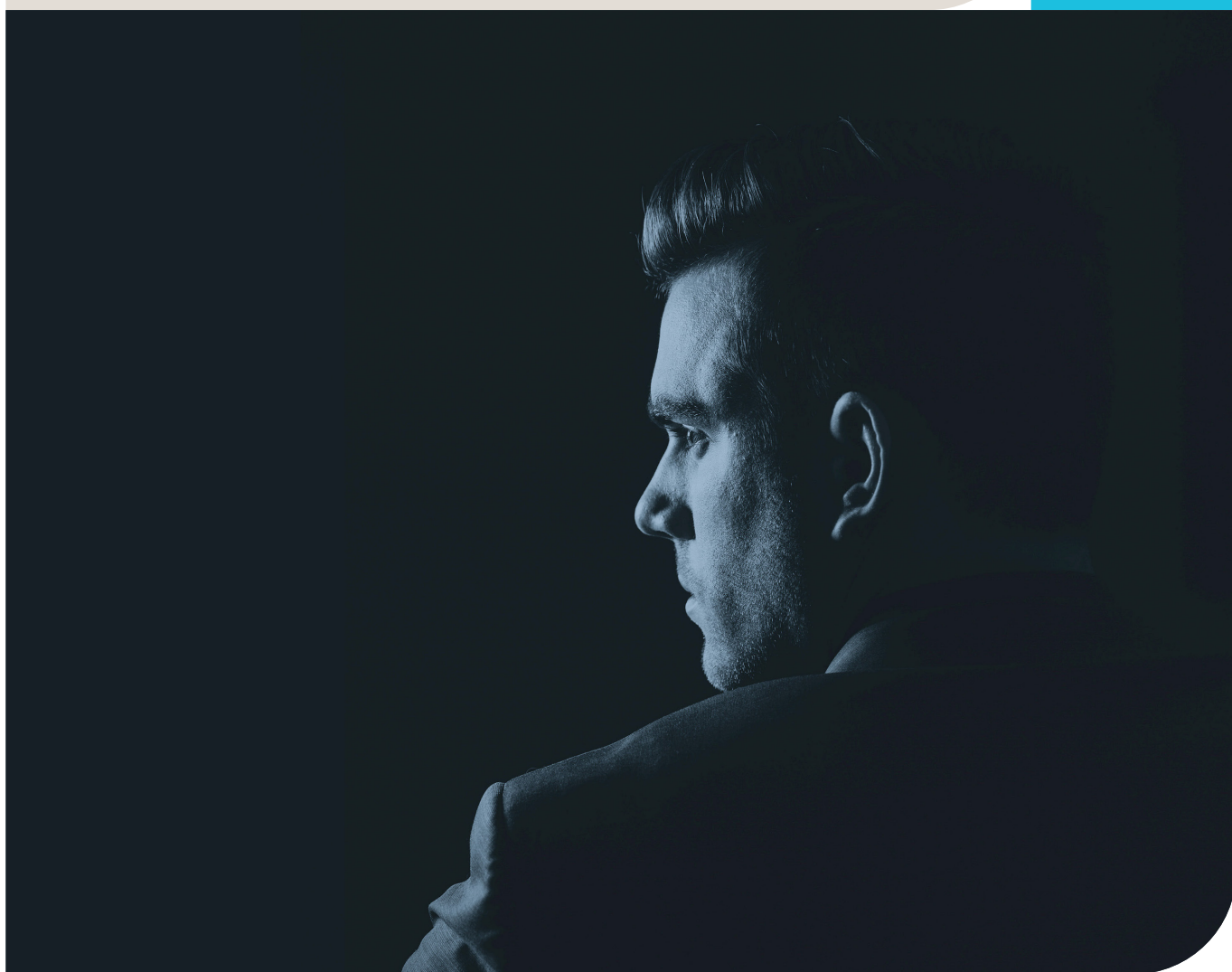


# Enkel och Effektiv Aggressionskontroll (EEA)

Utvärdering av ett pilotprojekt

Karin Örmon, Jennie Malm Georgson &  
Solveig Lövestad



Datum: 2026-01-23

Dokumentnamn: Enkel och Effektiv Aggressionskontroll (EEA) – Utvärdering av ett pilotprojekt

ISBN 978-91-991249-0-2

Tryck: Regiontryckeriet 2026

Beslutad av: Carina Eliason, områdeschef

Kontaktperson: Jennie Malm Georgson

Telefonnummer: [072-184 82 33](tel:072-184 82 33)

E-post: [jennie.georgson@vgregion.se](mailto:jennie.georgson@vgregion.se)

## Förord

Pilotprojektet Enkel och Effektiv Aggressionskontroll, EEA, initierades av Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer (VKV). Projektet syftade till att undersöka deltagande hälso- och sjukvårdspersonals upplevelse av utbildning i verktyget EEA samt deras erfarenhet av att använda EEA tillsammans med unga och unga vuxna patienter med låg kontroll över aggression. EEA hade aldrig tidigare testats av personal inom hälso- och sjukvård, vilket gör detta till ett unikt pilotprojekt. Projektet genomfördes under 2024 genom ett samarbete mellan VKV och Per Isdal, psykologspecialist vid Alternativ til vold (ATV) i Norge.

Enkel och Effektiv Aggressionskontroll, EEA, är ett våldsförebyggande verktyg bestående av fyra övningar som Per Isdal utvecklat utifrån sitt arbete med klienter, unga och äldre med våldsproblem. Verktyget bygger på insikten att aggression är en försvarsreaktion där hela kroppen aktiveras och gör sig redo för angrepp, styrd av det autonoma nervsystemet. Genom att identifiera och lära känna sina reaktioner samt använda tekniker för att dämpa och lugna dessa reaktioner skapas kontroll över aggression. Detta gör EEA till ett konkret och praktiskt stöd för att förebygga våldsamma beteenden.

Aggression och våld är inte isolerade fenomen utan förekommer i olika sammanhang, bland annat i ungas nära relationer – ett område som under senare år uppmärksammats som ett växande samhällsproblem. Forskning visar att våldspreventiva insatser behöver vara strukturerade, och långsiktiga för att ge effekt. EEA är ett steg i denna riktning och erbjuder ett verktyg som kan bidra till att minska våld genom ökad självkontroll.

Denna rapport presenterar utvärderingen av pilotprojektet Enkel och Effektiv Aggressionskontroll, EEA. Genomförandet och resultaten har lagt en viktig grund för kunskap och utveckling i det förebyggande arbetet mot våld i nära relationer. Som en direkt följd av dessa erfarenheter har VKV under 2025 påbörjat en implementering av EEA i hela Västra Götalandsregionen inom utvalda verksamheter, vilket fortsätter under 2026. Vi hoppas att denna rapport ska bidra med kunskap och erfarenheter som kan utveckla det våldspreventiva arbetet ytterligare.

Vi riktar ett stort tack till VKV:s projektledare Jennie Malm Georgson som gjort detta projekt möjligt att genomföra, ett stort tack till VKV:s forskningsledare Karin Örmon som ansvarat för denna rapport och ett stort tack till VKV:s forskare Solveig Lövestad som har medverkat i

utvärderingen och analyserat enkätsvaren. Ett stort tack riktas också till all personal som medverkat i pilotprojektet och som har gjort detta projekt och denna utvärdering möjlig.

Tillsammans kan vi skapa tryggare relationer och ge människor verktyg att välja bort våld. Varje steg mot ökad förståelse och kontroll över aggression är ett steg mot ett samhälle där respekt och omtanke får större utrymme än hot och våld. Låt oss fortsätta att arbeta för en framtid där våld inte är ett alternativ – utan där dialog, empati och ansvar är självklara vägar framåt.

2026-01-02

Carina Eliason

Områdeschef

Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer,

VKV

# Sammanfattning

Denna rapport presenterar en utvärdering av pilotprojektet Enkel och Effektiv Aggressionskontroll (EEA), ett våldsförebyggande verktyg riktat till personer med låg kontroll över aggression. Pilotprojektet genomfördes under 2024 i Västra Götalandsregionen och initierades av Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer (VKV), i samarbete med metodens utvecklare Per Isdal vid Alternativ til vold (ATV) i Norge. EEA hade inte tidigare använts inom hälso- och sjukvård, vilket gör projektet till ett unikt initiativ inom det våldsförebyggande arbetet.

Syftet med pilotprojektet var att undersöka hur deltagande hälso- och sjukvårdspersonal upplevde utbildning och handledning i EEA samt deras erfarenheter av att använda verktyget tillsammans med unga och unga vuxna patienter. I rapporten redovisas inte utvärderingen av utbildningen, utan fokus är på upplevelsen av att använda verktyget.

Projektet genomfördes inom tio hälso- och sjukvårdsverksamheter med inriktning mot unga och unga vuxna. Där möter personalen ofta patienter med psykosocial problematik, relationssvårigheter och i vissa fall aggressiva beteenden.

EEA är ett strukturerat och praktiskt verktyg som bygger på förståelsen av aggression som en fysiologisk och psykologisk försvarsreaktion. Genom att öka medvetenheten om kroppsliga och emotionella signaler, samt träna på konkreta strategier för att dämpa och reglera dessa, syftar metoden till att stärka individens kontroll över aggressiva impulser.

