

# Contencions 0

Estratègies per a l'erradicació  
de l'ús de contencions en els serveis  
i dispositius de salut mental



**VEUS**

Federació Catalana d'Entitats  
De Salut Mental en la Persona



Universitat  
de Girona

## **Elaboració**

Grup de Recerca en Salut Mental en Primera Persona de la Federació Veus

## **Entitats acadèmiques participants**

Universitat de Barcelona

Universitat de Girona

Universitat Yale

## **Autoria**

Guillem Adarve Panicot

Cristina Pradillo Caimari

Francisco José Eiroá Orosa

## **Revisió**

Cecília Rebeca Sánchez Moscona

Elvira Rodríguez Calderón

## **Finançament**

Ajuntament de Barcelona

Comissió Europea

Diputació de Barcelona

Fundació Víctor Grífols i Lucas

Ministeri de Ciència i Innovació

## **Amb el suport de:**



## **Cita**

Adarve Panicot, G., Pradillo Caimari, C., Eiroa-Orosa, F.J. (2021). Estratègies per a l'erradicació de l'ús de contencions en els serveis i dispositius de salut mental. Barcelona: Grup de Recerca en Salut Mental en Primera Persona de la Federació Veus

# Índex

<b>I. INTRODUCCIÓ</b>	<b>4</b>
1. Les contencions com a pràctiques coercitives: definició i usos	6
2. Efectes i conseqüències físiques, psicològiques i organitzacionals per l'ús de contencions. Visions i vivències de les persones implicades	8
3. Demandes i suggeriments dels agents implicats	11
4. Barreres pel canvi	12
<b>II. MARC I CONTEXT SOCIOPOLÍTIC</b>	<b>13</b>
1. Context sociopolític i antecedents	13
2. Necessitat de canvi	16
<b>III. ESTRATÈGIES PEL CANVI</b>	<b>17</b>
1. Lideratge	19
2. Recull i ús de dades de contencions	22
3. Formació del personal i de les persones usuàries	23
4. Inclusió del personal i de les persones usuàries	25
5. Revisió, anàlisi i supervisió dels incidents amb contencions	27
6. Canvis en les polítiques i procediments	28
7. Canvis en l'entorn físic	32
8. Estratègies alternatives a les contencions	33
9. Quadre resum de les estratègies	34
<b>IV. CONCLUSIONS</b>	<b>36</b>
<b>V. REFERÈNCIES</b>	<b>42</b>
<b>VI. ANNEXES: Revisió d'estratègies pel canvi</b>	<b>58</b>

## I-INTRODUCCIÓ

Les contencions mecàniques són una pràctica coercitiva encara molt estesa als serveis d'atenció a la salut mental, tant en el nostre país com a la resta de països occidentals. Aquestes mesures estan associades a multitud de problemes pels danys físics i psicològics que acostumen a generar tant als professionals, com especialment a les persones usuàries dels serveis, alhora que suposen una violació de diferents drets fonamentals. Davant d'aquestes problemàtiques i els esforços d'activistes, investigadors, organitzacions públiques, i de defensa de drets, s'han impulsat diferents lleis, plans i programes a països del nostre entorn amb resultats més que esperançadors.

Diversos serveis homòlegs als nostres han aconseguit reduir, i fins i tot eliminar, l'ús de contencions i altres mesures coercitives. Serveis entre els quals s'inclouen alguns amb alts índex d'agressions i conflictivitat, fent palès que no només és necessari afrontar aquesta problemàtica si no que el canvi, o erradicació, és perfectament assolible.

El que presentem aquí és una anàlisi del que són i suposen les contencions i un recull d'estratègies, plans i actuacions que han demostrat empíricament ser efectives per a reduir o erradicar-ne l'ús. Conscients de l'acreditat bagatge i recorregut professional dels qui conformen els serveis de salut mental, entenem que el que correspon és oferir una àmplia varietat d'accions que es puguin incorporar i encaixar en el dia a dia, des de l'acord i la inclusió de totes les persones implicades.

Les estratègies que presentem han estat obtingudes a través d'una acurada revisió de literatura científica publicada als darrers 10 anys, a partir de la qual hem seleccionat aquells articles que mostren reduccions significatives en l'ús de contencions, sense que això impliqui un augment d'altres mesures coercitives.

Un cop analitzats els articles hem recollit les diferents estratègies d'eficàcia provada i les hem agrupat en vuit categories. Sis d'aquestes estan basades en el model de les Six Core Strategies, un dels models de reducció de les contencions més estudiats, i les altres dos les hem recollit per poder valorar les diferències amb les d'aquest model elaborat per la National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD).

## 1. Les contencions com a pràctiques coercitives: definició i usos

Les contencions físiques, mecàniques i químiques són mètodes coercitius per afrontar el comportament agut i/o violent de pacients psiquiàtrics, que han estat empleades en molts països durant segles i en diferents serveis des de l'inici de la psiquiatria (Kalisova et al., 2014). Avui esdevenen un tema controvertit i una pràctica cada cop més qüestionada pels dilemes ètics, socials, polítics i jurídics que comporta.

Evidentment no tota contenció és problemàtica. En determinades ocasions es requereix retenir a algú (si cal físicament) per a prevenir danys, com per exemple evitar que un infant corri cap a la carretera. Entenem però que una contenció esdevé problemàtica quan causa danys a la persona a qui s'aplica (Sturmey, 2009).

Les contencions van ser descrites per primera vegada per Pinel al 1794, i en l'actualitat es distingeix entre les contencions físiques, o mecàniques, i les químiques. Les primeres suposen l'ús de qualsevol mitjà mecànic, material, o d'equipament administrat, subjecte o adjacent al cos, del qual no se'n pot deslliurar la persona i que restringeix la llibertat (Centers for Medicare i Medicaid Services (CMS) DHHS, 2006). Per la seva banda, les contencions químiques es defineixen com la medicació emprada per a limitar el comportament o restringir la llibertat del moviment (tranquil·litzants, sedants, etc.), sense ser un tractament estàndard en substància o quantitat, segons *l'Arizona Revised Statue 36513*. En aquest document englobem ambdós tipus sota el terme contenció.

En els serveis de salut mental dels països occidentals, les contencions són freqüentment utilitzades, tant en adults com en infants i adolescents, on un de cada quatre ha tingut com a mínim un episodi (Prinsen i van Delden, 2009), experimentant-ne més els infants que els adolescents (Pogge et al., 2013), i a on el 82% de Centres de Tractament Residencial informen del seu ús (Green-Hennessy i Hennessy, 2015). Pel que fa als adults,

les contencions es donen especialment en les unitats d'aguts d'hospitals psiquiàtrics [Knutzen et al., 2014; Noorthoorn et al., 2015; Whittington et al., 2009], on les taxes varien del 21% al 59% segons els països (Raboch et al., 2010). Cal remarcar que tant en la freqüència d'ús [28], com en els patrons de tractament coercitius psiquiàtrics, els tipus i les regulacions legals varien àmpliament segons el país (Steinert et al., 2010).

En la majoria de casos, les contencions s'utilitzen per a frenar l'agressivitat de persones usuàries agitada cap a altres, o cap a elles mateixes, i en els intents de fuga (Beghi et al., 2013). Els estudis realitzats en relació a les condicions que prediuen una major probabilitat de patir una contenció indiquen que són:

1. Característiques sociodemogràfiques de la persona: com ser menor edat, gènere masculí, història de trauma, de violència, o de baixa satisfacció amb tractaments previs (Bullock et al., 2014; Flannery i Flannery, 2014; Luciano et al., 2014).
2. Característiques dels professionals: com baixa multidisciplinarietat (Castle i Engberg, 2008), poc personal i baixa disponibilitat d'aquest (Luciano et al., 2014), formació inadequada i actituds favorables a les contencions (Holzworth i Wills, 1999), major edat, baix apoderament, i inconsistència en els judicis, la comunicació i les actuacions (Lindsey, 2009).
3. Factors relacionats amb l'entorn i la unitat: com presència de portes tancades (Luciano et al., 2014), normes rígides (Holzworth i Wills, 1999; Ling et al., 2015), el tipus de programa per prevenir la violència, escassa organització, i una percepció de mesures de seguretat insuficients (De Benedictis, 2011), l'excés d'estimulació (Flannery i Flannery, 2014), la tolerància individual als comportaments i els patrons de presa de decisions en les intervencions (Lindsey, 2009), la pèrdua d'autonomia de les persones usuàries (Ling et al., 2015), i l'ingrés involuntari d'aquestes (Beghi et al., 2013; Georgieva et al., 2013).

## 2. Efectes i conseqüències físiques, psicològiques i organitzacionals per l'ús de contencions. Visions i vivències de les persones implicades

L'ús de contencions porta associat un ampli rang de conseqüències indesitjables, com danys i abusos a les persones contenides, danys a qui les aplica, i costos econòmics significatius (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011). Les morts són òbviament el resultat advers més extrem i que desperta major preocupació (Finke, 2001; Kennedy i Mohr, 2001; Janice LeBel et al., 2004; Weiss et al., 1998).

Durant els darrers anys s'ha arribat a una comprensió més profunda d'aquestes conseqüències negatives, i és que els danys, tant al personal com a les persones usuàries, poden ser substancialment importants a nivell físic i psicològic (Happell i Harrow, 2010; Sailas i Fenton, 2000). Sovint comporten seqüeles traumàtiques (Georgieva et al., 2013; Moran et al., 2009), especialment a les usuàries que poden arribar a desenvolupar un Trastorn d'Estrès Posttraumàtic (Steinert et al., 2013), ja que provoquen emocions agudes i accelerants com ira, por, rebuig, tensió, estrès, depressió, impotència, càstig, victimització, ressentiment, solitud i/o humiliació durant i després de l'aplicació (Ezeobele et al., 2014; Ling et al., 2015; Steinert et al., 2013). A més, generen un fort rebuig cap al personal que pot trencar la relació terapèutica (Knutzen et al., 2014; Ling et al., 2015; Luciano et al., 2014; Roberts et al., 2009; Sheehan, 2011; Stanhope et al., 2009), reduir la satisfacció amb l'atenció (Kuosmanen et al., 2006) i l'adherència al tractament (Jenkins et al., 2002) i derivar en una pitjor qualitat de vida subjectiva (Soininen et al., 2013).



Així doncs, per a les persones usuàries les vivències de ser contingudes són principalment negatives, perjudicials, traumàtiques (Keski-Valkama et al., 2010; Kontio et al., 2012; Roberts et al., 2009) i deshumanitzants (Newton-Howes i Mullen, 2011). Senten que són ignorades, humiliades, que s'estan violant els seus drets (Faschingbauer et al., 2013), a més de no rebre suficient informació, atenció ni interacció terapèutica (Keski-Valkama et al., 2010), generant més frustració i sentiments d'alienació (Roberts et al., 2009) o paranoia (Larsen i Terkelsen, 2014).

