



PAKKE FOR
TVANG



Sikker Psykiatri



Tvang - baggrund og evidens

Indledning

Projekt Sikker Psykiatri er et samarbejde mellem Danske Regioner, TrygFonden, Det Obelske Familiefond og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Projektet vil vise, at psykiatrien inden for de givne rammer kan levere behandling, der både er mere sikker og af højere kvalitet.

Projektet baserer sig på forbedringsmodellen, der er en internationalt anerkendt metode, der med stor succes blev anvendt i projektet Patientsikkert Sygehus. Metoden samler klinikere fra flere afdelinger og hospitaler om en fælles forbedringsmålsætning, som ledelsen aktivt dedikerer sig til. Der foretages hurtige og hyppige afprøvninger af, hvilke arbejdsgange der skal ændres for at opnå det ønskede mål. Det sikrer, at der sker markante forbedringer i højt tempo, og at forandringerne er udsprunget af det faglige miljø og forankres i daglig praksis.

Forbedringerne sker ved, at en række kliniske og organisatoriske pakker gennemføres i praksis. Indholdet i pakkerne er afstemt med Den Danske Kvalitetsmodel og øvrige kvalitetsprojekter i psykiatrien, så der er mulighed for synergi med det øvrige kvalitetsarbejde.

Metoderne er beskrevet i dokumentet ”Metoder til hurtige og holdbare forbedringer i sundhedsvæsenet”, som kan hentes på www.sikkerpsykiatri.dk.

Hvad er tvang, herunder tvangsfiksering?

Tvang er i sundhedslovens forstand foranstaltninger, hvor der ikke foreligger et informeret samtykke fra patienten. Efter lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (1) må tvang kun anvendes overfor indlagte patienter, som opfylder betingelserne for tvangsindlæggelse eller tvangstillbageholdelse i psykiatrisk afdeling. Det vil sige, at patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der må ligestilles hermed, og det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling, fordi

1. udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden vil blive væsentlig forringet eller
2. den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.

I denne pakke fokuseres kun på anvendelse af tvangsfiksering primært fiksering ved bælte (herefter kaldet bæltefiksering) svarende til Psykiatrilovens § 14-16.

Udviklingen anvendelsen af tvangsfiksering

Anvendelse af tvang skal indberettes af den psykiatriske afdeling til Sundhedsstyrelsen. Ved indberetningen opdeles tvangsanvendelsen på de forskellige typer af tvang, ligesom varigheden skal rapporteres. Antallet af episoder med tvangsfiksering i Danmark er steget fra 5.233 i 2011 over 5.657 i 2012 til 6.165 i 2013 (2). Opgørelsen viser også en stigning også i gruppen med længerevarende fiksering.

Hvorfor bør anvendelse af tvangsfiksering reduceres?

Tvangsfiksering medfører en række risici for patienten. Fysisk kan patienten udvikle blodpropper i de dybe blodårer og lungerne samt få tryksår og knoglebrud. I værste fald er der rapporteret dødsfald i forbindelse med tvang.

Af psykiske følger kan nævnes følelsen af hjælpeløshed, vrede, nedtrykhed og ubehag. Patienterne kan opleve fiksering som en straf, og i de værste tilfælde kan fiksering udløse posttraumatisk stress og livslang traumatisering.

Selv om tvang i høj grad anvendes for at beskytte patienten selv, andre patienter eller personale mod skade, er der bred enighed om, at anvendelsen af tvangsfiksering bør minimeres mest muligt (3,4). Ved indsatsen bør det være et mål, at nedbringelsen af fiksering ikke udløser øget brug af andre typer tvang, øget medicinering, forværring af patienternes tilstand, voldsepisoder eller andre uønskede effekter.

Hvilke interventioner kan nedbringe anvendelsen af tvangsfiksering?

Der kan kun med forbehold drages sammenligninger mellem forskellige lande med hensyn til anvendelsen af tvang i psykiatrien. Det skyldes blandt andet, at lovgivning om tvang er meget forskellig landene på tværs. Panoramaet med hensyn til anvendelsen af forskellige tvangsmidler varierer også, ligesom landene har opbygget deres hospitalspsykiatri, herunder retspsykiatri, meget forskelligt. Rapporter har vist variation i anvendelse af mekanisk tvang på mellem 0% (Storbritannien, som ikke tillader denne form for tvang) og 51% (Grækenland) (5), mens Island i mange år ikke har anvendt mekanisk tvang (6).

Der er meget begrænset evidens for effekten af specifikke interventioner med henblik på at nedbringe anvendelsen af bæltefiksering og anden tvang. To oversigtsartikler har vurderet, hvilke interventioner der er effektive til at reducere anvendelsen af tvangsfiksering og andre typer af fysisk tvang i psykiatrien. Ingen af de to oversigtsartikler anvender almindeligt anerkendte principper for vurdering af evidensgraden.

