

IRINA GEORGIEVA

COERCIVE INTERVENTIONS DURING INPATIENT PSYCHIATRIC CARE

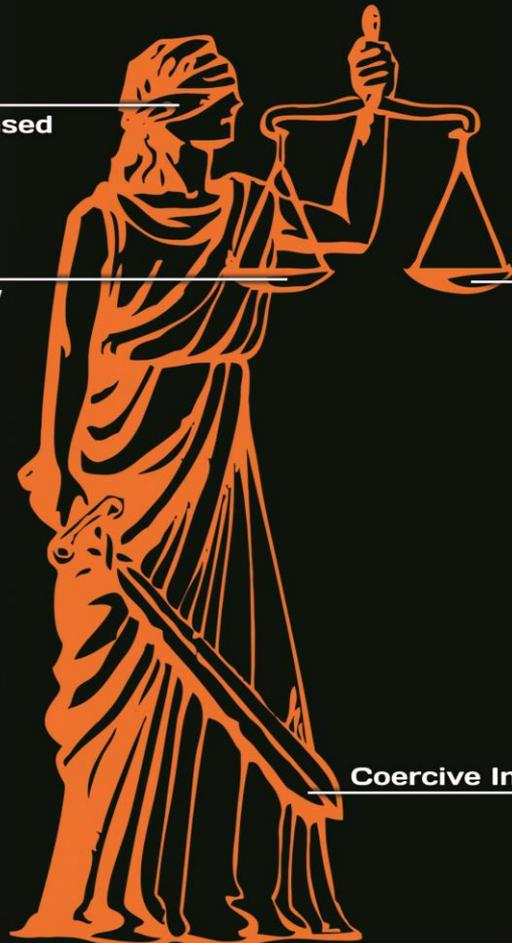
PATIENT'S PREFERENCE, PREVENTION AND EFFECTS

