

## Redegørelse til Regeringens udvalg om Psykiatri – Anvendelse af tvang og magt

### *”Har vi brug for en national strategi hvis vi vil reducere/eliminere anvendelsen af tvang?”*

Den hollandske regering iværksatte et nationalt program fra 2006 til 2009 med henblik på at reducere ”seclusion” (isolation) og tvangsmedicinering med 10 % årligt. Programmet bestod af tildeling af 40 millioner € til hospitaler der havde en plan for reduktion af tvangsforanstaltningerne, udvikling af den intensive pleje, indsamling af valide tvangsdata, og kompetenceudvikling af personalet i forhold til forebyggelse af problematisk pt. adfærd. 34 psykiatriske hospitaler (70 % af alle hospitaler) deltog med mange forskellige initiativer.

Resultaterne var at anvendelsen af ”seclusion” faldt med 2 % årligt og tvangsmedicineringerne steg med 8 % årligt.

Forfatterne konkluderede at den manglende målopfyldelse kunne skyldes at der ikke blev stillet krav om at forebyggelsesplanerne var evidensbaserede og at ikke alle hospitaler deltog.

Forfatterne sammenligner med andre nationale studier, et fra USA hvor en omfattende national strategi understøttet af staten (Pennsylvania) reducerer anvendelse af tvang betydeligt og et finsk studie der beskriver manglende effekt af flere lovgivningsændringer (1).

Det hollandske program kunne minde en del om de danske initiativer på området, i forhold til Gennembrudsprojekterne og de finske forhold med vores egne lovgivningsændringer de sidste år.

Det store problem er at der mangler stærk evidens på området. Der er udarbejdet mange review i verden, men ingen er baseret på metaanalyser eller metasynteser, ligesom der ikke er udarbejdet nogle Cochrane review indenfor området. Der er udarbejdet et dansk systematisk review der beskriver mulige interventioner til forebyggelse af tvangsfikseringer indenfor primært sygeplejeområdet (2). Reviewet identificerede, 27 interventioner, hvor 14 er underbygget af svag evidens og 13 er underbygget af lidt bedre evidens. Nedenunder beskrives de 13 mest evidente med de stærkeste først:

1. Implementering af kognitiv miljø terapi reducerer antallet af tvangsfikseringer, blandt andet gennem patient involvering og –empowerment.
2. Kombinerede interventions programmer er effektive til at undgå tvangsfikseringer f.eks. patient deltagelse, patient uddannelse, personale uddannelse, ændringer af procedurer og handleplaner, administrativ og ledelsesmæssig støtte fra topledere, kulturelle ændringer, data analyse, o.s.v.
3. Implementering af patient-centreret pleje, med en høj grad af positiv patient involvering i deres egen pleje, reducerer antallet af tvangsfikseringer.
4. Hvis identifikationen af hvad der trigger patientens kriser eller aggressioner, hvilke unikke beroligelses teknikker de anvender og beslutning om specifikke interventioner, sker tidligt i indlæggelsesforløbet, reduceres antallet af tvangsfikseringer.
5. Indførelse af validerede risikovurderingssystemer med pleje-interventions-forslag nedsætter antallet af tvangsfikseringer.
6. Effektiv behandling af misbrug og psykoser nedsætter antallet af tvangsfikseringer, behandlingen af psykisk sygdom er også beskrevet andet sted i reviewet.
7. Obligatorisk review (a’la kerne-årsags analyser), udført af kvalificerede kliniske eksperter udført som post-hændelses review, nedsætter antallet af tvangsfikseringer.
8. Bedre træning og undervisning medfører færre tvangsfikseringer (Længere i tid, Mere personale der deltager, Bedre kvalitet af indholdet, Flere forskellige og involverende undervisningsmetoder, Større bredde i emnerne f.eks. lovgivning, krise håndtering, fysiske interventions strategier, advarselstegn, risikofaktorer, kommunikativ deeskalering o.s.v.) .

