

Interventioner för att förebygga och minska
tvångsåtgärder inom psykiatrisk vård och
institutionsvård av barn och unga
/ Interventions to Prevent and Reduce
Coercive Measures in Psychiatric Care and
Residential Care for Children and Adolescents
Rapport 1016 (2025)

Bilaga 9 Samband mellan olika tvångsåtgärder

Innehåll

Beskrivning av ingående studier	2
Resultat.....	2
Barn och unga i psykiatrisk vård.....	2
Vuxna i psykiatrisk vård	4
Vuxna i rättspsykiatrisk vård	10
Referenser.....	13

Beskrivning av ingående studier

Totalt har tio tillräckligt välgjorda observationsstudier identifierats, som publicerades under åren 2008 till 2023. Fyra studier var genomförda i USA [1] [2] [3] [4], två i Finland [5] [6], en vardera i Danmark [7], Tyskland [8], Nederländerna [9] och Schweiz [10]. Av dessa handlade två studier om barn eller unga personer i psykiatrisk vård [1] [5], sex studier om vuxna personer i psykiatrisk vård [2, 4, 6-9], samt två studier om rättspsykiatrisk vård [2] [3]. Inga studier handlade om institutionsvård för barn och unga personer.

I samtliga studier förekom olika typer av förändringar under eller före studietiden för att minska antalet tvångsåtgärder (som lagändringar, förändringar i regionala eller nationella strategier, lokala policyändringar och förändrat arbetssätt eller ändringar i fysisk miljö). I Tabell 1 har studierna grupperats enligt vårdform och de huvudsakliga förändringarna.

Tabell 1 Inkluderade studier om förekomst av olika tvångsåtgärder, per patientgrupp och per huvudsaklig händelse före eller under undersökningsperioden.

	Ändring i fysisk miljö	Lagändring	Policyändring
Barn och unga i psykiatrisk vård	[1]	[5]	
Vuxna i psykiatrisk vård	[10]	[8] [2]	[4] [9] [6] [7]
Vuxna i rättspsykiatrisk vård		[2]	[3]

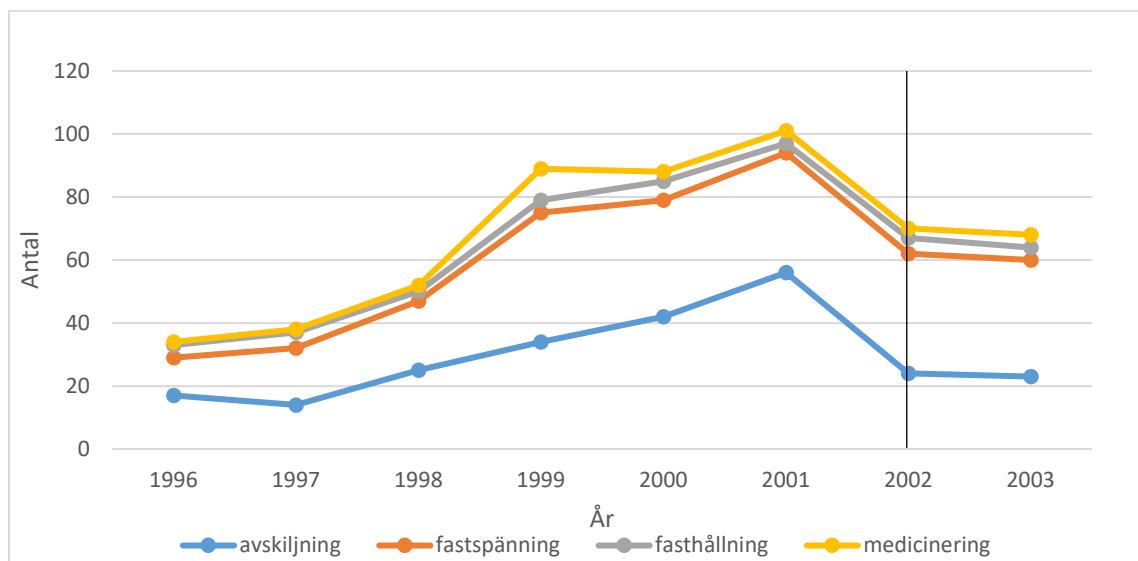
Resultat

Nedan beskrivs kortfattat studierna och deras resultat per åldersgrupp och vårdform. Mer detaljerade beskrivningar finns i Bilaga 3.