EEA består av fyra övningar och används främst i individuella samtal, men kan även anpassas till arbete med par eller familjer under vissa förutsättningar. Metoden är avsedd som en våldsförebyggande insats och ersätter inte specialiserad behandling vid konstaterat fysiskt eller sexuellt våld.

Utbildningen i EEA omfattade två heldagar samt tre digitala handledningstillfällen. Under projekttiden fick personalen tillgång till manualer, pedagogiskt material och visuella hjälpmedel, vilka användes som stöd i det kliniska arbetet. Utvärderingen genomfördes med en kombination av kvantitativa enkäter och kvalitativa fritextsvar, vilket möjliggjorde både en övergripande bild av användningen av EEA och en fördjupad förståelse för personalens erfarenheter.

Resultaten baserade på enkätdata visar att handledningstillfällena kan ha minskat andelen personal som **aldrig** identifierar aggressionsproblem, medan andelen som **ibland** eller **ofta** gör det inte ökat. Efter den tredje datainsamlingen erbjöd fler i personalen EEA **ibland** till patienterna, men andelen som gjorde det **ofta** var oförändrad. Enligt personalen var det allt fler patienter som tackade ja till EEA, vilket kan tyda på att metoden efter handledningarna blivit mer etablerad och/eller att personalen presenterar EEA på ett mer motiverande sätt. Personalen tycktes genomgående uppleva EEA som användbart, med **ganska mycket** som vanligaste bedömning, samtidigt som svarsalternativet **väldigt mycket** minskade över tid. Upplevelsen av handledningen som **ganska mycket** stödjande var stabilt över de tre mättillfällena. De flesta i personalen deltog vid två handledningstillfällena. Bortfallet vid de tre mättillfällena låg på ca 26–33% vilket innebär att resultaten bör tolkas med försiktighet.

Resultaten baserad på kvalitativa data visar att EEA upplevs som tydlig, strukturerad och lätt att förstå, både för personal och patienter. Personalen beskriver att EEA ger ett gemensamt språk för att prata om aggression och bidrar till ökad medvetenhet om aggressiva reaktioner och deras konsekvenser. Metoden upplevs särskilt värdefull genom sitt konkreta och praktiska upplägg, där övningar och visuellt material underlättar tillämpning, särskilt i arbete med unga.

Samtidigt framkommer att användningen av EEA i praktiken har varierat mellan verksamheter och individer. Organisatoriska förutsättningar, såsom patientflöden, uppdragets karaktär och tillgång till kontinuitet i patientkontakter, har haft stor betydelse för i vilken utsträckning metoden kunnat genomföras fullt ut. EEA har därför ofta använts flexibelt och integrerats som delar av pågående samtal eller föräldrastöd snarare än som sammanhållen intervention.

Sammanfattningsvis ger pilotprojektet viktig kunskap om möjligheter och begränsningar med att implementera EEA inom hälso- och sjukvård. Rapporten bidrar med erfarenheter som kan ligga till grund för fortsatt utveckling och implementering av våldsförebyggande insatser inom regionen.

# Innehållsförteckning

Förord.....	2
Sammanfattning.....	4
Innehållsförteckning .....	6
Inledning .....	9
Bakgrund .....	9
Väldpreventivt arbete .....	9
Teoretiska perspektiv, riskfaktorer och behandlingsinsatser .....	10
Väld i unga personers nära relationer .....	12
Enkel och Effektiv Aggressionskontroll (EEA) .....	13
När kan EEA erbjudas? .....	14
Att leda samtal i EEA.....	14
Tidsåtgång .....	16
Pilotprojekt EEA.....	16
Utbildning och handledning .....	16
Material .....	17
Syfte .....	18
Metod.....	18
Deltagare .....	18
Datainsamling .....	19
Dataanalys .....	21
Kvantitativa data baserat på enkätsvaren:.....	21
Kvalitativa data.....	21
Etik21	

Resultat.....	21
Kvantitativa resultat baserat på de tre utbildningstillfällena .....	23
Andelen som efter utbildningen i EEA identifierat patienter med aggressionsproblem .....	25
Information och erbjudande om EEA vid identifierade aggressionsproblem .....	25
Patientens svar på erbjuden EEA.....	25
Upplevd användbarhet av EEA i verksamheten .....	25
Upplevt stöd från det första handledningstillfället.....	26
Deltagande vid de tre handledningstillfällena .....	26
Andelen svar som saknas eller är otydliga .....	26
Kvalitativa resultat av utvärderingen .....	27
EEA som stöd i arbetet med aggressionsproblematik hos unga .....	27
Övergripande mottagande .....	27
Tydlighet, enkelhet och struktur .....	28
Ökad medvetenhet och förståelse för aggressiva reaktioner .....	28
Nya strategier och upplevda förändringar i aggressionsnivå.....	28
Flexibel användning och individanpassning.....	28
Föräldrars mottagande och familjeperspektiv.....	29
Begränsningar och osäkerhet kring effekt .....	29
Material .....	29
Tydligt och pedagogiskt material .....	29
Konkreta övningar och visuella hjälpmedel som underlättade tillämpning .....	30
Materialets funktion som stöd .....	30

Önskemål om fördjupning .....	30
Organisatoriska förutsättningar som begränsande faktor.....	31
Implementering av EEA.....	31
Anpassning av utbildningens omfattning, nivå och innehåll.....	31
Tydligare matchning mellan metod, målgrupp och verksamhet ...	31
Flexibilitet i metodanvändning som en förutsättning för klinisk relevans .....	32
Organisatoriska och strukturella förutsättningar för implementering.....	32
Engagemang, upplevelse av stöd och frågor om vetenskaplig förankring.....	32
Betydelsen av handledning, uppföljning och kontinuitet .....	32
Slutsats .....	33
Referenslista.....	34

# Inledning

Aggression är en komplex och mångfacetterad emotion som kan manifesteras på olika sätt, från verbala utbrott till fysiskt våld. Denna emotion är ofta en reaktion på upplevda hot eller frustrationer och kan påverkas av både biologiska och miljömässiga faktorer. I denna rapport kommer vi att redogöra för utvärderingen av pilotprojektet Enkel och Effektiv Aggressionskontroll (EEA). Syftet med pilotprojektet var att personal inom utvalda verksamheter inom Västra Götalandsregionen skulle få utbildning i EEA och sedan använda verktyget med unga och unga vuxna patienter med låg kontroll över aggression. Detta för att erbjuda patienter ett våldsförebyggande verktyg genom att lära sig kontrollera sin aggression. För de patienter som identifieras utöva fysiskt och/eller sexuellt våld är EEA inte en tillräcklig metod, utan då ska personal informera och hänvisa till verksamhet som erbjuder specialiserad behandling för våldsutövning.

En arena där aggression kan förekomma är inom parrelationer. Aggression kan leda till olika former av våldshandlingar. Framförallt våld i ungas nära relationer har de senaste åren ringats in som ett socialt och samhälleligt problem i Sverige. Politiker, praktiker såväl som forskare har lyft fram hur det våld unga utsätts för, eller utsätter andra för, i en egen nära relation förtjänar uppmärksamhet. Våld i ungas relationer är betingat av så kallade ungdomsspecifika faktorer, till exempel att bli utsatt i den allra första kärleksrelationen och därmed sakna erfarenheter från andra relationer, gå i samma skola som den som utövat våld och också fortfarande bo i föräldrahemmet då våldet äger rum.

# Bakgrund

## Våldpreventivt arbete

Att arbeta våldpreventivt innebär att arbeta på olika nivåer. Det våldpreventiva arbetet kan exempelvis beskrivas genom de tre nivåerna primär prevention, sekundär prevention och tertiär prevention. Primär preventivt arbete innebär att arbeta för att förebygga och att arbeta med insatser för att förhindra våld. I sekundär prevention är fokus direkt efter eller i nära anslutning till våldshändelser. I den tertiära preventionen är fokus långsiktiga insatser [1]. Franzén & Gottzén, beskriver i rapporten Våldsprevention i Sverige: En forskningsöversikt att flera av de våldsppreventiva programmen representerar en blandning av skolbaserade, fritidsbaserade och föräldrabaserade insatser med fokus på att förebygga

våld genom att förändra attityder och beteenden hos unga män. Rapportens slutsats är att det finns ett stort behov av strukturerade och utvärderade våldspreventiva program med genusperspektiv i Sverige. Det finns få robusta utvärderingar av våldspreventiva program i Sverige. Utvärderingar tenderar att vara av låg kvalitet och saknar ofta kontrollgrupper. Det är också svårt att mäta manualtrogenhet och identifiera verkningsfulla komponenter [2]. Franzén & Gottzén, beskriver vidare att våldspreventiva program ofta är effektiva vad gäller attitydförändring, men har varierande effekt på våldsutövning. Framgångsfaktorer inkluderar omfattande program, användning av olika pedagogiska metoder samt utbildade ledare [2].