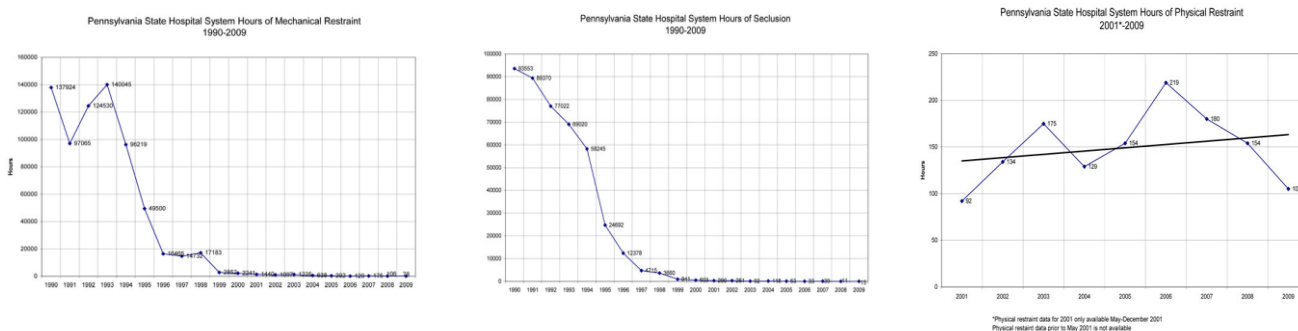
9. Positive personale holdninger som f.eks. respekt, samarbejde, kommunikation, empati, mindre kontrol og ufrivillige procedure, nedsætter antallet af tvangsfikseringer.
10. Højere patient-personale ratio nedsætter antallet af tvangsfikseringer.
11. Grunduddannelsesnivea: Jo højere uddannede plejepersonalet er, jo færre tvangsfikseringer.
12. Erfaring: Jo længere erfaring plejepersonalet har, jo færre tvangsfikseringer.
13. Hvis sygeplejersker ændre deres fokus vedr. grænse sætning fra at se patienten som afvigende til at være en ressource i deres egen pleje ville det nedsætte antallet af tvangsfikseringer.

Mange af de beskrevne interventioner vil formodentlig også reducerer andre typer af tvang, som akut beroligende medicinering, fastholdelse og skræmning der initieres med den samme begrundelse.

En del forfattere beskriver at en strategi bør indeholde flere interventioner i en kombineret plan, dette er også tydeligt i reviewet hvor nummer 2 er kombinerede interventioner eller programmer. Og skulle man følge den hollandske anbefaling burde en strategi indeholde en del af de ovenfor beskrevne interventioner, hvor der er noget evidens bag.

Hvis man ser på hvilken strategi de har haft i USA, specielt i Pennsylvania<sup>1</sup>, har de en del hospitaler der har evnet at reducere anvendelsen af ”seclusion” og tvangsfiksering til 0 (3;4).

I hele staten ser tallene sådan ud (5):



På trods af vanskelighederne ved at sammenligne på tværs af landegrænser, peger deres opgørelser dog på en imponerende indsats. Andelen af den mindre indgribende tvang er steget en smule i perioden men de har ikke flyttet andelen af tvangsfikseringer og ”seclusion” over til fastholdelser (physical restraint).

Det ser ud til at de har fulgt seks kerne-strategier for at reducere anvendelsen af ”seclusion” og tvangsfiksering (6;7):

1. **Ledelse med henblik på organisatoriske ændringer.** Inkluderer en defineret vision, værdier og filosofi der indeholder en forventet reduktion af tvangsanvendelsen. Udvikling og implementering af en afsnitsbaseret, præstationsbaseret forbedringsplan og sikre den bliver fulgt. Dette indebærer en daglig gennemgang af alle tvangsepisoder (24/7) af den øverste ledelse.

<sup>1</sup> Pennsylvania har små 13 millioner indbyggere. Det skal nævnes at tallene kommer fra hvad man kunne kalde statshospitaler, og at de i perioden har reduceret antallet af sengepladser med ca. 50 %. Tallene inkluderer retspsykiatriske pt. Det skal ligeledes bemærkes at en direkte sammenligning med danske forhold kræver en mere dybdegående analyse af forholdende omkring anvendelsen af tvang som: Lovgivning, private hospitalers andel af indlagte pt., demografiske forhold, o.s.v.

