovisade inte signifikansprövade resultat, men beskrev huvudsakligen minskningar (se bilaga 7).

Det kan, för det första, konstateras att det vetenskapliga underlaget är skevt. Av 12 studier är 11 genomförda i USA, och huvuddelen av dessa studier (7 av 12) är genomförda inom psykiatrisk slutenvård. Därmed försvåras möjligheterna att uttala sig om studiernas generaliserbarhet till svenska förhållanden och till SiS ungdomsvård. Det kan till exempel finnas betydande skillnader mellan länderna när det gäller lagstiftning och praxis avseende den målgrupp som i Sverige blir föremål för institutionsvård på SiS särskilda ungdomshem. Översiktens resultat kan dock utgöra grund för framtida forskningsstudier. Det kan emellertid fastslås att ungdomar med utagerandeproblematik, som i vissa fall tycks fordra akuta tvångsingripande åtgärder, verkar vara ett återkommande problem.

Det kan, för det andra, konstateras att det vetenskapliga underlaget är mycket heterogent. Resultatet visar visserligen att det finns en rad hoppningivande försök att minska akuta tvångsingripande åtgärder inom olika typer av vårdinrättningar för unga med utagerandeproblematik, men åtgärderna (eller snarare åtgärdspaketet) är mycket skiftande till sitt innehåll. Det kan således konstateras att det i dagsläget saknas systematisk kunskap om vilken eller vilka komponenter sådana förebyggande åtgärdspaket bör innehålla.

Översiktens främsta resultat är tematiseringen av de identifierade studiernas förebyggande insatser. Dessa 12 teman kan förslagsvis användas i ett fortsatt forsknings- och utvecklingsarbete, inte bara inom SiS utan även inom andra vårdinrättningar, till exempel psykiatrisk slutenvård för unga, som vill förebygga användning av akuta tvångsingripande åtgärder.

Som vi har sett är det inte bara insatserna i det vetenskapliga underlaget som är heterogena. Även utfallsmåtten och redovisningen av studiernas resultat är mycket skiftande. Totalt sett påträffades 58 unika utfallsmått i 12 studier. I detta sammanhang är uttrycket "unik" ingen fördel utan snarare en nackdel. Det understryker behovet av konsensus inom forskningsområdet med avseende på vilka utfall som är viktiga att mäta.

Vidare prövas inte sambanden mellan insatser och utfall statistiskt i majoriteten av studierna (och ett av grundvillkoren för slutsatser om orsaksrelationer brukar anses vara att det finns ett statistiskt säkerställt samband mellan förmodad orsak och effekt). I de fåtal fall så gjorts (5 av 12 studier) är det ändå inte möjligt att dra några säkra slutsatser, främst på grund av att samtliga identifierade insatser har utvärderats med så kallad institutionell före-eftermätning. Med sådana utvärderingsmetoder är det inte

möjligt att uttala sig om orsakssamband. Till det krävs bland annat en kontrollgrupp som inte får del av insatsen.

De resultat som redovisas i de identifierade studierna kan därmed bero på helt andra faktorer än insatserna som implementerats inom vårdinrättningarna, till exempel vetskapen om att ledningen har önskemål om reduktion av tvångsåtgärderna. En återkommande utgångspunkt för såväl initiativen och studierna är en uttalad politisk vilja att minska avskiljningar och andra akuta tvångsingripande åtgärder. Det kan ha påverkat genomförandet och studierna i och med att det har funnits en stark tro eller vilja att uppnå vissa resultat.

Slutsatsen är att studierna som ingår i denna systematiska översikt som helhet innehåller så stora metodologiska brister, att det i dagsläget inte går att besvara frågan om det går att minska avskiljningar och andra akuta tvångsingripande åtgärder inom vård av unga med utagerandeproblematik. Motsvarande synpunkter har också framförts av flera andra forskare i översiktsartiklar som undersökt insatser som syftar till att reducera motsvarande åtgärder inom vården för vuxna:

The assessment of the effectiveness of these programmes to prevent seclusion and restraint is hampered by the lack of parallel control groups /.../ uncontrolled studies report success of programmes that reduce the use of coercion, but the overall evidence base for preventive programmes is weak (Sailas & Wahlbeck, 2005, sidan 558).

Systematic reviews of seclusion and restraint reduction programmes have reported "no evidence" for or against such programmes (Sailas & Fenton, 2000; Sailas & Wahlbeck, 2005). This is because the evaluations have generally been uncontrolled case reports, rather than randomized controlled trials (Scanlan, 2010, sidan 413).

The methodological criticisms of work in this area continue to be valid, with only one very recent study (Needham, 2004) meeting the criteria for a randomized controlled trial, and most of the others either prospectively observing changes in a single environment following the introduction of a new initiative, or just opportunistically relying post hoc on associations between observed reductions and ongoing service changes (Whittington, Baskind, & Paterson, 2006, sidan 162).

Metodologiska styrkor och svagheter i översikten

En begränsning i arbetet med denna översikt är att huvuddelen av arbetet med litteratursökningar, urval, tabellering, analyser och tolkning av resultat, har genomförts av en person (författaren), vilket generellt inte rekommenderas vid arbete med systematiska översikter (SBU, 2011). Riskerna med ett sådant förfarande är till exempel att studier som borde ha ingått i urvalet kan ha missats eller att information som borde ha extraherats inte kommit med. Särskilt stor är denna risk när forskningsområdet är så omfattande och komplext som här.

Samtidigt har riskerna för missar försökt minimeras genom att sökstrategier, urval och delresultat av arbetet med översikten löpande har presenterats och diskuterats med projektledaren och i olika referens- och arbetsgrupper.

En annan begränsning med översikten, som dock också kan betraktas som dess främsta styrka beroende på vilket vetenskapsteoretiskt perspektiv man anlägger, är att enbart originalartiklar med kvantitativa utfallsmått ingick i urvalet. Orsaken till att detta urvalskriterium valdes var att öka möjligheterna att kunna generalisera resultatet av översikten till SiS ungdomsvård. Eftersom dessa möjligheter ändå visade sig vara begränsade, på grund av validitetsproblem i det vetenskapliga underlaget, skulle detta urvalskriterium nog ha kunnat ändras till att även innefatta kvalitativa studier. Ett förslag till framtida forskning är att översiktens resultat kompletteras med de originalstudier som påträffades men som inte innehöll kvantitativa utfallsmått (se bilaga 6).

Översiktens resultat kopplat till en evidensbaserad praktik

Resultatet av en systematisk översikt beskriver bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap (evidens) avseende en eller flera specificerade frågeställningar och är en av fyra väsentliga komponenter i EBP, det vill säga evidensbaserad praktik. EBP är en praktik som grundar sig på integrering av fyra faktorer: 1) den berörda personens önskemål (i detta fall ungdomen på ett särskilt ungdomshem), 2) den berörda personens situation och kontextuella förutsättningar, 3) bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap och 4) professionell expertis. EBP har beskrivits grafiskt i form av fyra överlappande cirklar, där den professionella kompetensen integrerar informationen från de tre andra källorna (Sundell, 2011).

Evidens, eller bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap, räcker alltså inte utan behöver kompletteras med information om ungdomens unika omständigheter, behov och begär, faktorer i den unges kontext som möjliggör och begränsar, vilka i sin tur ofta beror på samhälleliga faktorer, samt den professionelles kompetens. "När det inte finns någon kunskap eller det vetenskapliga underlaget är bräckligt eller tve tydigt väger den hjälpbehövandes egna önskemål tungt, enligt EBP (såvida inte lagstiftningen säger något annat)" (Sundell, 2011).

Som resultatet av denna systematiska översikt visar, är det vetenskapliga underlaget mycket tunt (svagt evidensläge), när det gäller förebyggande insatser i syfte att minska avskiljningar och andra akuta tvångs ingripande åtgärder inom vård av unga med utagerandeproblematik. Det talar för att de ungas röst inom SiS ungdomsvård avseende denna frågeställning bör lyftas fram. Under år 2011 har så skett inom SiS, i form av fokusgrupper om särskilda befogenheter med bland annat ungdomar på SiS särskilda ungdomshem. Syftet med fokusgrupperna har varit att bidra med kunskap om hur de särskilda befogenheterna, enligt ungdomar och klienter, kan tillämpas på bästa sätt, med respekt och hänsyn till integritet (Plan för genomförande av fokusgrupper, Statens institutionsstyrelse, 2011). Avsikten är att resultatet av fokusgrupperna ska

kunna användas i ett fortsatt forsknings- och utvecklingsarbete inom SiS, exempelvis för att ge uppslag till vad en personalutbildningsinsats i syfte att minska avskiljningar bör innehålla, utöver dem som har identifierats i denna översikt.

Förslag till fortsatt forskning och utveckling inom SiS

En systematisk översikt blir inte bättre än det vetenskapliga underlag den baseras på och i detta fall är det vetenskapliga underlaget generellt sett av mycket låg kvalitet. Trots det kan bästa vetenskapliga kunskapsläge beskrivas, vilket gjorts i denna rapport. Det enda som kan göras för att råda bot på de metodologiska brister som identifierades är emellertid att genomföra bättre studier och av högre kvalitet än dem som hittills gjorts. SiS som huvudman för ett tjugotal särskilda ungdomshem i Sverige, med lagstadgad rätt att under vissa omständigheter använda särskilda befogenheter, har unika möjligheter att bidra med sådan kunskap. Förslagsvis bör således SiS gå i täten för en sådan satsning i Sverige. I det följande ges ett förslag på hur ett sådant engagemang skulle kunna gå till.

Det finns olika sätt att dela upp de nyckelfynd och teman som framkom ur den kvalitativa innehållsanalysen. En uppdelning kan göras utifrån var i en specifik vårdorganisation det huvudsakliga arbetet med åtgärderna sker. Här kan man urskilja tre nivåer: 1) den nivå som berör personerna som vårdas i systemet (klienterna/ungdomarna), 2) den nivå som berör personalen som arbetar närmast ungdomarna (den klientnära personalen) och 3) den nivå som berör den personal som leder och stödjer denna kärnverksamhet, exempelvis chefer på olika ledningsnivåer i en vårdorganisation och olika typer av administratörer (utredare, jurister). I det följande kommer dessa tre organisationsnivåer att kallas *klientnivån*, *personalnivån* och *ledningsnivån*²⁸.

Med *klientnivå* avses insatser som är riktade till den unge, exempelvis "Aggression Replacement Training" (ART), en behandlingsåtgärd som innebär att den unge får möjlighet att lära sig hantera sin egen aggression.

Med *personalnivå* avses insatser som är riktade till personalen i kärnverksamheten, exempelvis träning i verbal deeskalering, dokumentation, lära sig känna igen tidiga tecken på aggression och säkra grepptekniker.

Med *ledningsnivå* avses åtgärder som strategisk implementering, framtagande av olika typer av beslutsunderlag och beslut om inriktning och implementering av nödvändiga åtgärder, såsom personalutbildning. Med ledningsnivå avses här alla ledningsnivåer i en organisation, från strategisk till operativ nivå, om inget annat anges.