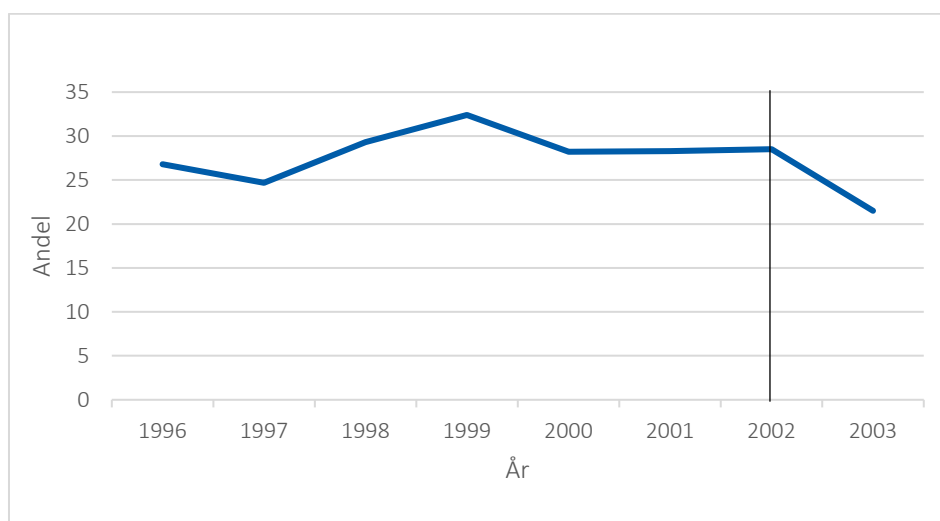
Barn och unga i psykiatrisk vård

I en nationell studie [5] från Finland redovisades förekomst av olika tvångsåtgärder avskiljning (*seclusion*), fasthållning (*physical holding*), fastspänning (*restraint*) och tvångsmedicinering (*involuntary intramuscular medication*) inom psykiatrisk vård för unga mellan 12 och 17 år, under perioden 1996–2003. En lagändring skedde år 2002, där regelverket kring användning av tvångsåtgärder skärptes. Lagen innebar också att varje tvångsåtgärd skulle dokumenteras. Resultaten visar inte på något samband mellan olika tvångsåtgärder (se Figur 1), däremot på en variation över tid och en minskning i det totala antalet tvångsåtgärder i redan året före lagändringen (se Figur 2).

Figur 1 Antal olika tvångsåtgärder (avskiljning, fastspänning, fasthållning eller tvångsmedicinering) i psykiatrisk vård för unga (12–17 år) i Finland, per år under åren 1996–2003.

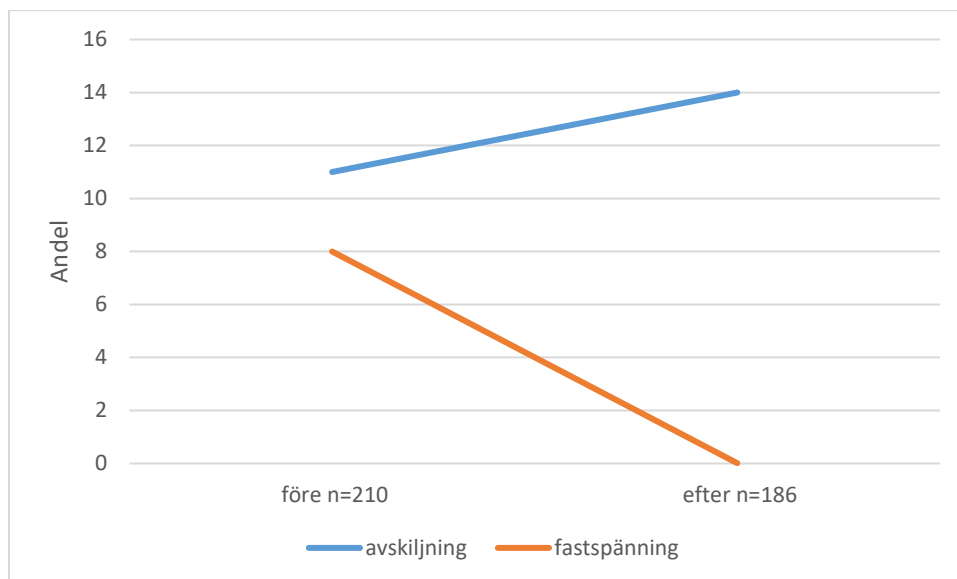


Figur 2 Total andel tvångsåtgärder i psykiatrisk vård för unga (12–17 år) i Finland under åren 1996–2003.



På ett sjukhus för psykiatrisk vård i North Carolina (USA) för unga mellan 13 och 17 år, ändrades den fysiska miljön genom att ett vadderat rum installerades. Larson et al 2008 [1] redovisas andelen patienter som utsatts för tvångsåtgärder före (augusti 2001 – januari 2003) respektive efter (februari 2003 – juli 2004) införandet. Resultatet visar att färre patienter utsattes för fastspänning (*mechanical restraint*) ($p=0,025$) efter att det vadderade rummet installerats, samtidigt som andelen patienter som utsatts för avskiljningar (*seclusion*) ökade något (icke-signifikant) (se Figur 3). Det vill säga, resultaten tyder på ett negativt samband mellan åtgärderna avskiljning och fastspänning.

Figur 3 Andel patienter som utsatts för avskiljning eller fastspänning i psykiatrisk vård för unga (13–17 år) i North Carolina, USA, före respektive efter tillgång till särskilt vadderat rum.