En litteraturgenomgång tillhandahåller robusta bevis för att primära förebyggande åtgärder kan ha en betydande effekt på att reducera förekomsten av våld i nära relationer och sexuellt våld bland unga. Insatser som visat sig särskilt framgångsrika innefattar utveckling av färdigheter för att skapa hälsosamma relationer, främjande av sociala normer som motverkar våld samt etablering av trygga miljöer [3]. Forskningen indikerar att dessa metoder konsekvent ger positiva resultat. Dessutom har åtgärder som stärker sociala normer för att motverka våld genom utbildning och initiativ som involverar män och pojkar som allierade i det förebyggande arbetet, eller en kombination av dessa, visat sig effektiva för att öka åskådares beredskap att agera på kort sikt. Studier antyder att dessa strategier bidrar till framgångsrik våldsprevention [3].

En kvalitativ studie visar att unga ofta efterfrågar insatser som syftar till att förebygga våld. Insatser som möjliggör att samtala om kärleksrelationer, vad det innebär att vara tillsammans med någon, gränser i nära relationer, samtycke vid sex och vad som är acceptabelt eller oacceptabelt mellan partners [4].

## **Teoretiska perspektiv, riskfaktorer och behandlingsinsatser**

Det finns flera olika teorier för att beskriva mänsklig aggression [5]. En av de mest uppmärksammade teorierna är den sociala inlärningsteorin. Enligt Banduras, utvecklas aggression genom att individer observerar och efterliknar beteenden hos viktiga personer i deras omgivning, såsom föräldrar och vänner. Dessutom kan aggression läras in genom att ta intryck av andra betydelsefulla influenser, såsom exponering för våld i medier [6]. Teorin har dock på senare tid blivit kritiserad [7].

Anderson och Bushman har tagit fram en modell för att integrera delteorier av aggression, General Aggression Model (GAM). GAM beskriver aggression som resultatet av ett dynamiskt samspel mellan personfaktorer (t.ex. personlighet, attityder, tidigare erfarenheter) och situationsfaktorer (t.ex. provokation, aggressiva signaler). Dessa påverkar individens inre tillstånd genom tre huvudsakliga vägar: kognition, affekt och arousal [5]

GAM betonar både automatiska och kontrollerade processer. Snabba, omedvetna bedömningar kan leda till impulsiv aggression, medan mer resurskrävande omvärderingar kan resultera i antingen aggressiva eller icke-aggressiva handlingar. Över tid kan upprepade aggressiva episoder forma stabila kunskapsstrukturer och därigenom bidra till utvecklingen av en aggressiv personlighet [5].

En litteraturstudie baserad på vetenskapliga artiklar publicerade mellan 1980–2020, rapporterar att riskfaktorer kopplade till utövandet av våld i tonårsrelationer inkluderar psykisk ohälsa och aggressiva tankemönster, såsom en acceptans av våld mot en partner. Även våldsamma beteenden, såsom fysiska slagsmål och generellt antisocialt beteende, har identifierats som bidragande faktorer. Dessutom kan män som upplever stress som får dem att känna sig mindre maskulina i jämförelse med andra män vara mer benägna att agera på ett sätt som syftar till att bekräfta traditionella maskulinitetsnormer. Detta kan i sin tur utlösa aggression och därmed öka risken för partnervåld [8].

Det har även påvisats att pojkar som utövar våld oftare tenderar att legitimera manlig dominans och våld mot kvinnor, och att de också får till sig sådana åsikter från vuxna familjemedlemmar jämfört med pojkar som inte utövar våld [9].

I en fokusgruppsstudie med 23 tonårspojkar påvisades hur deltagarna argumenterade för att pressen att påvisa maskulinitet kan leda till att unga män utövar våld i en nära relation. Samtidigt har det påtalats att det inte enbart handlar om maskulinitet, utan också om relationella aspekter [10]. Pojkars utövande av sexuellt våld har också påvisats ha ett samband med att regelbundet titta på pornografi [11]. Samband är dock inte ett fastslaget orsakssamband.

Ett vanligt förekommande program som används vid aggressionsproblematik är Aggression Replacement Training (ART). Det är ett strukturerat program som syftar till att minska aggressivt beteende och används främst för att behandla ungdomar. Behandlingen ges i gruppform och inkluderar träning i interpersonella färdigheter, tekniker för att kontrollera ilska och övningar i moraliskt resonemang [12]. Samtidigt visar

en litteraturstudie att det inte finns tillräckligt med evidens för att stödja hypotesen att ART har en positiv inverkan på återfall i brott, självkontroll, sociala färdigheter eller moralisk utveckling hos ungdomar och vuxna [13].

En systematisk översikt beskriver flera psykosociala insatser för att förebygga ungdomars återfall i brott. Insatserna är framför allt förekommande inom socialtjänstens och barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter. Exempel på insatser är exempelvis olika former av familjeterapi samt KBT i grupp. Baserat på de granskade studierna är det inte möjligt att fastställa vilka öppenvårdsinsatser som är mer effektiva än de jämförda alternativen när det gäller att minska återfall i brott under de kommande åren [14].

## Våld i unga personers nära relationer

Inom parrelationer kan aggression manifesteras sig genom olika våldsamma handlingar.

Enligt BRÅ är ålder den starkaste faktorn för utsatthet för våld i en partnerrelation. Personer i den yngsta åldersgruppen (16–29 år) löper mer än dubbelt så hög risk att utsättas för våld jämfört med personer i den äldsta åldersgruppen. Vidare har personer som inte bor tillsammans med en partner en högre risk att utsättas för våld än de som lever i ett samboförhållande. I likhet med den sammantagna utsattheten samt utsattheten för fysiskt våld eller hot, visar även analysen av icke-fysiska våldsformer att individer i åldern 16–29 år löper en förhöjd risk att utsättas jämfört med personer som är 45 år eller äldre. Ett intressant resultat är att män verkar ha en något högre risk att utsättas för icke-fysiskt våld än kvinnor. Däremot är mönstret det omvända vid risk för fysiskt våld eller hot, där kvinnor löper en högre risk att utsättas än män [15].

Ytterligare en rapport från BRÅ, beskriver att det var vanligare att yngre personer rapporterade att de utsatts för våld i en nära relation jämfört med äldre under 2022. Den högsta andelen utsatta återfanns i åldersgruppen 20–24 år, och det var även den åldersgruppen som sökt stöd eller hjälp. I samtliga åldersgrupper mellan 16 och 54 år var andelen utsatta kvinnor högre än andelen män. Den största könsskillnaden noterades i åldersgruppen 20–24 år [16].

I en rapport presenteras data avseende förekomst av våldsbrott i 16–24-åringars parrelation, som varat minst en månad. Resultaten påvisade att drygt var femte ungdom har utsatts för brott i en nära relation [17].

I Sverige har en studie som specifikt syftade till att ge en bild av prevalens av våld i tonåringars nära relationer genomförts [18]. Studien undersökte förekomsten av våld bland ett urval av svenska gymnasieelever i ett län. Eleverna ombads svara på en enkät med frågor om våld i en egen nära relation, och totalt 956 elever valde att delta, och utav dessa hade 712 elever haft en relation. Resultat från denna studie pekar på att psykiskt våld är den vanligast förekommande våldstypen: 40,2% (i person) respektive 49,6% (utövat digitalt) av eleverna som haft en relation hade erfarenhet av att ha blivit utsatt för psykiskt våld. Sexuellt våld ter sig också vara vanligt förekommande: över en fjärdedel (29%) rapporterade att de blivit utsatta för någon typ av sexuellt våld, varav 18,1% av sexuellt våld som kategoriseras som allvarligt sexuellt våld och som inkluderar penetration. Fysiskt våld rapporterades av 16,7%. Studien pekar på vissa könsmönster: att tjejer i större utsträckning utsätts för mer upprepat våld jämfört med killar, och mer sexuellt våld oavsett om det hänt vid enstaka tillfälle eller över tid [18].

En klar majoritet av offren för dödligt partnervåld mot unga personer ( $\leq 25$  år) utgörs av tjejer, där den genomsnittliga åldern för de drabbade är 22 år. I nästan 70% av fallen där tjejer fallit offer för dödligt partnervåld låg en separation som bakomliggande motiv. Kniv eller annat vasst föremål var det vanligaste mordvapnet. Däremot var risken mer än dubbelt så hög att gärningspersonen använde strypning vid dödligt partnervåld mot tjejer (32%) jämfört med motsvarande brott mot kvinnor (18%). Dessutom är det högre risk att tjejer dödades i gärningsmannens bostad [19].

Studien visar också att förövare som begår dödligt partnervåld mot tjejer oftare har kända drogproblem och att de var narkotikapåverkade vid brottstillfället. Däremot är det betydligt mindre sannolikt att de begår självmord i samband med brottet [19].

## **Enkel och Effektiv Aggressionskontroll (EEA)**

EEA är ett våldsförebyggande verktyg bestående av fyra övningar som Per Isdal utvecklat utifrån sitt arbete med klienter, unga och äldre som utövat våld i nära relationer. EEA utgår från att aggression är en försvarsreaktion där hela kroppen aktiveras och gör sig redo för angrepp och aktiveras av det autonoma nervsystemet. Genom att identifiera och lära känna sina reaktioner och använda tekniker för att dämpa och lugna ner dessa reaktioner skapas kontroll över aggression.