Lack of
Evidence-Based
Knowledge

Patient &
Staff Safety

Patient
Autonomy

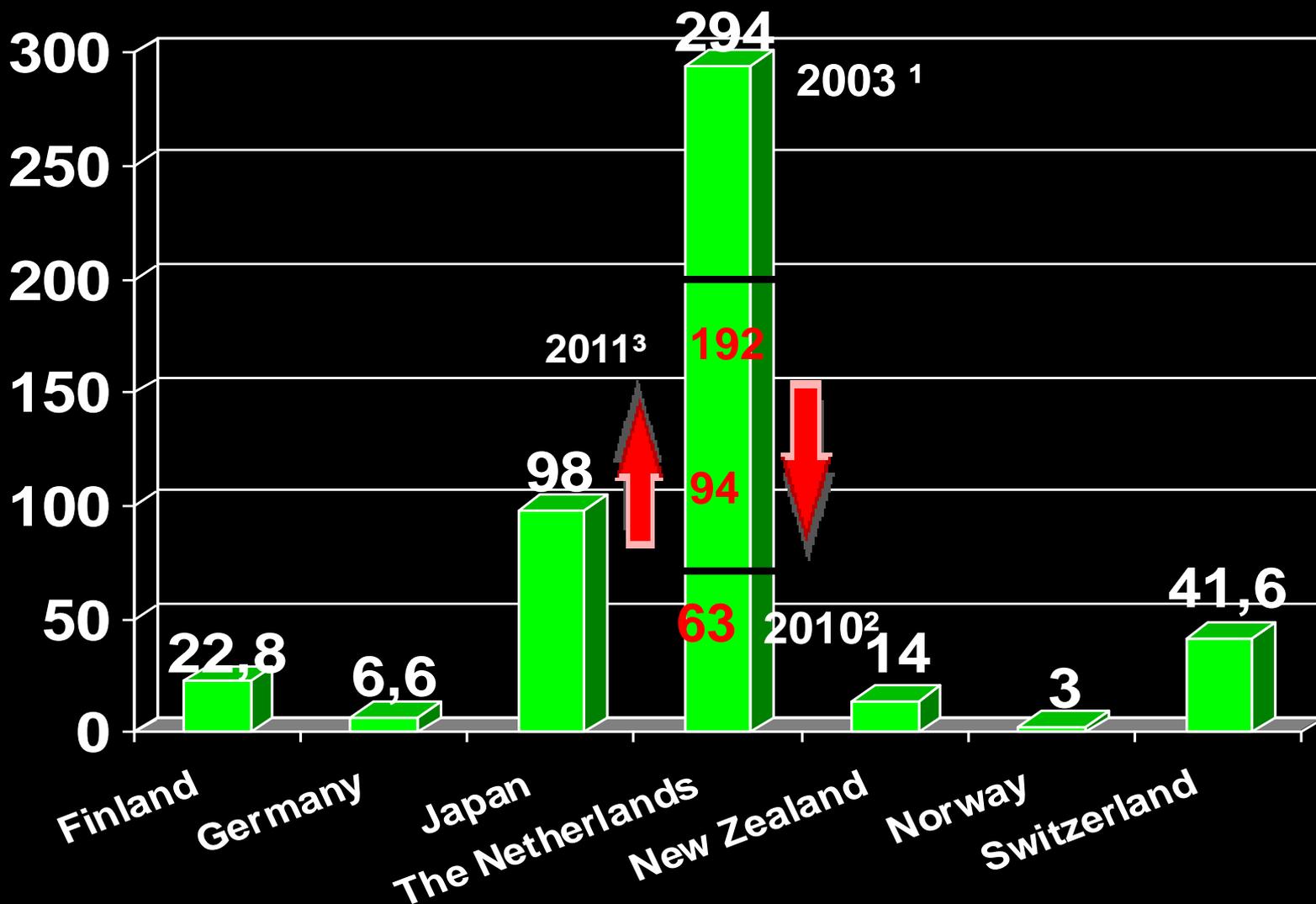
Coercive Interventions



18th Annual NAPICU Conference 12-13 September 2013



Mean duration of a seclusion episode in hours per country



¹Steinert et al. (2010) Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Social Psychiatry and psychiatric epidemiology*

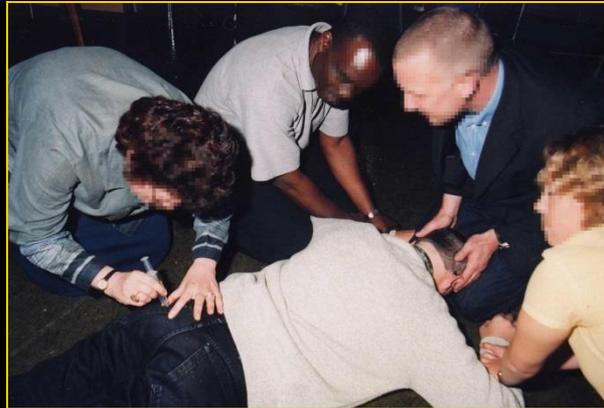
²Vier jaar ARGUS: Rapportage uitkomsten vrijheidsbeperkende interventies 2010. Eric Noorthoorna, Wim Janssen et al.

³Noorthoorn et al. (submitted) Single year incidence and prevalence of coercion in the context of different legal boundaries: dutch findings in an international perspective

Type of Coercive Interventions during Inpatient Care



INVOLUNTARY MEDICATION 2.5%



SECLUSION 10%



MECHANICAL RESTRAINT 1%



Netherlands



Coercive Interventions during Inpatient Care

➤ **PREVENTION**

➤ **IMPROVING CARE**

➤ **REDUCING SECLUSION**

Study 1

Study 2

Study 3

Study 4

Study 5

Coercive Interventions during Inpatient Care

PREVENTION

- Risk assessment

IMPROVING CARE

- Considering patients' preferences
- Using the least restrictive and the most effective intervention

REDUCING SECLUSION

- By replacing seclusion with involuntary medication
- By Psychiatric Intensive Care Unit

Study 1

Early detection of risk factors for seclusion and restraint: a prospective study by 520 patients

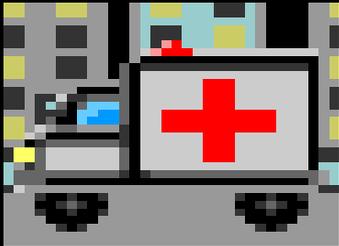
INTERNAL



INTERACTIONAL



EXTERNAL



**PSYCHOLOGICAL
IMPAIRMENT**



**UNCOOPERATIVE
NESS**



**INVOLUNTARY
COMMITMENT**



Original Article

Early detection of risk factors for seclusion and restraint: a prospective study

Irina Georgieva,^{1,3} Roumen Vesselinov⁴ and Cornelis L. Mulder^{1,2}

Abstract

Aim: The study aims to examine the predictive power of static and dynamic risk factors assessed at admission to an acute psychiatric ward and to develop a prediction model evaluating the risk of seclusion and restraint.

Methods: Over 20 months, data on demographic and clinical characteristics, psychosocial functioning, level of insight, uncooperativeness, and use of coercive measures were collected prospectively on 520 patients at admission. Logistic regression analysis was used to develop a prediction model. The magnitude of the predictive power of this model was estimated using receiver operating characteristic analysis.

Results: The prediction model contained one static predictor

(involuntary commitment) and two dynamic predictors (psychological impairment and uncooperativeness), with a high predictive power (receiver operating characteristic area under the curve = 0.83). The final risk model classified 72% of the patients correctly, with a higher sensitivity rate (80%) than specificity rate (71%).

Conclusion: Early assessment of patients' psychological impairment and uncooperativeness can help clinicians to recognize patients at risk for coercive measures and approach them on time with preventive and less restrictive interventions. Although this simple, highly predictive model accurately predicts the risk of seclusion or restraint, further validation studies are needed before it can be adopted into routine clinical practice.