Scanlan inkluderede 29 artikler i sin oversigt, der omhandlede både mekanisk tvang (som bæltefiksering) som fysisk fastholdelse og enerumsanbringelse (engelsk: seclusion). Han konkluderede, at en række interventioner kunne reducere både anvendelsen og varigheden af tvang.

De væsentligste strategier er:

1. Ledelsesinvolvering
2. Faglig vurdering af forløbet ved ekstern ekspert og debriefing (ledet dialog mellem involveret personale + evt. patient/pårørende umiddelbart efter hændelsen med henblik på at forebygge u hensigtsmæssige følelsesmæssige reaktioner)
3. Dataindsamling om anvendelsen af tvang og feedback baseret på data
4. Uddannelse af personalet, særligt i deeskalation, krisestyring og holdningsændringer
5. Patient- og pårørendeinddragelse
6. Øget personalenormering og etablering af kriseresponsteams
7. Strukturelle ændringer i fysisk miljø, kultur og rutiner på afdelingsniveau

Ifølge Scanlan viste gennemgangen, at det generelt var muligt at reducere tvangsanvendelsen uden at kompromittere sikkerheden på andre områder. De fleste af interventionerne medførte > 50 % reduktion i antal episoder med tvang, adskillige med > 90 % reduktion (7).

Bak et al gennemgik i 2011 59 studier over interventioner mod mekanisk tvang, herunder bæltefiksering, hvoraf de 48 var kvantitative i deres effektvurdering. Bak et al grupperede typerne af intervention i hvert enkelt studie og opstillede et evidenshieraki baseret på, i hvilket omfang de enkelte typer af interventioner kunne reducere tvangsanvendelsen, samt i hvor mange studier effekten var påvist.

De syv mest effektive interventioner var (8):

1. Kognitiv miljøterapi
2. Multiple interventioner, typisk omfattende patientuddannelse, personaleuddannelse, patientinvolvering, programmatisk ændringer, opbakning fra topledelse og dataanalyse
3. Implementering af patient-centreret pleje og behandling
4. Identifikation af krisetriggere og anvendelse af værktøjer som beroligelsesteknikker og tidlig kriseintervention
5. Anvendelse af valideret system til risikovurdering med tilhørende intervention
6. Effektiv behandling af psykoser og af stof- og medicinmisbrug
7. Obligatorisk reviews efter tvangsanvendelsesepisode ved kliniske eksperter

Der mangler kontrollerede undersøgelser til at støtte evidensen. Der er for nyligt publiceret en finsk cluster-randomiseret undersøgelse i fire sikrede afdelinger på statslige psykiatrihospitaler, hvor der gennem ét år i to af afdelingerne blev gennemført seks kernestrategier for at forebygge tvang – herunder fysisk tvang samt indespærring/isolation – hos mænd med psykoser. Interventionen bestod i styrket ledelsesfokus og -uddannelse, uddannelse af nøglepersoner i triggeridentifikation, beroligende strategier mm. baseret på

patienternes erfaringer, dataopsamling med feedback, kriseforebyggelses- og deeskalationsværktøjer og daglig samling ("huddle") med gennemgang af døgnets episoder med en vejleder med baggrund som psykoterapeut og antropolog. Andel patientdage med tvang faldt signifikant i interventionsafdelingerne (fra 30 til 15 %), men den blev ikke reduceret signifikant i kontrolafdelingerne (fra 25 til 19 %). Varigheden af tvang faldt ligeledes i interventionsafdelingerne, mens den steg i kontrolafdelingerne. Incidensen af voldsepisoder faldt i begge grupper (9).

Blandt andet på baggrund af den undersøgelse har psykiatrien i USA anvendt de seks "kernestrategier" for at undgå tvang i form af isolation og fysisk tvang:

1. Ledelsesinvolvering med henblik på organisatoriske ændringer
2. Datastyret forbedringsarbejde via opstilling af mål
3. Personaleudvikling, herunder ved forbedret kommunikation, daglige aktiviteter og mentorordninger
4. Forebyggelsesredskaber blandt andet med henblik på risikovurdering, deeskalation og ikke-diskriminerende sprog
5. Systematisk involvering af patienter og pårørende
6. Grundige debriefinger efter tvangsepisoder med sigte på at forebygge følgevirkninger for både patient og personale

Der er fra flere lande rapporteret positive effekter af implemtering af de seks kernestrategier (10, 11).