Aggressionsproblem är vanligt för många och EEA lämpar sig för dem som upprepat agerar aggressivt, till exempel:

- Unga med dålig självkontroll
- De som ofta och i olika situationer agerar aggressivt
- De som agerar aggressivt mot partner
- Par där båda agerar aggressivt mot varandra
- Föräldrar som agerar aggressivt mot sitt/sina barn
- De som vid konflikter eller oenighet ofta blir aggressiva

## När kan EEA erbjudas?

EEA erbjuds som en våldsförebyggande insats när aggressionsproblem identifierats. Problem med aggression kan identifieras på flera sätt, till exempel:

- Via remiss
- I samtal efter att personal ställt frågor om våldserfarenhet
- När patienten berättar om konflikter i parrelationen, med sitt/ sina barn eller andra än närstående

EEA används vanligtvis med en person enskilt, en person i en relation eller en medlem i en familj. I de fall båda i en relation eller fler i en familj agerar aggressivt kan man arbeta med fler personer samtidigt, vilket är något som bedöms i varje enskilt fall. EEA ska inte användas vid parsamtal där misstanke eller kännedom finns om att en i relationen är utsatt för aggression och vill lämna, men personen som är aggressiv vill bevara relationen. Om patient utövat fysiskt och/eller sexuellt våld är EEA inte en tillräcklig metod utan då ska personal informera och hänvisa till verksamhet som erbjuder specialiserad behandling för våldsutövande.

## Att leda samtal i EEA

EEA är ett verktyg som kan användas av den personal inom hälso- och sjukvård som arbetar patientnära och med samtal. EEA består av fyra övningar med mål att få kontroll över aggressivt beteende. Övningarna är beskrivna i text och bild i en manual som personalen använder tillsammans med patient. I EEA är det personalen som leder och aktivt tar initiativ genom att:

- Motivera, uppmuntra, visa engagemang och entusiasm
- Undervisa om aggression med enkla ord och lära ut tekniker för att dämpa och lugna ner på ett konkret sätt

- Förklara övningarna och träna på dem tillsammans med personen
- Fråga om personens egna exempel på aggressivitet
- Fokusera på det som personen klarar och uppnår för bättre kontroll över aggression

Varje övning går igenom på följande sätt:

1. Personal ger kunskap, förklarar och går igenom övningen för bättre aggressionskontroll.
2. Personalen ber patient berätta om eget exempel på aggression, detta för att tydliggöra att patientens reaktioner följer samma mönster som i övningen.
3. Patienten väljer en eller två tekniker för att dämpa aggression och som patienten vill träna på. Personal och patient övar på dessa tekniker tillsammans i mottagningsrummet. Detta kan göras muntligt eller genom att rekonstruera det exempel patienten tidigare berättat om.

När personal och patient har övat på att dämpa ställer personalen frågor som:

- Vad tyckte du om detta?
- Tror du att detta kan hjälpa dig att stoppa eller styra dina reaktioner?
- Vad skulle hänt i situationen om du hade klarat av detta?
- Ser du något problem eller hinder med att pröva denna teknik?
- Hur kan du träna på just detta?

En timme används för varje övning. I början av varje nytt samtal frågar och utvärderar personalen om hur det gått sedan sist genom frågor som:

- Hur har det varit med aggression sedan vi sågs sist?
- Har du exempel där du upplevt att du inte klarat av att kontrollera dig?
- Berätta så konkret du kan, vad var det som hände?
- Har du exempel på när du kunde blivit aggressiv, men klarade av att kontrollera dig?
- Berätta så konkret du kan, vad var det du gjorde som hjälpte dig att få kontroll?

Personalen lyfter och bekräftar allt det patienten gjort och klarat av för bättre kontroll över aggression. Personalen ger konkret och positiv feedback på alla de förbättringar patienten åstadkommit. När patienten har perioder med dålig kontroll över aggression uppmuntrar och motiverar personalen patienten att arbeta och träna vidare.

## Tidsåtgång

Att förändra aggressivt beteende kräver kunskap och träning. Tidsåtgången för att genomföra EEA är minst fem timmar.

- En timme för information, motivation och förberedelse.
- En timme till var och en av de fyra övningarna.

När EEA är genomförd är det personalens uppgift att tydliggöra och summera den förändring som skett gällande bättre kontroll över aggression. I fall där partner eller andra familjemedlemmar varit involverade rekommenderas även ett utvärderande samtal med dem.

## Pilotprojekt EEA

Pilotprojektet Enkel och Effektiv Aggressionskontroll initierades av Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer (VKV). Projektet syftade till att undersöka deltagande hälso- och sjukvårdspersonals upplevelse av utbildning i verktyget EEA samt deras erfarenhet av att använda EEA tillsammans med patienter med låg kontroll över aggression. EEA hade aldrig tidigare testats av personal inom hälso- och sjukvård. Pilotprojektet genomfördes 2024 genom samarbete mellan VKV och Per Isdal, psykologspecialist, Alternativ til vold (ATV) i Norge.

Områdeschef för VKV förankrade initialt projektet med Regionhälsans regionområdeschef, områdeschefer och verksamhetschefer.

Områdeschef samt projektledare för EEA inom VKV önskade att verksamheter vars personal i första hand möter unga skulle delta i projektet. Detta för att patienter med aggressionsproblem i så tidig ålder som möjligt ska identifieras och erbjudas EEA. VKV:s områdeschef samt projektledare för EEA tog kontakt med och hade dialog med chefer för 10 utvalda verksamheter i syfte att undersöka intresse för medverkan i pilotprojektet.

## Utbildning och handledning

Deltagande personal erhöll under projekttiden (2024) två fysiska heldagsutbildningar samt tre digitala handledningstillfällen.

Vid de tre handledningstillfällena var personalen indelade i tre grupper. Grupperna handleddes av Per Isdal tillsammans med projektledare från VKV. Handledningen genomfördes digitalt via Teams i maj, september och december 2024. Personalen ombads inför handledningstillfällena förbereda

konkreta patientärenden, frågor och erfarenheter av EEA som de lyfte på handledningen. Den personal som ännu inte kommit i gång med att praktisera EEA med patienter fick vid handledningstillfällena stöd och råd för att göra det. Vid första handledningstillfället närvarade 20 personal, vid andra tillfället närvarade 14 personal och vid sista tillfället närvarade 11 personal. Projektledaren för EEA inom VKV fanns tillgänglig för ytterligare stöd och frågor.

Efter varje handledningstillfälle i maj, september och december 2024 skickades inom några dagar en digital enkät ut till all deltagande personal. Enkäten skulle besvaras oavsett om personalen deltagit vid handledningstillfället eller om de haft förhinder. Cheferna för de deltagande verksamheterna fick även de besvara en digital enkät i uppstarten av projektet, innan deras personal genomförde första utbildningstillfället.

## Material

Inom ramen för pilotprojektet översatte och reviderade projektledare för EEA inom VKV manualer från norska till svenska, vilka Per Isdal utvecklat. Tre affischer togs även fram tillsammans med VGR Inhouse.



(Manual som personal använder tillsammans med patient.)



(Manual för personal som leder samtal i EEA.)



(Affischer till mottagningarnas lokaler.)

## Syfte

Syftet med föreliggande studie är att utvärdera upplevelsen av att använda verktyget EEA med patienter med låg kontroll över aggression.

## Metod

Pilotprojektet som utvärderas hade som syfte att undersöka erfarenheten av att använda verktyget EEA med patienter med låg kontroll över aggression. Pilotstudien utvärderas genom en kvantitativ ansats, vilket innebär att data samlas in och analyseras i numerisk form för att identifiera mönster och samband mellan variabler. En kvantitativ metod är särskilt lämplig när syftet är att mäta och jämföra olika fenomen på ett systematiskt och generaliserbart sätt [20]. Utvärderingens empiri är baserad på digitala enkäter.

## Deltagare

I pilotprojektet deltog initialt 27 personal inom 10 verksamheter i Västra Götalandsregionen. En personal avslutade sin tjänst under projektiden, en personal hade vid första utbildningstillfället förhinder men deltog vid det andra. En personal var med vid första utbildningstillfället och inte vid det andra vilket var planerat.

Personal som deltog i projektet hade följande professioner: Leg. Psykolog, PTP-psykolog, socionom, kurator, familjeterapeut, leg. Psykoterapeut,

barnmorska, sjuksköterska och sexolog, psykiatrisjuksköterska samt behandlingsassistent.

Samtliga chefer inom de utvalda verksamheterna besvarade den förta enkäten.

Tabell 1. Deltagande verksamheter i pilotprojektet (n=10)

<b>Deltagande verksamheter</b>	<b>Antal verksamheter</b>
Affektiv mottagning, barn och ungdomspsykiatri	1
Vårdcentral med tilläggsuppdrag, ungas psykiska hälsa (UPH)	2
Ungdomsmottagning (UM)	4
Mottagning för unga män (MUM)	1
Mottagning för unga vuxna (MUX)	1
Psykiatrisk utredningsmottagning, psykos	1
<b>Ålder på patienter</b>	
0–18 år	1
6–18 år	2
13–25 år	4
18–35 år	3

## Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes vid fyra tillfällen under 2024 och 2025. Samtliga enkäter konstruerades digitalt i Microsoft Forms. En av enkäterna (Enkät Chef), var avsedd för chefer i de utvalda verksamheterna.