Sammantaget visar de rapporterade resultaten om förekomst av tvångsåtgärder i psykiatrisk vård för barn och unga att:

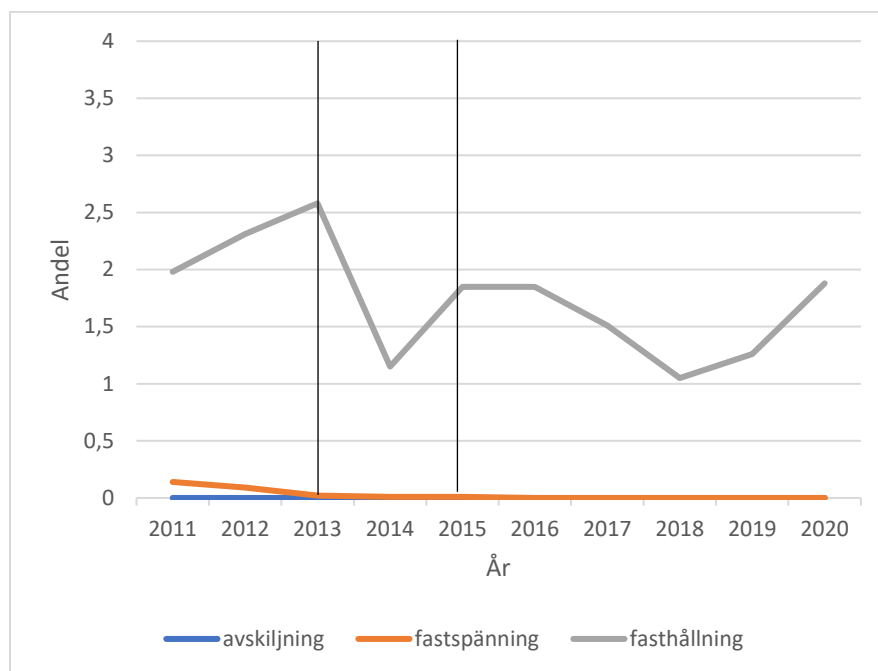
- Den totala andelen tvångsåtgärder i psykiatrisk vård minskade året innan en lagändring i Finland trädde i kraft, där reglerna för användning av tvångsåtgärder skärptes [5]. Det vill säga, här redovisas en samvariation av de fyra tvångsåtgärderna vilket kan tolkas som ett positivt samband mellan de olika tvångsåtgärderna. Den korta uppföljningstiden efter lagändringen i Finland gör att det är oklart i vilken mån minskningen fortsatte under längre tid.
- Andelen patienter som utsatts för fastspänningar minskade samtidigt som att antalet avskiljningar ökade i studien från USA efter att den fysiska miljön ändrats genom att ett vadderat rum införts [1]. Här redovisas med andra ord ingen tydlig skillnad i förekomsten av antalet tvångsåtgärder. Däremot framgår ett negativt samband mellan tvångsåtgärderna fastspänning och avskiljning. Resultatet bör vara förväntat och kan tolkas positivt, eftersom avskiljning i ett vadderat rum kan uppfattas som mindre ingripande än fastspänning.

Vuxna i psykiatrisk vård

I en studie [2] från sex sjukhus i Pennsylvania (USA) redovisades andelen patienter som utsatts för tvångsåtgärder under åren 2011–2020. Ett förbud mot avskiljning infördes i juli 2013, följt av ett förbud mot fastspänning i september 2015. Resultatet visar att avskiljningar (*seclusion*) och fastspänningar (*mechanical restraint*) i princip har upphört, samtidigt som andelen patienter som utsatts för fasthållning (*physical restraint*) har minskat något över tid (se Figur 4). Dessutom visar resultaten att trots att det inte är någon entydig minskning av antalet tvångsåtgärder så har tiden (antal minuter i medeltal per år) för tvångsåtgärder (här

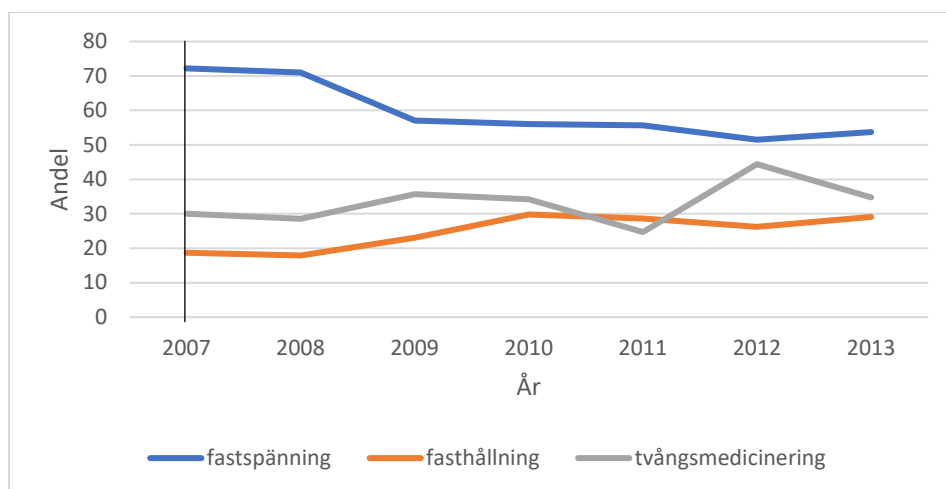
främst fasthållning) minskat betydligt, från 6,6 minuter (år 2011) till 2,4 minuter (år 2020) ($p<0,001$).

Figur 4 Andel patienter per 1 000 vård dagar som utsatts för tvångsåtgärder (avskiljning, fastspänning eller fasthållning) på sex sjukhus i Pennsylvania, USA, per år under åren 2011–2020.