I en sammenligning mellem danske og norske psykiatriske afdelinger har Bak et al vurderet sammenhængen mellem hyppigheden af bæltefiksering og anvendelsen af en række identificerede forebyggende faktorer. Der var stærkest sammenhæng mellem faktorerne "obligatorisk review" og lav grad af tvangsanvendelse (4). På grund af designet (tværsnitsundersøgelse baseret på interviewskema) er det dog ikke muligt at udtale sig om årsagsforhold på baggrund af undersøgelsen. Nærmere analyse har vist, at personaleuddannelse, mindre anvendelse af vikarer, godt arbejdsmiljø, adskillelse af akut forværede patienter fra øvrige patienter, øget personale/patient ratio samt identifikation af krisetriggere er de væsentligste forebyggende faktorer (12, 13).

I det nationale gennembrudsprojekt har en lang række psykiatriske afdelinger fra 2004 arbejdet med udvikling og vurdering af metoder til nedbringning af tvangsanvendelse (alle former) baseret lokalt med systematisk erfaringsudveksling mellem afdelingerne. Der er ikke i projektet systematisk foretaget målinger af processer eller effekter på tvangsanvendelsen, men på baggrund af rapporterne fra projektet ser følgende tiltag ud til at blive vurderet som mest virkningsfulde af deltagerne (14):

- Formaliseret patientmodtagelse med strukturerede indlæggelsessamtaler og inddragelse af patientens tidligere erfaringer med tvang
- Kompetenceudvikling og uddannelse af personalet, herunder i konflikt-håndtering, deeskalering, mestring, selvkontrol og walk through øvelser med rollespil

- Struktureret brug af tilbud om aktiviteter til patienterne
- Pårørendesamarbejde
- Udskrivningssamtaler/Eftersamtaler med patienten efter tvang
- Tryghedsperson
- Tavle/tavlemøder
- Defusing, debriefing, refleksion

I det afsluttede gennembrudsprojekt med fokus på reduktion af tvang gennem aktiviteter har det ikke været muligt at vise en sikker effekt på anvendelsen af tvang (15).

I en norsk fokusgruppeundersøgelse (16) er patienternes erfaring med tvang afdækket. Undersøgelsen præsenterer en række forslag til forebyggelse af tvang baseret på disse patienterfaringer.

Hvad angår sikkerhedsbriefinger, findes der ikke i litteraturen evidens for, at disse selvstændigt kan reducere anvendelsen af tvang. Der er dog god evidens for, at bedre teamsamarbejde i en kirurgisk kontekst har positiv betydning ikke blot for personalets opfattelse af sikkerhedskulturen (17), men også for den kirurgiske mortalitet (18). Briefinger og huddles indgår desuden som et centralt element i det evidensbaserede TeamSTEPPS program for forbedring af kommunikations- og teamkompetencer i sundhedsvæsenet (19).

Pakken til forebyggelse af bæltefiksering

Pakken fokuserer på at forebygge episoder af bæltefiksering samt sikre læring i hvert tilfælde af bæltefiksering, som alligevel udøves. Der vil muligvis være afsmittende effekter på andre typer af tvang. Pakken omhandler alene patienter, som opholder sig på en psykiatrisk afdeling. Dobbeltindlagte patienter, der opholder sig på en somatisk afdeling, er ikke omfattet af pakken.

Forudsigelse af bæltefiksering:

- I hver vagt afholdes en kort sikkerhedsbriefing, som har til formål prospektivt at identificere potentielle situationer, der kan lede til bæltefiksering. Briefingen skal have fokus på patientfaktorer, personalefaktorer og organisatoriske faktorer – for eksempel:
 - o Patienter med kendt historie med udadreagerende eller selvskadende adfærd
 - o Særligt fokus på patienter med aktuel Brøset score ≥ 1 (20)
 - o Patienter der har modtaget eller skal modtage ”dårlige nyheder”
 - o Konflikter eller nærhændelser i foregående vagtperiode
 - o Bemanding
 - o Fysiske rammer

Sikkerhedsbriefingen skal munde ud i en konkret plan for, hvordan potentielle situationer, der kan lede til bæltefiksering, søges imødegået i vagten.

Forebyggelse af bæltefiksering:

- Ved indlæggelse af patienten inddrages erfaringer fra tidligere indlæggelser i en systematisk vurdering af risikoen for bæltefiksering. Såfremt patientens tilstand tillader det, drøftes strategier for mestring, og og eventuelle præ-

ferencer i forhold til eventuel anvendelse af tvang beskrives (forhåndstilkendegivelse). Hvor det er muligt, inddrages pårørende.

- Personalet anvender forud definerede deeskaleringsteknikker (i henhold til lokale retningslinjer) i tilfælde med umiddelbart forestående risiko for bæltefiksering.