A més, denuncien l'omissió d'atenció per a necessitats fisiològiques, com ara anar al lavabo, violant així els seus drets bàsics (Kontio et al., 2012); la falta de respecte per part del personal tant abans com durant l'incident (Faschingbauer et al., 2013) que els fa sentir inferiors i en estat permanent d'estar sota control (Larsen i Terkelsen, 2014); i que el temps en contenció és llarg, avorrit i angoixant, ja que no poden fer res (Kontio et al., 2012; Roberts et al., 2009).

Les contencions són també percebudes com un càstig innecessari per no adherir-se al tractament, i/o per no seguir les directrius del personal, més que com una mesura terapèutica (Faschingbauer et al., 2013). Entenen que es podrien haver evitat si se'ls hagués proporcionat atenció individualitzada abans de perdre el control (Ling et al., 2015). Algunes usuàries però, concretament les de major edat, consideren que la coerció és necessària quan la situació es torna caòtica (Larsen i Terkelsen, 2014).

Les professionals viuen les contencions com a incidents desagradables i com l'últim recurs quan les altres estratègies han fracassat (Gjerberg et al., 2013), tenint dilemes ètics durant la presa de decisions (Kontio et al., 2010; van Doeselaar et al., 2008). Es qüestionen si ho podrien haver fet diferent, si estan abandonant o traumatitzant la pacient, tot i que altres expressen indiferència emocional ja que consideren que és l'adequat (Roberts et al., 2009).

Afirmen a més, que els interessos de les persones contingudes

han de ser la seva prioritat, però no per sobre dels interessos de les que veuen perillar la seva seguretat (Kontio et al., 2010), i que aquestes mesures estan justificades per reduir els danys físics (Fariña-López et al., 2014), fer un bé a la usuària, mantenir el control, o quan formen part del tractament (Larsen i Terkelsen, 2014). Així, per a moltes és un una mesura terapèutica adequada que contribueix a la seguretat i recuperació, útil per apaivagar el comportament agressiu, i en cap cas una forma de càstig (Roberts et al., 2009) Les professionals que més han usat les contencions són qui tenen aquesta visió més positiva de la coerció a causa d'un procés d'habitució (van Doeselaar et al., 2008; Whittington et al., 2009).

Un nombre significatiu de professionals són molt creatives en la cerca d'estratègies alternatives a les contencions (Gjerberg et al., 2013), però no sempre son capaces de trobar-ne (Kontio et al., 2010). La incapacitat de trobar alternatives a l'ús de contencions, i dedicar més temps a les usuàries contingudes sense desatendre la resta de funcions, els genera sentiments de temor i culpa (Kontio et al., 2010). No obstant això, adscriuen les responsabilitats de les seves accions al "sistema" (Larsen i Terkelsen, 2014) o a la cultura del departament (van Doeselaar et al., 2008)

### 3. Demandes i suggeriments dels agents implicats.

Les usuàries suggereixen, per evitar l'ús de contencions, més espais o activitats a l'exterior, com espais verds, o habitacions privades i/o zones de confort (Ling et al., 2015; Roberts et al., 2009); discutir sobre els seus problemes abans que el comportament escali i revisar amb el personal l'incident per aprendre habilitats d'afrontament positives (Faschingbauer et al., 2013); una millor comunicació que inclogui, com a mínim, la informació de motius, duració estimada i resultats esperats de la contenció i l'ús d'avaluadors externs per discutir les seves experiències viscudes durant els incidents (Kontio et al., 2012).

A més demanen una millor benvinguda al servei (Roberts et al., 2009) i un canvi en la manera d'enfocar l'atenció, ser tractades com a persones ordinàries amb problemes complexos i no com a un diagnòstic (Larsen i Terkelsen, 2014). És a dir, demanen que se les escolti, compregui, i respecti, mirant més enllà del comportament i entenent el que intenten comunicar. En comptes de rebre una atenció caracteritzada per l'abandó i el focus en corregir la conducta, demanen que es parteixi d'una relació de confiança mútua, i una adaptació de l'entorn, les normes i els plans d'actuació a les seves necessitats individuals (Faschingbauer et al., 2013; Looi et al., 2015).

D'altra banda, per tal de reduir la incidència de les contencions, les professionals suggereixen augmentar la formació (Kontio et al., 2010; Roberts et al., 2009), el treball i la supervisió multidisciplinària, discutir amb les persones usuàries els incidents (Kontio et al., 2010), recollir aquesta informació per millorar els plans de tractament (Roberts et al., 2009); cercar l'apoderament i la participació directa en la presa de decisions (Gagnon et al., 2015; Gjerberg et al., 2013) i conèixer bé el pacient (Larsen i Terkelsen, 2014; Saarnio et al., 2009). També suggereixen incloure en els plans de tractament precipitadors individuals (Roberts et al., 2009), i l'ús d'estratègies alternatives a les contencions, centrades en la persona, que serveixin per a fomentar la construcció de confiança mútua com: satisfer

necessitats i desitjos, interacció flexible, o l'ús de llenguatge no directiu i coercitiu (Gjerberg et al., 2013).

### 4. Barreres pel canvi

Per a les persones usuàries, les principals barreres que representen un impediment pels canvis en l'ús de mesures coercitives són: la manca de temps de dedicació de les professionals, certes actituds d'aquestes relacionades amb prejudicis i estereotips negatius, la falta de professionals i l'alt nivell de rotacions (Gagnon et al., 2013). Les professionals ho atribueixen a estar massa ocupades, la falta de recursos, les preocupacions sobre la seguretat, la manca de formació i les diferències de criteris entre elles (Kong i Evans, 2012). Tant per unes com per les altres la participació de professionals i usuàries en la presa de decisions es troba frenada pel sistema jeràrquic propi dels serveis de salut (Gagnon et al., 2015).

A més, diferents investigacions han trobat com a barreres pel canvi la difusió errònia de la idea de reducció i eliminació, que s'interpreta en termes negatius associats a la pèrdua d'opcions generant ansietat a les professionals (Doncliff, 2014), o com una fantasia de les persones que no entenen els reptes de l'atenció psiquiàtrica a aguts (Grigg, 2006). Tanmateix han quedat recollides les preocupacions per la seva seguretat, manca de consciència dels canvis de la nova filosofia de l'atenció o de coneixement i pràctica sobre habilitats alternatives d'apaivagament; resistència al canvi i a la pressió de les iguals (Curran, 2007).

## II. MARC I CONTEXT SOCIOPOLÍTIC

### 1. Context sociopolític i antecedents

Durant segles s'han vist les intervencions restrictives com a formes segures i eficaces per a la gestió de comportaments agressius (Godfrey et al., 2014), però cada vegada es veuen més com quelcom controvertit. Reduir-ne el seu ús s'ha tornat prioritari en molts països occidentals (Mann-Poll et al., 2013), sobretot gràcies a l'impuls de diferents organitzacions de salut i grups d'autodefensa de persones usuàries per millorar la protecció, i transformar l'atenció cap a enfoc *Trauma-informed care* i centrats en la persona i en la recuperació (J. LeBel, 2008; Madan et al., 2014; Wale et al., 2011).

Actualment, molts països estan reexaminant l'ús de les contencions i impulsant diferents models alternatius (J. LeBel, 2008; Steinert et al., 2010). D'una banda, als Estats Units es van començar a consolidar al 2003, a través de la National Call to Action: Eliminating the Use of Seclusion and Restraint de la Substance Abuse Mental Health Services Administration's (SAMHSA'S, (J. LeBel, 2008)), després d'informes nacionals demolidors (Weiss et al., 1998) i d'investigacions que documentaven morts i abusos per contencions (Huckshorn, 2006). D'altra banda, els països europeus, amb els nòrdics com Noruega (Gjerberg et al., 2013) o Finlàndia (Madan et al., 2014) al cap davant, i a la resta del món, com és el cas d'Austràlia (Doncliff, 2014), van iniciar també els seus propis processos de revisió i adaptació.

Fou precisament la SAMHSA qui al 2002 va finançar a la National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) per a desenvolupar un currículum destinat a fer front al problema de l'ús de les contencions. Com a resultat apareix les Six Core Strategies© (Huckshorn, 2006), un mètode multitasca, i de formació, basat en l'evidència, per a reduir i prevenir les contencions i crear un canvi organitzacional en

la pràctica i els serveis a la persona (NASMHPD, 2014). S'ha implementat amb èxit als Estats Units, Austràlia, Finlàndia, Gran Bretanya, Canadà i Nova Zelanda (J. L. LeBel et al., 2014).

L'aplicació d'aquest model es realitzaria a través d'un pla que hauria d'incloure "les sis estratègies clau" que presentem seguidament, però sense estar limitat a elles.

**Primer**, lideratge executiu per a desenvolupar, implementar i supervisar el pla, assignant responsabilitats de forma horitzontal i vertical, desenvolupant una política del servei en relació a les contencions, i situant el concepte de prevenció com a enfocament primari.

**Segon**, el recull i ús de les dades d'incidents de contencions per articular els objectius de millora, informar al personal a través de gràfics i comparar-les amb les dades nacionals. Es recomana identificar a les usuàries i treballadores més involucrades en episodis en els que s'ha utilitzat contencions, per supervisar les necessitats de formació o els problemes en el tractament, i que la supervisió de les dades es porti a terme pels líders de la unitat.

**Tercer**, realitzar una formació al personal, dirigida a la prevenció i centrada en els principis del model de prevenció de salut pública, el *trauma-informed care*, el conceptes i components d'un sistema d'atenció orientat a la recuperació, i l'avaluació contínua de la millora de qualitat. En aquest component del pla també s'haurien d'articular els requisits per a la contractació de nou personal i l'exercici i avaluació de les competències específiques. Els formadors haurien de justificar perquè calen aquests canvis i transmetre dades que demostrin com aconsegueixen reduir l'ús de contencions.

**Quart**, el pla ha d'incloure eines d'avaluació i prevenció, incloent com a mínim un qüestionari sobre preferències d'apaivagament, una avaluació de risc de violència, la història individual de contencions i de trauma durant l'admissió. Els

resultats pertinents s'integraran en el pla de tractament individualitzat.