²⁸ Därutöver finns givetvis andra aktörer som är berörda av den vård som bedrivs, till exempel organisationer som på olika sätt driver och är intresserade av att bevaka den fråga som är föremål för åtgärder, till exempel organisationer vars uppgift är att tillvarata ungdomarnas mänskliga rättigheter, mediala organisationer, statliga organisationer och så vidare, men dessa aktörer ingår ju inte i vårdorganisationen per se och faller därmed utanför den indelning i organisationsnivåer som avses här.

En annan uppdelning av temana kan göras utifrån när i ett förlopp av alltmer utagerande beteende en åtgärd sätts in. Här kan man också urskilja tre nivåer: 1) *primärprevention*, 2) *sekundärprevention* och 3) *tertiärprevention* (jämför Björkdahl, 2010; LeBel et al, 2004; Wikman et al, 2010).

Med *primärpreventiva* åtgärder syftar man till att *förebygga våld innan det inträffat*. Ett exempel är att redan vid inskrivning samtala med den unge och hans/hennes anhöriga om situationer som kan utlösa våldsamt beteende, för att utarbeta individuellt anpassade krispreventionsplaner. Andra exempel är personalutbildning, där personal tränas i att känna igen olika faser av alltmer utagerande beteende.

Med *sekundärprevention* avses åtgärder som fokuserar på att *förhindra att det aggressiva beteendet eskalerar genom användning av så "icke-ingripande åtgärder"* som möjligt. Typiska exempel på detta är verbal deeskalering eller avledning.

Med *tertiärprevention* avses åtgärder som är till för att *minimera skador (psykiska och/eller fysiska)* i samband med att en tvångsingripande åtgärd satts in. Här hittar vi debriefing med den unge eller i personalgruppen efter att åtgärden avslutats samt utbildning av personal i säkra grepptekniker i samband med fysiska förflyttningar.

I ett första steg kan de åtgärder som identifierades i översikten indelas i kategorierna 1) organisationsnivå (klientnivå, personalnivå, ledningsnivå) och 2) preventionsnivå (primär, sekundär, tertiär). Indelningen ger en matris med nio fält A–I i tabell 3.

TABELL 3:

Förslag till matris för kartläggning av åtgärder i syfte att förebygga akuta tvångsingripande åtgärder efter organisationsnivå och preventionsnivå.

Organisationsnivå	Preventionsnivå		
	Primärpreventiva åtgärder	Sekundärpreventiva åtgärder	Tertiärpreventiva åtgärder
Klientnivå	A	D	G
Personalnivå	B	E	H
Ledningsnivå	C	F	I

I ett andra steg kan en genomgripande inventering göras av motsvarande nio fält i den egna vårdorganisationen. Om man till exempel ställer sig i ruta A blir frågan: "Vilka primärpreventiva åtgärder använder SiS i arbetet med sina unga klienter?" Om man ställer sig i ruta B blir frågan: "Vilka primärpreventiva åtgärder använder SiS i arbetet med sin klientnära personal?", och så vidare tills samtliga nio fält inventerats.

Därefter kan man jämföra resultatet från steg 1 med resultatet från steg 2 och därigenom få en relativt god överblick över vilka förebyggande komponenter som saknas i den egna vårdorganisationen jämfört med de förebyggande komponenter som beskrivits här, vilka utgör bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap inom forskningsområdet.

En sådan genomgång kan användas på en rad olika sätt, till exempel för att identifiera forsknings- och utvecklingsbehov inom den egna organisationen, för att införa nya rutiner och utbildningsinsatser, eller för att utforma, implementera och utvärdera nya åtgärdspaket inom organisationen. Det senare bör förslagsvis ske med så kallade

kluster-randomiserade studier med väntlistekontroller (jämförelsegrupper som får ta del av insatsen efter uppföljningstidens slut) så att effekten av insatsen kan utvärderas med högre grad av tillförlitlighet än i de studier som påträffades i denna översikt.

Ett annat förslag är att SiS tar initiativet till bildandet av ett europeiskt eller internationellt nätverk. Där skulle frågan om vilka utfallsmått som är viktiga att mäta inom olika vårdinrättningar för unga med utagerandeproblematik kunna lyftas fram och diskuteras, eftersom det i dagsläget verkar saknas konsensus om detta. Om olika länder kan komma överens om att delvis mäta samma utfallsmått²⁹ skulle det på sikt bli möjligt att jämföra resultaten med varandra, när det gäller olika nationella studiers insatser i syfte att minska tvångsingripande åtgärder. Detta skulle i sin tur innebära att kunskapen inom forskningsområdet utvecklas och påskyndas.

Arbetet i ett sådant nätverk skulle också kunna bidra till en ökad stringens i begreppsanvändningen av olika centrala begrepp inom forskningsområdet, till exempel definitioner av olika tvångsingripande åtgärder. I nuläget finns begreppsförvirring i litteraturen där centrala begrepp ofta inte definieras alls, alternativt skiljer sig väsentligt åt, vilket givetvis ökar risken för missförstånd samt hämmar utvecklingen av ny kunskap (Mason, 1992; Bower et al, 2003; Lendemeijer & Shortridge-Baggett, 1997). I denna översikt ges en "karta" över olika åtgärder som använts inom ungdomsvård samt några förslag till fortsatt forsknings- och utvecklingsarbete i syfte att minska användningen av avskiljningar och andra akuta tvångsingripande åtgärder inom vård av unga. Förhoppningsvis kan dessa bidrag utgöra en liten pusselbit i arbetet mot en lösning på detta komplexa och kontroversiella problem.

²⁹ Eftersom lagstiftningen i olika länder och inom olika typer av vårdinrättningar inom dessa länder reglerar exakt vilken eller vilka tvångsåtgärder personal får använda, begränsar detta givetvis vilka utfallsmått som är möjliga att mäta inom respektive vårdinrättning och därigenom vilka jämförelser av tvångsåtgärder mellan länder och vårdinrättningar som är möjliga att göra. Däremot skulle det vara möjligt att mäta och jämföra andra utfallsmått med varandra som är relaterade till användning av tvångsåtgärder, exempelvis antalet hot- och våldscider, antalet gånger vid behovsmedicinering administrerats och patienters/klienters upplevelser.

Referenser

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 2002). Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 4S–25S.

American Psychiatric Association (2002). *Mini-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Pilgrim Press. Danderyd.

Antoinette, T., Iyengar, S., & Puig-Antich, J. (1990). Is locked seclusion necessary for children under the age of 14? *American Journal of Psychiatry*, 147, 1 283–1 289.

Andershed, H., & Andershed, A-K. (2005). *Normbrytande beteenden i barndomen. Vad säger forskningen?* Gothia. Stockholm.

Andreasson, T. (2003). *Institutionsbehandling av ungdomar. Vad säger forskningen?* Gothia. Stockholm.

Arrigo, B. A., & Bullock, J. L. (2008). The psychological effects of solitary confinement in prisoners in supermax units. Reviewing what we know and recommending what should change. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52, 622–640.

Bergmark, A., Bergmark, Å., & Lundström, T. (2011). *Evidensbaserat socialt arbete. Teori, kritik, praktik*. Natur & Kultur. Stockholm.

Björck, C., Brisman, C. & Åberg, C (2012). *Tillämpningen av avskiljningar inom statlig ungdomsvård med fokus på skillnader mellan flickor och pojkar*. Institutionsvård i Fokus 3/2012 Statens institutionsstyrelse. Stockholm.

Björkdahl, A. (2010). *Violence prevention and management in acute psychiatric care: Aspects of nursing practice*. Thesis for doctoral degree. Department of clinical neuroscience. Karolinska Institutet. Stockholm.

Borckardt, J. J., Grubaugh, A. L., Pelic, C. G., Kmett Danielson, C., Hardesty, S. J., & Frueh, B. C. (2007). Enhancing patient safety in psychiatric settings. *Journal of Psychiatric Practice*. 13, 355–361.

Bower, F. L., McCullough, C. S., & Timmons, M. E. (2003). A synthesis of what we know about the use of physical restraints and seclusion with patients in psychiatric and acute care settings: 2003 update. *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 10, document 1.

Bowers, L. (2006). On conflict, containment and the relationship between them. *Nursing Inquiry*, 13, 172–180.

Cooper, H. (2010). *Research synthesis and meta-analysis. A step-by-step approach*. (4th ed.). CA: Sage. Los Angeles.

Crosland, K. A., Cigales, M., Dunlap, G., Neff, B., Clark, H. B., Giddings, T., & Blanco, A. (2008). Using staff training to decrease the use of restrictive procedures at two facilities for foster care children. *Research on Social Work Practice*, 18, 401–409.

Dean, A. J., Duke, S. G., George, M., & Scott, J. (2007). Behavioral management leads to reduction in aggression in a child and adolescent psychiatric inpatient unit. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 711–720.

De Hert, M., Dirix, N., Demunter, H., & Correll, C. U. (2011). Prevalence and correlates of seclusion and restraint use in children and adolescents: A systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20, 221–230.

Delaney, K. R. (2006). Evidence base for practice: Reduction of restraint and seclusion use during child and adolescent psychiatric inpatient treatment. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3, 19–30.

Donovan, A., Plant, R., Peller, A., Siegel, L., & Martin, A. (2003b). Two-year trends in the use of seclusion and restraint among psychiatrically hospitalized youths. *Psychiatric Services*, 54, 987–993.

Donovan, A., Siegel, L., Zera, G., Plant, R., & Martin, A. (2003a). Seclusion and restraint reform: An initiative by a child and adolescent psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 54, 958–959.

Dåderman, A. M., & Kristiansson, M. (2003). Degree of psychopathy: Implications for treatment in male juvenile delinquents. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 301–315.

Evans, D. (2002–2003). Systematic reviews of interpretative research: Interpretative synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20, 22–26.

Fowler, N. A. (2006). Aromatherapy, used as an integrative tool for crisis management by adolescents in a residential treatment center. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 19*, 69–76.

Foxx, R. M. (1998). A comprehensive treatment program for inpatient adolescents. *Behavioral Interventions, 13*, 67–77.

Friedman, A., & Utada, A. (1989). A method for diagnosing and planning the treatment for adolescent drug abusers. (The Adolescent Drug Abuse Diagnoses (ADAD) instrument). *Journal of Drug Education, 19*, 285–312.

Fryer, M. A., Beech, M., & Byrne, G. J. A. (2004). Seclusion use with children and adolescents: An Australian experience. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38*, 26–33.

Gaskin, C. J., Elsom, S. J., & Happell, B. (2007). Intervention for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: Review of the literature. *The British Journal of Psychiatry, 191*, 298–303.

Hansson, U. (2002). *Vad är en vetenskaplig artikel? Kort introduktion*. Karolinska Institutet, Universitetsbiblioteket. Hämtat från <http://ki.se/ub>.

Holstead, J., Lamond, D., Dalton, J., Horne, A., & Crick, R. (2010). Restraint reduction in children's residential facilities: Implementation at Damar Services. *Residential Treatment for Children and Youth, 27*, 1–13.

Johnson, M. E. (2010). Violence and restraint reduction efforts on inpatient psychiatric units. *Issues in Mental Health Nursing, 31*, 181–197.