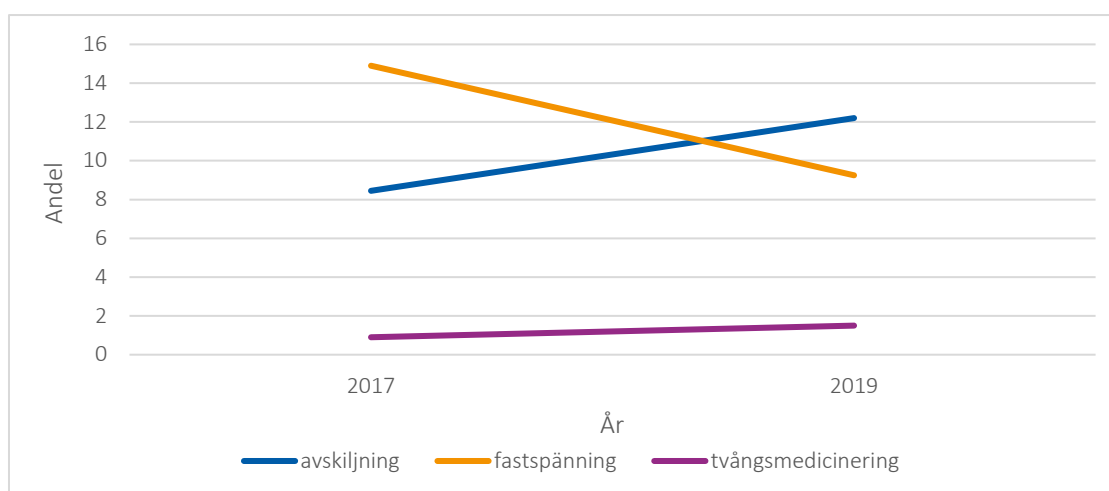
I en nationell studie [4] av 438 psykiatriska avdelningar på 317 sjukhus i USA undersöktes bland annat förekomst av tvångsåtgärder avskiljning (*seclusion, including open-door seclusion*), fastspänning (*restraint including device e.g blanket wraps, net restraints four- or five point restraints*), fasthållning (*restraint with holds*) och tvångsmedicinering (*use of medication to subdue or restrict mobility*) under åren 2007–2013. En nationell aktionsplan för att minska tvångsåtgärder lanserades år 2003 och upprepades år 2007. Resultatet visar på färre fastspänningar över tid ($p<0,03$), men inget uppenbart samband med andra tvångsåtgärder (se Figur 5).

Figur 5 Andel tvångsåtgärder (avskiljning, fasthållning eller tvångsmedicinering) på 438 psykiatriska avdelningar på sjukhus i USA, per år under åren 2007–2013. N = 12 900 000 patientdagar.



I en studie [8] från Baden-Württemberg (Tyskland) beskrevs förekomsten av tvångsåtgärder på 32 sjukhus för psykiatrisk vård under perioden 2017–2019. I delstaten lagreglerades år 2015 att tvångsåtgärder skulle dokumenteras och år 2018 reglerades att fastspänning över 30 minuter bara fick utföras efter ett juridiskt beslut. Resultaten visar att andelen patienter som utsatts för fastspänningar (*mechanical restraint*) minskade ($p < 0,001$), samtidigt som andelen patienter som utsatts för avskiljningar (*seclusion*) ökade ($p < 0,001$) (se Figur 6). Ingen skillnad påvisas när det gäller förekomst av tvångsmedicinering (*forced medication*). Det vill säga, resultaten visar på ett negativt samband mellan åtgärderna avskiljning och fastspänning.

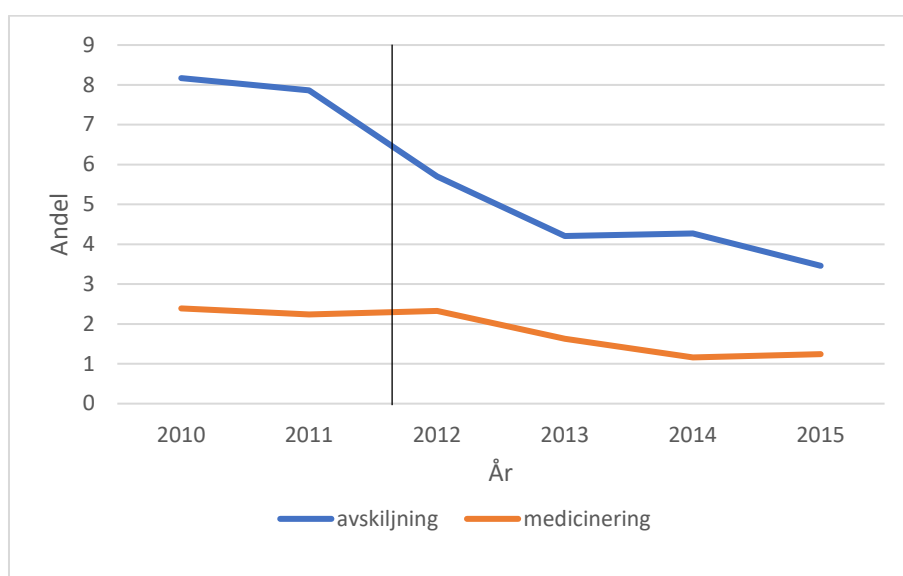
Figur 6 Andel patienter som utsatts för tvångsåtgärder (avskiljning, fastspänning eller tvångsmedicinering) på 32 sjukhus för psykiatrisk vård i en delstat i Tyskland, under åren 2017 ($n=118\,016$) till 2019 ($n=115\,011$).