2. **Registrering af data i praksis.** Indebærer indsamling og analyse af tvangsdata på afsnitsniveau. Data bør indeholde, afsnit, tid, dato, involverede personale, pt. demografiske data, medicinering, skader på både pt. personale, andre/andet, o.s.v. Afsnittene bør opsætte mål for kvalitetsforbedringer og evaluerer i forhold til ændringerne over tid.
3. **Personale udvikling.** Det foreslås at man skaber et behandlingsmiljø hvor politikker, procedurer og praksis er baseret på viden og principperne om recovery og ”trauma informed<sup>2</sup>” pleje og behandling. Nøgleordene kunne være: Intensiv og vedvarende personale uddannelse, uddannelse i tvangsforebyggelse som kommunikativ deeskalering, skånsom tvangsfiksering, triggere, empowerment, coping og mestringsstrategier, baseret på individualiseret pt. centreret planlægning hvor pt. er involveret i alle trin, mentorordninger, supervision, faglig vejledning, recovery, grundige introduktionsprogrammer, jobbeskrivelser, kompetence evalueringer, individuel uddannelsesplanlægning o.s.v.
4. **Anvendelse af tvangsforebyggende redskaber.** Der anvendes et mangfoldigt udvalg af metoder og redskaber til at nedbringe tvangsansværelsen, disse er integreret i politikker og procedurer og den individuelle pt. ’s recovery plan. Også her er konceptet om individuel pleje og behandling helt central. Redskaberne kunne omfatte: Risikovurderingsredskaber, traume vurderinger, fysiske ændringer der kan skabe plads til ”comfort” og ”sensory” stuer<sup>3</sup> og andre meningsfulde aktiviteter designet til at lære pt.erne følelsesmæssige coping færdigheder.
5. **Bruger-roller i afdelinger.** Denne strategi handler om fuld og formel inklusion af pt.en, børn, familie og eksterne støttepersoner i forskellige roller og alle niveauer af organisationen for at hjælpe med at reducere anvendelsen af tvang.
6. **Debriefing teknikker.** Denne strategi handler om vigtigheden af en grundig analyse af alle tvangsepisoder. Nøgleordene er: Defusing/debriefing for både pt. og personale umiddelbart efter tvangen er ophørt, samt kerneårsagsanalyser.

Huckshorn (6) beskriver endvidere at: Organisationer der ønsker at reduceres deres tvangsansværelse må have en forebyggende tilgang, følge principperne for kontinuerlig kvalitetsudvikling og udvikle en individualiseret forebyggelsesplan der er unik for den enkelte afdeling. Meget synlig, pålidelig og effektiv ledelse ser ud til at være det vigtigste i en succesfuld reduktion af tvangsansværelsen.

Ligeledes skal det nævnes at *National Association of State Health Program Directors (NASHPD)* i USA beskriver at volds og tvangs frie behandlingsinstitutioner er mulige at skabe hvis man følger de seks kerne-strategier. De beskriver også at anvendelsen af tvangsfiksering og akut beroligende medicinering skal anses for at være en forfæjlet behandling og aldrig må iværksættes på baggrund af disciplinering, straf, fordi det er mere behageligt/trygt for personalet eller som erstatning for manglende personalenormering eller aktiv behandling.

---

<sup>2</sup> Trauma informed care: When a human service program takes the step to become trauma-informed, every part of its organization, management, and service delivery system is assessed and potentially modified to include a basic understanding of how trauma affects the life of an individual seeking services. Trauma-informed organizations, programs, and services are based on an understanding of the vulnerabilities or triggers of trauma survivors that traditional service delivery approaches may exacerbate, so that these services and programs can be more supportive and avoid re-traumatization. Trauma-specific interventions are designed specifically to address the consequences of trauma in the individual and to facilitate healing. Treatment programs generally recognize the following: The survivor's need to be respected, informed, connected, and hopeful regarding their own recovery. The interrelation between trauma and symptoms of trauma (e.g., substance abuse, eating disorders, depression, and anxiety). The need to work in a collaborative way with survivors, family and friends of the survivor, and other human services agencies in a manner that will empower survivors and consumers

<sup>3</sup> Comfort og sensory stuer er rum der er indrettet med ex. kugle seng, musikanlæg, madrasser, sofaer, farver, lys, m.h.p. at skabe indre ro hos pt.erne.

Office of Mental Health & Substance Abuse Services i Pennsylvania mener selv deres reduktion skyldes: En kulturændring hvor ledelserne understøttede ændringerne, højere pt./personale ratio, mål for effekt/performance, øget personale uddannelse, en holdningsændring der medførte en mere sikker og mindre traumatiserende pleje.

De seks kerne-strategier indeholder ganske mange af de mest evidente interventioner fra det tidligere beskrevne review, hvilket understøtter konklusionerne om evidensbaserede interventioner fra det hollandske studie.