Kalogjera, I. K., Bedi, A., Watson, W. N., & Meyer, A. D. (1989). Impact of therapeutic management on use of seclusion and restraint with disruptive adolescent inpatients. *Hospital and Community Psychiatry, 40*, 280–285.

Landau, T. J., & MacLeish, R. (1988). When does time-out become seclusion, and what must be done when this line is crossed? *Residential Treatment for Children and Youth, 6*, 33–38.

Larsson, A.-K., & Nötesjö, G. (2011). *Särskilda befogenheter. Fokusgrupper om att hållas i avskildhet*. Presentation vid frukostmöte på Statens institutionsstyrelse. Stockholm.

Lebel, J., & Goldstein, R. (2005). The economic cost of using restraint and the value added by restraint reduction or elimination. *Psychiatric Services, 55*, 1 109–1 114.

Lebel, J., Stromberg, N., Duckworth, K., Kerzner, J., Goldstein, R., Weeks, M., Harper, G., LaFlair, L., & Sudders, M. (2004). Child and adolescent inpatient restraint reduction: A state initiative to promote strength-based care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 37–45.

Lendemeijer, B., & Shortridge-Baggett, L. (1997). The use of seclusion in psychiatry: A literature review. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 11*, 299–315.

LPT 1991:1128. Lagen om psykiatrisk tvångsvård. Justitiedepartementet. Stockholm.

LSU 1998:603. Lagen om verkställighet av sluten ungdomsvård. Justitiedepartementet. Stockholm.

LVU 1990:52. Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga. Justitiedepartementet. Stockholm.

Mason, T. (1992). Seclusion: Definitional interpretations. *Journal of Forensic Psychiatry, 3*, 261–270.

Mason, T. & Chandley, M. (1999). *Managing violence and aggression. A manual for nurses and health care workers*. Elsevier Science Limited. London.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & the PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analysis: The PRISMA statement. *Annals of International Medicine, 151*, 264–270.

Prinsen, E. J. D., & van Delden, J. J. M. (2009). Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? *Journal of Medical Ethics, 35*, 69–73.

Richter, D., & Whittington, R. (2006). *Violence in mental health settings: Causes, consequences, management*. Springer. Liverpool.

Sailas, E. S., & Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (1)*. doi: 10.1002/14651858.CD001163.

Sailas, E., & Wahlbeck, K. (2005). Restraint and seclusion in psychiatric inpatient wards. *Current Opinion in Psychiatry, 18*, 555–559.

Scanlan, J. N. (2010). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature. *International Journal of Social Psychiatry, 56*, 412–423.

Singh, N. N., Singh, S. D., Davis, C. M., Latham, L. L., & Ayers, J. G. (1999). Reconsidering the use of seclusion and restraints in inpatient child and adult psychiatry. *Journal of Child and Family Studies*, 8, 243–253.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2011). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. Hämtat från <http://www.sbu.se>. Stockholm.

Statens institutionsstyrelse (2010a). *Årsredovisning 2010*. Stockholm

Statens institutionsstyrelse (2010b). *Allmän SiS-rapport 2010:8. Ungdomar inskrivna på SiS särskilda ungdomshem under 2009. En sammanställning av ADAD inskrivningsintervju*. Stockholm.

Statens institutionsstyrelse. (2011). *Plan för genomförandet av fokusgrupper om särskilda befogenheter 2011*. Stockholm.

Statens institutionsstyrelse (2011a). *SiS interna riktlinjer/juridik*. Stockholm.

Statens institutionsstyrelse (2011b). *Vålds- och hotincidenter 2010. Vid ungdomshemmen och LVM-hemmen*. Stockholm.

Statens institutionsstyrelse (2011c). *Det här är SiS*. Stockholm.

Statens institutionsstyrelse (2011d). *SiS i korthet*. Stockholm.

Steckley, L. (2010). Containment and holding environments: Understanding and reducing physical restraint in residential child care. *Children and Youth Services Review*, 32, 120–128.

Sundell, K. (2008). *Effektutvärderingar*. I U. Jergeby (red), *Evidensbaserad praktik i socialt arbete*, 47–87. Gothia/IMS. Stockholm.

Sundell, K. (2011). *Evidensbaserad praktik*. Socialstyrelsen. Stockholm.

Swett, C., Michaels, A. S., & Cole, J. O. (1989). Effects of a state law on rates of restraint on a child and adolescent unit. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 17, 165–169.

Söderholm Carpelan, K., & Hermodsson, (2004). ADAD och utvecklingen av ett dokumentationssystem för ungdomar. *Nordisk Sosialt Arbeid*, 24, 110–123. Universitetsforlaget. Norge.

Uppdrag att utreda evidensgraderingen för metoder på folkhälsoområdet (2011). Regeringsbeslut 1:9, Socialdepartementet. Stockholm.

Weiner, D. (1992). Pinel's "Memoir of Madness" of December 11, 1794: A fundamental text of modern psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 149, 725–732.

Whittington, R., Baskind, E., & Paterson, B. (2006). Coercive measures in the management of imminent violence: Restraint, seclusion and enhanced observation. In D. Richter & R. Whittington (Eds.), *Violence in mental health settings: Causes, consequences, management* (145–172). Springer. New York.

Wikman, S., Estrada, F., & Nilsson, A. (2010). Våld i arbetslivet: En kriminologisk kunskapsöversikt. Rapport 2010:4. Arbetsmiljöverket.

Witte, L. (2008). Reducing the use of seclusion and restraint. *Behavioral Healthcare*, 28, 54–57.

World Health Organisation (1996). WHO Global Consultation on Violence and Health. *Violence: A public health priority*. Geneva.

Wright, S. (1999). Physical restraint in the management of violence and aggression in in-patient settings: A review of the issues. *Journal of Mental Health*, 8, 459–472.

Wästerfors, D. (2009). Konflikthantering i ungdomsvård ur ett sociologiskt perspektiv. *Forskningsrapport nr 2*. Statens institutionsstyrelse. Stockholm.

Youth Justice Board (2010). *The review of separation: Summary document*.

Bilaga 1

Pressklipp från debatten om tvångsåtgärder vid SiS särskilda ungdomshem åren 2009–2011

Barnombudsmannen (2009, 24 juni). Förbud isolering av barn på de särskilda ungdomshemmen [Pressmeddelande]. Hämtat från <http://www.barnombudsmannen.se>

Bodin, B.-G., & Velasco, D. (2009, 24 juni, b). Barnombudsman kritisk till åtgärder. *Ekot granskar*. Hämtat från <http://sverigesradio.se>

Bodin, B.-G., & Velasco, D. (2009, 24 juni, c). Minister lovar förbättringar kring isolering. *Ekot granskar*. Hämtat från <http://sverigesradio.se>

Bodin, B.-G., & Velasco, D. (2009, 25 juni). Läkare tillfrågas sällan innan isolering, *Ekot granskar*. Hämtat från <http://sverigesradio.se>

Bodin, B.-G., & Velasco, D. (2009, 26 juni). Stora förändringar för ungdomshemmen. *Ekot granskar*. Hämtat från <http://sverigesradio.se>

Bodin, B.-G., & Velasco, D. (2009, 15 december). Staten vill ändra lag för isolering av barn. *Ekot granskar*. Hämtat från <http://sverigesradio.se>

Bodin, B.-G., & Velasco, D. (2009, 18 december). SiS kan tvingas göra om rapport. *Ekot granskar*. Hämtat från <http://sverigesradio.se>

Bodin, B.-G., & Velasco, D. (2009, 18 december). Olaglig isolering mörkas i rapport. *Ekot granskar*. Hämtat från <http://sverigesradio.se>

Fjellvind, T., Öhman, E., Hasselborg, S., Andersson, A., Blomqvist, P., Augustsson, K., ... Lindeberg, K. (2010, 27 maj). Vårdcheferna: Vi anmäler oss själva. *Aftonbladet*. Hämtat från <http://www.aftonbladet.se>

Kommittén för barnets rättigheter (2009, 12 juni). CRC/C/SWE/CO/4.

Micic, M. (2010, 23 maj). Hårdare på ungdomshem än på slutna fängelser. *Aftonbladet*. Hämtat från <http://www.aftonbladet.se>

Malmberg, F. (2010, 1 juni). Isolering av unga bryter mot barnkonventionen. *Aftonbladet*. Hämtat från <http://www.aftonbladet.se>

Olsson, T., Kvist, P., & Thörnqvist (2010, 27 maj). Vi måste få stänga in unga i isoleringscell. *Aftonbladet*. Hämtat från <http://www.aftonbladet.se>

Olsson, T., Kvist, P., & Thörnqvist (2010, 10 juni). Debatten är inte objektiv. *Aftonbladet*. Hämtat från <http://www.aftonbladet.se>

Persson, D. (2011, 14 juli). Vårdares död kunde undvikits. *Sydsvenskan*. Hämtat från <http://www.sydsvenskan.se>

Persson Göranson, E. (2009, 15 december). Allvarliga fel har begåtts i den slutna ungdomsvården. *Dagens Nyheter*. Hämtat från <http://www.dn.se>

Regeringskansliet (2009, 25 juni). Uppdrag till SiS om översyn av avskiljning m.m. [Pressmeddelande]. Hämtat från <http://www.regeringen.se>

Socialstyrelsen (2010, 28 maj). Socialstyrelsen granskar samtliga särskilda ungdomshem [Pressmeddelande]. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se>

Statens institutionsstyrelse (2009, 25 juni). Åtgärdsplan – hantering av avskiljningar.

Statens institutionsstyrelse (2009, 15 december). Uppdrag att göra en översyn av avskiljning m.m., S 2009/5081/ST.

Stengård, M. (2010, 24 maj). Jag kränktes på LVU-hemmet. *Aftonbladet*. Hämtat från <http://www.aftonbladet.se>

Ullenhag, E., Berliner, A., & Hellquist, S. (2010, 2 juni). Barnkonventionen bör bli svensk lag. *Aftonbladet*. Hämtat från <http://www.aftonbladet.se>

Utan tvångsvård skulle jag ha dött (2010, 27 juni). *Aftonbladet*. Hämtat från <http://www.aftonbladet.se>

Velasco, D. (2009, 28 maj). BO kritisk till regeringssvar. *Ekot granskar*. Hämtat från <http://sverigesradio.se>

Velasco, D. (2010, 3 juni). Självmondsbenägna unga lämnas utan tillsyn. *Ekot*. Hämtat från <http://sverigesradio.se>

Velasco, D. (2010, 4 juni, a). Expert: Kan vara farligt att vårdas i enskildhet. *Ekot granskar*. Hämtat från <http://www.sverigesradio.se>

Valesco, D. (2010, 4 juni, b). Flicka isolerades från andra ungdomar i sex år. *Ekot granskar*. Hämtat från <http://www.sverigesradio.se>

Velasco, D., & Bodin, B.-G. (2009, 24 juni, a). Isolering används som straff för barn. *Ekot granskar*. Hämtat från <http://sverigesradio.se>

Velasco, D., & Bodin, B.-G. (2010, 25 juni). Barn spärrades in efter självmordsförsök. *Ekot granskar*. Hämtat från <http://sverigesradio.se>

Velasco, D., & Bodin, B.-G. (2009, 18 december). Barn isoleras för att tvingas till samtal. *Ekot granskar*. Hämtat från <http://sverigesradio.se>

Velasco, D., Gustafsson, D., & Gahnertz, L. (2010, 16 maj). Inlåsta ungdomar vägras utevistelse – otänkbart för fångar. *Kaliber*. Hämtat från <http://sverigesradio.se>

Velasco, D., Gustafsson, D., & Gahnertz, L. (2010, 23 maj). Våldtäktsoffer får kläder avslitna av manlig personal. *Kaliber*. Hämtat från <http://sverigesradio.se>

Velasco, D., & P1 Generation Z. (2009, 15 februari). BO kritiserar isoleringsceller för barn, *Ekot granskar*. Hämtat från <http://sverigesradio.se>

Velasco, D., & P1 Generation Z. (2009, 16 februari). Skolhemsbarn får inte yttra sig för medier. *Ekot granskar*. Hämtat från <http://sverigesradio.se>

Bilaga 2

Referens- och arbetsgrupper

Referensgruppen (i alfabetisk ordning)

Therese Andersson, utredare, enheten för administration, Mälardalsregionen, SiS.