**Cinquè**, la intervenció ha d'incloure a familiars, usuàries, o antigues usuàries, en el seu desenvolupament, implementació i seguiment, podent integrar el seu rol en els recursos humans i en el desenvolupament del pla d'organització de la unitat, i havent de formar i assessorar a totes aquelles que es contractin o participin com a voluntàries. A les supervidores clíniques i administratives també se les formaria per a supervisar a les usuàries contractades o voluntàries, i tot el personal rebria una comunicació clara sobre les seves funcions i responsabilitats.

**Sisè** i últim, el pla inclouria dos procediments de revisió dels incidents que junts assegurarien l'anàlisi rigorós de cada incident. Les activitats de revisió immediatament posterior a l'incident asseguren la seguretat de totes les persones involucrades, fomenten la documentació adequada, i faciliten el retorn al medi anterior de la crisi. El segon procediment de revisió involucra a totes les persones que hi han participat i la persona usuària en un anàlisi formal, amb el propòsit d'identificar les variables que van portar a l'ús de la contenció, i realitzar a continuació canvis en els enfocaments clínics, la planificació del tractament, o en les polítiques que semblen exacerbar l'ús de contencions.

## 2. Necessitat de canvi

Tot i que moltes mesures coercitives s'han abandonat en els països occidentals per ser extremadament intrusives, les contencions segueixen sent pràctiques comunes (Janice LeBel et al., 2010; Pogge et al., 2013), encara que no hi hagi evidència que tinguin cap valor terapèutic (Mental Health Commission, 2004), però si dels múltiples danys que poden i solen causar a totes les persones implicades.

L'augment de regulacions, com la Convenció Internacional de les Persones amb Discapacitat de les Nacions Unides (2006), i d'altres d'estatals, tampoc han aconseguit impedir que els efectes adversos, com la morbiditat i la mortalitat associades a les contencions, continuïn passant i que segueixin sent un problema mundial (Rakhmatullina et al., 2013). Els canvis legislatius per ells sols no poden reduir l'ús de contencions, o canviar les cultures prevalents de tractament connectades amb aquestes pràctiques (Keski-Valkama et al., 2010).

Els reptes per a la prevenció, reducció i finalment eliminació de les contencions són nombrosos però no insuperables (J. L. LeBel et al., 2014). No només és possible eliminar les contencions si no que impera l'obligació amb les persones usuàries de fer-ho (Grigg, 2006). Rebutjar el repte és incompatible amb els valors actuals dels serveis i segueix posant en risc de patir les conseqüències negatives a totes les persones implicades (Sturmey, 2009). I per tal d'afrontar amb èxit aquest canvi és necessari el procés d'apoderament i d'inclusió de les perspectives, vivències, preocupacions i suggeriments de les professionals, les usuàries i les investigadores (Gagnon et al., 2013; Gjerberg et al., 2013; Looi et al., 2015; Roberts et al., 2009).



### III. ESTRATÈGIES PEL CANVI

A dia d'avui, l'únic marc de treball basat en la evidència per prevenir l'ús de les contencions és el de les *Six Core Strategies*, i pràcticament totes les iniciatives exitoses en reduir significativament el seu ús utilitzen moltes, o totes, de les seves estratègies (Caldwell et al., 2014). No obstant això, s'han detectat múltiples models que poden presentar diferències, o aportar noves estratègies d'actuació, podent així ampliar el coneixement de com reduir i finalment eliminar aquestes mesures coercitives que esdevenen, com hem vist, un problema social pel tracte degradant que donen, i les conseqüències físiques, psicològiques i organitzacionals que suposen. És doncs una necessitat recollir quines iniciatives, accions i/o estratègies s'han mostrat efectives per a prevenir, reduir i eliminar l'ús de les contencions en els serveis destinats a la salut mental.

Per a recollir aquestes estratègies efectives s'ha realitzat una revisió sistemàtica de literatura científica, present en les principals bases de dades a nivell mundial, d'articles que descriuen la implementació d'un model, estratègia o acció per a reduir, prevenir o eliminar l'ús de contencions mecàniques, físiques, químiques o d'aïllament, amb resultats quantitius i qualitius significativament positius, sense haver suposat l'augment d'altres mesures coercitives, publicats als darrers 10 anys.

S'han seleccionat 30 articles (veure quadre-resum dels articles als annexes, on es troben codificats de l'1 al 30) de recerques realitzades a 5 països diferents (Estats Units, Holanda, Alemanya, Austràlia i Finlàndia) en diversos serveis, com unitats d'hospitalització psiquiàtrica, unitats psiquiàtriques forenses de seguretat i programes residencials.

D'una banda, s'ha detectat la implementació de 13 models d'intervenció diferents, els quals conjuguem en el recull que realitzem, que són: *The Restraint Reduction Program, META Services, Six Core Strategies, NETI program for the reduction of seclusion and restraint, The Engagement Model, Methodical work approach, Comfort rooms, Collaborative Problem Solving, EXBELT, JCAHO 2000 standards, TVBK safety guidelines, Mindfulness-Based Positive Behavior Support, The first five minutes at admission*. D'altra banda, vuit dels articles fan servir models d'intervenció propis.

Per al recull i anàlisi de les diferents estratègies i accions per reduir les contencions, les hem agrupat en 8 categories que presentem en forma de taula, de les quals 6 són similars al model referent en prevenció de les contencions *Six Core Strategies* (Huckshorn, 2004), i les 2 restants han estat afegides per recollir les estratègies que no consten en aquest.

	CATEGORIA	DESCRIPCIÓ
1	Lideratge	Estratègies adoptades per caps i/o gestors/es de serveis o unitats per a la implementació i revisió del pla de reducció
2	Recull i ús de dades de contencions	Accions d'anàlisi de les dades de contencions per a la millora de la pràctica o del projecte de intervenció
3	Formació del personal i de les persones usuàries	Accions, plans, models i continguts de formació
4	Inclusió del personal i de les persones usuàries	Estratègies d'inclusió en la presa de decisions tant en aspectes generals del servei com dels diferents projectes
5	Revisió, anàlisi i supervisió dels incidents de contencions	Les diferents formes utilitzades per valorar els incidents de contencions i per extreure'n aprenentatges de com prevenir-los o millorar la pràctica
6	Canvis en les polítiques i procediments	Fa referència a totes aquelles modificacions en la forma d'atendre a la persona i en l'organització el servei
7	Canvis en l'entorn físic	Modificacions dels espais i/o de la forma en que s'usen
8	Estratègies alternatives a les contencions	Intervencions no coercitives per a situacions límit quan les preventives no han funcionat

## 1. Lideratge

Les caps d'unitats i serveis, ja siguin professionals o usuàries, tenen un paper essencial com a promotores del canvi i són agents clau de la implementació del programa de reducció de les contencions. Les estratègies a emprendre per aquestes persones es poden agrupar en tres subgrups diferents: disseny i implementació del programa, suport, discussió i anàlisis.

LIDERATGE	
1	Assumir l'objectiu de reduir l'ús de contencions i transmetre'l a tots els agents implicats
2	Elaboració i seguiment d'un pla d'actuació
3	Creació d'un comitè especialitzat
4	Oferir suport i consulta al personal i usuàries
5	Realitzar canvis en la política, filosofia i procediments en el servei
6	Avaluar i discutir la implementació del pla amb la resta d'agents

### a) Disseny i implementació del programa.

L'elaboració i aplicació del programa de reducció de les contencions parteix, en les experiències estudiades, de la direcció del servei o unitat, comptant amb la participació de personal i usuàries. En primer terme, cal elaborar un pla que inclogui protocols o guies d'actuació i procediments, identificar els recursos necessaris i les barreres a remoure, renovar les polítiques per tal que estiguin adaptades al programa de reducció, establir procediments per a reflectir els canvis, i contractar, si es considera necessari, personal per a garantir aquesta renovació. Contractar personal expert per experiència pròpia (persones que tenen o han tingut problemes de salut mental), com agents de suport, ha ajudat en molts casos a la renovació de les pràctiques i polítiques, a la millora de l'atenció del servei i de la valoració que en fan les usuàries.

Per a garantir una correcta implementació i seguiment del pla, és efectiu generar un equip o comitè especialitzat que inclogui usuàries, consultores d'usuàries, gestores i personal de totes les disciplines, amb les funcions de:

- Supervisar i eliminar les barreres que es troben en els equips i en els espais físics.
- Oferir consulta al personal.
- Identificar les oportunitats de millora de l'atenció i la seguretat.
- Supervisar el procés d'implementació del programa de reducció de contencions.
- Avaluar i introduir les millores necessàries al pla d'actuació.
- Exercir de pont entre tots els agents implicats: personal, direcció, usuàries, familiars, proveïdors de serveis, etc.
- Observar el funcionament de la unitat i les pràctiques del personal, especialment en les situacions difícils, donant retorn positiu, guia i/o assessorament.
- Exercir com a equip de resposta en situacions de crisi (menys freqüent en els estudis analitzats).

La direcció doncs, assumeix l'objectiu de reduir o eliminar l'ús de les contencions i transmet aquesta decisió al personal, usuàries i familiars juntament amb els motius que la justifiquen. Tenint en compte que aquesta decisió pot generar una sèrie de dubtes, angoixes i resistències, esdevé positiu oferir escolta i respostes a totes les agents.

A més d'explicar els objectius també es transmet des de la direcció, si així es decideix, un canvi de cultura d'atenció a la persona. L'atenció centrada en el client i en la recuperació i el *Trauma-informed care* són exemples de les més esteses.

## **b) Suport**

Durant la implementació del programa, les caps, gestores i el comitè augmenten el suport i consulta que ofereixen al personal, establint una comunicació oberta i, en el cas que sigui necessari, generant noves o millors vies de comunicació.

L'augment del suport i de la comunicació serveix també per reconèixer, promoure i encoratjar les millors pràctiques i les iniciatives i innovacions per a la millora de l'atenció, celebrar els èxits, identificar les estratègies que funcionen millor, cercar el compromís amb el programa i l'apoderament del personal en els canvis organitzacionals i en la presa de decisions compartida, així com avaluar les intervencions professionals oferint suport quan es percebi necessari, sense judicis i d'una forma constructiva.

## **c) Discussió i anàlisi**

És important que des del lideratge s'avalui el procés d'implementació i que s'obri aquest a discussió amb el personal i les usuàries, escoltant des d'un bon principi les diferents opinions, així com les pors, dubtes i resistències que puguin sorgir.

Un cop realitzat aquest anàlisi inicial és el moment de discutir quines son les barreres per a la implementació del programa, els suggeriments oferts pel personal i les usuàries, aspectes sobre el funcionament de la unitat o servei, com l'autonomia de les persones usuàries, la seguretat del personal i les respostes davant situacions de crisi. Tota la informació derivada d'aquestes accions serà de gran valor per a millorar el pla d'actuació.