I en studie [10] från Basel (Schweiz) beskrevs förekomsten av tvångsåtgärder på 15 psykiatriska vårdavdelningar under perioden januari 2010 – december 2015. I augusti 2011

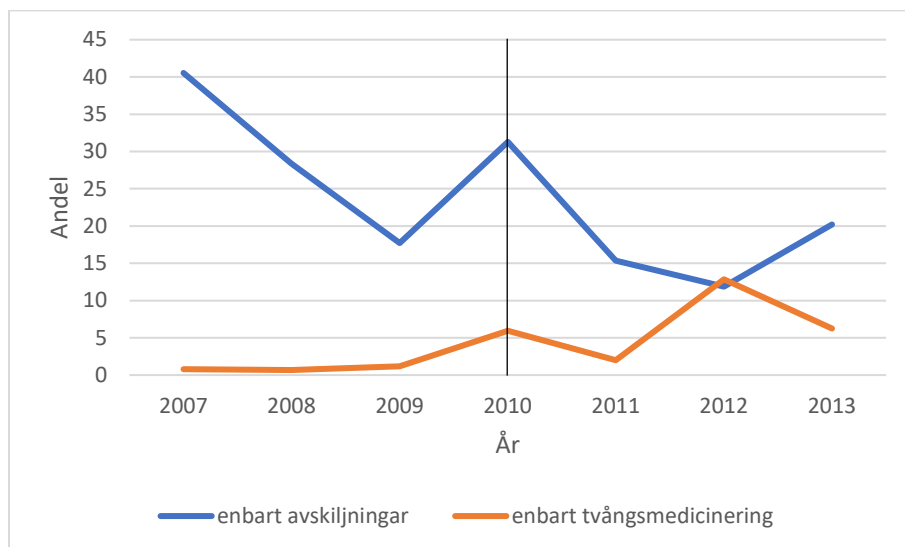
introducerades en ”open-door-policy”, som innebar att vårdavdelningarna inte längre hade låsta dörrar. Arbetssättet förändrades även, bland annat genom personalutbildning och involvering av närstående. Dessutom infördes behandlingar som kognitiv beteendeterapi och psykoterapi. Resultaten visar att både andelen patienter som utsatts för avskiljningar och andelen patienter som utsatts för tvångsmedicineringar minskade över tid (se Figur 7). Det vill säga, ett positivt samband framstår här mellan åtgärderna avskiljning (*seclusion, forced isolation*) och tvångsmedicinering (*forced oral or intramuscular medication*).

Figur 7 Andel tvångsåtgärder (avskiljning eller tvångsmedicinering) på 15 psykiatriska vårdavdelningar i Schweiz, under åren 2010–2015 ($n =$ från 2 803 – 2 989 per år). Olåsta dörrar och ett förändrat arbetssätt infördes i augusti 2011.



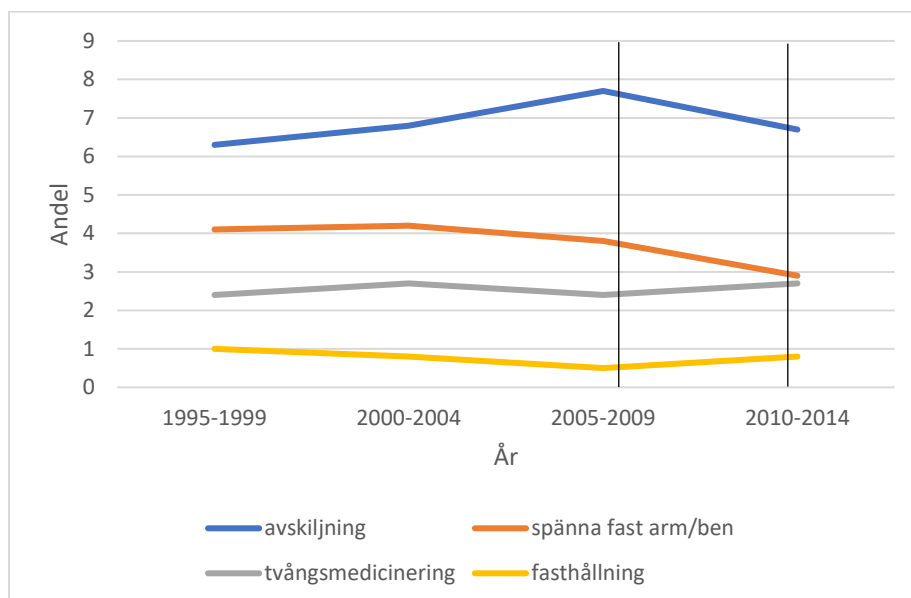
I en studie [9] från Nederländerna beskrevs förekomst av tvångsåtgärder på två sjukhus under perioden 2007–2013. Sedan år 2005 hade flera nationella projekt pågått för att minska antalet avskiljningar i psykiatrisk vård och 2010 introducerades en policy om att prioritera tvångsmedicinering framför avskiljning. Resultaten visar att andelen patienter som utsatts för avskiljningar minskat ($p < 0,05$) samtidigt som andelen patienter som utsatts för tvångsmedicineringar ökat ($p < 0,001$) (se Figur 8). Den totala andelen tvångsåtgärder minskade något över tid, men resultaten visar på ett negativt samband mellan avskiljning (*seclusion*) och tvångsmedicinering (*enforced intramuscular medication*) efter den nya policyn. Utöver att antalet avskiljningar så minskade även den totala tiden (timmar) per år i avskiljning över tid med 64 procent ($p < 0,001$).