¹Research Center O3, Department of Psychiatry, Erasmus MC, ²Bavo-Europoort, Rotterdam, and ³Western Noord-Brabant Mental Health Centre, Halsteren, The Netherlands and ⁴New Bulgarian University, Sofia, Bulgaria

Corresponding author: Ms Irina Georgieva, Department of Psychiatry, Erasmus MC, PO Box 2040, 3000 CA Rotterdam, The Netherlands. Email: i.georgieva@erasmusmc.nl

Received 7 June 2011; accepted 6 November 2011

Key words: coercive measure, risk assessment, risk factor, risk prediction, seclusion and restraint.

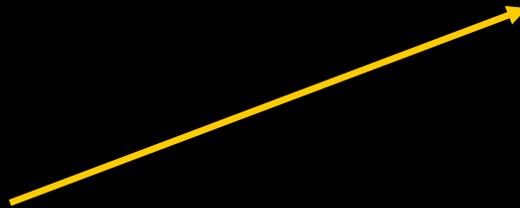
Study 2

Patients' Preference and Experiences of Forced Medication and Seclusion

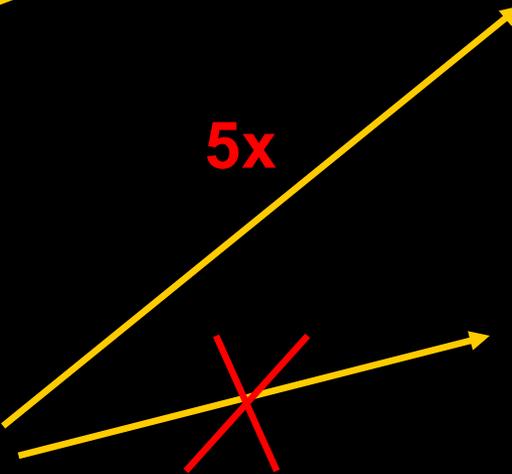
Patients without coercive experience



Secluded and medicated patients



Secluded only patients



Patients' Preference and Experiences of Forced Medication and Seclusion

Irina Georgieva · C. L. Mulder · A. Wierdsma

Published online: 24 April 2011

© The Author(s) 2011. This article is published with open access at Springerlink.com

Abstract This study examined patients' preferences for coercive methods and the extent to which patients' choices were determined by previous experience, demographic, clinical and intervention-setting variables. Before discharge from closed psychiatric units, 161 adult patients completed a questionnaire. The association between patients' preferences and the underlying variables was analyzed using logistic regression. We found that patients' preferences were mainly defined by earlier experiences: patients without coercive experiences or who had had experienced seclusion and forced medication, favoured forced medication. Those who had been secluded preferred seclusion in future emergencies, but only if they approved its duration. This suggests that seclusion, if it does not last too long, does not have to be abandoned from psychiatric practices. In an emergency, however, most patients prefer to be medicated. Our findings show that patients' preferences cannot guide the establishment of international uniform methods for managing violent behaviour. Therefore patients' individual choices should be considered.

Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions

MEDICATION ONLY



SECLUSION ONLY



SECLUSION & MEDICATION



SECLUSION & MECHANICAL RESTRAINT



COERCIVE EXPERIENCE SCALE

(T.Steinert & J. Bergk)

Question	To what extent did you experience due to the intervention...	not at all	a little	moderate	severe	extreme
3.	...adverse effects on your human dignity?					
4.	...restrictions of your ability to have contact with staff?					
5.	...restrictions of your ability to move?					
6.	...coercion?					
7.	...restrictions of your freedom to decide things?					

INVOLUNTARY MEDICATION

Purpose → to manage acute violent behaviour



Oral medication → 10 mg Haldol + 100 mg Promethazine /
5 mg Lorazepam

IM medication → 5 mg Haldol + 50 mg Promethazine /
2,5 mg Lorazepam

(Raveendran, N. et al, 2007; Gisele Huf et al., 2007)

Study 3

Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions

1



2



3



+



+



Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions



**SUBJECTIVE
DISTRESS
COERCION
FEAR**



RESEARCH ARTICLE

Open Access

Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions

Irina Georgieva^{1,2*}, Cornelis L Mulder^{3,4†} and Richard Whittington^{5†}

Abstract

Background: There is a lack of evidence to underpin decisions on what constitutes the most effective and least restrictive form of coercive intervention when responding to violent behavior. Therefore we compared ratings of effectiveness and subjective distress by 125 inpatients across four types of coercive interventions.