## 2. Recull i ús de dades de contencions

En la gran majoria de les intervencions analitzades es recullen, per tal de millorar el pla d'intervenció, les dades sobre els incidents amb contencions que es donen al servei, com: número d'incident, freqüència, durada, característiques de l'incident, la usuària i el personal, factors precipitadors, estratègies usades, danys i lesions, etc.

Aquestes dades s'entreguen i es discuteixen amb tots els agents. Es poden presentar en forma de gràfics en pissarres de la unitat en temps real, o en informes que s'entreguen en les reunions d'equip i que estan disponibles per a tothom, inclosos els estaments de supervisió.

Aquestes dades es poden utilitzar també per detectar quines són les tècniques d'apaivagament o de prevenció que s'han mostrat efectives en situacions de crisi o conflicte i quines no, corregir-les o introduir-ne de noves, avaluar els progressos, assoliments i l'evolució del programa, el nivell d'adherència del personal a aquest, i en alguns casos es poden utilitzar per establir una competició sana entre equips o unitats. En alguns països aquestes dades es comparteixen i es supervisen a nivell nacional.

### RECULL I ÚS DE DADES DE CONTENCIONS

- |   |   |
|---|---|
| 7 | Recollir i registrar les dades sobre els incidents amb contencions                                  |
| 8 | Entregar i discutir aquestes dades amb tots els agents implicats                                    |
| 9 | Utilitzar les dades sobre contencions per a la monitorització i millora del pla i dels procediments |

### 3. Formació del personal i de les persones usuàries

En la majoria de les experiències analitzades es realitzen programes de formació al personal, com aspecte clau i necessari pel canvi. Aquí les presentem dividides en dos apartats: primer la formació sobre el pla de reducció, i els canvis que implica; i segon, les estratègies alternatives o de prevenció a l'ús de contencions.

#### FORMACIÓ DEL PERSONAL

10	En les noves polítiques, procediments, i/o filosofia del servei.
11	En estratègies de prevenció i alternatives a les contencions i en la presa de decisions compartides

- Sobre les noves polítiques, procediments, i/o filosofia del servei en relació a l'ús de les contencions.

Cal explicar detalladament al personal els canvis que s'introduiran al servei establerts en el pla de reducció, i la importància de la inclusió de les persones usuàries en el pla, en els òrgans de presa de decisions i en els plans de tractament. És important justificar els motius d'aquests canvis. Aquesta argumentació es pot centrar en els aspectes ètics i legals de l'ús de les contencions, i els aspectes negatius i riscos d'aquestes pràctiques coercitives tant pel personal com per les usuàries.

Seguidament, s'informa a tothom sobre com es procedirà segons el pla en els casos de conflicte i crisi que puguin sorgir. Els nous procediments, impliquen canvis de fons que afecten a la filosofia de l'atenció. Per això, serà important remarcar també des de quines perspectives i marcs es vol actuar. La formació en perspectives filosòfiques d'intervenció no física, com del diàleg obert finlandès, el *trauma-informed care*, o de l'atenció centrada en la recuperació, en el client, o en les fortaleses, pot ser llavors imprescindible.

També s'ha mostrat efectiva la formació del personal sobre els comportaments de dissociació i d'autolesió, ja que una major comprensió d'aquests permet millorar l'atenció i les

actuacions que es donen en situacions d'emergència, romandre tranquils i sense castigar. En altres serveis també ha obtingut resultats positius el disseny de programes específics de formació destinats a superar les barreres al canvi detectades en el personal com la por, desesperança, prejudicis i actituds negatives davant del pla de reducció de les contencions. Alguns, fins i tot han format al personal en meditació *mindfulness* amb resultats positius, tant en la millora de les seves actuacions com del seu benestar.

- **Sobre estratègies alternatives i de prevenció a l'ús de contencions**

La informació sobre els nous procediments i filosofia d'atenció haurà d'acompanyar-se, necessàriament, de formació en estratègies concretes de:

- Prevenció, com: estratègies de detecció precoç de senyals d'alerta, d'avaluació de riscos i de prevenció i/o gestió d'agressions; formes de comunicació no punitives ni autoritàries, prenent consciència dels efectes de les normes i el llenguatge emprat en la percepció de les usuàries; evitació de lluites de poder; intervenció no ofensiva, observació conscient de les conductes i comunicació conscient, evitació de conductes que poden precipitar reaccions relacionades amb el trauma de les usuàries, i/o com generar relacions de confiança amb aquestes i treballar-hi de forma col.laborativa.
- Alternatives a l'ús de les contencions, com: tècniques d'apaivagament, ajuda a l'autocontrol, diàleg obert, modulació sensorial, resolució col.laborativa de problemes, habitacions de confort o tècniques extraordinàries de bloqueig a través d'objectes tous o d'autodefensa.



- Presa de decisions de quines estratègies i procediments seguir en casos de conflicte i crisi. Aquestes decisions hauran d'anar d'acord amb la nova política i filosofia d'atenció, i amb la informació recollida a través d'entrevistes de la història biogràfica de les usuàries, incloent dinàmiques familiars, traumes, preferències i estratègies efectives d'apaivagament, etc. Història que els i les professionals hauran de conèixer.

En alguns plans de reducció de contencions també s'ha optat per realitzar formacions a les usuàries, centrades en els efectes del trauma sobre les seves respostes emocionals i físiques, aprendre a identificar-les en situacions difícils, així com els disparadors d'aquestes; i en tècniques de relaxació, resolució de conflictes de forma col.laborativa i en adquirir i/o modificar estratègies d'afrontament.

## 4. Inclusió del personal i de les persones usuàries

Com ja s'ha exposat, és clau per a l'èxit la inclusió de tots els agents implicats en els processos de transformació que s'inicien al servei o dispositiu. Aquesta inclusió serà imprescindible en el comitè d'implementació i en les tasques de revisió d'incidents de contencions que presentem seguidament, i es podrà ampliar a través de trobades comunitàries i consells d'assessors o consultors representants.

Pel que fa a la inclusió del personal, les experiències exitoses indiquen la

### INCLUSIÓ DEL PERSONAL I DE LES PERSONES USUÀRIES

- |    |   |
|----|---|
|    | Incloure al personal i les usuàries o representants d'aquestes en el comitè d'implementació |
| 12 | Realitzar trobades comunitàries i/o consells d'assessors                                    |
| 13 | Recollir, analitzar i discutir les propostes de tots els agents implicats                   |
| 14 |   |

necessitat que el personal, o representants d'aquest, s'impliquin en els processos de presa de decisions i implementació del pla de reducció. La implicació ha de donar-se mitjançant una recollida de suggeriments, discussió dels aspectes generals del projecte i anàlisis del progrés, participació en els programes de formació del personal, i revisió crítica dels problemes, normes i pràctiques, a través de la presa de decisions compartides en espais de discussió o formant part del comitè d'implementació

Igual o més necessitat hi ha de cercar la implicació i inclusió de les persones usuàries, tenint també representació en el comitè. Aquests representants del comitè, serien doncs els encarregats d'aportar els suggeriments aportats per les persones usuàries del servei, per al posterior anàlisi i discussió dins el comitè, al voltant de: com evitar incidents de contencions, estratègies d'apaivagament que funcionen, quins aspectes generals del funcionament i de les regles no escrites arbitràries son font de conflicte, com reduir la por, la violència i la coerció o com sentir-se més confortables, com remodelar (en cas que es tinguin) les sales d'aïllament cap a sales de confort i relaxació i quin ús fer-ne, així com en la presa de decisions sobre els tractaments, plans de seguretat, activitats d'oci i programes en general en els que participin.

En altres experiències també es va incloure a les persones usuàries com a formadores en els programes destinats als professionals, en els quals relataven les seves vivències i visions sobre l'ús de contencions, buscant alhora un diàleg constructiu amb els professionals.

## 5. Revisió, anàlisi i supervisió dels incidents amb contencions

Una altra de les estratègies clau per a l'èxit és l'anàlisi i avaluació dels incidents que es produeixen amb la persona usuària, el personal involucrat i els caps del servei o representants del comitè d'implementació.

### ANÀLISI DELS INCIDENTS AMB CONTENCIONS

15 Anàlisi no punitiu i inclusiu dels incidents per evitar-ne de futurs

Aquesta acció consisteix en analitzar d'una forma no punitiva:

- Els precipitadors de l'incident.
- Què es podria haver fet diferent i com es podrien evitar situacions futures similars.
- Com s'havien utilitzat les estratègies alternatives i o preventives a l'ús de contencions, o quines es podrien haver utilitzat per evitar-les.
- Quines modificacions de l'entorn i les pràctiques són necessàries

Els resultats d'aquesta avaluació poden servir per a guiar intervencions futures, realitzar canvis en la política o millorar el pla de tractament o seguretat individual. Així doncs, caldrà recollir la informació, analitzar-la des de tots els punt de vista i aprofitar-la per a la millora del servei.

Altres estratègies, d'un caire més preventiu, que s'utilitzen són la realització de rondes, per part de personal clínic especialista o d'equips multidisciplinaris, a on hi ha usuàries en risc de ser contingudes, per discutir quines estratègies utilitzar en cas de ser necessària una intervenció; l'anàlisi dels casos específics per a decidir què fer per a reduir l'ús de coerció, o l'entrevista amb cada usuària per conèixer quins són els precipitadors d'una agitació i formes d'evitar incidents futurs.

## 6. Canvis en les polítiques i procediments

Aquí és on es recullen més estratègies i major varietat, ja que es tracta de l'apartat on des dels serveis es poden introduir canvis d'una forma més lliure, profunda i flexible. És important introduir canvis en la política i protocols d'ús de les contencions. En les experiències d'èxit analitzades, hem vist que aquests canvis anaven des d'introduir un requeriment d'autorització d'un cap abans de realitzar una contenció fins a la prohibició directa d'aquesta pràctica.

Altres estratègies anaven encaminades a establir noves polítiques basades en valors i principis terapèutics, com la flexibilitat i la individualització de l'atenció, per a facilitar un canvi de cultura basat, segons el cas,

en *l'Open dialogue, el Trauma-informed care*, l'atenció centrada en el client i/o en la recuperació; i/o introduir plantejaments basats en la prevenció i l'atenció primària.

A nivell d'organització també s'han mostrat efectives estratègies com:

- Reexaminar els objectius, normes, procediments, calendaris i/o expectatives que poden generar ansietat i agressivitat.
- Introduir una figura professional especialitzada que, a través de l'observació participant, ajudi a orientar i a desenvolupar estratègies alternatives i de prevenció individuals.