Personal som deltog i utbildningen av EEA, erhöll enkäten via en digital länk som skickades ut via VGR mejl. Mailadresserna inhämtades via anmälan om intresse att delta i pilotprojektet. Deltagarna ombads att fylla i sitt namn. Namnet ersattes därefter av en kod som följer personen genom projektet. Enkäterna kodalas även i de olika enkätutskicken. Exempelvis blir tex. enkät 1=A, 2=B, 3=C. Syftet är att kunna följa enstaka såväl som flera tillfällen. Följande beskrivning av datainsamling kommer att beskrivas som Enkät Chef samt som enkät 1–3.

Enkät Chef: Enkäten skickades ut via mejl till cheferna på de utvalda enheterna. I mejlet fanns även ett informationsbrev gällande utvärderingen av pilotprojektet. Enkäten mejlades genom en digital länk, den 3 april med påminnelse den 17 april 2024. Enkäten bestod av 15 frågor. Demografiska

frågor gällande kön och antal år som chef samt information om patientklientel efterfrågades. Frågorna fokuserade även på rutiner, stöd och utbildning gällande aggressionshantering. Besvarad och inskickad enkät innebär samtycke till deltagande i pilotprojektet. Syftet var att få mer kunskap om de verksamheter som deltog i utvärderingen.

Enkät 1: Mejl innehållande en digital länk till enkät och informationsbrev skickades ut till deltagande personal 31 maj med påminnelse den 14 juni 2024. I mejlet fanns även ett informationsbrev gällande utvärderingen av pilotprojektet. Frågorna konstruerades i Microsoft Forms och syftade till att besvara frågeställningar rörande användbarhet, identifiering av personer med aggressionsproblematik samt verktyget som stöd. Även demografisk data såsom kön, verksamhet, antal år i verksamheten samt profession efterfrågades initialt i enkäten.

Enkät 2: Enkäten mejlades ut till deltagarna den 17 september 2024. Enkäten utformades i Microsoft Forms och distribuerades som digital länk, med syftet att besvara studiens frågeställningar kring verktygets användbarhet, dess förmåga att identifiera individer med aggressionsproblematik samt dess funktion som stöd i arbetet. Inledningsvis samlades även grundläggande demografisk information in, såsom kön, yrkesroll, verksamhetstyp och antal år i yrket.

Enkät 3: Deltagarna erhöll digital länk med enkät i mejl den 19 december med påminnelse den 3:e och 13:e januari 2025. Frågorna utformades i Microsoft Forms med målet att undersöka verktygets användbarhet, dess potential att identifiera individer med aggressionsproblematik samt dess funktion som stöd i det dagliga arbetet. Inledningsvis inkluderades även frågor om deltagarnas kön, yrkesroll, verksamhetstillhörighet och antal år i yrkesverksamhet för att samla in demografiska uppgifter. I den tredje och avslutande enkäten bifogades även följande tillägsfrågor:

- Deltog du på utbildningen om EEA i april 2024?
- Hur många handledningstillfällen har du medverkat på?
- Hur har EEA tagits emot av de patienter som du använt EEA med? Beskriv gärna om det har skett några förändringar i ökad kontroll över aggression.
- Har materialet du erhållit från VKV inför arbetet med EEA varit till stöd i ditt arbete? Beskriv gärna på vilket sätt materialet varit till stöd, eller varför det inte varit till stöd.
- Är det något du saknat under projektiden som kunde underlättat ditt arbete med EEA? Kan gälla stöd ifrån VKV, utbildning, handledning, organisatoriska förutsättningar eller annat.

- VKV planerar för fortsatt implementering av EEA i andra verksamheter inom VGR. Finns det något du vill skicka med oss inför detta arbete?
- Är det något annat du vill säga som vi inte frågat dig om?

## Dataanalys

### Kvantitativa data baserat på enkätsvaren:

Deskriptiva analyser genomfördes i SPSS och resultaten presenteras som antal (n) och andelar (%). Uteblivna eller otydliga svar, till exempel dubbelmarkeringar, kodades som "svar saknas/otydligt svar". De deskriptiva analyserna genomfördes för varje variabel och separat för de tre enkätomgångarna.

### Kvalitativa data

Fritext svar analyserades utifrån textanalys och presenteras under kategorier enligt Polit och Beck [20].

## Etik

Enligt svenska riktlinjer krävdes ingen etisk prövning, då deltagande och resultat inte kopplas till enskilda deltagare, inte hanterade känsliga personuppgifter enligt dataskyddsförordningen (GDPR), och inte innebar någon fysisk eller psykisk påverkan på deltagarna.

Deltagande personer i pilotprojektet har erhållit skriftlig information via VGR mejl. Deltagarna blev informerade skriftligen om att det var frivilligt att besvara enkäten och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan, utan att ange varför. Deltagarna har blivit informerade skriftligen om att deras deltagande i utvärderingen är konfidentiell och att samtliga resultat redovisas på gruppnivå.

Samtycke till deltagande inhämtas genom att enkäten besvaras och skickas in. Enkäterna kodades och kodlista förvaras inlåst i kassaskåp.

## Resultat

Chefer på tio öppenvårdsmottagningar i Västra Götalandsregionen besvarade en enkät inför utbildningen i EEA.

Resultatet visar att fyra av verksamheterna erbjöd stöd till vårdnadshavare för att hjälpa dem att hantera deras barns aggressionsproblem, och två av verksamheterna erbjöd stöd till vårdnadshavare med aggressionsproblematik.

Alla verksamheter utom en uppgav att det finns en skriftlig rutin för orosanmälan när personal får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa, enligt 19 kap. 1§ Socialtjänstlagen. Endast en av verksamheterna uppgav att det fanns en skriftlig rutin i verksamheten för hantering av patienter med aggressionsproblem gentemot närstående och andra.

I sju av 10 verksamheter fanns det även en rutin för möjlighet att lämna uppgifter till polis för att förhindra allvarligt våld i nära relationer (OSL 10 kap. 18c§).

Två av cheferna upplevde att personalen i deras verksamhet ofta möter patienter med aggressionsproblem gentemot närstående och andra. Fyra chefer uppgav att personalen sällan mötte personer med aggressionsproblem i verksamheten, och två chefer rapporterade att det sällan hände. Två chefer rapporterade att de inte visste.

I en verksamhet har personal tidigare erbjudits utbildning i metoder att arbeta med patienter med aggressionsproblem. Resultatet visar även att endast fyra chefer hade kunskap om vart deras personal kan hänvisa patienter som har behov av mer stöd och behandling gällande aggressionsproblem. Resultatet visar även att nästan alla chefer (n=9), kommer att planera för stöd och uppföljning av den personal som ingår i pilotprojektet EEA.

Tabell 2. Beskrivning av de som deltagit i handledarutbildning 1–3. Totalt antal deltagare N=27 (100%)

<b>Kön</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Man	4	14,8
Kvinna	19	70,4
Annat	2	7,4
<i>Svar saknas/ otydligt svar</i>	2	7,4
<b>Födelseår</b>		
1959–1969	5	18,5
1970–1980	6	22,2
1981–1991	11	40,7
1992–2002	3	11,1
<i>Svar saknas/ otydligt svar</i>	2	7,4
<b>Vilken verksamhet arbetar du i?</b>		

BUP	2	7,4
UM	9	33,3
UPH	6	22,2
MUM	2	7,4
MUX	3	11,1
Psykiatrisk psykos	3	11,1
<i>Svar saknas/ otydligt svar</i>	2	7,4
<b>Vilken är din profession?</b>		
Sjuksköterska	4	14,8
Socionom/kurator	9	33,3
Psykolog	9	33,3
Psykoterapeut	1	3,7
Barnmorska	1	3,7
Annan	1	3,7
<i>Svar saknas/ otydligt svar</i>	2	7,4
<b>Antal år i nuvarande verksamhet</b>		
Mindre än ett år	3	11,1
1–5 år	13	48,1
6–10 år	5	18,5
10 år eller mer	4	14,8
<i>Svar saknas/ otydligt svar</i>	2	7,4

Antal deltagare från de tio verksamheterna uppgick till 27 personer (Tabell 2). Majoriteten av de som svarade på enkäterna var kvinnor (70,4%) och den största åldersgruppen var född mellan 1981 och 1991. Bland de som svarade på enkäterna jobbade de flesta på UM (33,3%) och UPH (22,2%). Socionom (33,3%) och kuratorer (33,3%) var de vanligaste professionerna som deltagarna uppgav. Utav deltagarna hade 48,1% arbetat mellan 1–5 år. Resultatet presenteras med antal (n) och andelar (%).

## Kvantitativa resultat baserat på de tre utbildningstillfällena

Resultaten baserade på de tre enkäterna redovisas i tabell 3.