Figur 8 Andel patienter som utsatts för avskiljning eller tvångsmedicinering under åren 2007–2013 (totalt $n = 1\,392$ före policy, totalt $n=1\,836$ efter policy). Policy om att minska antalet avskiljningar infördes år 2010.



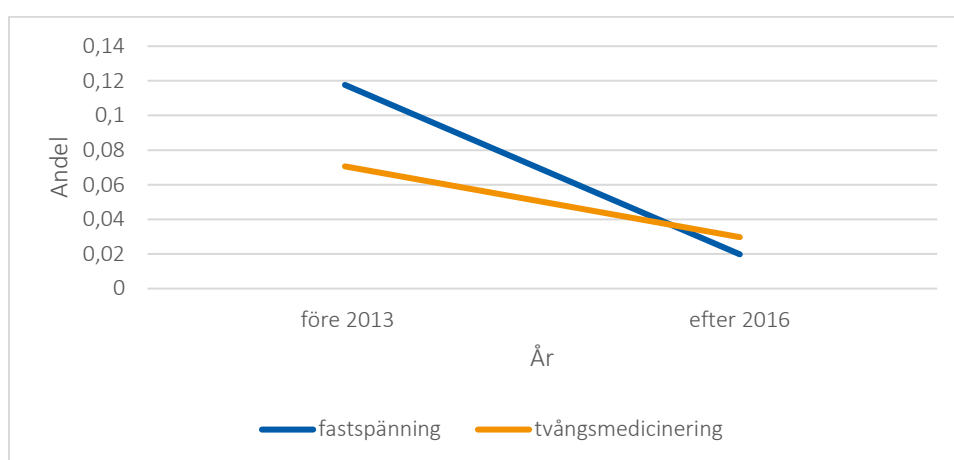
I en nationell studie [6] från Finland beskrevs förekomst av tvångsåtgärder (avskiljning (*seclusion*), fastspänning (*limb restraints*), fasthållning (*physical restraint*) och tvångsmedicinering (*forced intramuscular injection*) på psykiatriska vårdavdelningar under perioden 1995–2014. För att minska antalet tvångsåtgärder hade en nationell strategi lanserats både år 2006 och 2013. Resultaten indikerade en minskad andel patienter som utsatts för fastspänning under studieperioden (se Figur 9).

Figur 9 Andel patienter som utsatts för tvångsåtgärder (avskiljning, fastspänning av arm och/eller ben, fasthållning eller tvångsmedicinering) under åren 1995–2014 (totalt $n = 505\,169$). En nationell strategi om att minska antalet tvångsåtgärder lanserades år 2006 och 2013 i Finland.



I en studie [7] från Danmark beskrevs förekomsten av tvångsåtgärder på två sjukhus för psykiatrisk vård under perioden 2013–2016. På sjukhusen infördes ett nytt arbetssätt som bland annat innebar att patienter med hög risk för våldsamt beteende identifierades tidigt och gavs särskild uppmärksamhet, individuella planer för läkemedelsbehandling, utökad bemanning, delaktighet i vården för både patienter och anhöriga samt personalutbildning i de-escalering metoder. Resultaten visar att både antalet fastspänningar (*mechanical restraint*) ($p=0,01$), och antalet tvångsmedicineringar (*involuntary medication*) minskade, även om det inte var statistiskt signifikant för tvångsmedicineringar ($p=0,20$) (se Figur 10).

Figur 10 Andel patienter som utsatts för tvångsåtgärder (fastspänning eller tvångsmedicinering) före (år 2013, $n=85$) respektive efter (år 2016, $n=101$) ett förändrat arbetssätt på två sjukhus i Danmark.



Sammantaget visar de rapporterade resultaten om tvångsåtgärder i psykiatrisk vård för vuxna att:

- Tvångsåtgärderna fastspänningar och avskiljningar (redovisas samlat) har upphört efter ett förbud (delstat i USA). Under samma tidsperiod har dels andelen patienter som utsatts för fasthållning minskat något, dels har tiden (antal minuter i medeltal per år) för fasthållningarna minskat [2]. Det vill säga, här redovisas en variation i antalet fasthållningar och en minskning av tiden för fasthållning. Ett förbud för vissa tvångsåtgärder innebär troligen att dessa inte dokumenteras även om de skulle förekomma. Även om antalet fasthållningar inte entydigt minskade under uppföljningstiden i denna studie, så visar resultaten att tiden för fasthållningar minskat. Det bör också kunna betraktas som ett positivt resultat av lagändringen.
- Efter en nationell aktionsplan för att minska tvångsåtgärder (USA) minskade det totala antalet tvångsåtgärder något, särskilt antalet fastspänningar [4]. Här redovisas alltså en minskad förekomst av tvångsåtgärder.
- Efter en lagreglering om att dokumentera tvångsåtgärder och att fastspänningar över 30 minuter krävde ett juridiskt beslut (Baden-Württemberg, Tyskland) minskade andelen patienter som utsatts för fastspänningar, samtidigt som andelen avskiljningar