### CANVIS EN LES POLÍTiques I PROCEDIMENTS

16	Introducció de canvis en la política de contencions i en l'organització del servei
17	Establiment de noves polítiques basades en valors i principis terapèutics
18	Millora del procés d'admissió i benvinguda
19	Elaboració de plans de tractament i de seguretat individualitzats
20	Millora de les interaccions entre personal i usuàries generant relacions de confiança
21	Minimització de les diferències de poder i dels models jeràrquics i autoritaris

- Instruir a les treballadores per a que demanin assistència en les primeres fases de dificultat per ajudar-les a apaivagar la situació.
- Desenvolupar conjuntament (personal i usuàries) projectes per a la unitat.

En el procés d'admissió, moment que pot ser molt tens especialment si és involuntari o enmig d'una crisi, també es recomanable introduir millores que vagin encaminades a garantir al màxim possible la comoditat i seguretat, com per exemple: oferir menjar i beguda, preguntar sobre assumptes personals que li poden estar preocupant (potser té fills, animals de companyia o gent dependent al seu càrrec, o tenia una cita important), o donar-li una benvinguda càlida i familiar mostrant-li la unitat i presentant les persones usuàries i professionals.

En els procediments posteriors, avaluació i elaboració d'un pla de tractament, és important que aquests recullin àmpliament aspectes personals i individuals, no només aquells rellevants per la intervenció clínica sinó també aquells relacionats amb aspectes de seguretat o que facilitin un tracte més humà i proper.

Així doncs, les avaluacions i plans de tractament i seguretat haurien d'incloure entre d'altres: objectius, fortaleses, factors desencadenats de crisis o agitacions, signes d'alerta primerenca, eines d'afrontament, aficions, interessos i motivacions, i intervencions selectives per minimitzar o resoldre conflictes o situacions de crisi, o estratègies desenvolupades específicament per a les necessitats o reptes individuals. Tota aquesta informació personal s'haurà d'anar actualitzant i compartint entre el personal. Tenir recollides en una pissarra visible les estratègies individuals de relaxació/apaivagament és de molta utilitat en situacions de crisi o conflicte.

Pel dia a dia del servei, també han donat bon resultat varies estratègies enfocades a la millora de la relació del personal

amb les persones usuàries, ja que la qualitat de les relacions és clau en la prevenció d'incidents i en el benestar general de la unitat. Entre aquestes estratègies trobem:

- Generar relacions de confiança i positives basades en el respecte mutu i la dignitat.
- Mostrar-se genuïnament interessat/da en la vida de les persones usuàries.
- Permetre expressar la ira o la confusió.
- Crear grups d'ajuda mútua.
- Afrontar les problemàtiques de la unitat de forma conjunta.
- Cercar el compromís de les usuàries en el projecte i potenciar la seva autonomia.
- Garantir la presència continua del personal, assignar grups petits a cada treballador (l'alta rotació de personal és la barrera més important per una bona interacció), disminuir la ràtio i canviar rutines per facilitar el contacte entre personal i usuàries.
- Donar suport i confort en les situacions d'estrès en lloc d'intentar exercir control.
- Evitar termes lingüístics de judici com: "manipulador", "cerca d'atenció", "borderline", "incomplidor", etc., o de paraules negatives com: "no", "no pots", utilitzar un llenguatge no coercitiu, o l'elaboració d'un protocol per transmetre males notícies basat en l'escolta, l'empatia i la sensibilitat.

Relacionat amb la millora de les relacions, també s'ha mostrat molt efectiu el fet de minimitzar les diferències de poder, trencant amb el model tradicional jeràrquic, i cercant un repartiment del poder més igualitari, amb estratègies com:

- Flexibilitzar les normes i eliminar les excessivament restrictives.
- Respondre de forma positiva, efectiva i ràpida a requeriments o demandes de les usuàries.
- Respectar el seu espai i privacitat, reconèixer el seu control i la seva capacitat de fer el correcte.
- Incloure la persona usuària en la presa de decisions i potenciar la seva autonomia.
- Trencar les barreres amb altres edificis o espais.
- Reduir l'estança en oficines i despatxos per dedicar més temps a activitats d'oci amb les persones usuàries.
- Impulsar converses, àpats casuals o comunitaris i interaccions afirmatives respectuoses.
- Introduir programes i activitats d'una forma estructurada per a reduir l'avorriment.

## 7. Canvis en l'entorn físic

Existeixen diverses transformacions físiques que es poden realitzar al servei, i que tenen un impacte positiu en el benestar de les usuàries, el que comporta també una menor incidència de conflictes i agitacions. Entre aquestes trobem: reduir els nivells de soroll, millorar la decoració pintant les parets de colors càlids i incorporar catifes i plantes, renovar les instal·lacions i equipaments recreatius com el jardí, sala d'esports, menjador, etc., buscant una major semblança a entorns ordinaris i més familiars.

CANVIS EN L'ENTORN FÍSIC	
22	Remodelació dels espais per a ser més agradables i familiars
23	Disposar d'espais privats (i amb intimitat) i comunitaris que facilitin la proximitat
24	Incorporar habitacions de confort

També és d'ajuda disposar de materials d'entreteniment, diversió i teràpia ocupacional, disposar d'habitacions individuals amb lavabo o d'espais separats pels que volen més privacitat, generar espais de trobada entre usuàries i personal que cerquin una major proximitat entre aquests i una major presència del personal i gestors.

En alguns serveis fins i tot s'ha eliminat tota barrera física i cultural, fent que el personal estigui en tots els espais de la unitat en lloc de a les seves sales. En el cas que es mantinguessin aquestes barreres el que caldria és situar les estacions o sales de personal en llocs estratègics per afavorir el contacte i millorar la vigilància, i en cas necessari instal·lar sistemes d'alarma oportuns, com detectors de moviment en els llits per si s'aixeca alguna usuària amb risc de conflicte o d'altres repartits per tots els espais per a situacions de crisi.

En molts serveis s'ha introduït un nou espai amb resultats molt positius: les habitacions de confort, les quals s'han creat de zero o han sigut una transformació d'antigues sales d'aïllament. Aquestes habitacions són espais de relaxació i intimitat que les usuàries poden utilitzar quan ho necessitin, és a dir, quan sentin



símptomes d'ansietat o agitació que hauran après prèviament a detectar.

En la majoria dels serveis que han implementat habitacions de confort es va seguir un disseny fet de forma inclusiva, recollint tots aquells suggeriments de personal i usuàries i treballant-hi cooperativament. De forma general, solen estar pintades amb colors agradables, tenen mobiliari confortable com butaques o pufs i tot de material d'entreteniment o relaxació com: televisió amb pel·lícules, equip de música, materials de pintura i manualitats, llibres i revistes o materials d'estimulació sensorial com olis aromàtics o altres.

## 8. Estratègies alternatives a les contencions

En el cas que tot l'anterior no hagi funcionat, incloent aquelles estratègies individuals recollides en el pla de tractament i de seguretat, hi ha tècniques i estratègies per fer front a situacions de crisi, agitacions, agressions, autolesions, etc., lliures de coerció i violència.

### ESTRATÈGIES ALTERNATIVES

25

Disposar d'intervencions i tècniques alternatives a les contencions per a situacions límit

Diferents intervencions sensorials, com la saturació o l'ús d'aromes, s'han mostrat efectives per reduir l'agitació o crisis d'angoixa, també oferir menjar, beure o medicació, o tècniques més completes com la resolució col·laborativa de problemes o les tècniques d'apaivagament verbal, les quals requereixen certa formació però són les tècniques d'intervenció no violenta que estan donant millors resultats.

En alguns serveis amb usuàries amb antecedents d'alta conflictivitat, els quals porten ja anys sense registrar cap contenció, també s'ha optat per utilitzar en situacions límit tècniques de protecció personal a través d'objectes tous o amb maniobres d'autodefensa, les quals també requereixen formació.

## 9. Quadre resum de les estratègies

Quadre resum de les estratègies	
I. Lideratge	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Assumir l'objectiu de reduir l'ús de contencions i transmetre'l a tots els agents implicats.</li> <li>2. Elaboració o seguiment d'un pla d'actuació.</li> <li>3. Creació d'un comitè especialitzat.</li> <li>4. Oferir suport i consulta al personal i usuàries.</li> <li>5. Realitzar canvis en la política, filosofia i procediments del servei.</li> <li>6. Avaluar i discutir la implementació del pla amb la resta d'agents.</li> </ol>
II. Recull i ús de dades de contencions	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Recollir i registrar les dades sobre els incidents amb contencions.</li> <li>8. Entregar i discutir aquestes dades amb tots els agents implicats.</li> <li>9. Utilitzar les dades sobre contencions per a la monitorització i millora del pla i dels procediments.</li> </ol>
III. Formació del personal	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Formació en les noves polítiques, procediments, i/o filosofia del servei.</li> <li>11. Formació en estratègies de prevenció i alternatives a les contencions i en la presa de decisions.</li> </ol>
IV. Inclusió del personal i de les usuàries	<ol style="list-style-type: none"> <li>12. Incloure al personal i les usuàries o representants d'aquests en el comitè d'implementació.</li> <li>13. Realitzar trobades comunitàries i/o consells d'assessors.</li> <li>14. Recollir, analitzar i discutir les propostes de tots els agents implicats.</li> </ol>
V. Revisió dels incidents	<ol style="list-style-type: none"> <li>15. Anàlisi no punitiu i inclusiu dels incidents per evitar-ne de futurs.</li> </ol>

<p>VI. Canvis en les polítiques i procediments.</p>	<p>16. Introduir canvis en la política de contencions i en l'organització del servei.  17. Establir noves polítiques basades en valors i principis terapèutics.  18. Millora del procés d'admissió i benvinguda.  19. Elaborar plans de tractament i de seguretat individualitzats.  20. Millora de les interaccions entre personal i usuàries generant relacions de confiança.  21. Minimització de les diferències de poder i dels models jeràrquics i autoritaris.</p>
<p>VII. Canvis en l'entorn físic.</p>	<p>22. Remodelació dels espais per a ser més agradables i familiars.  23. Disposar d'espais privats (i amb intimitat) i comunitaris que facilitin la proximitat.  24. Incorporar habitacions de confort.</p>
<p>VIII. Estratègies alternatives</p>	<p>25. Disposar d'intervencions i tècniques alternatives a les contencions per a situacions límit.</p>

## IV. CONCLUSIONS

Les contencions són l'ús de qualsevol mitjà mecànic, material, d'equipament o químic (medicaments) emprat per restringir la llibertat de moviment o l'accés normal al cos d'una persona. S'utilitzen a múltiples serveis a tot el món occidental, tant d'adults com d'infants, des de l'inici de la psiquiatria. En els darrers anys ha augmentat la preocupació i polèmica sobre l'ús aquestes pràctiques.