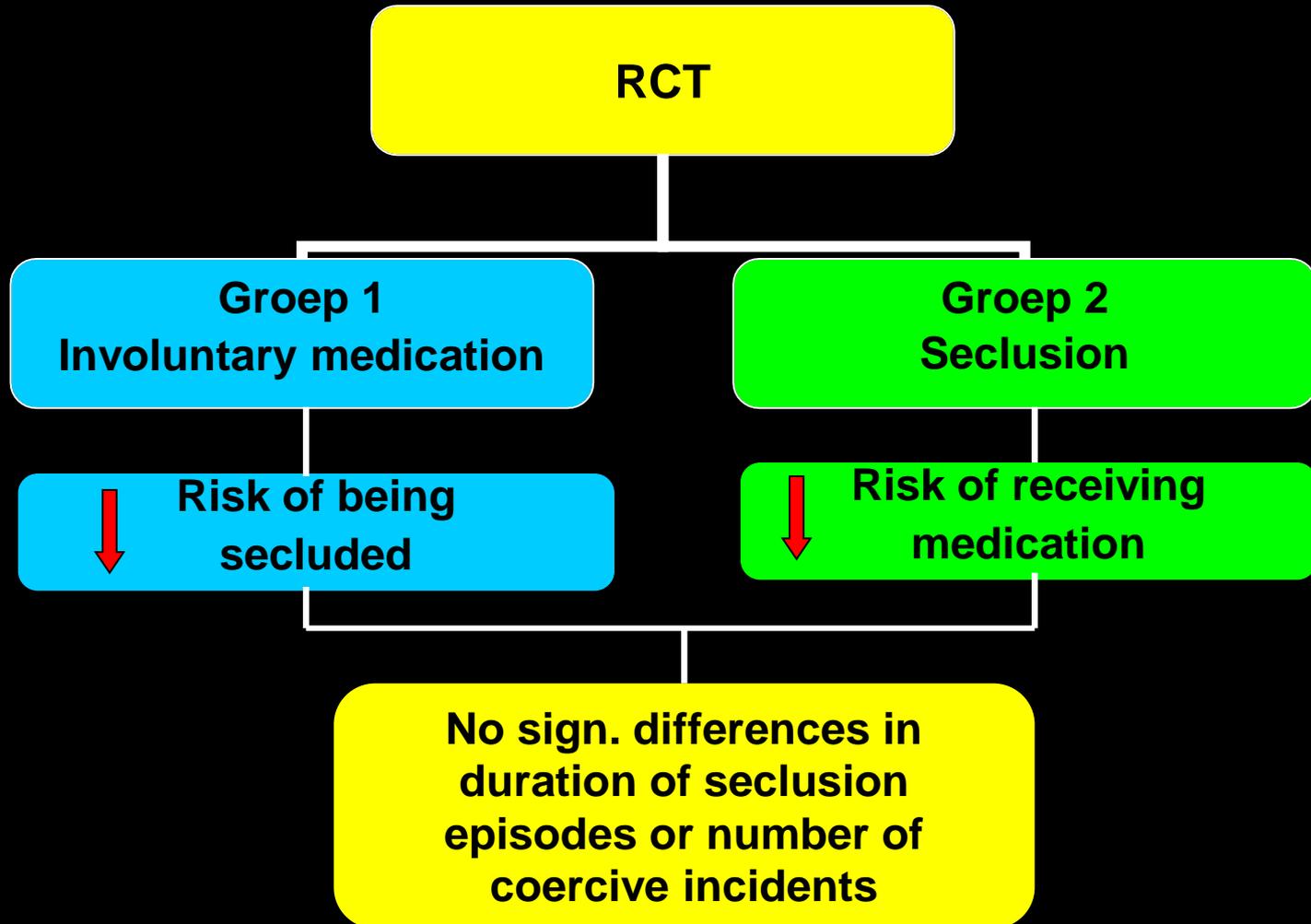
Methods: Effectiveness was assessed through ratings of patient behavior immediately after exposure to a coercive measure and 24 h later. Subjective distress was examined using the Coercion Experience Scale at debriefing. Regression analyses were performed to compare these outcome variables across the four types of coercive interventions.

Results: Using univariate statistics, no significant differences in effectiveness and subjective distress were found between the groups, except that patients who were involuntarily medicated experienced significant less isolation during the measure than patients who underwent combined measures. However, when controlling for the effect of demographic and clinical characteristics, significant differences on subjective distress between the groups emerged: involuntary medication was experienced as the least distressing overall and least humiliating, caused less physical adverse effects and less sense of isolation. Combined coercive interventions, regardless of the type, caused significantly more physical adverse effects and feelings of isolation than individual interventions.

Conclusions: In the absence of information on individual patient preferences, involuntary medication may be more justified than seclusion and mechanical restraint as a coercive intervention. Use of multiple interventions requires significant justification given their association with significant distress.