Tabell 3. Antal (n) och procent (%) av svar fördelat på frågorna i enkät 1–3. Total N=27

Frågor i alla tre enkäter	Enkät 1 N=27	Enkät 2 N=27	Enkät 3 N=27
7. Efter utbildning i EEA identifierat patienter med aggressionsproblem?	n (%)	n (%)	n (%)
Aldrig	3 (11,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Sällan	4 (14,8)	3 (11,1)	6 (22,2)

Ibland	12 (44,4)	14 (51,9)	12 (44,4)
Ofta	1 (3,7)	1 (3,7)	1 (3,7)
<i>Svar saknas/otydligt svar</i>	7 (25,9)	9 (33,3)	8 (29,6)
8. Om identifierat pat. aggressionsproblem- informerat om/erbjudit EEA?			
Aldrig	2 (7,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
Sällan	3 (11,1)	6 (22,2)	2 (7,4)
Ibland	6 (22,2)	5 (18,5)	11 (40,7)
Ofta	6 (22,2)	7 (25,9)	6 (22,2)
Vet inte	2 (7,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
<i>Svar saknas/otydligt svar</i>	8 (29,6)	9 (33,3)	8 (29,6)
9. Om informerat/ erbjudit EEA till pat. har pat. tackat ja till EEA?			
Ja	12 (44,4)	11 (40,7)	15 (55,6)
Nej	3 (11,1)	6 (22,2)	4 (14,8)
<i>Svar saknas/otydligt svar</i>	12 (44,4)	10 (37,0)	8 (29,6)
10. Anser du att EEA är användbar i den verksamhet du arbetar inom?			
Inte alls	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Lite grann	2 (7,4)	6 (22,2)	6 (22,2)
Ganska mycket	10 (37,0)	9 (33,3)	12 (44,4)
Väldigt mycket	7 (25,9)	3 (11,1)	1 (3,7)
Vet inte	1 (3,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
<i>Svar saknas/otydligt svar</i>	7 (25,9)	9 (33,3)	8 (29,6)
11. Har första/andra/tredje handledn. tillf. om EEA gett dig användbart stöd i arb. Med EEA? §			
Inte alls	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,7)
Lite grann	3 (11,1)	3 (11,1)	2 (7,4)
Ganska mycket	3 (11,1)	3 (11,1)	3 (11,1)
Väldigt mycket	9 (33,3)	5 (18,5)	6 (22,2)
Deltog inte	5 (18,5)	7 (25,9)	7 (25,9)
<i>Svar saknas/otydligt svar</i>	7 (25,9)	9 (33,3)	8 (29,6)
12. Deltog du på utbildningen om EEA 26 april 2024?			
Ja	***	***	18 (66,7)
Nej			1 (3,7)
<i>Svar saknas/otydligt svar</i>			8 (29,6)
13. Hur många handledningstillfällen har du medverkat på?			
1 gng	***	***	5 (18,5)
2 gngr			9 (33,3)
3 gngr			5 (18,5)
<i>Svar saknas/otydligt svar</i>			8 (29,6)

*§ Frågan ställdes efter varje handledningstillfälle, därav efterfrågades "första" handledningstillfället vid första enkäten, "andra" handledningstillfället vid andra enkäten och "tredje" vid tredje handledningstillfället*  
 \*\*\* Frågan ej ställd vid enkät 1 och 2

## Andelen som efter utbildningen i EEA identifierat patienter med aggressionsproblem

I de tre enkäterna fick personalen svara på om de, efter utbildningen i EEA, hade identifierat patienter med aggressionsproblem. Som framgår av tabell 3 minskade andelen som uppgav att de **aldrig** identifierade sådana problem från 11,1% efter det första utbildningstillfället till 0% efter det sista. Den vanligaste upplevelsen var att aggressionsproblem identifierades **ibland**, och andelen som angav detta svar var densamma efter den första och den sista utbildningen (44,4%). Detta tyder på att utbildningen kan ha bidragit till att minska andelen personal som **aldrig** identifierar aggressionsproblem, medan den inte tycks ha bidragit till en ökad andel som **ibland** eller **ofta** identifierar patienter med aggressionsproblem.

## Information och erbjudande om EEA vid identifierade aggressionsproblem

På frågan "Om du identifierat patienter med aggressionsproblem, har du då informerat om och erbjudit EEA?" framkom en markant ökning av de som svarade **ibland** (från 22,2% till 40,7%). Andelen som uppgav att de **ofta** erbjöd EEA var oförändrad över tid och låg på 22,2% både efter det första och det sista utbildningstillfället. Detta indikerar att fler erbjuder EEA **ibland**, men det är inte så att alla gör det regelbundet.

## Patientens svar på erbjuden EEA

Resultaten visar att det skett en tydlig ökning av de patienter som tackat **ja** till EEA, från 44,4% till över hälften av patienterna efter det sista utbildningstillfället. Detta tyder på att erbjudandet blivit mer etablerat eller att personalen blivit bättre på att presentera EEA på ett sätt som gör att patienter tackar **ja** i större utsträckning.

## Upplevd användbarhet av EEA i verksamheten

På frågan om deltagarna ansåg att EEA var användbar inom verksamheten som de arbetade inom, ökade andelen som svarade **ganska mycket** från 37,0% i enkät 1, till 44,4% i enkät 3 medan andelen som svarade **väldigt mycket** sjönk från 25,9% till 3,7% i respektive enkät. Detta indikerar att personalen genomgående upplever att EEA är användbart i verksamheten och den vanligaste bedömningen är att det är **ganska mycket** användbart.

Samtidigt minskar andelen som är mycket entusiastiska (**väldigt mycket**), vilket tyder på en mer balanserad syn på EEA över tid.

## Upplevt stöd från det första handledningstillfället

Vid varje datainsamling ställdes frågan om handledningstillfället gällande EEA hade gett personalen användbart stöd i arbetet med EEA. Svaren visar en nedgång i andelen som upplevde handledningen som **väldigt mycket** stödande, från 33,3% vid det första utbildningstillfället till 22,2% vid det sista. Vidare var andelen som ansåg att utbildningen gav **ganska mycket** stöd stabilt över tid med 11,1% vid alla tre mätningarna.

Sammantaget tyder svaren på att upplevelsen av handledningen som **väldigt mycket** stödande minskar över tid och att en relativt låg men stabil andel av personalen upplever handledningen som **ganska mycket** stödande. En fjärdedel av personalen deltog dock inte i handledningen vid de två sista tillfällena (25,9% vid andra och tredje datainsamlingen). Detta kan påverka tolkningen av resultaten eftersom en relativt stor grupp inte kunnat ge sina synpunkter på användbarheten av handledningarna.

## Deltagande vid de tre handledningstillfällena

Majoriteten (66,7%) av deltagarna deltog på den första utbildningen medan andelen som svarade **ja** på frågan gällande den 9:e oktober sjönk till 63%. Av deltagarna hade en majoritet (33,3%) gått på två handledningstillfällen. Därmed visar resultaten att en majoritet av personalen har deltagit i handledningarna, men att en betydande andel utgör bortfall. Nästan en tredjedel har alltså inte lämnat några användbara svar.

## Andelen svar som saknas eller är otydliga

Övergripande är det viktigt att beakta att andelen ”svar saknas/otydligt svar” genomgående är relativt hög med omkring 26–33% i nästan alla frågor och vid alla tre datainsamlingstillfällen. Det innebär att ungefär en fjärdedel till en tredjedel av deltagarna inte har lämnat ett användbart svar på flera av frågorna. När bortfallet är så pass stort och stabilt över tid behöver tolkningar av resultat och dragning av slutsatser göras med försiktighet. Det betyder inte att resultaten är ogiltiga, men att de faktiska andelarna för de olika svarskategorierna kan vara högre eller lägre än vad svaren visar. Det kan vidare tyda på att en betydande del av personalen antingen inte vill ta ställning till frågorna eller inte har möjlighet till detta av praktiska skäl så som tidsbrist, låg motivation eller svårigheter i att tyda frågorna.

## Kvalitativa resultat av utvärderingen

Det kvalitativa resultatet baseras på fritext och öppna frågor i den avslutande enkäten. Nedan presenteras resultatet under tre huvudkategorier: EEA som stöd i arbetet med aggressionsproblematik hos unga, Material samt Implementering av EEA. Under varje huvudkategori presenteras resultat under relevanta subkategorier.

### EEA som stöd i arbetet med aggressionsproblematik hos unga

Frågan gällande patienters mottagande av EEA presenteras utifrån hur EEA använts i det nära patientarbetet. Personal som i sitt arbete använt EEA ombads även beskriva om det har skett några förändringar i ökad kontroll över aggression.

Resultaten visar att EEA övervägande har tagits emot positivt av patienter, ungdomar och föräldrar i de fall metoden använts. Mottagandet präglas av upplevelser av tydlighet, enkelhet och struktur, vilket har underlättat förståelse och arbete med aggressionsproblematik. Metoden beskrivs bidra till ökad medvetenhet om egna reaktioner och tillgång till konkreta strategier för att hantera ilska, med i flera fall rapporterade minskningar i aggressionsnivå och konflikter. Samtidigt varierar möjligheten att omsätta strategierna i vardagliga situationer, och effekterna har inte varit entydiga. Vidare finns osäkerhet kring orsak–verkansamband, när förändringar skett parallellt med andra samtidiga insatser.

### Övergripande mottagande

Sammantaget beskrivs EEA ha tagits emot övervägande positivt av patienter, ungdomar och föräldrar i de fall metoden använts. Hälso- och sjukvårdspersonal som använt EEA rapporterar att insatsen upplevts som uppskattad och relevant, och flera beskriver mottagandet som gott eller mycket gott. I vissa patientmöten har EEA inte varit aktuellt eller inte kunnat genomföras fullt ut, exempelvis på grund av att patienterna varit upptagna av annan pågående problematik eller att metoden endast använts i begränsad omfattning.