Generalment s'utilitzen per contenir l'agressivitat de persones agitadaes cap a altres, o cap a elles mateixes, i pels intents de fuga. Tot i que no sempre són problemàtiques, sí tenen associat un ampli rang de conseqüències negatives com abusos i importants danys físics i psicològics a les persones a qui es realitzen, fins i tot la mort.

Per a les persones usuàries, les experiències d'haver estat contingudes són principalment negatives, perjudicials i/o traumàtiques. Senten que són ignorades, humiliades i que s'estan violant els seus drets, experimentant molta angoixa, frustració i sentiment d'alienació o paranoia. A més les perceben com un càstig innecessari, i evitable, per no adherir-se al tractament, o per no seguir les directrius del personal, més que com una mesura terapèutica.

Les professionals viuen les contencions com a desagradables i com l'últim recurs quan les altres estratègies han fracassat, generant-les-hi dilemes ètics. Tot i així, en molts casos les veuen justificades per a reduir els danys i mantenir el control i la seguretat. Els que en tenen una visió més positiva són els que les utilitzen més, i els que en tenen més resistències n'adscriuen les responsabilitats del seu ús al "sistema".

Les persones usuàries demanen i suggereixen, per reduir-ne el seu ús, més espais i activitats, discutir els problemes abans que el comportament escalí, una millor comunicació, que se les tracti com a persones ordinàries amb problemes i no com a

diagnòstics, i rebre una atenció flexible i adaptada a les seves necessitats individuals.

Les professionals, per la seva banda, suggereixen disminuir la ràtio de pacients per professional, més formació, el treball i la supervisió multidisciplinar, cercar l'apoderament i inclusió de les usuàries, conèixer millor les usuàries, i l'ús d'estratègies alternatives centrades en la persona encaminades a la construcció de confiança mútua com: satisfer necessitats i desitjos, interacció flexible o l'ús de llenguatge no directiu i coercitiu.

A partir de la pressió de diferents grups i organitzacions de defensa de drets, s'han iniciat en molts països occidentals projectes, lleis i reformes per reduir o fins i tot eliminar l'ús de les contencions. A Estats Units, per exemple, es van començar a consolidar aquests esforços el 2003 a través de la *National Call to Action: Eliminating the Use of Seclusions and Rrestraint de la Substance Abuse Mental Health Services Administration's (SAMHSA'S)*, de la qual en va sorgir les *Six Core Strategies*. Aquest és un mètode multitasca i de formació basat en l'evidència per a reduir i prevenir les contencions i l'aïllament, el qual ha estat implementat amb èxit als Estats Units, Austràlia, Finlàndia, Gran Bretanya, Canadà i Nova Zelanda.

Tot i els esforços, projectes, i lleis que s'han anat implementant en molts països, i encara que moltes mesures coercitives ja s'hagin abandonat en els països occidentals, les contencions encara tenen un ús molt extens. No hi ha evidència que tinguin cap valor terapèutic, però si dels múltiples danys que poden i solen causar, a més de violar drets reconeguts per la Convenció Internacional del Drets de les Persones amb Discapacitat, ratificada per molts països com Espanya.

Els reptes de la prevenció, reducció i finalment eradicació són un imperatiu a afrontar pels serveis de salut mental, que encara que són nombrosos, no són insuperables. Aquí hem presentat diferents estratègies i models que han mostrat la seva eficàcia per reduir i eliminar l'ús de les contencions mecàniques, físiques

i químiques, fins i tot en aquells serveis més problemàtics pels seus alts índex d'agressivitat i conflictivitat.

Així doncs, hi ha un ampli ventall d'estratègies assumibles, i efectives, per a qualsevol servei per aconseguir l'objectiu d'eliminar les contencions. Gran part d'aquestes estratègies donen resposta a les demandes i suggeriments tant del personal com de les usuàries, a les barreres pels canvi detectades, i s'han definit d'una forma operativa per a poder-les implementar.

Pràcticament tots els programes analitzats donaven un paper clau a la implementació i seguiment per part dels caps del servei, assignant tasques com les de donar recolzament i consulta al personal, reconèixer i incentivar les bones pràctiques, recollir les opinions i suggeriments, promoure un canvi en la cultura de tractament i la filosofia del servei o la creació d'equips o comitès especialitzats.

A més, en la majoria d'intervencions es realitza un recull, anàlisi i discussió de les dades de contencions, així com l'ús dels resultats que se n'extreuen per a millorar les pràctiques i el plans de tractament, detectar les necessitats de formació o de canvis en les polítiques i procediments o monitoritzar l'evolució del programa i els resultats obtinguts.

La formació del personal és una acció molt repetida i considerada clau. En els estudis analitzats, els programes de formació es centraven en els principis de diferents mètodes o filosofies d'atenció com el *Trauma-informed care* (el més estès), l'atenció centrada en la recuperació i en el client, etc., i van ser claus per a transformar actituds favorables a l'ús de contencions. Alguns programes també incorporen a les formacions continguts i/o accions sobre les noves polítiques i procediments, dotant d'estratègies i suports a les professionals, i d'altres formen a les usuàries en com prevenir i gestionar les situacions de crisi.

La majoria d'intervencions donen un paper clau a les estratègies de prevenció, essencials per evitar l'ús de contencions, com l'avaluació de:

- El risc de violència, les preferències d'apaivagament, senyals d'alerta, factors desencadenants, i les històries individuals de violència, trauma i contencions, per incorporar-ho als plans individualitzats.
- Disposar d'habitacions sensorials o de confort, d'activitats i equipaments d'oci; augmentar la vigilància o ràtio de personal.
- Generar relacions de confiança i evitar l'ús de llenguatge negatiu o coercitiu, respondre positivament a les demandes o requeriments de les usuàries, flexibilitzar les normes.

Ha donat també bons resultats el fet d'augmentar la inclusió i participació de tots els agents (professionals, usuàries, consultores, familiars, etc.) en tota presa de decisió, tant del projecte de reducció, com dels plans individualitzats o del dia a dia del servei. També ha contribuït a aquests resultats que es realitzessin, de forma inclusiva, revisions i anàlisis dels incidents de contencions per tal de introduir millores per prevenir-ne de futurs.

Realitzar canvis físics a la unitat incorporant més espais recreatius, de privacitat i de trobada entre personal i usuàries dissenyats per a generar un entorn més comunitari basat en la realitat, o el simple fet d'augmentar la presència del personal en els espais de les usuàries, o trencar les fronteres entre aquests, també ha tingut en diferents serveis un impacte positiu pels objectius perseguits.

Finalment, altres estratègies del dia a dia que han tingut un impacte positiu han estat millorar el procés d'admissió, una demanda recurrent de les usuàries, o la relació del personal amb les persones usuàries, generant relacions de confiança, interès, respecte i ajuda mútua, tractant-les com a persones

ordinàries i no com un diagnòstic tal i com demanen; l'ús d'un llenguatge no coercitiu ni pejoratiu, o la reducció de les diferències de poder del model mèdic jeràrquic, que els fa sentir inferiors i en estat permanent d'estar sota control, a través de la inclusió ja esmentada, responent de forma positiva als requeriments de les usuàries, flexibilitzant o eliminant normes, o trencant les barreres físiques i culturals dels serveis.

Hem vist doncs, com el major èmfasi es dona en la prevenció, ja que en aquesta hi ha la clau per a l'eradicació de les contencions. No obstant això, hi ha serveis que porten anys sense enregistrar cap contenció, que a més han dotat al personal d'estratègies alternatives en cas de situacions límit, com tècniques d'apaivagament verbal, la resolució col.laborativa de problemes, intervencions sensorials o maniobres d'autodefensa.

Dotar d'estratègies, formació i formes de garantir la seguretat, pot trencar amb la justificació que fan algunes professionals i gestores de serveis de les contencions com a mesures necessàries i imprescindibles, i transmetre a aquestes més seguretat i apoderament que faciliti el canvi.

Els resultats que presentem mostren que l'eradicació de les contencions és assumible per a qualsevol servei de salut mental, des dels serveis amb més dificultats com els d'emergències psiquiàtriques o d'aguts, fins als serveis amb menys conflictivitat com els de transició a la comunitat. L'eradicació de les contencions és possible independentment del perfil de les persones que s'atenen, ja siguin infants o persones d'edat avançada amb malalties degeneratives, amb qualsevol diagnòstic psiquiàtric, o a amb història prèvia de violència i/o brots psicòtics severos. I no només demostra que és possible sinó també com aconseguir-ho.





## V. REFERÈNCIES

- Amato, S., Salter, J. P., i Mion, L. C. (2006).** Physical Restraint Reduction in the Acute Rehabilitation Setting: A Quality Improvement Study. *Rehabilitation Nursing*, 31(6), 235–241. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2006.tb00019.x>
- Ashcraft, L., i Anthony, W. (2008).** Eliminating Seclusion and Restraint in Recovery-Oriented Crisis Services. *Psychiatric Services*, 59(10), 1198–1202. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.10.1198>
- Azeem, M. W., Aujla, A., Rammerth, M., Binsfeld, G., i Jones, R. B. (2011).** Effectiveness of Six Core Strategies Based on Trauma Informed Care in Reducing Seclusions and Restraints at a Child and Adolescent Psychiatric Hospital. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(1), 11–15. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2010.00262.x>
- Barton, S. A., Johnson, M. R., i Price, L. V. (2009).** Achieving Restraint-Free on an Inpatient Behavioral Health Unit. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 47(1), 34–40. <https://doi.org/10.3928/02793695-20090101-01>
- Beghi, M., Peroni, F., Gabola, P., Rossetti, A., i Cornaggia, C. M. (2013).** Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: A systematic review. *Rivista Di Psichiatria*, 48(1), 10–22. <https://doi.org/10.1708/1228.13611>
- Blair, M., i Moulton-Adelman, F. (2015).** The Engagement Model for Reducing Seclusion and Restraint: 13 Years Later. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 53(3), 39–45. <https://doi.org/10.3928/02793695-20150211-01>
- Borckardt, J. J. (2011).** Systematic Investigation of Initiatives to Reduce Seclusion and Restraint in a State Psychiatric Hospital. *Psychiatric Services*, 62(5), 477. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.62.5.477>

**Boumans, C. E., Egger, J. I. M., Souren, P. M., i Hutschemaekers, G. J. M. (2014).** Reduction in the use of seclusion by the methodical work approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(2), 161–170. <https://doi.org/10.1111/inm.12037>

**Bullock, R., McKenna, B., Kelly, T., Furness, T., i Tacey, M. (2014).** When reduction strategies are put in place and mental health consumers are still secluded: An analysis of clinical and sociodemographic characteristics. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(6), 506–512. <https://doi.org/10.1111/inm.12078>

**Caldwell, B., Albert, C., Azeem, M. W., Beck, S., Cocoros, D., Cocoros, T., Montes, R., i Reddy, B. (2014).** Successful Seclusion and Restraint Prevention Effort in Child and Adolescent Programs. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 52(11), 30–38. <https://doi.org/10.3928/02793695-20140922-01>

**Castle, N. G., i Engberg, J. (2008).** Further Examination of the Influence of Caregiver Staffing Levels on Nursing Home Quality. *The Gerontologist*, 48(4), 464–476. <https://doi.org/10.1093/geront/48.4.464>

**Centers for Medicare i Medicaid Services (CMS) DHHS. (2006).** Medicare and Medicaid programs; hospital conditions of participation: patients' rights. Final rule. *Federal Register*, 71(236), 71377–71428.