Forebyggelse af gentagelse af bæltefiksering:

- Efter alle tilfælde af bæltefiksering foretager det involverede personale en debriefing, som har til formål at sikre læring af den aktuelle episode via en anerkendende og støttende tilgang.
- Efter alle tilfælde af bæltefiksering foretages – så snart patientens tilstand tillader det – en eftersamtale i henhold til lokale retningslinjer med henblik på at identificere krisetriggere og identificere mulige alternative til bæltefiksering under den aktuelle eller fremtidige indlæggelse(r).
- Et tværfagligt team fra et andet afsnit gennemgår alle episoder med bæltefiksering med det formål at skabe læring af den enkelte episode. Gennemgangen skal anvende en fastlagt metode, for eksempel Safewards-modellen (21).

Referencer

1. Lovbekendtgørelse nr. 1729 af 2. december 2010 om anvendelse af tvang i psykiatrien. (Senest ændret med lov nr. 579 af 4. maj 2015 om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien).
2. Opgørelse over anvendelse af tvang i psykiatrien 2001- 2013.
Internet:
<http://www.ssi.dk/~media/Indhold/DK%20-%20dansk/Sundhedsdata%20og%20it/NSF/Dataformidling/Sundhedsdata/Tvang%20i%20psykiatrien/Anvendelse%20af%20tvang%20i%20psykiatrien%202001-2013.ashx>.
3. Bak J et al. Mechanical restraint in psychiatry: Preventive factors in theory and practice. A Danish-Norwegian association study. *Perspectives in Psychiatric Care* 2014; 50: 155-66.
4. Tvangsforanstaltninger I psykiatrien – en udredning. Sundhedsstyrelsen, 2009.
Internet:
http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2009/EFT/Psykiatrien/Tvang_i_psyk.pdf
5. Stewart D et al. Mechanical restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review. Report from the Conflict and Containment Reduction Research Programme. Department of Mental Health and Learning Disability. London City University, 2009. <http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/hspr/research/ciemh/mhn/projects/litreview/LitRevMechRestr.pdf>
6. Matthiasson P. Islandske erfaringer med tvang. Oplæg ved konferencen ”Ned med tvang”, arr. af regionerne i Danmark og Sundhedsstyrelsen, Nyborg, 9.-10. marts 2015.
7. Scanlan JN. Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature. *Int J Soc Psychiatr* 2010; 56(4):412-2.
8. Bak J et al. Mechanical restraint - which interventions prevent episodes of mechanical restraint ? A systematic review. *Perspectives in Psychiatric Care* 2012; 48: 83-94.

9. Putkonen A et al. Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2013; 64: 850-55.
10. Six Core Strategies to Prevent Conflict, Violence and Use of Seclusion and Restraint. National Association of State Mental Program Directors, 2011.
Internet:
www.bitly.com/kernestrategier
11. LeBel JL et al. Multinational experiences in reducing and preventing the use of restraint and seclusion. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2014; 52: 22-9.
12. Bak J et al. Comparing the effect of non-medical mechanical restraint preventive factors between psychiatric units in Denmark and Norway. *Nord J Psychiatry* 2015; Jan 23: 1-11 (Epub ahead of print)
13. Søgaard VY et al. Fem faktorer til nedbringelse af bæltefiksering. *Sygeplejersken* 2015; nr. 3, s. 20-1.
14. Rapporter om Det nationale Gennembrudsprojekt. Center for Kvalitetsudvikling. Internet: www.cfk.rm.dk/projekter/kvalitetsudvikling++sundhed/gennembruds-metoden/gennembrudsprojekter/tvang+i+psykiatrien
15. Evaluering af satspuljeprojektet "Nedbringelse af tvang i psykiatrien 2012-2015. CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2015.
Internet:
http://www.cfk.rm.dk/siteassets/cfk/6-projektsite/tvang-i-psykiatrien/cfk_tvangipsyk_evaluering_marts_2015.pdf
16. Alternativer til tvang I. Sett fra et bruker- og fagperspektiv. Ressurshäfte. *Erfaringskompetanse.no* 2014:2. Oslo, Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, 2014.
17. Haynes AB et al. Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Qual Saf* 2011;20:102-107.
18. Neily J et al. Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality. *JAMA* 2010;304:1693-1700.

19. Agency for Healthcare Research and Quality.
TeamSTEPPS: National Implementation.
Internet:
teamstepps.ahrq.gov.
20. Almvik R, Woods P, Rasmussen K. The Brøset Violence Checklist: sensitivity, specificity and interrater reliability. *J Interpers Violence* 2000; 15: 1284–96.
21. Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *J Psychiatr Mental Health Nurs* 2014; 21:499-508.