Keywords: Coercive measures, Seclusion, Mechanical restraint, Involuntary medication, Coercion

Reducing seclusion through involuntary medication: a randomized clinical trial





ELSEVIER

Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Psychiatry Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/psychres



Reducing seclusion through involuntary medication: A randomized clinical trial

Irina Georgieva^{a,b,*}, Cornelis L. Mulder^{a,d}, Eric Noorthoorn^c

^a Research Center O3, Department of Psychiatry, Erasmus MC, Rotterdam, The Netherlands

^b Mental Health Center Western North-Brabant, Halsteren, The Netherlands

^c GGnet Dutch Case Register on Containment Measures, Warnsveld, The Netherlands

^d BavoEuropoort, Rotterdam, The Netherlands

ARTICLE INFO

Article history:

Received 24 August 2011

Received in revised form

16 February 2012

Accepted 4 August 2012

Keywords:

Involuntary medication

Rapid tranquillization

Aggression

Seclusion and restraint

Coercive measures

ABSTRACT

Purpose: To evaluate whether seclusion and coercive incidents would be reduced in extent and number if involuntary medication was the first choice of intervention.

Methods: Patients admitted to an acute psychiatric ward were randomly allocated to two groups. In Group 1, involuntary medication was the intervention of first choice for dealing with agitation and risk of violence. In Group 2, seclusion was the intervention of first choice. Patients' characteristics between the groups were compared by Pearson χ^2 and two-sample *t*-tests; the incidence rates and risk ratios (RRs) were calculated to examine differences in number and duration of coercive incidents.

Results: In Group 1, the relative risk of being secluded was lower than in Group 2, whereas the risk of receiving involuntary medication was higher. However, the mean duration of the seclusion incidents did not differ significantly between the two groups; neither did the total number of coercive incidents. **Conclusions:** Although the use of involuntary medication could successfully replace and reduce the number of seclusions, alternative interventions are needed to reduce the overall number and duration of coercive incidents. A new policy for managing acute aggression — such as involuntary medication — can be implemented effectively only if certain conditions are met.

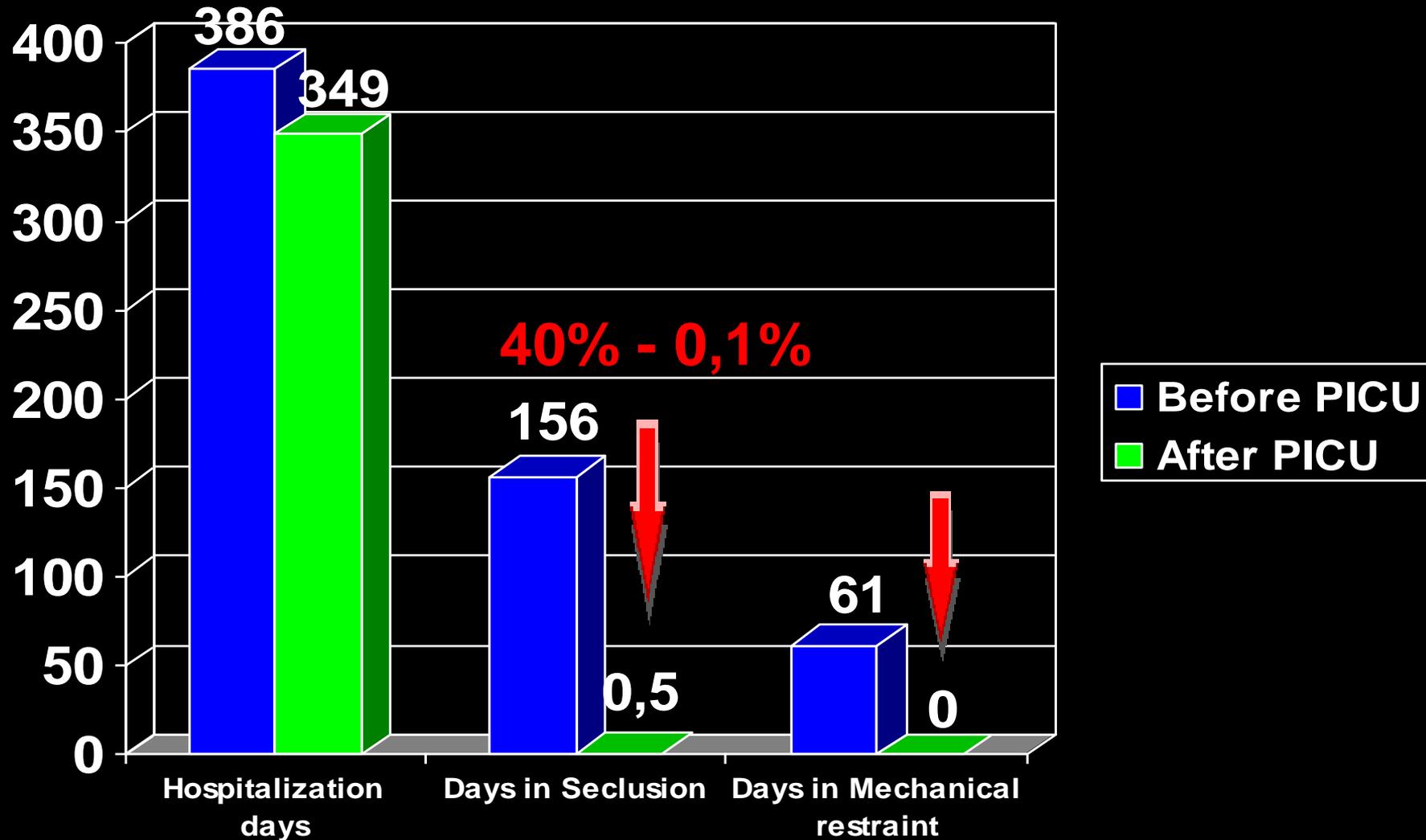
© 2012 Published by Elsevier Ireland Ltd.