## Tydlighet, enkelhet och struktur

Metoden beskrivs återkommande som enkel, tydlig och lätt att använda. Personalen lyfter att materialet uppfattats som konkret och handfast, vilket underlättat både genomförande och förståelse hos patienter. Den strukturerade uppbyggnaden har bidragit till att syftet med insatsen blivit lättare att synliggöra, både för personal och patienter. Detta har i flera fall upplevts som en styrka jämfört med tidigare mer osystematiska samtal kring aggressionsproblematik.

## Ökad medvetenhet och förståelse för aggressiva reaktioner

Flera utsagor beskriver att EEA bidragit till ökad medvetenhet hos patienter kring egna aggressiva reaktioner. Patienter har enligt behandlarna fått bättre förståelse för hur aggression tar sig uttryck, hur de uppfattas av andra samt vilka situationer som kan fungera som utlösande faktorer. Metoden bidrog till ökad förståelse för det egna beteendet och skapade utrymme för reflektion kring bakomliggande känslor, vilket i sin tur stärkte patienternas förmåga att identifiera och förstå sina affektiva reaktioner.

## Nya strategier och upplevda förändringar i aggressionsnivå

EEA uppges ha gett patienter konkreta verktyg och strategier för att hantera ilska och aggression. Resultatet visar att patienter lärt sig att bromsa aggressiva impulser, återgå till ett mer reglerat affektläge och i vissa fall stå emot impulser i större utsträckning än tidigare. Flera patienter rapporterar minskad intensitet i aggressiva utbrott, färre konflikter och mindre allvarliga bråk. I vissa fall har det dock varit svårt för patienter att omsätta strategierna i aktuella situationer, och enstaka användare av EEA uppger att ökad kontroll över aggression inte alltid upplevts.

## Flexibel användning och individanpassning

EEA har ofta använts flexibelt, där personal använt delar av materialet snarare än följt metoden i sin helhet eller i angiven ordning. EEA har integrerats i pågående samtal, psykoedukativa inslag eller föräldrastödsarbete, beroende på ärendets karaktär. Denna flexibilitet beskrivs som funktionell och möjliggör individanpassning, men innebär också att metoden inte alltid tillämpats enligt ursprunglig struktur.

## Föräldrars mottagande och familjeperspektiv

I de ärenden där EEA använts i föräldraarbete eller föräldrautbildning rapporteras ett positivt mottagande. Föräldrar har enligt personalen tillgodogjort sig materialet och fått ökad förståelse för både barnets och sina egna reaktioner i konfliktsituationer. Förändringar som lyfts är att föräldrar fått strategier för att backa i konflikter samt ökad insikt om hur den egna affekten kan påverka barnets aggression. Detta har i vissa fall bidragit till minskade konflikter i familjen.

## Begränsningar och osäkerhet kring effekt

Det framkommer även begränsningar i användandet av metoden. I vissa fall har EEA endast använts med enstaka patienter eller inte alls, särskilt vad gäller ungdomar. Det finns också osäkerhet kring orsak–verkansamband i de fall där förbättringar noterats samtidigt som andra faktorer förändrats, exempelvis medicinering eller andra insatser. Detta gör att effekterna inte entydigt kan tillskrivas EEA i samtliga ärenden.

## Material

Deltagarna i utbildningen hade även möjligheten att kommentera om materialet de erhållit från VKV inför arbetet med EEA varit till stöd i ditt arbete. De ombads även att reflektera över på vilket sätt materialet varit till stöd, eller varför det inte har varit till stöd.

Utvärderingen visar att personalen fått stöd, utbildning och material under projekttiden. EEA upplevdes även ha fungerat som ett tillräckligt och i många fall centralt stöd i arbetet. De behov som framkommer rör i huvudsak fördjupning och organisatoriska förutsättningar, snarare än grundläggande brister i metodens upplägg eller stödstruktur.

## Tydligt och pedagogiskt material

Materialet beskrivs genomgående som tydligt, konkret och lätt att använda, både för personal och patienter. Många framhåller att manualer, bilder, häften och bilagor fungerat som ett centralt stöd i det kliniska arbetet. Det fysiska materialet uppges ha underlättat pedagogisk kommunikation, möjliggjort visuell inlärning och gett struktur i samtalen.

Användare av materialet beskriver att materialet haft ett dubbelt värde: dels som stöd för det egna minnet och metodtrogenheten, dels som ett konkret verktyg för patienten att ta med sig hem. Bilderna och illustrationerna lyfts

som särskilt hjälpsamma och flera beskriver hur häften och bilder fungerat som påminnelser i vardagen, både för patienter och föräldrar.

## Konkreta övningar och visuella hjälpmedel som underlättade tillämpning

De konkreta övningarna och visuella verktygen, såsom ilskeskalan, beskrivs som centrala för att möjliggöra förståelse och tidig intervention vid aggressiva reaktioner. Genom att bryta ned ilska i nivåer har patienter kunnat identifiera tidiga signaler och använda tekniker för att dämpa ilskan i ett tidigare skede.

Personal som använt EEA i sitt arbete lyfter att övningarna även gett dem ett mandat att visa, modellera och praktisera strategier, särskilt när patienter haft svårt att delta i rollspel. Modellinlärning, whiteboard-visualiseringar och gemensamt arbete i häftet uppges ha varit funktionella sätt att arbeta även när verbal reflektion varit begränsad.

## Materialets funktion som stöd

EEA-materialet beskrivs inte enbart som ett stöd för genomförande av själva metoden, utan också som ett verktyg för att väcka intresse, skapa igenkänning och möjliggöra psykoedukativa samtal även när EEA inte använts fullt ut. Affischer i mottagningsmiljöer, lösryckta bilder i samtalsrum och tillgång till PowerPoint-material uppges ha bidragit till ett ökat fokus på aggressionsproblematik på ett mer övergripande plan.

Materialet beskrivs därmed fungera både som ett behandlingsverktyg och som inspiration för framtida arbete, även i verksamheter där hela EEA-insatsen inte varit möjlig att genomföra.

## Önskemål om fördjupning

De få behov som uttrycks rör främst en önskan om att användarmanualen skulle kunna vara mer utförlig, exempelvis genom fler exempel på hur övningar kan genomföras i praktiken. Detta beskrivs inte som en brist i materialets användbarhet, utan snarare som ett förbättringsområde för ytterligare stöd i genomförandet.

Heldagsutbildningen i EEA beskrivs överlag som tillräcklig, och flera deltagare uppger att den gav dem ett stabilt underlag i arbetet med metoden, snarare än att de upplevde behov av ytterligare handledning eller stöd från VKV under projektiden.

## Organisatoriska förutsättningar som begränsande faktor

Några användare uppger att EEA inte varit möjlig att använda fullt ut i arbetet med ungdomar. Anledningen var organisatoriska förutsättningar och patientflöden snarare än brist på stöd eller material. I dessa fall beskrivs begränsningarna ligga utanför individens mandat, exempelvis i hur uppdrag och insatser är organiserade på mottagningen. Trots detta har materialet spridits till kollegor, vilket tyder på ett upplevt värde även när metoden inte kunnat implementeras fullt ut.

## Implementering av EEA

VKV planerar för implementering av EEA inom VGR, och var intresserade av personalens reflektioner och erfarenheter inför VKV:s framtida implementeringsarbete.

Svaren visar att personalen som gått utbildning i EEA och använt metoden, i huvudsak är positiva till en fortsatt implementering av EEA inom VGR. De synpunkter som framförs rör främst hur implementeringen kan stärkas genom justeringar i utbildningens innehåll och upplägg, tydligare matchning mellan metod och verksamhet, samt genom organisatoriska förutsättningar som möjliggör praktisk tillämpning över tid.

## Anpassning av utbildningens omfattning, nivå och innehåll

Resultat belyser ett behov av att utbildningen anpassas till målgruppen av erfarna kliniker. Utbildningsinnehållet beskrivs i vissa fall som för grundläggande eller utdraget, med önskemål om komprimering av antalet utbildningsdagar och ett tydligare fokus på kliniska exempel snarare än erfarenhetsutbyte i större grupp.

Samtidigt framkommer motstridiga behov, där andra efterfrågar mer tid, fortsatt handledning och uppföljning, exempelvis i form av boosterutbildningar eller ytterligare utbildningsdagar. Sammantaget tyder detta på att det kan finnas ett behov av differentierade utbildningsupplägg beroende på personalens förkunskaper och verksamhetskontext.

## Tydligare matchning mellan metod, målgrupp och verksamhet

Ett återkommande tema är vikten av att EEA implementeras i verksamheter där det finns ett tydligt patientunderlag med relevant

problematik. Resultatet pekar på att metoden lämpar sig särskilt väl för vissa verksamheter, såsom barn- och ungdomspsykiatri, mottagningar för ungas psykiska hälsa och HVB-hem, där aggressionsproblematik är vanligt förekommande och där patienter ofta finns kvar över tid. Det framhålls att både utbildning och handledning ger större utbyte när personal som använder EEA i sitt arbete samtidigt har möjlighet att arbeta praktiskt med metoden i sin verksamhet.