Caroline Björck, forskningsledare SiS ungdomsvård, leg. psykolog och fil. dr., forskningskansliet, SiS huvudkontor.

Tabita Björk, beteendevetare, med. dr., Örebro läns landsting.

Catarina Brisman, utredningssekreterare, SiS ungdomshem Eknäs.

Lars Kjellin, forskningsledare med inriktning mot utvärdering, docent, Örebro läns landsting.

Tom Palmstierna, överläkare, docent, førsteamanuensis II (bitr. professor) vid Institutet för nevrologi, Det medicinska Fakultet, Norges teknisk-naturvetenskapliga universitet i Trondheim och programledare för Programområdet Social- och rättspsykiatri, sektionen för rättspsykiatri, Beroendecentrum Stockholm, Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet.

Agneta Schröder, sjuksköterska, med. dr., Örebro läns landsting.

Eva da Silva, metodutvecklare, leg. psykolog, vård- och behandlingsenheten, SiS huvudkontor.

Mats Stenius, bitr. institutionschef, SiS ungdomshem Lövsta.

Pia Wennerholm, utredare, fil. dr., forskningskansliet, SiS huvudkontor.

Agneta Öjehagen, professor, Institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet.

Första arbetsgruppen (i alfabetisk ordning)

Caroline Björck, forskningsledare SiS ungdomsvård, leg. psykolog och fil. dr., forskningskansliet, SiS huvudkontor.

Anna Björkdahl, leg. specialistsjuksköterska inriktning psykiatri, med. dr., Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet.

Tom Palmstierna, överläkare, docent, førsteamanuensis II (bitr. professor) vid Institutet för nevrologi, Det medicinska Fakultet, Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet i Trondheim och programledare för Programområdet Social- och rättspsykiatri, sektionen för rättspsykiatri, Beroendecentrum Stockholm, Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet.

Therese Reitan, forskningsledare SiS missbruksvård, docent, forskningskansliet, SiS huvudkontor.

Pia Wennerholm, utredare, fil. dr., forskningskansliet, SiS huvudkontor.

Andra arbetsgruppen (i alfabetisk ordning)

Anna Björkdahl, leg. specialistsjuksköterska inriktning psykiatri, med. dr., Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet.

Pia Wennerholm, utredare, fil. dr., forskningskansliet, SiS huvudkontor.

Bilaga 3

Sökstrategier

PsycInfo

10 september 2010

Filter: "peer reviewed journals"

(AE = (adolescence (13–17 yrs)) OR AE = (childhood (birth–12 yrs))
OR AE = (young adulthood (18–29)) AND (ME = (literature review) OR
ME = (meta analysis) OR ME = (systematic review)

Söktermer (Thesaurus)	Antal träffar
(DE = "patient seclusion")	3
(DE = "physical restraint")	9
(ID = (therapeutic or physical) AND ID = holding)	1
(ID = immobilization)	1
(ID = time and ID = out)	1
(ID = separation)	25
Totalt	40

10 september 2010

Filter: "peer reviewed journals"

(AE = (adolescence (13–17 yrs)) OR AE = (childhood (birth–12 yrs))
OR AE = (young adulthood (18–29)) AND

Söktermer (Thesaurus)	Antal träffar
(DE = "patient seclusion")	66
(DE = "physical restraint")	223
(ID = holding AND ID = (therapeutic or physical)	19
(ID = immobilization)	16
(ID = time AND ID = out)	154
(ID = "separation")	1 229
Totalt	1 707

PubMed

17 september 2010

Limits: "Humans" (Species), "English" (Languages), "Child: 6–12 yrs" (Ages), "Adolescent: 13–18 yrs" (Ages), "Young Adult: 19–24 yrs" (Ages) "Meta-analysis" (Type of article) "Review" (Type of article)

Filter: Review

Söktermer	Antal träffar
"restraint, physical/utilization" (MeSH terms) NOT "dentistry" (MeSH terms)	1
"patient isolation" (MeSH terms) OR "patient isolation/utilization" (MeSH terms)	23
"seclusion" (All fields)	15
"time out" (All fields)	5
"holding" (All fields)	75
"therapeutic holding" (All fields)	1
"physical holding" (All fields)	0
"separation" (All fields) AND "juvenile delinquency" (MeSH terms)	2
"residential treatment" (MeSH terms)	66
"restraint" (All fields) OR "seclusion" (All fields) AND "violence/prevention AND control" (MeSH terms)	4
Totalt	195

17 september 2010

Limits: "Humans" (Species), "English" (Languages), "Child: 6–12 yrs" (Ages), "Adolescent: 13–18 yrs" (Ages), "Young Adult: 19–24 yrs" (Ages)

Söktermer	Antal träffar
"restraint, physical/utilization" (MeSH terms) NOT "dentistry" (MeSH terms)	2
"patient isolation" (MeSH terms) OR "patient isolation/utilization" (MeSH terms)	23
"seclusion" (All fields)	16
"time out" (All fields)	6
"holding" (All fields)	76
"therapeutic holding" (All fields)	2
"physical holding" (All fields)	0
"separation" (All fields) AND "juvenile delinquency" (MeSH terms)	2
"residential treatment" (MeSH terms)	69
"restraint" (All fields) OR "seclusion" (All fields) AND "violence/prevention AND control" (MeSH terms)	4
Totalt	200

24 september 2010

Limits: "Humans" (Species), "English" (Languages), "Child: 6–12 yrs" (Ages), "Adolescent: 13–18 yrs" (Ages), "Young Adult: 19–24 yrs" (Ages)

Filter: Review

Söktermer	Antal träffar
"seclusion" (All fields)	14
"seclusion" (All fields) NOT "psychiatry and psychology category" (MeSH terms)	4
"aggression/prevention and control" (MeSH terms)	3
"violence/prevention and control" (MeSH terms) AND "seclusion" (All fields)	3
"violence/prevention and control" (MeSH terms) AND "residential treatment" (MeSH terms)	3
Totalt	27

24 september 2010

Limits: "Humans" (Species), "English" (Languages), "Child: 6–12 yrs" (Ages), "Adolescent: 13–18 yrs" (Ages), "Young Adult: 19–24 yrs" (Ages)

Söktermer	Antal träffar
"aggression/prevention and control" (MeSH terms)	16
"violence/prevention and control" (MeSH terms) AND "seclusion" (All fields)	16
"violence/prevention and control" (MeSH terms) AND "institutional care" (All fields)	3
"violence/prevention and control" (MeSH terms) AND "residential treatment" (MeSH terms)	27
Totalt	62

24 september 2010

Limits: "English" (Languages), "Journal article" (Type of article), "Publication Date from 2004/01/01 to 2010/12/31" (Date)

Söktermer	Antal träffar
"Seclusion and restraint" (FT)	74
Totalt	74

1 oktober 2010

Limits: "Humans" (Species), "English" (Languages), "Child: 6–12 yrs" (Ages), "Adolescent: 13–18 yrs" (Ages), "Young Adult: 19–24 yrs" (Ages), "Meta-analysis" (Type of article), "Review" (Type of article), "Journal article" (Type of article)

Filter: Review

Söktermer	Antal träffar
"prisoners" (MeSH terms) AND "seclusion" (All fields) OR "patient isolation" (MeSH terms)	56
"delinquency" (All fields) AND "seclusion" (All fields) OR "patient isolation" (MeSH terms)	23
"correctional facility" (All fields) AND "patient isolation" (MeSH terms)	3
Totalt	82

10 oktober 2010

Filter: Review

Söktermer	Antal träffar
"delinquency" (All fields) AND "seclusion" (All fields) OR "patient isolation" (MeSH terms)	253
Totalt	253

11 oktober 2010

Limits: "Humans" (Species), "English" (Languages), "Meta-analysis" (Type of article), "Review" (Type of article), "Journal article" (Type of article), "Publication Date from 2000/01/01 to 2010/10/11" (Date)

Filter: Review

Söktermer	Antal träffar
"restraint, physical" (MeSH terms) OR "seclusion" (All fields)	264
Totalt	264

12 november 2010

Limits: "Humans" (Species), "English" (Languages), "Meta-analysis" (Type of article), "Review" (Type of article), "Journal article" (Type of article), "Publication Date from 2006/01/01 to 2010/11/12" (Date)

Filter: Review

Söktermer	Antal träffar
"restraint, physical" (MeSH terms) OR "seclusion" (All fields)	103
Totalt	103

Social Services Abstracts

9 december 2010

Söktermer, Thesaurus	Antal träffar
(DE = "social isolation")	116
(DE = "coercion")	106
(DE = "juvenile correctional institutions")	117
(DE = "violence") AND (DE = "prevention")	317
(DE = "deviant behavior")	233
(DE = "juvenile delinquency") AND (DE = "control")	15
(DE = "sociopathic personality")	38
(DE = "juvenile delinquency") AND (DE = "deviant behavior")	38
(DE = "social isolation")	116
(DE = "restitution corrections")	44
(DE = "residential segregation")	37
(DE = "constraints")	474
Totalt	1 651

Sociological Abstracts

11 december 2010

Söktermer, Thesaurus	Antal träffar
(DE = "coercion")	413
(DE = "juvenile correctional institutions")	131
(DE = "constraints")	500
(DE = "sociopathic personality")	66
(DE = "violence") AND (DE = "prevention")	242
(DE = "juvenile delinquency") AND (DE = "violence") AND (DE = "prevention")	11
(DE = "deviant behavior") AND (DE = "juvenile delinquency") AND (DE = "control")	13
(DE = "juvenile delinquency") AND (DE = "control")	145
(DE = "deviant behavior") AND (DE = "juvenile delinquency")	134
(DE = "coercion") AND (DE = "juvenile delinquency")	1
(DE = "restitution corrections")	77
Totalt	1 733

Totalt 6 391

Bilaga 5

Exkluderade översiktsartiklar

Publicerade innan 2002

Allen, D. (2000). Resent research on physical aggression in persons with intellectual disability: an overview. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 25, 41–57.

Allen, J. J. (2000). Seclusion and restraint of children: A literature review. *Journal of Psychiatric Nursing*, 13, 159–167.