**Chandler, G. E. (2012).** Reducing Use of Restraints and Seclusion to Create a Culture of Safety. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 50(10), 29–36. <https://doi.org/10.3928/02793695-20120906-97>

**Cosper, P., Morelock, V., i Provine, B. (2015).** Please Release Me: restraint reduction initiative in a health care system. *Journal of Nursing Care Quality*, 30(1), 16–23. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000074>

- Cummings, K. S., Grandfield, S. A., i Coldwell, C. M. (2010).** Caring with Comfort Rooms: Reducing Seclusion and Restraint Use in Psychiatric Facilities. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 48(6), 26–30. <https://doi.org/10.3928/02793695-20100303-02>
- Curran, S. S. (2007).** Staff Resistance to Restraint Reduction: Identifying and Overcoming Barriers. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 45(5), 45–50. <https://doi.org/10.3928/02793695-20070501-09>
- De Benedictis, L. (2011).** Staff Perceptions and Organizational Factors as Predictors of Seclusion and Restraint on Psychiatric Wards. *Psychiatric Services*, 62(5), 484. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.62.5.484>
- Doncliff, B. (2014).** Model could reduce seclusion rates: an evidence-based model, developed in the United Kingdom, could help reduce seclusion and restraint rates here. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 20(8), 29.
- Ezeobele, I. E., Malecha, A. T., Mock, A., Mackey-Godine, A., i Hughes, M. (2014).** Patients' lived seclusion experience in acute psychiatric hospital in the United States: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(4), 303–312. <https://doi.org/10.1111/jpm.12097>
- Fariña-López, E., Estévez-Guerra, G. J., Gandoy-Crego, M., Polo-Luque, L. M., Gómez-Cantorna, C., i Capezuti, E. A. (2014).** Perception of Spanish Nursing Staff on the Use of Physical Restraints. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(5), 322–330. <https://doi.org/10.1111/jnu.12087>
- Faschingbauer, K. M., Peden-McAlpine, C., i Tempel, W. (2013).** Use of Seclusion: Finding the Voice of the Patient to Influence Practice. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 51(7), 32–38. <https://doi.org/10.3928/02793695-20130503-01>

**Finke, L. M. (2001).** The Use of Seclusion Is Not Evidence-Based Practice. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 14(4), 186–190. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2001.tb00312.x>

**Flannery, R. B., i Flannery, G. J. (2014).** International Precipitants to Psychiatric Patient Assaults in Community Settings: Review of Published Findings, 2000–2012. *Psychiatric Quarterly*, 85(4), 391–396. <https://doi.org/10.1007/s11126-014-9305-7>

**Gagnon, M.-P., Desmartis, M., Dipankui, M. T., Gagnon, J., i St-Pierre, M. (2013).** Alternatives to Seclusion and Restraint in Psychiatry and in Long-Term Care Facilities for the Elderly: Perspectives of Service Users and Family Members. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*, 6(4), 269–280. <https://doi.org/10.1007/s40271-013-0023-2>

**Gagnon, M.-P., Desmartis, M., Gagnon, J., St-Pierre, M., Rhainds, M., Coulombe, M., Tantchou, M. D., i Légaré, F. (2015).** Framework for user involvement in health technology assessment at the local level: views of health managers, user representatives, and clinicians. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 31(1–2), 68–77. <https://doi.org/10.1017/S0266462315000070>

**Georgieva, I., de Haan, G., Smith, W., i Mulder, C. L. (2010).** Successful reduction of seclusion in a newly developed psychiatric intensive care unit. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 6(01), 31–38. <https://doi.org/10.1017/S1742646409990082>

**Georgieva, I., Mulder, C. L., i Noorthoorn, E. (2013).** Reducing seclusion through involuntary medication: A randomized clinical trial. *Psychiatry Research*, 205(1–2), 48–53. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.08.002>

**Gjerberg, E., Hem, M. H., Førde, R., i Pedersen, R. (2013).** How to avoid and prevent coercion in nursing homes. *Nursing Ethics*, 20(6), 632–644. <https://doi.org/10.1177/0969733012473012>

**Godfrey, J. L., McGill, A. C., Jones, N. T., Oxley, S. L., i Carr, R. M. (2014).** Anatomy of a Transformation: A Systematic Effort to Reduce Mechanical Restraints at a State Psychiatric Hospital. *Psychiatric Services*, 65(10), 1277–1280. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300247>

**Green-Hennessy, S., i Hennessy, K. D. (2015).** Predictors of Seclusion or Restraint Use Within Residential Treatment Centers for Children and Adolescents. *Psychiatric Quarterly*, 86(4), 545–554. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9352-8>

**Greene, R. W., Ablon, J. S., i Martin, A. (2006).** Use of Collaborative Problem Solving to Reduce Seclusion and Restraint in Child and Adolescent Inpatient Units. *Psychiatric Services*, 57(5), 610–612. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.5.610>

**Grigg, M. (2006).** Eliminating seclusion and restraint in Australia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(4), 224–225. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2006.00427.x>

**Gulpers, M. J. M., Bleijlevens, M. H. C., Ambergen, T., Capezuti, E., van Rossum, E., i Hamers, J. P. H. (2011).** Belt Restraint Reduction in Nursing Homes: Effects of a Multicomponent Intervention Program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(11), 2029–2036. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03662.x>

**Gulpers, M. J. M., Bleijlevens, M. H. C., Ambergen, T., Capezuti, E., van Rossum, E., i Hamers, J. P. H. (2013).** Reduction of Belt Restraint Use: Long-Term Effects of the EXBELT Intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(1), 107–112. <https://doi.org/10.1111/jgs.12057>

**Gulpers, M. J. M., Bleijlevens, M. H. C., Capezuti, E., van Rossum, E., Ambergen, T., i Hamers, J. P. H. (2012).** Preventing belt restraint use in newly admitted residents in nursing homes: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(12), 1473–1479. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.013>

**Happell, B., i Harrow, A. (2010).** Nurses' attitudes to the use of seclusion: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(3), 162–168. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00669.x>

**Holzworth, R. J., i Wills, C. E. (1999).** Nurses' judgments regarding seclusion and restraint of psychiatric patients: A social judgment analysis. *Research in Nursing i Health*, 22(3), 189–201. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199906\)22:3<189::AID-NUR2>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199906)22:3<189::AID-NUR2>3.0.CO;2-Q)

**Huckshorn, K. A. (2004).** Reducing seclusion restraint in mental health use settings: core strategies for prevention. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42(9), 22–33.

**Huckshorn, K. A. (2006).** Re-Designing State Mental Health Policy to Prevent the Use of Seclusion and Restraint. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(4), 482–491. <https://doi.org/10.1007/s10488-005-0011-5>

**Jenkins, K., Bennett, L., O'Donoghue, D., Lancaster, L., i Carillo, F. (2002).** Improving the nurse-patient relationship: a multi-faceted approach. *EDTNA-ERCA Journal*, 28(3), 145–150. <https://doi.org/10.1111/j.1755-6686.2002.tb00230.x>

**Kalisova, L., Raboch, J., Nawka, A., Sampogna, G., Cihal, L., Kallert, T. W., Onchev, G., Karastergiou, A., del Vecchio, V., Kiejna, A., Adamowski, T., Torres-Gonzales, F., Cervilla, J. A., Priebe, S., Giacco, D., Kjellin, L., Dembinskas, A., i Fiorillo, A. (2014).** Do patient and ward-related characteristics influence

the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(10), 1619–1629. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0872-6>

**Kennedy, S. S., i Mohr, W. K. (2001).** A prolegomenon on restraint of children: Implicating constitutional rights. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(1), 26–37. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.71.1.26>

**Keski-Valkama, A., Koivisto, A.-M., Eronen, M., i Kaltiala-Heino, R. (2010).** Forensic and general psychiatric patients' view of seclusion: a comparison study. *Journal of Forensic Psychiatry i Psychology*, 21(3), 446–461. <https://doi.org/10.1080/14789940903456569>

**Knutzen, M., Bjørkly, S., Eidhammer, G., Lorentzen, S., Mjøsund, N. H., Opjordsmoen, S., Sandvik, L., i Friis, S. (2014).** Characteristics of patients frequently subjected to pharmacological and mechanical restraint—A register study in three Norwegian acute psychiatric wards. *Psychiatry Research*, 215(1), 127–133. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.024>

**Koczy, P., Becker, C., Rapp, K., Klie, T., Beische, D., Büchele, G., Kleiner, A., Guerra, V., Reißmann, U., Kurrle, S., i Bredthauer, D. (2011).** Effectiveness of a Multifactorial Intervention to Reduce Physical Restraints in Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(2), 333–339. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03278.x>

**Kong, E.-H., i Evans, L. K. (2012).** Nursing Staff Views of Barriers to Physical Restraint Reduction in Nursing Homes. *Asian Nursing Research*, 6(4), 173–180. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2012.10.007>

**Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holli, M., i Välimäki, M. (2012).** Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggestions



on How to Improve Practices and Use Alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(1), 16–24. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00301.x>

**Kontio, R., Välimäki, M., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Scott, A., i Joffe, G. (2010).** Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? *Nursing Ethics*, 17(1), 65–76. <https://doi.org/10.1177/0969733009350140>

**Kuosmanen, L., Hatonen, H., Jyrkinen, A. R., Katajisto, J., i Valimaki, M. (2006).** Patient satisfaction with psychiatric inpatient care. *Journal of Advanced Nursing*, 55(6), 655–663. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03957.x>

**Larsen, I. B., i Terkelsen, T. B. (2014).** Coercion in a locked psychiatric ward. *Nursing Ethics*, 21(4), 426–436. <https://doi.org/10.1177/0969733013503601>

**LeBel, J. (2008).** Regulatory Change: A Pathway to Eliminating Seclusion and Restraint or “Regulatory Scotoma”? *Psychiatric Services*, 59(2), 194–196. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.2.194>

**LeBel, J. L., Duxbury, J. A., Putkonen, A., Sprague, T., Rae, C., i Sharpe, J. (2014).** Multinational Experiences in Reducing and Preventing the Use of Restraint and Seclusion. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 52(11), 22–29. <https://doi.org/10.3928/02793695-20140915-01>

**LeBel, Janice, Huckshorn, K. A., i Caldwell, B. (2010).** Restraint use in residential programs: why are best practices ignored? *Child Welfare*, 89(2), 169–187.