Successful reduction of seclusion in a newly developed Psychiatric Intensive Care Unit

Psychiatric Intensive Care Unit (PICU) *for patients with long unsuccessful hospitalizations at other units, who are at higher risk either toward themselves or others*

- **Unit for 4 patients with a single room for each patient**
- **High staff to patient ratio (1:2); staff's therapeutic and de-escalation skills**
- **More intensive treatment**
- **Focus on preventing coercive incidents by using personalized treatment and crisis-management plans**
- **Therapeutic relationship as an instrument to restore patients' health**
- **Skilled leadership**
- **Cultural change from control to negotiation**

Successful reduction of seclusion in a newly developed Psychiatric Intensive Care Unit



Original Article

Successful reduction of seclusion in a newly developed psychiatric intensive care unit

Irina Georgieva^{1,2}, Geert de Haan², Wil Smith², Cornelis L Mulder^{1,3}

¹Research Center O3, Erasmus MC, Rotterdam, The Netherlands; ²Mental Health Center West North Brabant, Halsteren, The Netherlands; ³Bavo Europoort, Rotterdam, The Netherlands

Abstract

Introduction: Psychiatric intensive care units (PICU) are small wards, designed for the most difficult-to-manage patients. They have higher levels of nursing and other staff, are often locked, and sometimes have facilities for seclusion. Although PICU staff are often confronted with aggressive behavior, resulting in higher usage of coercive measures, there is need to increase understanding of the necessary infrastructure and treatment policy for successfully reducing seclusion and restraint.

Aim: To investigate whether patients transferred to a newly developed PICU, focused on the effective and non-coercive management of disruptive behavior, are secluded and restrained less than during earlier stays in a psychiatric unit.

Method: The effect of the newly developed PICU on reducing seclusion was evaluated in eight patients, six of whom had been diagnosed with a severe form of borderline personality disorder. The number of days in seclusion during the period before admission to the PICU was compared to the number of days in seclusion after admission to the PICU.

Results: After patients' admission to PICU, the use of seclusion was almost completely eliminated, falling from 40% of admission days spent in seclusion before transfer to the PICU to 0.1% during their stay at the PICU.

Conclusion: When a special non-coercive infrastructure and treatment policy is applied at a PICU, seriously disturbed patients can be treated without coercive measures.

CONCLUSIONS

PREVENTION

- Early assessment of patients' psychological impairment and uncooperativeness can help clinicians to recognize patients at risk for coercive measures and approach them on time with preventive and less restrictive interventions

IMPROVING CARE

- Patients' preferences can not guide the establishment of international uniform methods for managing violent behavior. Therefore patients' individual choices should be considered
- In the absence of information on individual patient preferences, involuntary medication may be more justified than seclusion and mechanical restraint as a coercive intervention. Use of multiple interventions requires significant justification given their association with significant distress

CONCLUSIONS

REDUCING SECLUSION

➤ Involuntary medication could successfully replace and reduce the number of seclusions, however alternative interventions are needed to reduce the overall number and duration of coercive measures



➤ When a special non-coercive infrastructure and treatment policy is applied at a PICU, seriously disturbed patients can be treated without coercive measures

'Patiënten te lang in isoleercel'



isoleercel
ANP

Toegesloten maandag 18 jun 2012, 18:38

Psychiatrische patiënten worden te vaak en te lang opgesloten in een isoleercel. Dat staat in een onderzoek van het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam.

Psychiatrische patiënten brengen in Nederland gemiddeld 63 uur door in een isoleercel. In Duitsland is dat gemiddeld 6,5 uur en in Noorwegen 3 uur.

Volgens onderzoeker Irina Georgieva kiezen Nederlandse hulpverleners er veel te vaak voor patiënten die een gevaar voor zichzelf of anderen zijn in een isoleercel op te sluiten. "De hulpverleners gaan er vanuit dat die methode het minst ingrijpend is voor de patiënt", zegt de onderzoekster die op het onderzoek is gepromoveerd.

Psychiatrische Intensive Care Units

Volgens Georgieva is het beter voor de patiënten om in een crisis kalmerende of verdovende middelen toe te dienen. Patiënten geven aan dat ze dat minder ingrijpend vinden dan eenzame opsluiting.