Bath, H. (1994). The physical restraint of children: Is it therapeutic? *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 40–49.

Brown, J. S., & Tooke, S. K. (1992). On the seclusion of psychiatric patients. *Social Science and Medicine*, 35, 711–721.

Bush, B. B., & Shore M. F. (2000). Seclusion and restraint: A review of recent literature. *Harvard Review of Psychiatry*, 8, 261–270.

Delaney, K. (1999). Time-out: An overused and misused milieu intervention. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 12, 53–60.

Delaney, K. R. (2001). Developing a restraint-reducing program for child/adolescent inpatient treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 14, 128–140.

Ellis, R. A., Pruett, A. L., & Sowers, K. M. (2001). Issues in the seclusion and restraint of juveniles: Policy, practice and possibilities. *Advances in Social Works*, 2, 52–64.

Finke, L. M. (2001). The use of seclusion is not evidence-based practice. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 14, 186–190.

Fisher, W. A. (1994). Restraint and seclusion: A review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1 584–1 591.

Garrison, W. T. (1984). Inpatient psychiatric treatment of the difficult child: Common practices and their ethical implications. *Children and Youth Services Review*, 6, 353–365.

- Graham, P. (1976). Management in child psychiatry: Recent trends. *British Journal of Psychiatry*, 129, 97–108.
- Harris, J. (1996). Physical restraint procedures for managing challenging behaviors presented by mentally retarded adults and children. *Research in Developmental Disabilities*, 17, 99–134.
- Johnson, S. (1982). Residential treatment for emotionally disturbed children and adolescents: A review of the literature. *Canada's Mental Health*, 30, 5–8.
- Kozub, M. L., & Skidmore, R. (2001). Least to most restrictive interventions: A continuum for mental health care facilities. *Journal of Psychosocial Nursing*, 39, 32–39.
- Lendemeijer, B., & Shortridge-Baggett, L. (1997). The use of seclusion in psychiatry: A literature review. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 11, 299–315.
- Maluccio, A. N., & Marlow, W. D. (1972). Residential treatment of emotionally disturbed children: A review of the literature. *The Social Service Review*, 40, 230–251.
- McClowry, S. G. (1988). A review of the literature pertaining to the psychosocial responses of school-aged children to hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*, 3, 296–311.
- Measham, T. J. (1995). The acute management of aggressive behavior in hospitalized children and adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 330–336.
- Mitchell, J., & Varley, C. (1990). Isolation and restraint in juvenile correctional facilities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 251–255.
- Oberleitner, L. L. (2000). Aversiveness of traditional psychiatric patient restriction. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14, 93–97.
- Pavenstedt, E. (1971). Psychiatric services for underprivileged children. *International Psychiatry Clinics*, 8, 101–141.
- Pond, V. E. (1988). The angry adolescent. Treatment versus containment practice. *Journal of Psychosocial Nursing*, 26, 15–17.
- Rinsley, D. B. (1968). Theory and practice of intensive residential treatment of adolescents. *The Psychiatric Quarterly*, 42, 611–638.

Sailas, E. S., & Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1). doi: 10.1002/14651858.CD001163.

Soloff, P. H., & Gutheil, T. G., & Wexler, D. B. (1985). Seclusion and restraint in 1985: A review and update. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 652–657.

Visalli, H., & McNasser, G. (1997). Striving toward a best practice model for a restraint-free environment. *Journal of Nursing Care Quality*, 11, 1–4.

Winship, G. (1998). Intensive care psychiatric nursing – psychoanalytic perspectives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5, 361–365.

Wong, S. E., Rolph, B., Martinez-Diaz, J., & Thorne-Henderson, M. (1990). How therapeutic is therapeutic holding? *Journal of Psychosocial Nursing*, 28, 24–28.

Wynaden, D., Orb, A., McGowen, S., Castle, D., Zeeman, Z., Headford, C., ... Finn, M., (2001). The use of seclusion in the year 2000: What has changed? *Collegian*, 8, 19–25.

Ziegler, D. (2001). To hold, or not to hold... Is that the right question? *Residential Treatment for Children and Youth*, 18, 33–45.

Publicerade efter 2002

AACAP (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of youth in juvenile detention and correctional facilities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1 085–1 098.

Ali, A., & Hassiotis, A. (2006). Managing the violent patient. *British Journal of Hospital Medicine*, 67, 142–144.

Arrigo, B. A., & Bullock, J. L. (2008). The psychological effects of solitary confinement in prisoners in supermax units. Reviewing what we know and recommending what should change. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52, 622–640.

Beech, B., & Leather, P. (2006). Workplace violence in the health care sector: A review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 27–43.

Brenner, M. (2007). Child restraint in the acute setting of pediatric nursing: An extraordinarily stressful event. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 30, 29–37.

Bower, L. (2006). On conflict, containment and the relationship between them. *Nursing Inquiry*, 13, 172–180.

- Calabro, K., Mackey, T. A., & Williams, S. (2002). Evaluation of training designed to prevent and manage patient violence. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 3–15.
- Champagne, T., & Stromberg, N. (2004). Sensory approaches in inpatient psychiatric settings: Innovative alternatives to seclusion & restraint. *Journal of Psychosocial Nursing*, 42, 35–44.
- Day, D. M. (2002). Examining the therapeutic utility of restraints and seclusion with children and youth: The role of theory and research in practice. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 266–278.
- Evans, D., Wood, J., & Lambert, L. (2002). A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 616–625.
- Folkes, K. (2005). Is restraint a form of abuse? *Paediatric Nursing*, 17, 41–44.
- Gustafsson, C., Öjehagen, A., Hansson, L., Sandlund, M., Nystöm, M., Glad, J., ... Fredriksson, M. (2009). Effects of psychosocial interventions for people with intellectual disabilities and mental health problems: A survey of systematic reviews. *Research on Social Work Practice*, 19, 281–290.
- Heyneman, E. K. (2003). The aggressive child. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 667–677.
- Huckshorn, K. A. (2004). Reducing seclusion and restraint use in mental health settings: Core strategies for prevention. *Journal of Psychosocial Nursing*, 42, 22–33.
- Jones, E., Allen, D., Moore, K., Phillips, B., & Lowe, K. (2007). Restraint and self-injury with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 11, 105–118.
- Kempes, M., Matthys, W., de Vries, H., & van Engeland, H. (2005). Reactive and proactive aggression in children: A review of theory, findings and the relevance for child and adolescent psychiatry. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 11–19.
- Kulkarni, G., Deshmukh, P., & Barzman, D. (2010). Collaborative Problem Solving (CPS) as a primary method of addressing acute pediatric pathological aggression along with other modalities. *Psychiatric Quarterly*, 81, 167–175.
- LeBel, J., Huckshorn, K. A., & Caldwell, B. (2010). Restraint use in residential programs: Why are the best practices ignored? *Child Welfare*, 89, 170–187.

- Luiselli, J. K. (2009). Physical restraint of people with intellectual disability: A review of implementation reduction and elimination procedures. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22, 126–134.
- Mason, T. (2002). Forensic psychiatric nursing: A literature review and thematic analysis of role tensions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 511–520.
- Mohr, W. K., LeBel, J., O'Halloran, R., & Preustch, C. (2010). Tied up and isolated in the schoolhouse. *The Journal of School Nursing*, 26, 91–101.
- Muralidharan, S., & Fenton, M. (2006). Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). doi:10.102/14651858.CD002084.pub2.
- Nelstrop, L., Chandler-Oatts, J., Bingley, W., Bleetman, T., Corr, F., Cronin-Davis, J., Tsuchiya, A. (2006). A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3, 8–18.
- Paterson, B., & Duxbury, J. (2007). Restraint and the question of validity. *Nursing Ethics*, 14, 535–545.
- Richter, D., Needham, I., & Kunz, S. (2006). The effects of aggression management training for mental health care and disability care staff: a systematic review. In D. Richter & R. Whittington (Eds.). *Violence in mental health settings: Causes, consequences, management* (211–227). Springer. New York.
- Ryan, J. B., & Peterson, R. L. (2004). Physical restraint in school. *Behavioral Disorders*, 29, 154–168.
- Sailas, E., & Wahlbeck, K. (2005). Restraint and seclusion in psychiatric inpatient wards. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 555–559.
- Steckley, L. (2010). Containment and holding environments: Understanding and reducing physical restraint in residential child care. *Children and Youth Services Review*, 32, 120–128.
- Sheehan, K. A. (2009). Compulsory treatment in psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 582–586.

Stewart, D., Van der Merwe, M., Bowers, L., Simpson, A., & Jones, J. (2010). A review of interventions to reduce mechanical restraint and seclusion among adult psychiatric inpatients. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 413–424.

Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrütter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., ... Whittington, R. (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: A literature review and survey of international trends. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 889–897.

Stubbs, B., Leadbetter, D., Paterson, B., Yorkston, G., Knight, C., & Davis, S. (2009). Physical intervention: A review of the literature on its use, staff and patient views, and the impact of training. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 99–105.

Taylor, T. L., Killaspy, H., Wright, C., Turton, P., White, S., Kallert, T. W., ... Bing, M. B. (2009). A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry*, (9). doi: 10.1186/1471-244x-9-55.

Whittington, R., Baskind, E., & Paterson, B. (2006). Coercive measures in the management of imminent violence: Restraint, seclusion and enhanced observation. In D. Richter & R. Whittington (Eds.), *Violence in mental health settings: Causes, consequences, management* (145–172). Springer. New York.

Winship, G. (2006). Further thoughts on the process of restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 55–60.

Bilaga 6

Exkluderade originalartiklar

Saknar kvantitativa utfallsmått

APA Gold Award: The Open Arms Program of the Cambridge Hospital Child Assessment Unit, Cambridge, Massachusetts. (2003). A more compassionate model for treating children with severe mental disturbances. *Psychiatric Services*, 54, 1 529–1 531.

Bloom, S. L., Bennington-Davis, M., Farragher, B., McCorkle, D., Nice-Martini, K., & Wellbank, K. (2003). Multiple opportunities for creating sanctuary. *Psychiatric Quarterly*, 74, 173–190.

dosReis, S., Barnett, S., Love, R. C., Riddle, M. R., and the Maryland Youth Practice Improvement Committee. (2003). A guide for managing acute aggressive behavior of youths in residential and inpatient treatment facilities. *Psychiatric Services*, 54, 1 357–1 363.

Goren, S., Abraham, I., & Doyle, N. (1996). Reducing violence in a child psychiatric hospital through planned organizational change. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 9, 27–36.

Kivett, D. D., & Warren, C. A. B. (2002). Social control in a group home for delinquent boys. *Journal of Contemporary Ethnography*, 31, 3–32.

Steckley, L. (2010). Containment and holding environments: Understanding and reducing physical restraint in residential child care. *Children and Youth Services Review*, 32, 120–128.

Petti, T. A., Mohr, W. K., Sommers, W. K., & Sims L. (2001). Perceptions of seclusion and restraint by patients and staff in an intermediate-term care facility. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 14, 115–127.

Fel typ av population

Greene, R. W., Ablon, J. S., & Martin, A. (2006). Use of collaborative problem solving to reduce seclusion and restraint in child and adolescent inpatient units. *Psychiatric Services*, 57, 610–612.