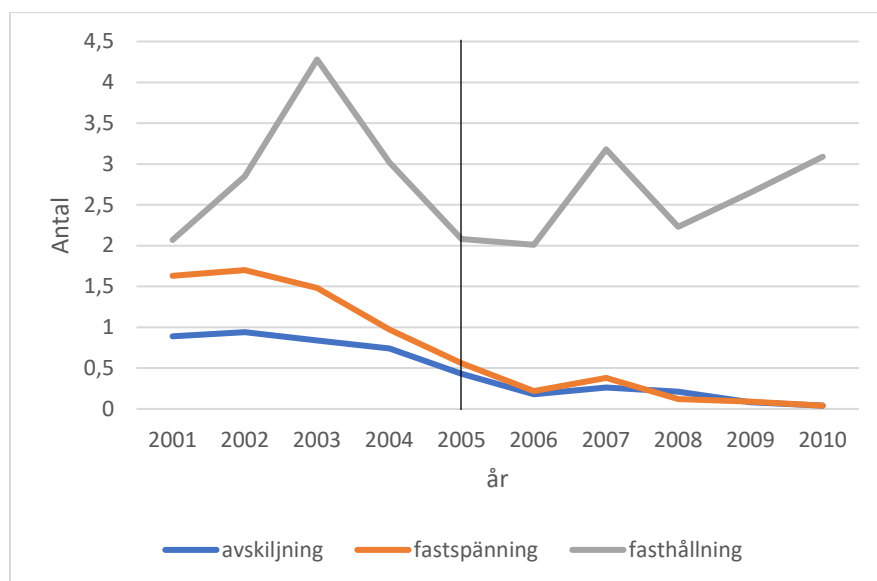
ökade [8]. Enligt denna studie fanns med andra ord ingen tydlig skillnad i förekomsten av tvångsåtgärder, men däremot framstår ett negativt samband mellan tvångsåtgärderna fastspänning och avskiljning.

- Efter att vårdavdelningar upphörde med låsta dörrar och att personalen förändrade sitt arbetssätt (Basel, Schweiz) minskade andelen avskiljningar och tvångsmedicineringar [10]. Det betyder att här redovisas en minskad förekomst av tvångsåtgärder och sambandet mellan två tvångsåtgärder var positivt: både andelen avskiljningar och tvångsmedicineringar minskade. Den minskade förekomsten av det totala antalet tvångsåtgärder var troligen en följd av både olåsta dörrar och ett förändrat arbetssätt.
- Efter flera nationella projekt för att minska antalet avskiljningar och en policy om att prioritera tvångsmedicinering framför avskiljning (Nederländerna) minskade andelen patienter som utsatts för avskiljningar, samtidigt som andelen tvångsmedicineringar ökade [9]. Resultatet är alltså att den totala andelen tvångsåtgärder minskade något över tid, samtidigt som ett negativt samband framstår mellan tvångsåtgärder avskiljningar och tvångsmedicineringar.
- Efter en nationell strategi om att minska antalet tvångsåtgärder (Finland) minskade den totala andelen tvångsåtgärder (avskiljningar, fastspänningar, fasthållningar eller tvångsmedicinering) något [6]. Men, det var främst andelen fastspänningar som minskade efter den nationella strategin. Det innebär att här redovisas en något minskad förekomst, främst vad gäller andelen fastspänningar. Studien har dock en för kort uppföljningstid för att tydliga effekter av den nationella strategin ska kunna urskiljas.
- Efter ett förändrat arbetssätt (Danmark) minskade den totala andelen tvångsåtgärder (fastspänningar och tvångsmedicineringar) [7].

Vuxna i rättspsykiatrisk vård

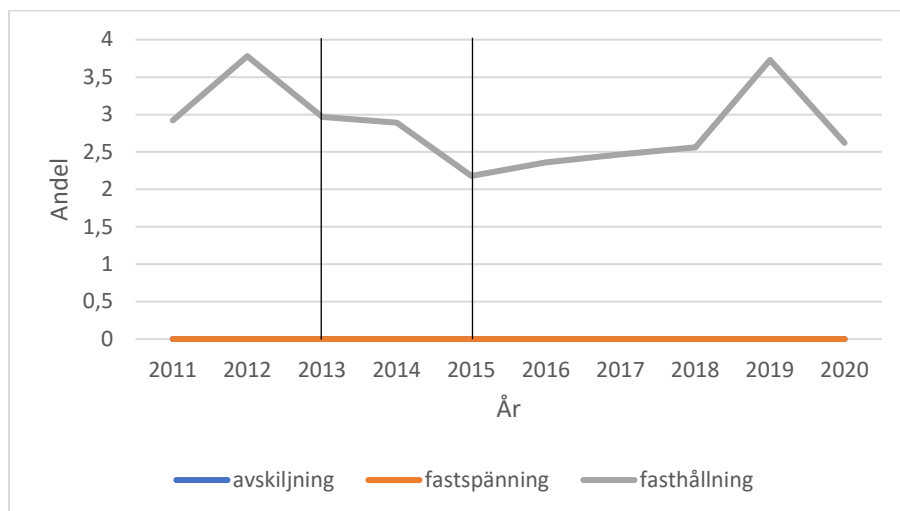
I en studie [3] från två rättspsykiatriska centra i Pennsylvania (USA) beskrevs antal händelser med tvångsåtgärder under åren 2001–2010. Båda bestod av fem avdelningar, varav fyra var för män och en för kvinnor. Personalutbildning genomfördes och en stödplan vid utskrivning infördes år 2005. Resultaten visar på signifikant färre avskiljningar (*seclusion*) och fastspänningar (*mechanical restraint*) ($p < 0,001$), samtidigt som antalet fasthållningar var högre och varierade över tid (se Figur 11).