Georgieva pleit ervoor om de patiënten bij hun opname te vragen wat hun voorkeur heeft, medicatie of isoleren. Ook zou ze graag zien dat er Psychiatrische Intensive Care Units komen met speciaal getrainde medewerkers die op zoek zijn naar alternatieven voor zichzelf of anderen zijn.

'Isoleercel te vaak, te lang en onterecht gebruikt'

19/06/12, 14:53 - foto: ANP



© ANP. Een isoleercel (separatiecel) in het forensisch psychiatrisch centrum Geestzorg in Almere.

Psychiatrische patiënten worden te vaak en te lang opgesloten in isoleercellen. Het komt zelfs voor dat ze worden opgesloten omdat ze weigeren mee te werken aan behandeling of omdat ze de regels niet opvolgen, terwijl dat officieel geen reden mag zijn voor isolatie. Dat ontsloot klinisch psycholoog Irina Georgieva van het Erasmus MC tijdens haar promotieonderzoek.

Psychiatrische patiënten mogen wettelijk gezien alleen worden opgesloten als ze een gevaar vormen voor zichzelf of voor een ander. Maar in de instelling waar ik onderzoek deed, zag ik dat het bijvoorbeeld al gebeurde als een patiënt waagde om te roken", aldus Georgieva.

Georgieva pleit ervoor om de patiënten bij hun opname te vragen wat hun voorkeur heeft, medicatie of isoleren. Ook zou ze graag zien dat er Psychiatrische Intensive Care Units komen met speciaal getrainde medewerkers die op zoek zijn naar alternatieven voor zichzelf of anderen zijn.



- Voorpagina
- Algemeen
- Formatie
- Verkiezingen VS
- Economie
- Beurs
- Sport
- Tech
- Achterklap
- Opmerkelijk
- Cultuur en Media
- Wetenschap
- Gezondheid
- Lifestyle
- Auto
- Fotoseries
- Weer
- Verkeer
- NUdata
- NU.nl apps

Maandag 29 oktober 2012. Het laatste nieuws het eerst op NU.nl

Gezondheid

Uitgegeven: 18 juni 2012 13:53
Laatste update: 18 juni 2012 15:25

Deel   

Psychiatrische patiënt in Nederland te veel in isoleercel

ROTTERDAM - Psychiatrische patiënten worden te vaak en te lang in de separeercel gezet.



Foto: Gezondheidsnet

Bij veel patiënten zou opsluiting kunnen worden verminderd, bijvoorbeeld door noodmedicatie te geven. Dat blijkt uit onderzoek van het Erasmus MC, waarop Irina Georgieva is gepromoveerd.

Psychiatrische patiënten brengen in Nederland veel meer tijd door in de separetiecel dan in andere landen. Gemiddeld duurt een separatie hier 63 uur.

In Duitsland ligt het gemiddelde bijvoorbeeld op 6,6 uur en in Noorwegen op 3 uur. "Het lijkt een soort van gewoonte dat behandelaars een patiënt in geval van crisis erg lang in de separeercel opsluiten", zegt Georgieva.

Eigen voorkeur

De promovenda pleit ervoor dat patiënten meer te zeggen krijgen over hun behandeling in geval van crisis. Aan het begin van de opname kan bijvoorbeeld worden gevraagd of de patiënt een voorkeur heeft voor separatie of noodmedicatie.

Behandelaars moeten daar rekening mee houden als er een crisis ontstaat. De meerderheid van de patiënten geeft de voorkeur aan noodmedicatie en ervaart dat als minder ingrijpend en vernederend dan separaties.

Als de voorkeur van de patiënt niet bekend is, zouden de behandelaars de voorkeur moeten geven aan noodmedicatie om acuut gevaar te voorkomen.

psy
ONREGISTREERDE GEZONDHEID & WERKING

Nieuwe ontwikkelingen, nieuwe verbindingen

Home | Meer nieuws | Dossiers | Publicaties | Dijkverklaringen | Links | Contact | Nieuwsbrief

U bent hier: Home > Meer nieuws > dossier

Meer nieuws
Archief

21 jun 2012 | Categorie: Wetenschap

Patiënten verkiezen noodmedicatie boven separeren

Patiënten moeten zelf kunnen kiezen wat voor dwangmaatregel ze tijdens een crisissituatie opgelegd krijgen. Hier kiezen hulpverleners meestal voor separatie. Een meerderheid van de patiënten geeft de voorkeur aan noodmedicatie.

Dit blijkt uit onderzoek waarop psycholoog Irina Georgieva onlangs promoveerde aan de Erasmus Universiteit. In Nederland brengen psychiatrische patiënten veel meer tijd in de separeercel door dan in andere Europese landen. Gemiddeld duurt een separatie in Nederland driehonderd uur. Ter vergelijking: in Duitsland is dat ruim zes uur en in Noorwegen slechts drie uur.