Irwin, M. (1987). Are seclusion rooms needed on child psychiatric units? *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 125–126.

Larsson, T. C., Sheitman, B. B., Kraus, J. E., Mayo, J., & Leidy, L. (2008). Managing treatment resistant violent adolescents: A step forward by substituting seclusion for mechanical restraint? *Administration Policy and Mental Health*, 35, 198–203.

Martin, A., Krieg, H., Esposito, F., Stubbe, D., & Cardona, L. (2008). Reduction of restraint and seclusion through collaborative problem solving: A five year prospective inpatient study. *Psychiatric Services*, 59, 1 406–1 412.

Noorthorn, E. O., Janssen, J., Theunissen, J., Hesta, H., De Vries, W. J., Hutschemaekers, G. J. M., & Lendemeijer, H. H. G. M. (2008). The power of day-to-day motivational techniques and family participation in reducing seclusion. *International Journal of Mental Health*, 37, 81–98.

Regan, K. M., Curtin, C., & Vorderer, L. (2006). Paradigm shifts in inpatient psychiatric care of children: Approaching child- and family-centered care. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 19, 29–40.

Russell, M., Maher, C., Dorrell, M., Pitcher, C., & Henderson, L. (2009). A comparison between users and non-users of Devereaux's safe and positive approaches training curricula in the reduction of injury and restraint. *Residential Treatment for Children and Youth*, 26, 209–220.

Sanders, K. (2009). The effects of an action plan, staff training, management support and monitoring on restraint use and costs of work-related injuries. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22, 216–220.

Schreiner, G. M., Crafton, C. G., & Sevin, J. A. (2004). Decreasing the use of mechanical restraints and locked seclusion. *Administration and Policy in Mental Health*, 31, 449–463.

Tsemberis, S., & Sullivan, C. (1988). Seclusion in context. Introducing a seclusion room into a children's unit of a municipal hospital. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 462–465.

Fel typ av insats

Swett, C., Michaels, A. S., & Cole, J. O. (1989). Effects of a state law on rates of restraint on a child and adolescent unit. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 17, 165–169.

Bilaga 8

Nyckelfynd, teman och resultat i de identifierade originalstudierna

Studie	Nyckelfynd	Tema	Resultat
1 Antoinett et al. (1990)	Olåst avskiljning Positiv beteendeförstärkning	Fysisk miljö Beteende modifiering	(+) ökning av antalet avskiljningar och vid behovsmedicinering
2 Croslands et al. (2008)	Beteedeanalytiskt program Anpassat (till personal) föräldrautbildningsprogram	Beteendemodifiering Personalutbildning	(-) minskning av tvångsingripanden ¹
3 Dean et al. (2007)	Förhållningssätt, krisprevention, hantering av aggressivitet Beteendeförstärkning Copingstrategi/självkontroll	Personalutbildning Beteendemodifiering Patient/klientutbildning	(-) minskat antal aggressiva incidenter, personal- och patientskador och tvångsingripanden
4 Donovan et al. (2003a,b)	ABCD-modellen (A=autonomy, B=belonging, C=Competence, D=Doing for others) Ökat tvärprofessionellt samarbete	Beteendemodifiering Personalutbildning Patient/klientutbildning Strategisk implementering	(-) minskning av tid i avskiljning (+) ökning av antalet patientskador och vid behovsmedicin
5 Fowler (2006)	Aromterapi Massageteknik	Alternativ metod Personalutbildning	(=) inga skillnader i tvångsingripanden eller vid Behovsmedicinering
6 Foxx (1998)	Teckenekonomi Beteendemodifikationsprogram Förändrad vårdorganisation Förändrad dokumentation Beteendehanteringstekniker Kompetensstöd av beteedeanalytiker	Beteendemodifiering Personalutbildning Organisationsstruktur Strategisk implementering	(-) minskat antal tvångsingripanden, våldsbeteenden och vid behovsmedicinering ¹


¹ Ingen signifikansprövning rapporteras i studien.

Studie	Nyckelfynd	Tema	Resultat
7 Holstead et al. (2010)	Förändrad vårdideologi Resursteam Verbala interventioner Deeskaleringstekniker Debriefing Förändrad dokumentation	Strategisk implementering Personalutbildning Dokumentation	(-) minskat antal tvångs-ingripanden, personal- och patientskador ¹
8 Kalogjera et al. (1989)	Deeskaleringstekniker Förändrad dokumentation Uppföljning	Personalubildning Dokumentation Strategisk implementering	(-) minskade tvångs-åtgärder i tid och antal
9 LeBel et al. (2004)	Deeskaleringstekniker Färdighetsträning Delaktighet Individuella krispreventionsplaner Förändrad dokumentation	Personalutbildning Dokumentation Strategisk implementering	(-) minskat antal tvångs-ingripanden ¹
10 LeBel & Goldstein (2005) ²	Se studie 9 Arbeterapi Husdjursterapi	Se studie 9 Alternativa metoder	(-) minskat antal tvångs-ingripanden, personal- och patientskador ¹ (+) ökning av förståelse av inredning ¹
11 Singh et al. 1999	Behandlingsplanering Utbildning kring riktlinjer Målformulering Beteendemodifikation	Personalutbildning Strategisk implementering Beteendemodifiering	(-) minskade tvångs-ingripanden i tid och antal ¹
12 Witte (2008)	Kompetensförstärkning Fysiska förändringar på avdelningen Delaktighet Förändrad dokumentation Ökad utevistelse	Personalutbildning Fysisk miljö Strategisk implementering Dokumentation Fysisk aktivitet	(-) minskat antal tvångs-ingripanden, hot- och våldsin-cidenter, personalskador och vid behovsmedicinering

¹ Ingen signifikansprövning rapporteras i studien.

² Eftersom LeBel och Goldstein (2005) är exempel på vårdinrättning som omfattas av den strategiska insats som presenteras i LeBel et al. 2004 antas att samma faktorer betonas här.

Produktion och tryck: Ineko AB. 2012. Arb.nr: 177542.

 Miljömärkt trycksak, 341 142

Avskiljning är en särskild befogenhet som Statens institutionsstyrelse, SiS, har rätt att använda om en intagen ungdom är så våldsam eller utagerande att han eller hon riskerar att skada sig själv eller andra. Den är ett exempel på en så kallad akut tvångsingripande åtgärd och den unge får som längst vara avskild från övriga intagna under 24 timmar i följd.

I juni 2009 fick SiS regeringens uppdrag att se över hur avskiljningen på de särskilda ungdomshemmen tillämpas. I december samma år presenterade SiS sin slutredovisning där vikten av att fortsätta forsknings- och utvecklingsarbetet var en av metoderna för att värden inom SiS ska utvecklas och kvalitetssäkras.

Syftet med den här rapporten är att redovisa resultatet från en systematisk översikt av insatser som syftar till att minska avskiljningar och andra akuta tvångsingripande åtgärder som kan vara relevanta för SiS ungdomsvård.

Resultatet visar att det finns en rad lovande försök att förebygga avskiljningar och andra akuta tvångsingripande åtgärder inom vård av unga med utagerandeproblematik. Rapporten ger även förslag på hur SiS kan gå vidare med frågan i ett fortsatt forsknings- och utvecklingsarbete.

ISBN 978-91-87053-03-0

Bilaga 4

Syften, sökstrategier och urvalskriterier i utvalda översiktsartiklar (i alfabetisk ordning)

Författare, årtal	Syfte	Sökstrategier	Sökord/avgränsningar	Urvalskriterier
Bower et al (2003)	"This article is an update of the January 19, 2000, Volume 7, Number 2 article of the synthesis of research findings on the use of restraint and seclusion with patients in psychiatric and acute care settings".	"A comprehensive search for studies related to restraint/seclusion in psychiatric settings and restraint in acute care settings was accomplished by using four search strategies: MEDLINE, CINAHL, Dissertation Abstracts International, and hand search."	"Key words used to identify articles were physical restraint, seclusion, international, psychiatric and acute care settings, adult and child, nursing research."	"After reviewing all of the 480 articles, which we believed was necessary in order to get the full picture of restraint and seclusion use, we discarded all but 223 of the articles. We evaluated the articles and eliminated those that met the following criteria: 1) not research studies, 2) fell into the category of falls, 3) focused on "medication as restraint" and 4) took place in long term and rehabilitation institutions."
Borckhardt et al (2007)	"This article reviews the available literature and describes a proposed research agenda involving a behavioral effort, the Engagement Model, for reducing seclusion and restraint procedures and enhancing safety in psychiatric settings" (sidan 355).	Databaser: "Medline, PsycInfo" (sidan 356).	Sökord: "Seclusion, restraint, reduc* ¹ , psychiatric patient safety, psychiatric safety, psychiatric sanctuary, quality of care psychiatry" (sidan 356).	Framgår ej.

¹ En stjärna (*) indikerar att olika böjningsformer av ordet har inkluderats.

Författare, årtal	Syfte	Sökstrategier	Sökord/avgränsningar	Urvalskriterier
De Hert et al (2011)	"We aimed to examine the prevalence and determinants of seclusion and restraint utilization (SRU) in children and adolescents in psychiatric settings" (sidan 221).	Databaser: "PubMed, PsycInfo, Cinahl" (sidan 222). "The reference lists of identified papers were used to find additional publications" (sidan 222).	Sökord: "Adolescent, adolescent psychiatry; aggression; child; child psychiatry; pediatric; restraints/s/ and seclusion/s/" (sidan 222). Avgränsningar: "English language papers published between 2000 and 2010 (sidan 222).	"Original research papers; target population aged between 6 and 21 years old; psychiatric settings for children and adolescents; prevalence data on SRU presented in the results. If a paper did not meet all inclusion criteria, it was excluded. Furthermore, the quality of the selected publications was assessed with the criteria proposed by Forbes and Griffiths (2002) ¹ ; clear aim and research questions; description of the sampling procedure; description of the sampling procedure; description of the intervention i.e., SRU; description of the assessment methods/instruments; quality of data-analysis; and results in accordance with aims or research question" (sidan 222).
Delaney (2006)	"The core question of this review was: What is the current state of the evidence supporting restraint reduction efforts with children and adolescents?" (sidan 19).	Databaser: "Medline, PsycInfo, Cinahl" (sidan 20). "Reference lists of articles were inspected for any articles and/or reports that were unpublished or may not have been included in Medline" (sidan 20).	Sökord: "Child and adolescent, psychiatric hospitalization, inpatient treatment, seclusion and restraint, restraint reduction, aggression management, pro re nata (PRN) medication use and therapeutic holds" (sidan 20).	"Inclusion criteria were: studies less than 10 years old, data based, addressing restraint and seclusion or aggression management of children, and written in English or a translation was available" (sidan 20).
Fryer et al (2004)	"This review has focused on literature pertaining to the use of seclusion and restraint in the care of children and adolescents" (sidan 26).	Databaser: "Medline, Cinahl, and PsycInfo" (sidan 26). "Articles were followed up from lists of references of articles initially identified" (sidan 26).	Framgår ej.	Framgår ej.