De sidste par års udvikling i antallet af tvangsepisoder kunne tyde på at vi i Danmark er på vej i den rigtige retning, men der er lang vej igen før vi opnår samme resultater som Pennsylvania. De tidligere gennemførte Gennembrudsprojekter har ikke ændret meget på antallet af tvangsepisoder på landsplan, ligesom tidligere lovgivningsændringer heller ikke ser ud til at have den ønskede effekt. Så baggrunden for de sidste par års reduktion skal nok findes i Regionernes ”ledelses” fokus på området.

Hvis en mere omfattende strategi skulle implementeres i Danmark er det muligt at det ville kræve en omfordeling af personaleressourcerne, så de lukkede og intensive afsnit opnormeres, som det skete i Pennsylvania. Det kunne se ud som om normeringerne i afsnittene de sidste år, på trods af øgede krav om dokumentation, kvalitetsudvikling, tvangsreduktioner, individualiseret recovery orienteret pleje og behandling, er faldet. Hvis vi sammenligner normeringerne generelt i Europa (8), er vores normeringer ikke særligt høje og hvis vi sammenligner specifikt de lukkede og intensive afsnits normeringer mellem Danmark og Norge (de eneste tal vi har haft tilgang til) har vi i gennemsnit 2,0 plejepersonale pr. sengeplads mens Norge har 3,2 plejepersonale pr. sengeplads og derudover er deres gennemsnitlige uddannelses niveau i hele personalegruppen, 1 år længere (DK 3,0 år – NO 4,1 år, forskellen skyldes primært at andelen af sygeplejersker er højere ligesom de har flere specialuddannede sygeplejersker). Norge havde under halvt så mange tvangsfikseringer pr. indbygger som Danmark jævnfør den seneste undersøgelse (9). Tidligere tal fra 2007 viser at Danmark tvangsfikserede 34 og Norge 21 personer pr. 100.000 indbyggere (10). Ønsker man en national strategi på området, som den i Pennsylvania vil det kræve et grundigere analysearbejde af forudsætningerne, udarbejdelse af div. kliniske retningslinjer og arbejdsredskaber, samt ikke mindst en opbakning og en holdningsændring blandt politikere og ledelser på alle niveauer i organisationen der går i retning af at tvangsfiksering og akut beroligende medicinering kan fjernes fra den danske psykiatri.

***Har vi brug for en national strategi hvis vi vil eliminere anvendelsen af tvang?***

***Ja vi har brug for en national strategi***

Udarbejdet af oversygeplejerske/Ph.d. studerende Jesper Bak, Psykiatrisk Center Sct. Hans

## Reference List

- (1) Vruwink FJ, Mulder CL, Noorthoorn EO, Uitenbroek D, Nijman HLI. The effects of a nationwide program to reduce seclusion in the Netherlands. *BMC Psychiatry* 2012;12(1):231.
- (2) Bak J, Brandt-Christensen M, Sestoft DM, Zoffmann V. Mechanical Restraint - Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint? – A Systematic Review. *Perspectives in Psychiatric Care* 2012;48:83-94.
- (3) Barton SA, Johnson MR, Price LV. Achieving restraint-free on an inpatient behavioral health unit. *Journal of psychosocial nursing and mental health services* 2009;47(1):34.
- (4) Smith GM, Davis RH, Bixler EO, Lin HM, Altenor A, Altenor RJ, et al. Special section on seclusion and restraint: Pennsylvania State Hospital System's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatric Services* 2005;56(9):1115.
- (5) Mental Health & Substance Abuse Services. Statewide Initiatives - Alternatives to Seclusion and Restraint. [www.parecovery.org/services\\_seclusion.shtml#wb](http://www.parecovery.org/services_seclusion.shtml#wb) 2013
- (6) Huckshorn KA. Reducing seclusion restraint in mental health use settings: core strategies for prevention. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2004 Sep;42(9):22-33.
- (7) Huckshorn KA. Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use. <http://www.nasmhpd.org/docs/publications/docs/2008/Consolidated%20Six%20Core%20Strategies%20Document.pdf> 2005
- (8) World Health Organization. Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges. 2008.
- (9) Bak J, Brandt-Christensen M, Sestoft DM, Zoffmann V, Almvik R. Mechanical restraint: Preventive factors in theory and practice. A Danish - Norwegian association study. 2011. Ref Type: Unpublished Work
- (10) Bak J, Aggernæs H. Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries. *Nordic Journal of Psychiatry* 2012;66(5):297-302.