Figur 11 Antalet tvångsåtgärder (avskiljning, fastspänning eller fasthållning) per 1 000 dagar i rättspsykiatrisk vård, Pennsylvania, USA, under åren 2001–2010. Totalt antal patienter = 4 805.



I en senare studie [2] från samma rättspsykiatriska center i Pennsylvania (USA) beskrevs bland annat andelen tvångsåtgärder under åren 2011–2020. Ett förbud mot avskiljning infördes i juli 2013, följt av ett förbud mot fastspänning i september 2015. Resultatet visar att avskiljning (*seclusion*) och fastspänning (*mechanical restraint*) inte förekommit under studieperioden, att andelen fasthållningar (*physical restraint*) per 1 000 patientdagar har varierat över tid men minskat något från första till sista mättillfället (se Figur 12). Resultaten visar även att trots att det inte är någon entydig minskning av det totala antalet tvångsåtgärder så har tiden (i antal minuter) för tvångsåtgärder (här främst fasthållning) minskat betydligt över tid: från 6,8 minuter (år 2011) till 2,5 minuter (år 2020) ($p < 0,001$).

Figur 12 Andelen händelser där tvångsåtgärder vidtagits per 1 000 patientdagar (avskiljning, fastspänning eller fasthållning) på rättspsykiatriska avdelningar i Pennsylvania, USA, under åren 2011–2020. I figuren döljs linjen för avskiljning av linjen för fastspänning (dvs 0 för alla år).



Sammantaget visar de rapporterade resultaten om tvångsåtgärder i rättspsykiatrisk vård vuxna att:

- Antalet avskiljningar och fastspänningar minskade efter personalutbildning och stödplan vid utskrivning. Däremot varierade antalen fasthållningar över tid (Pennsylvania, USA) [3]. Här redovisas alltså en minskad förekomst av tvångsåtgärder och ett positivt samband mellan de båda tvångsåtgärderna avskiljningar och fastspänningar.
- Enligt en senare studie från samma rättspsykiatriska center i USA varierade den totala andelen fasthållningar över tid efter ett förbud mot avskiljning respektive fastspänning, men tiden för fasthållning har minskat [2]. Med andra ord redovisas här ingen tydlig skillnad i förekomsten av tvångsåtgärder, men tiden för hur länge fasthållningar pågått hade minskat. Förbudet mot avskiljningar och fastspänningar visar ungefär samma resultat i rättspsykiatrisk vård som i vanlig psykiatrisk vård, det vill säga att antalet fastspänningar varierar över tid och att de inte ökar trots att de andra två tvångsåtgärderna inte längre förekommer (eller dokumenteras).

Referenser

1. Larson TC, Sheitman BB, Kraus JE, Mayo J, Leidy L. Managing treatment resistant violent adolescents: A step forward by substituting seclusion for mechanical restraint? *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2008;35(3):198-203. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10488-007-0156-5>
2. Smith GM, Altenor A, Altenor RJ, Davis RH, Steinmetz W, Adair DK, et al. Effects of Ending the Use of Seclusion and Mechanical Restraint in the Pennsylvania State Hospital System, 2011-2020. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 2023;74(2):173-81. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202200004>
3. Smith GM, Ashbridge DM, Davis RH, Steinmetz W. Correlation between reduction of seclusion and restraint and assaults by patients in Pennsylvania's state hospitals. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 2015;66(3):303-9. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400185>
4. Staggs VS. Trends in Use of Seclusion and Restraint in Response to Injurious Assault in Psychiatric Units in U.S. Hospitals, 2007-2013. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 2015;66(12):1369-72. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400490>
5. Siponen U, Välimäki M, Kaltiala-Heino, R. The use of coercive measures in adolescent psychiatric inpatient treatment: a nation-wide register study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;Sep;47(9):1401-8. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0456-7>
6. Välimäki M, Yang M, Vahlberg T, Lantta T, Pekurinen V, Anttila M, et al. Trends in the use of coercive measures in Finnish psychiatric hospitals: a register analysis of the past two decades. *BMC Psychiatry*. 2019;19(230).
7. Højlund M, Hogh L, Bojesen AB, Munk-Jorgensen P, Stenager E. Use of antipsychotics and benzodiazepines in connection to minimising coercion and mechanical restraint in a general psychiatric ward. *The International journal of social psychiatry*. 2018;64(3):258-65. Available from: <https://doi.org/10.1177/0020764018760650>
8. Flammer E, Hirsch S, Steinert T. Effect of the introduction of immediate judge's decisions in 2018 on the use of coercive measures in psychiatric hospitals in Germany: a population-based study. *The Lancet Regional Health - Europe*. 2021;11:100233. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100233>
9. Verlinde AA, Noorthoorn EO, Snelleman W, van den Berg H, Snelleman-van der Plas M, Lepping P. Seclusion and enforced medication in dealing with aggression: A prospective dynamic cohort study. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2017;39:86-92. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.08.002>
10. Hochstrasser L, Frohlich D, Schneeberger AR, Borgwardt S, Lang UE, Stieglitz RD, et al. Long-term reduction of seclusion and forced medication on a hospital-wide level: Implementation of an open-door policy over 6 years. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*. 2018;48:51-7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.09.008>