¹ Forbes, A., & Griffiths, P. (2002). Methodological strategies for the identification and synthesis of "evidence" to support decision-making in relation to complex healthcare systems and practices. *Nursing Inquiry*, 9, 141–155.

Författare, årtal	Syfte	Sökstrategier	Sökord/avgränsningar	Urvalskriterier
Gaskin et al (2007)	"Aims: To find empirically supported interventions that allow reduction in the use of seclusion in psychiatric facilities" (sidan 298).	Databaser: "Academic Search Premier; Biomedical Reference Collection, Cinahl, Medline, Pre-Cinahl, PsycInfo" (sidan 298). "The first author (C. J. G.) also scanned the reference lists of the selected papers to find additional papers that were not identified in the original search" (sidan 298).	Sökord: "Seclusion WITH mental OR psychiatric" (sidan 298). "/.../ the search was limited to papers published in English and in peer-reviewed journals" (sidan 298) /.../ the search was restricted to papers published during this period (the past 20 years)" (sidan 298; parenteser tillagda).	"C. J. G. read the abstracts and selected those papers in which the authors reported on interventions to reduce seclusion rates. Opinion-based papers (e.g. commentaries, letters to editors) were excluded, as were papers in which the interventions were solely based on changes to medications; and those in which seclusion rates pre- and post-intervention were not provided" (sidan 298).
Johnson (2007)	"The aims of this review are: To compare and contrast the design, content, and outcomes of programs aimed at reducing seclusion/ restraint or aggression/ violence; and to identify trends in design, content, and outcomes of seclusion/ restraint and aggression/ violence reduction efforts" (sidan 181).	Databaser: "Cinahl, PsycInfo, Medline" (sidan 181). "Reference lists were also reviewed for articles that might have been missed in the data base searches" (sidan 182).	Sökord: /.../ "Aggression and , violence as the initial key words /.../ further delimited with /.../ psychiatric nursing, psychiatric hospitals, psychiatry, physical restraint and restraint reduction" (sidan 181–182).	"Each (article) was rated on a two-point scale (2 = high; 1 = low) along two dimensions (study design and relevance) /.../ articles were rated as highly relevant and received a score of 2 if they were either data-based research studies or quality improvement projects that had as their aims the reduction of aggression and violence or restraint and seclusion through an initiative that included some form of staff training or education. To be considered highly relevant, the studies or projects needed to be conducted on inpatient psychiatric units, published in the English language, and published in a peer-reviewed journal. The project/ study outcomes that were considered to be highly relevant included any of the following: restraint or seclusion rates; restraint or seclusion length of time; rates of aggression or violence; rates of staff injury related to aggression and violence or restraint and seclusion; rates of restrictive interventions; or knowledge, confidence, skills, attitudes. Only studies that were rated as highly relevant (receiving a score of 2), were included in this review. Published abstracts and dissertations, reports of studies in non-psychiatric or forensic settings, and studies using nursing students as participants were not included in this review. The study design also was evaluated on a 2-point scale, using published hierarchical

Författare, årtal	Syfte	Sökstrategier	Sökord/avgränsningar	Urvalskriterier
Scanlan (2010)	"This paper analyzes evidence available from evaluations of single seclusion and/or restraint reduction programmes ... (sidan 412) /.../ in inpatient psychiatric settings" (sidan 413).	Databaser: "Cinahl, Medline, PsycInfo, EMBASE and Journals@OVID" (sidan 413). "During the review process, three additional research papers /.../ were identified from reference lists, retrieved and reviewed" (sidan 413).	Sökord: "/.../keyword 'mental health' OR 'psychiatr*' AND in title 'seclusion' OR 'restraint'" (sidan 413).	guidelines as a starting point /.../ reports of studies with a comparison group that was either randomized or non-randomized were given a rating of 2; studies that used a qualitative design, were case studies, or were a pre-post design without a comparison group were given a rating of 1. Because it was known that few studies of aggression/violence reduction or restraint/seclusion reduction met the "gold standard" of randomized controlled trials /.../ and the aim of this integrative review was to present a comprehensive picture of the state of the science related to aggression/violence and restraint/seclusion reduction efforts, studies that received a methodological rating of either 1 or 2 were included in this review /.../ the search dates included January, 1989 to May, 2009, but since there were few studies prior to 1989, studies published prior to 1989 that met inclusion criteria were included; these studies were obtained primarily through searches of reference lists" (sidan 182). "/.../ articles were excluded if they were editorials or opinion pieces, were not related to inpatient psychiatric services or were not related to reduction strategies. /.../ articles were retained if they reported specifically on strategies for the reduction of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings" (sidan 413).

Bilaga 7

Originalstudier indelade efter studie, kontext, population, utvärderingsmetod och utfall

Studie: Författare (årtal), land (stat), kod	Kontext	Population	Utvärderingsmetod (inklusive uppföljningstid)	Utfall (= minskning, + = ökning, 0 = ingen förändring) (signifikansprövat/ej signifikansprövat)
Antoinette, Iyengar, & Puig-Antich (1990) USA (Pennsylvania) 1	Psykiatrisk slutenvård (The Children's Psychiatric Treatment Center, Mayview State Hospital)	Barn upp till 13 år fördelade på tre avdelningar med totalt 32 platser: På avdelning 1 (intagsavdelning) med totalt 11 bäddar skrevs barn in med varierande psykiatriska diagnoser samt barn med allvarliga beteendestörningar. På avdelning 2 med totalt 10 bäddar skrevs endast unga barn in, i åldern 6–10 år, med uppförandestörning. På avdelning 3 med totalt 11 bäddar skrevs endast äldre barn (10–13 år) in med allvarliga emotionella störningar, som i tidigare behandling visat att de kunde tolerera en mindre högstrukturerad miljö.	Retrospektiv institutionell före-eftermätning utan jämförelsegrupp. Period 1 (låst avskiljning) jämförs med period 2 (olåst avskiljning) och period 3 (olåst avskiljning kombinerat med belöningsystemet). Cirka 9 månader mellan för- och eftermätning.	Ett urval utfallsmått redovisas från den avdelning som vårdade de äldsta barnen. (Valet motiveras av att detta stickprov och dessa utfall har störst relevans för SiS ungdomsvård.) Antal dagar utan avskiljningar = – (ej signifikansprövat). Antal avskiljningar per dag = + (signifikansprövat; förändring sker mellan period 1 och 2, samt 2 och 3). Dagar utan avskiljningar (i procent) = – (ej signifikansprövat). Genomsnittligt antal doser vid behovsmedicinering/dag = + (signifikansprövat) (förändring sker mellan period 1 och 3). Antal dagar utan vid behovsmedicinering (procent) = – (ej signifikansprövat). Antal dagar utan avskiljningar med minst en administrering av vid behovsmedicinering = + (ej signifikansprövat).

Studie: Författare (årstal), land (stat), kod	Kontext	Population	Utvärderingsmetod (inklusive uppföljningstid)	Utfall (– = minskning, + = ökning, 0 = ingen förändring) (signifikansprövat/ej signifikansprövat)
Crosland, Cigales, Dunlap, Neff, Clark, Giddings, & Blanco (2008) USA (Florida) 2	Institutionsvård (Short-term children's shelter; locked residential treatment facility)	Barn och ungdomar (huvudsakligen fosterbarn) placerade i två olika institutionsmiljöer: En låst/sluten institution ("locked residential treatment facility") med totalt 17 bäddar för ungdomar i åldern 13–17 år med bland annat allvarliga beteendeproblem, aggressionsproblem, självskade-beteenden, emotionella och psykologiska problem. N Ett korttidsboende ("children's shelter") med totalt 20 bäddar för barn och ungdomar av båda könen, uppdelade på två separata enheter, i åldern 8–18 år med bland annat beteendeproblem som förhindrade placering i mindre restriktiva miljöer, till exempel i fosterfamiljer.	Retrospektiv institutionell före-eftermätning utan jämförelsegrupp. Cirka 3 månader mellan för- och eftermätning på korttidsboendet och cirka 4 månader mellan mätningarna på den slutna institutionen.	Korttidsboendet: Antal fysiska fasthållningar mot golvet ("take down") = – (ej signifikansprövat). Antal "time-outs" = 0 (ej signifikansprövat). Antal fysiska fasthållningar mot golvet ("take down") och "time-outs" = – (ej signifikansprövat). Fysisk fasthållning genom fasthållning av armbågen ("elbow control") (antal) = – (ej signifikansprövat). Andra typer av restriktiva procedurer (till exempel "björnkram") (antal) = + (ej signifikansprövat). Slutna institutionen: Vid behovsmedicinering (antal) = – (ej signifikansprövat). Avskiljning (antal) = – (ej signifikansprövat). Fastspänning ("mechanical restraint") (antal) = – (ej signifikansprövat). Fysisk fasthållning (antal) = – (ej signifikansprövat).

Studie: Författare (årstal), land (stat), kod	Kontext	Population	Utvärderingsmetod (inklusive uppföljningstid)	Utfall (– = minskning, + = ökning, 0 = ingen förändring) (signifikansprövat/ej signifikansprövat)
Dean, Duke, George, & Scott (2007) Australien (Queensland) 3	Psykiatrisk slutenvård (Avdelning med 10 platser)	En slutenpsykiatrisk barn- och ungdomsavdelning med totalt 10 bäddar. Populationen hade en medelålder på 13,61 år (förmätning) respektive 13,59 år (eftermätning), varav 56,9 % (förmätning) och 60,5 % (eftermätning) var flickor: 45,8 % (förmätning) respektive 45,6 % (eftermätning) skrevs in på grund av aggressivt beteende. Vid förmätningen var 65 barn och ungdomar inskrivna på avdelningen (33,8 % barn och 66,2 % ungdomar). Vid eftermätningen var 86 barn och ungdomar inskrivna på avdelningen (47,7 % barn och 52,3 % ungdomar).	Retrospektiv institutionell före-eftermätning utan jämförelsegrupp. Cirka 6 månader mellan för- och eftermätning.	Antal aggressiva incidenter = – (signifikansprövat). Antal skador på patienter och personal = – (signifikansprövat). Antal gånger säkerhetspersonal behövde tillkallas = 0 (signifikansprövat). Antal episoder av fysisk fasthållning = – (signifikansprövat). Antal episoder av avskiljning = 0 (signifikansprövat). Antal episoder av någon form av låst isolering (avskiljning och låst "time out") ¹ = 0 (signifikansprövat). Andel patienter som fick lugnande vid behovsmedicinering = 0 (signifikansprövat). Sjukskrivning (timmar) = 0 (signifikansprövat). HoNOSCA (The Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents ²) = 0 (signifikansprövat). Användning av inhyrd personal (timmar) = 0 (signifikansprövat). Duration episoder av låst isolering = – (signifikansprövat).

¹ Låst "time-out" var den tvångsringripande åtgärd som var tillåten att använda på patienter under 13 år. Först var "time-out"-rummet olåst men om barnet fortsatte att göra motstånd låstes rummet. I praktiken skiljer sig inte låst "time-out" från avskiljning, men författarna valde att kalla det så för att göra personalen uppmärksam på att en förändring av rutinerna skett jämfört med tidigare, det vill säga när dörren låstes direkt.