Dwangmedicatie
In geval van acuut gevaar kiezen hulpverleners hier in bijna zes procent van de gevallen voor separatie en in tweeëntwintig procent voor noodmedicatie. "In de meeste andere Europese landen is de verhouding precies omgekeerd", zegt onderzoeker Irina Georgieva.

Uittek
Aan Georgieva's onderzoek namen in totaal ruim vijfhonderd psychiatrische patiënten deel van GGZ Vieswijk Noord-Draband. Voor het eerst kreeg het in kaart hoe patiënten noodmedicatie beoordelen ten opzichte van andere dwangmaatregelen. "De uitkomsten zijn echter moeilijk generaliseerbaar, omdat ik maar bij één instelling onderzoek heb gedaan", benadrukt Georgieva.

Minst vernederend
Een kleine meerderheid, ongeveer vijftig procent, van de patiënten gaf aan in geval van een toekomstige crisissituatie liefst noodmedicatie te krijgen, als het kan in orale vorm. Deze dwangmaatregel werd als het minst vernederend en ingrijpend ervaren. Terwijl hulpverleners juist meestal voor separatie kiezen omdat de gedachte dat deze maatregel voor de patiënt het minst belastend is.

Overzichtelijk
De voorkeur voor separatie van hulpverleners heeft ook te maken met de Nederlandse wetgeving. Volgens de gezondheid is eenzijdige toediening van noodmedicatie een grote inbreuk op iemand's lichamelijke integriteit dan


Irina Georgieva

Datum 18 september 2012
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het Kamerlid Straus (VVD) over hoge frequentie en duur separeren van psychiatrische patiënten (2012Z13783).

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

Ik kan mij vinden in de conclusie van het onderzoek dat meer bewustzijn en een cultuurverandering kan leiden tot een vermindering van de duur van het separeren. De teruggang van 40% opnameduur separatie naar 0,1 %, zoals

Deelt u de mening dat dit onderzoek meegenomen zou moeten worden bij de opstelling van de Multidisciplinaire Richtlijn Dwangmaatregelen en het normenkader? Zo ja, wat kunt u er aan doen om dit te bevorderen? Zo nee, waarom niet?

7

Alhoewel het aan veldpartijen is om op basis van nieuwe relevante inzichten de vigerende richtlijnen aan te passen dan wel nieuwe richtlijnen te ontwikkelen, acht ik het onderzoek relevant. Ik zal partijen die betrokken zijn bij de ontwikkeling van de MDR actief op onderhavig onderzoek wijzen.

Ik vind het van belang om de patiënt nadrukkelijk bij zijn behandeling te betrekken, voor zover de patiënt daartoe in staat is. In de huidige Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen bestaat al de mogelijkheid om een zelfbindingsverklaring op te stellen. De zelfbindingverklaring is bedoeld voor patiënten die lijden aan chronische psychiatrische stoornissen, waarbij periodes waarin deze patiënten nagenoeg vrij zijn van symptomen zich afwisselen met periodes van ziekte. In een periode waarin de patiënt vrij is van symptomen kan hij met zijn behandelaar een zelfbindingsverklaring opstellen. In de zelfbindingsverklaring kan de patiënt zelf van tevoren aangeven wat hij vindt dat er moet gebeuren wanneer het weer minder goed met hem gaat en naar aanleiding van welke omstandigheden de patiënt wil worden opgenomen en behandeld, ook als hij dat dan niet meer wil. Een zelfbindingsverklaring kan alleen leiden tot gedwongen opname en behandeling als de rechter een zelfbindingsmachtiging heeft verleend op basis van de zelfbindingsverklaring.

Tevens wordt in de praktijk gewerkt met een crisiskaart, al dan niet voorzien van een daarbij behorend crisisplan. Op de crisiskaart geeft de patiënt aan hoe een crisis er bij hem uit ziet en welke hulp hij in geval van een crisis wel en welke hulp hij niet wil ontvangen. Verder geeft hij op de kaart aan met welke mensen hij welke afspraken heeft gemaakt over opvang tijdens de crisis. Alle bij de crisiskaart betrokken personen ondertekenen de kaart. Een dergelijke kaart is gebaseerd op de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Weigert iemand met een crisiskaart op het laatste moment mee te werken aan de uitvoering van de afspraken, dan houdt het daarmee op. Met de hierboven genoemde zelfbindingsmachtiging kunnen de afspraken wel tegen iemands wil worden uitgevoerd.

**Patient &
Staff Safety**



**Patient
Autonomy**

IRINA GEORGIEVA

COERCIVE INTERVENTIONS DURING INPATIENT PSYCHIATRIC CARE

PATIENT'S PREFERENCE, PREVENTION AND EFFECTS

Lack of
Evidence-Based
Knowledge

Patient &
Staff Safety

Patient
Autonomy

Coercive Interventions