## Flexibilitet i metodanvändning som en förutsättning för klinisk relevans

Personal som använt EEA betonar vikten av att metoden används flexibelt och individanpassat. Möjligheten att anpassa materialet efter patientens ålder, mognad och svårigheter samt att använda delar av metoden upplevs som en styrka och något som bör betonas i fortsatt utbildning. Särskilt i arbete med unga lyfts behovet av ett utvecklingsperspektiv, där aggressiva uttryck ibland förstås som kopplade till outvecklade förmågor, vilket kan medföra att fokus behöver ligga på föräldrastöd snarare än som ungdomens eget ansvar.

## Organisatoriska och strukturella förutsättningar för implementering

Förutsättningarna i organisationen beskrivs som avgörande för hur väl EEA kan implementeras. Resultatet pekar på behovet av att verksamheten underlättar identifiering av lämpliga patienter, frigör tid och skapar utrymme för metodtrogenhet. I vissa fall uppges organisatoriska begränsningar ha försvårat möjligheten att arbeta kontinuerligt med EEA, trots att metoden i sig upplevts som användbar och relevant.

## Engagemang, upplevelse av stöd och frågor om vetenskaplig förankring

Utbildningen och handledningen beskrivs av många som mycket positiva erfarenheter, där särskilt utbildarens engagemang och möjlighet till professionellt utbyte lyfts fram. Samtidigt uttrycks i enstaka fall en problematisering kring metodens vetenskapliga stöd.

## Betydelsen av handledning, uppföljning och kontinuitet

Handledningen lyfts genomgående som ett mycket värdefullt inslag under projekttiden. Flera beskriver handledningstillfällena som stödjande, lärorika och motiverande, och uttrycker önskemål om fortsatt eller

återkommande handledning även efter projektiden. Uppföljning och repetition beskrivs som viktiga för att metoden ska hållas levande över tid och för att möjliggöra reflektion kring tillämpning, svårigheter och anpassningar i klinisk praktik.

## Slutsats

De kvantitativa resultaten visar att andelen personal som uppgav att de **aldrig** identifierade patienter med aggressionsproblem minskade under projektets gång. Däremot ökade inte andelen som identifierade aggressionsproblem **ofta**, vilket indikerar att EEA och tillhörande utbildning främst bidrog till att sänka tröskeln för identifiering, snarare än att systematiskt öka identifieringsfrekvensen. Andelen personal som **ibland** erbjöd EEA till patienter ökade tydligt över tid, medan andelen som erbjöd EEA **ofta** var relativt oförändrad.

En tydlig förändring sågs i patienternas mottagande av EEA. Andelen patienter som tackade **ja** till EEA ökade till över hälften vid den sista mätningen, vilket kan tyda på att EEA blivit mer etablerat i verksamheterna och att personalen blivit tryggare i hur metoden introduceras. Personalens upplevelse av EEA som användbart stöd var genomgående positiv. Den vanligaste bedömningen var att EEA var **ganska mycket** användbart, samtidigt som andelen som bedömde metoden som **väldigt mycket** användbar minskade över tid, något som kan tolkas som en mer nyanserad och realistisk syn på metodens möjligheter i klinisk praktik.

De kvalitativa resultaten visar att EEA överlag togs emot positivt av patienter, ungdomar och föräldrar. Metoden beskrevs som tydlig, strukturerad och lätt att förstå, och flera deltagare rapporterade ökad medvetenhet hos patienter kring aggressiva reaktioner samt tillgång till konkreta strategier för att dämpa aggression. Samtidigt framkom variation i vilken utsträckning strategierna kunde omsättas i vardagen, liksom osäkerhet kring orsak–verkansamband i de fall förbättringar skett parallellt med andra insatser.

Ett viktigt resultat är att organisatoriska förutsättningar i flera fall begränsade möjligheterna att genomföra EEA, särskilt i verksamheter med korta patientkontakter eller högt patientflöde. Handledning och tydligt material lyftes som betydelsefullt stöd, men bortfallet i enkätsvaren innebär att resultaten bör tolkas med viss försiktighet.

Sammanfattningsvis visar utvärderingen att EEA upplevs som ett relevant och användbart våldsförebyggande verktyg inom hälso- och sjukvård, särskilt i arbete med unga och familjer där aggressionsproblematik förekommer. Pilotprojektet har bidragit till ökad uppmärksamhet på aggressionsproblem, större benägenhet att erbjuda EEA och ett mer positivt patientmottagande över tid. Samtidigt visar resultaten att EEA inte automatiskt leder till ett konsekvent eller frekvent användande, utan att metodens genomslag i hög grad påverkas av organisatoriska förutsättningar, verksamhetens uppdrag och möjligheten till kontinuerlig tillämpning.

Mot denna bakgrund framstår EEA som ett värdefullt komplement i det våldsförebyggande arbetet. För fortsatt implementering inom Västra Götalandsregionen är det centralt att tydliggöra i vilka verksamheter EEA är mest ändamålsenligt, säkerställa realistiska förutsättningar för användning samt erbjuda stöd i form av uppföljning och repetition snarare än återkommande handledningstillfällen för samtliga.

## Referenslista

1. Chamberlain, L., & Rivers-Cochran, J. A. (2008). A prevention primer for domestic violence: Terminology, tools, and the public health approach. NRCDV Publications.
2. Franzén, A., & Gottzén, L. (2020). Våldsprevention i Sverige: En forskningsöversikt (Barn- och ungdomsvetenskap: Forskning, Rapport 2020:2). Stockholms universitet, Barn- och ungdomsvetenskapliga institutionen.  
<https://jamstalldhetsmyndigheten.se/media/hqqnpekx/valdsprevention-i-sverige-en-forskningsoversikt-2020.pdf>
3. Finnie, R. K. C., Okasako-Schmucker, D. L., Buchanan, L., Carty, D., Wethington, H., Mercer, S. L., Basile, K. C., DeGue, S., Niolon, P. H., Bishop, J., Titus, T., Noursi, S., Dickerson, S. A., Whitaker, D., Swider, S., Remington, P., & The Community Preventive Services Task Force. (2022). Intimate partner and sexual violence prevention among youth: A community guide systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 62(1), e45–e55.  
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.06.021>
4. Korkmaz, S., & Överlien, C. (2023). Våld i ungas nära relationer & det ideella stödet: Möjligheter och begränsningar (Arbetsrapport/Institutionen för socialt arbete, 2023:1). Uppsala universitet. <https://www.uu.se/centrum/nck/kunskapsbank-om-vald/publikation?query=3262>

5. Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27–51.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135231>
6. Bandura, A. (1978). Social learning theory of aggression. *Journal of Communication*, 28(3), 12-29. doi:10.1111/j.1460-2466.1978.tb01621.x
7. Ferguson, C. J. (2023). An evolutionary model for aggression in youth: Rethinking aggression in terms of the Catalyst Model. *New Ideas in Psychology*, 70, 101029.
8. Clare, C. A., Velasquez, G., Mujica Martorell, G. M., & Fernandez, D. (2021). Risk factors for male perpetration of intimate partner violence: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 56, 101532.  
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101532>
9. Diaz-Aguado, M. J., & Martinez, R. (2015). Types of Adolescent Male Dating Violence Against Women, Self-Esteem, and Justification of Dominance and Aggression. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(15), 2636–2658.  
<https://doi.org/10.1177/0886260514553631>
10. Gadd, D., C. L. Fox, M.-L. Corr, S. Alger, & I. Butler (2015) *Young Men and Domestic Abuse*. New York: Routledge.
11. Stanley, N., Barter, C., Wood, M., Aghtaie, N., Larkins, C., Lanau, A., & Øverlien, C. (2018). Pornography, sexual coercion and abuse and sexting in young people's intimate relationships: A European study. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(19), 2919–2944.  
<https://doi.org/10.1177/0886260516633204>.
12. SBU:s upplysningstjänst. (2023). *Aggression Replacement Training (ART) för placerade ungdomar (Rapport ut202313)*. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.
13. Brännström, L., Kaunitz, C., Andershed, A.-K., South, S., & Smedslund, G. (2016). Aggression replacement training (ART) for reducing antisocial behavior in adolescents and adults: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 27, 30–41.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2016.02.006>.
14. SBU. (2020). *Insatser i öppenvård för att förebygga ungdomars återfall i brott (Rapport nr 308)*. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Hämtad från [www.sbu.se/308](http://www.sbu.se/308).
15. Brottsförebyggande rådet (2025). *Risk för våld i partnerrelation: En statistisk analys av sociodemografiska faktorer. Kortanalys 2025:1. [Brottsförebygganderådet]*
16. Brottsförebyggande rådet (2024). *Brott i nära relation Kartläggning av utsatthet under 2022 och under livstiden. Rapport 2024:4*.
17. Brottsförebyggande rådet (2018) *Brott i nära relation bland ungdomar Stockholm: Brottsförebyggande rådet*.

18. Korkmaz, S., Överlien, C., & Lagerlöf, H. (2020). Youth intimate partner violence: prevalence, characteristics, associated factors and arenas of violence. *Nordic Social Work Research*, 1–16.
19. Caman, S., & Skott, S. (2023). *Dödligt partnervåld mot unga*. Jämställdhetsmyndigheten.
20. Polit, D. F., & Beck, C. T. (2020). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.