² Kortfattat kliniskt bedömningsinstrument, konstruerat att mäta allvarlighetsgrad gällande emotionella och beteendemässiga problem (global psykisk hälsa).

Studie: Författare (årstal), land (stat), kod	Kontext	Population	Utvärderingsmetod (inklusive uppföljningstid)	Utfall (- = minskning, + = ökning, 0 = ingen förändring) (signifikansprövat/ej signifikansprövat)
Donovan, Plant, Peller, Siegel, & Martin (2003b) (utfallet) Donovan, Siegel, Zera, Plant, & Martin (2003a) (insatsen) USA (Connecticut) 4	Psykiatrisk slutenvård (Riverview Hospital for Children and Youth, a state psychiatric hospital)	Två stickprov bestående av barn och ungdomar i åldern 5–18 år: Stickprov 1 (mätning år 2000), = 231, varav 67 barn (under 12 år) och 164 ungdomar (13–18 år), varav totalt 36 % flickor med bland annat psykotiska syndrom, förstämningssyndrom (uni- och bipolära) och externaliserings-syndrom. Stickprov 2 (mätning år 2001), N = 211, varav 55 barn (under 12 år) respektive 156 ungdomar (13–18 år), varav 38 % flickor med bland annat psykotiska syndrom, förstämningssyndrom (uni- och bipolära) och externaliserings-syndrom.	Retrospektiv institutionell eftermätning utan jämförelsegrupp. Cirka 1 år mellan för- och eftermätning. Dels jämförs data från första kvartalet år 2000 med data från sista kvartalet år 2001, dels jämförs data från respektive kvartal och år med varandra.	Ett urval BV redovisas. (Valet motiveras av att dessa utfallsmått har störst relevans för denna översikt.) Antal minuter i "restraints" = - (signifikansprövat). Antalet minuter i avskiljning = 0 (signifikansprövat). Antal episoder av avskiljningar och "restraints" (kvartalsvis) = - (ej signifikansprövat). Patientskador (antal kvartalsvis) = + (signifikansprövat). Personalskador (antal kvartalsvis) = 0 (signifikansprövat). Vid behovsmedicinering (antal gånger det getts kvartalsvis) = + (signifikansprövat).
Fowler (2006) USA (Maryland) 5	Institutionsvård (The Jefferson School, a residential treatment center)	Ett stickprov bestående av 43 barn och ungdomar i åldern 12–19 år med "kliniskt diagnostiserad mental störning". "Frequently has residents with histories of trauma and, as a result, poor attachment to others. These adolescents typically display poor coping and social skills as exhibited through impulsive, explosive, verbal, and physically aggressive behavior" (sidan 69).	Retrospektiv institutionell före- eftermätning utan jämförelsegrupp. Cirka 4 månader mellan för- och eftermätning.	Ett urval BV redovisas. (Valet motiveras av att dessa variabler har störst relevans för denna översikt). Antal episoder i avskiljning och "restraints" = 0 (signifikansprövat). Vid behovsmedicinering (antal gånger det getts) = 0 (signifikansprövat).

Studie: Författare (årtal), land (stat), kod	Kontext	Population	Utvärderingsmetod (inklusive uppföljningstid)	Utfall (– = minskning, + = ökning, 0 = ingen förändring) (signifikansprövat/ej signifikansprövat)
Foxx (1998) USA (Pennsylvania) 6	Institutionsvård (Co-educational residential unit)	Antalet inskrivna barn (under 12 år) och ungdomar (13–18 år) under perioden varierade från 37 till 49 med bland annat mild mental retardation, olika personlighets- och/eller karaktärsstörningar, olika affektiva störningar och schizo-freni. Populationen beskrivs som "extremt aggressiv och/eller mycket störande" (sidan 69).	Retrospektiv institutionell före- eftermätning utan jämförelsegrupp. Cirka 7 månader mellan för- och eftermätning.	Antal krossade fönster = – (ej signifikansprövat). Antal ungdomar som krossar fönster = – (ej signifikansprövat). Antal gånger fastspänning använts = – (ej signifikansprövat). Antal ungdomar som fastspänts = – (ej signifikansprövat). Vid behovsmedicinering (antal ggr det getts) = – (ej signifikansprövat). Antal ungdomar som fått vid behovsmedicinering = – (ej signifikansprövat). Procentandel ungdomar som stod på psykofarmaka = – (ej signifikansprövat). Tvångsmedicinering (procentandel ungdomar) = – (ej signifikansprövat).
Holstead, Lamond, Dalton, Horne, & Crick (2010) USA (Indiana) 7	Institutionsvård (Damar Services Inc., a private non-profit residential treatment provider)	Institutionsvård för barn och ungdomar i åldern 6–22 år (klienterna delas in i grupper: pojkar i åldern 6–13 år, pojkar i åldern 13–22 år, flickor i åldern 6–22 år och barn och ungdomar med olika typer av autistiska syndrom i åldern 6–22 år) med "flera utvecklingsmässiga och beteendemässiga tillstånd" (totalt 215 platser), varav cirka 50 % "suffer from issues attributed to prior abuse and neglect" (sidan 3).	Retrospektiv institutionell före- eftermätning utan jämförelsegrupp. Cirka 4 år mellan för- och eftermätning.	Antal "restraints" (ospecificerat vilken typ, men sannolikt fastspänning och fysisk fasthållning) = – (ej signifikansprövat). Antal minuter personal ägnar åt "restraint"-episoder = – (ej signifikansprövat). Personalskador i genomsnitt/personal och år = – (ej signifikansprövat). Antal klientskador till följd av "restraints" = – (ej signifikansprövat).

Studie: Författare (årstal), land (stat), kod	Kontext	Population	Utvärderingsmetod (inklusive uppföljningstid)	Utfall (– = minskning, + = ökning, 0 = ingen förändring) (signifikansprövat/ej signifikansprövat)
Kalogjera, Bedi, Watson, & Meyer (1989) USA (Wisconsin) 8	Psykiatrisk slutenvård (Adolescent psychiatric inpatient program of a large midwestern public mental health complex)	Ungdomar av båda könen från tre avdelningar i åldern 13–18 år, varav totalt 82 stycken vid mätning 1 (år 1980) och 109 stycken vid mätning 2 (år 1981). Populationen beskrivs som "störande ungdomar".	Retrospektiv institutionell före- eftermätning utan jämförelsegrupp. Cirka 1 år mellan före- och eftermätning.	Antal minuter i avskiljningsrum och i fastspänningsanordning = – (signifikansprövat). Antal patienter som blivit avskiljda samt blivit fastspända = – (signifikansprövat). Antal episoder av avskiljningar och fastspänning = – (signifikansprövat).
Lebel, Stromberg, Duckworth, Kerzner, Goldstein, Weeks, Harper, LaFlair & Sudders (2004) USA (Massachusetts) 9	Psykiatrisk slutenvård (A state initiative)	Barn (i åldern 5–12 år) och ungdomar (ospecificerat åldersintervall) från samtliga slutenpsykiatriska sjukhus i Massachusetts, varav åtta barnpsykiatriska enheter, 13 ungdomspsykiatriska enheter och 4 mixade enheter. Populationen beskrivs som "psykiatriskt heterogen". Totalt ingår psykiatriska enheter på 60 privata och offentliga sjukhus i Massachusetts, men studien fokuserar endast på barn- och ungdomsenheterna på dessa sjukhus, 25 stycken, varav 13 för ungdomar.	Retrospektiv institutionell före- eftermätning utan jämförelsegrupp. Knappt 2 år mellan före- och eftermätning (22 månader).	Ett urval utfallsmått redovisas, nämligen de resultat som gäller ungdomsenheterna (vilket motiveras av att detta stickprov har störst relevans för SiS ungdomsvård). Antal episoder av avskiljningar och fastspänning/1 000 patientdagar = – (ej signifikansprövat). Antal timmar i avskiljningsrum och bälte = – (ej signifikansprövat).

Studie: Författare (årtal), land (stat), kod	Kontext	Population	Utvärderingsmetod (inklusive uppföljningstid)	Utfall (– = minskning, + = ökning, 0 = ingen förändring) (signifikansprövat/ej signifikansprövat)
Lebel & Goldstein (2005) USA (Massachusetts) 10	Psykiatrisk slutenvård (A private, long-term co-educational adolescent inpatient service at Westborough State Hospital)	Två stickprov bestående av ungdomar i åldern 13–18 år. Stickprov 1 (mätning år 2000), N = 81 med bland annat schizofreni och andra psykotiska syndrom, PTSD, affektiva syndrom (uni- och bipolära) samt olika uppförande-störningar. Stickprov 2 (mätning år 2003), N = 75 med bland annat schizofreni och andra psykotiska syndrom, PTSD, affektiva syndrom (uni- och bipolära) samt olika uppförande-störningar.	Retrospektiv institutionell före- eftermätning utan jämförelsegrupp. Cirka 3 år mellan för- och eftermätning.	Ett urval utfallsmått redovisas (av totalt 27 stycken). Valet motiveras av att dessa variabler har störst relevans för denna översikt. Antal episoder av fastspänning, fysisk fasthållning och tvångsmedicinering = – (ej signifikansprövat). Antal timmar i bälte, av fysisk fasthållning och tvångsmedicinering (duration) = – (ej signifikansprövat). Antal personalskador = – (ej signifikansprövat). Antal patientskador som uppstått i samband med fastspänning, fysisk fasthållning och tvångsmedicinering = – (ej signifikansprövat). Antal tillfällen då inredning förstörts = + (ej signifikansprövat).
Singh, Singh, Davis, Latham, & Ayers (1999) USA (Virginia) 11	Psykiatrisk slutenvård (An inpatient child and adolescent psychiatric hospital)	Barn och ungdomar (ålder, antal och kön ospecificerat) med bland annat allvarliga problembeteenden och hög grad av aggressivitet mot andra patienter och personal (sidan 245).	Institutionell före-eftermätning utan kontrollgrupp ("changing criterion design"). Cirka 1 år mellan för- och eftermätning.	Antal timmar fastspänning och fysisk fasthållning = – (ej signifikansprövat). Antal timmar i avskiljning = – (ej signifikansprövat).

Studie: Författare (årtal), land (stat), kod	Kontext	Population	Utvärderingsmetod (inklusive uppföljningstid)	Utfall (- = minskning, + = ökning, 0 = ingen förändring) (signifikansprövat/ej signifikansprövat)
Witte (2008) USA (Michigan) 12	Psykiatrisk öppen-, sluten-, institutions- och missbruksvård (Pine Crest Christian Mental Health Services)	Barn och ungdomar (åldersintervall, antal och problematik ospecificerat).	Institutionell före-eftermätning utan kontrollgrupp. Cirka 1 år mellan för- och eftermätning.	Antal episoder i avskiljning och "restraint" (ospecificerat vilken typ, men sannolikt samtliga typer; det vill säga fastspänning, fysisk fasthållning och tvångsmedicinering) = - (ej signifikansprövat). Antal patientskador till följd av hotfull eller våldsam interaktion mellan patienter eller mellan patienter och personal = - (ej signifikansprövat). Antal personalskador relaterade till vård av patienter = - (ej signifikansprövat). Antal gånger vid behovsmedicinering administrerats = 0 (ej signifikansprövat).