**LeBel, Janice, Stromberg, N., Duckworth, K., Kerzner, J., Goldstein, R., Weeks, M., Harper, G., i Sudders, M. (2004).** Child and Adolescent Inpatient Restraint Reduction: A State Initiative to Promote Strength-Based Care. *Journal of the American Academy of Child i Adolescent Psychiatry*, 43(1), 37–45. <https://doi.org/10.1097/00004583-200401000-00013>

**Lewis, M., Taylor, K., i Parks, J. (2009).** Crisis Prevention Management: A Program to Reduce the Use of Seclusion and Restraint in an Inpatient Mental Health Setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(3), 159–164. <https://doi.org/10.1080/01612840802694171>

**Lindsey, P. L. (2009).** Psychiatric Nurses' Decision to Restrain. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 47(9), 41–49. <https://doi.org/10.3928/02793695-20090730-02>

**Ling, S., Cleverley, K., i Perivolaris, A. (2015).** Understanding Mental Health Service User Experiences of Restraint through Debriefing: A Qualitative Analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(9), 386–392. <https://doi.org/10.1177/070674371506000903>

**Looi, G.-M. E., Engström, Å., i Sävenstedt, S. (2015).** A Self-Destructive Care: Self-Reports of People Who Experienced Coercive Measures and their Suggestions for Alternatives. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(2), 96–103. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.951134>

**Luciano, M., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Pingani, L., Palumbo, C., De Rosa, C., Catapano, F., i Fiorillo, A. (2014).** Use of coercive measures in mental health practice and its impact on outcome: a critical review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 14(2), 131–141. <https://doi.org/10.1586/14737175.2014.874286>

**Madan, A., Borckardt, J. J., Grubaugh, A. L., Danielson, C. K., McLeod-Bryant, S., Cooney, H., Herbert, J., Hardesty, S. J., i Frueh, B. C. (2014).** Efforts to Reduce Seclusion and Restraint Use in a State Psychiatric Hospital: A Ten-Year Perspective. *Psychiatric Services*, 65(10), 1273–1276. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300383>

**Maguire, T., Young, R., i Martin, T. (2012).** Seclusion reduction in a forensic mental health setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(2), 97–106. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01753.x>

**Mann-Poll, P. S., Smit, A., van Doeselaar, M., i Hutschemaekers, G. J. M. (2013).** Professionals' Attitudes After a Seclusion Reduction Program: Anything Changed? *Psychiatric Quarterly*, 84(1), 1–10. <https://doi.org/10.1007/s11126-012-9222-6>

**Martin, A., Krieg, H., Esposito, F., Stubbe, D., i Cardona, L. (2008).** Reduction of Restraint and Seclusion Through Collaborative Problem Solving: A Five-Year Prospective Inpatient Study. *Psychiatric Services*, 59(12), 1406–1412. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.12.1406>

**Mental Health Commission. (2004).** Seclusion in New Zealand Mental Health Services (Issue April).

**Moran, A., Cocoman, A., Scott, P. A., Matthews, A., Staniulienė, V., i Valimak, M. (2009).** Restraint and seclusion: a distressing treatment option? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(7), 599–605. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01419.x>

**Newton-Howes, G., i Mullen, R. (2011).** Coercion in Psychiatric Care: Systematic Review of Correlates and Themes. *Psychiatric Services*, 62(5), 465. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.62.5.465>

**Noorthoorn, E., Lepping, P., Janssen, W., Hoogendoorn, A., Nijman, H., Widdershoven, G., i Steinert, T. (2015).** One-year incidence and prevalence of seclusion: Dutch findings in an international perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(12), 1857–1869. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1094-2>

**Pogge, D. L., Pappalardo, S., Buccolo, M., i Harvey, P. D. (2013).** Prevalence and Precursors of the use of Restraint and Seclusion in a Private Psychiatric Hospital: Comparison of Child and Adolescent Patients. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 40(3), 224–231. <https://doi.org/10.1007/s10488-011-0396-2>

- Pollard, R., Yanasak, E. V., Rogers, S. A., i Tapp, A. (2007).** Organizational and Unit Factors Contributing to Reduction in the Use of Seclusion and Restraint Procedures on an Acute Psychiatric Inpatient Unit. *Psychiatric Quarterly*, 78(1), 73–81. <https://doi.org/10.1007/s11126-006-9028-5>
- Prinsen, E. J. D., i van Delden, J. J. M. (2009).** Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry? *Journal of Medical Ethics*, 35(1), 69–73. <https://doi.org/10.1136/jme.2007.022780>
- Putkonen, A., Kuivalainen, S., Louheranta, O., Repo-Tiihonen, E., Ryyänänen, O.-P., Kautiainen, H., i Tiihonen, J. (2013).** Cluster-Randomized Controlled Trial of Reducing Seclusion and Restraint in Secured Care of Men With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 64(9), 850–855. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200393>
- Raboch, J., Kalisova, L., Nawka, A., Kitzlerova, E., Onchev, G., Karastergiou, A., Magliano, L., Dembinskas, A., Kiejna, A., Torres-Gonzales, F., Kjellin, L., Priebe, S., i Kallert, T. W. (2010).** Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings From Ten European Countries. *Psychiatric Services*, 61(10), 1012–1017. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.61.10.1012>
- Rakhmatullina, M., Taub, A., i Jacob, T. (2013).** Morbidity and Mortality Associated with the Utilization of Restraints. *Psychiatric Quarterly*, 84(4), 499–512. <https://doi.org/10.1007/s11126-013-9262-6>
- Roberts, D., Crompton, D., Milligan, E., i Groves, A. (2009).** Reflection on the Use of Seclusion in an Acute Mental Health Facility. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 47(10), 25–31. <https://doi.org/10.3928/02793695-20090902-01>

**Saarnio, R., Isola, A., i Laukkala, H. (2009).** The use of physical restraint in institutional care of older people in Finland: nurses' individual, communal and alternative modes of action. *Journal of Clinical Nursing*, 18(1), 132–140. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02383.x>

**Sailas, E. E., i Fenton, M. (2000).** Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001163>

**Sanders, K. (2009).** The Effects of an Action Plan, Staff Training, Management Support and Monitoring on Restraint Use and Costs of Work-Related Injuries. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(2), 216–220. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00491.x>

**Sclafani, M. J., Humphrey II, F. J., Repko, S., Ko, H. S., Wallen, M. C., i DiGiacomo, A. (2007).** Reducing Patient Restraints: A Pilot Approach Using Clinical Case Review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(1), 32–39. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2008.00145.x>

**Sheehan, K. A. (2011).** Perceived Coercion and the Therapeutic Relationship: A Neglected Association? *Psychiatric Services*, 62(5), 471. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.62.5.471>

**Short, R., Sherman, M. E., Raia, J., Bumgardner, C., i Chambers, A. (2008).** Safety Guidelines for Injury-Free Management of Psychiatric Inpatients in Precrisis and Crisis Situations. *Psychiatric Services*, 59(12), 1376–1378. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.12.1376>

**Singh, N. N., Lancioni, G. E., Karazsia, B. T., Myers, R. E., Winton, A. S. W., Latham, L. L., i Nugent, K. (2015).** Effects of Training Staff in MBPBS on the Use of Physical Restraints, Staff Stress and Turnover, Staff and Peer Injuries, and Cost Effectiveness in Developmental Disabilities. *Mindfulness*, 6(4), 926–937. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0369-0>

**Sivak, K. (2012).** Implementation of Comfort Rooms to Reduce Seclusion, Restraint Use, and Acting-Out Behaviors. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 50(2), 24–34. <https://doi.org/10.3928/02793695-20110112-01>

**Sivakumaran, H., George, K., i Pfukwa, K. (2011).** Reducing Restraint and Seclusion in an Acute Aged Person's Mental Health Unit. *Australasian Psychiatry*, 19(6), 498–501. <https://doi.org/10.3109/10398562.2011.603326>

**Soininen, P., Putkonen, H., Joffe, G., Korkeila, J., Puukka, P., Pitkänen, A., i Välimäki, M. (2013).** Does experienced seclusion or restraint affect psychiatric patients' subjective quality of life at discharge? *International Journal of Mental Health Systems*, 7(1), 28. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-7-28>

**Stanhope, V., Marcus, S., i Solomon, P. (2009).** The Impact of Coercion on Services From the Perspective of Mental Health Care Consumers With Co-occurring Disorders. *Psychiatric Services*, 60(2). <https://doi.org/10.1176/appi.ps.60.2.183>

**Steinert, T., Birk, M., Flammer, E., i Bergk, J. (2013).** Subjective Distress After Seclusion or Mechanical Restraint: One-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Study. *Psychiatric Services*, 64(10), 1012–1017. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200315>

**Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrütter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., Keski-Valkama, A., Mayoral, F., i Whittington, R. (2010).** Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(9), 889–897. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0132-3>

**Sturmey, P. (2009).** It is Time to Reduce and Safely Eliminate Restrictive Behavioural Practices. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(2), 105–110. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00476.x>

**Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2011).** The Business Case for Preventing and Reducing Restraint and Seclusion Use. Samhsa Report, 11-4632.

**Van Doeselaar, M., Slegers, P., i Hutschemaekers, G. (2008).** Professionals' Attitudes Toward Reducing Restraint: The Case of Seclusion in The Netherlands. *Psychiatric Quarterly*, 79(2), 97-109. <https://doi.org/10.1007/s11126-007-9063-x>

**Van Loan, C. L., Gage, N. A., i Cullen, J. P. (2015).** Reducing Use of Physical Restraint: A Pilot Study Investigating a Relationship-Based Crisis Prevention Curriculum. *Residential Treatment for Children i Youth*, 32(2), 113-133. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2015.1043787>

**Voskes, Y., Kemper, M., Landeweer, E. G., i Widdershoven, G. A. (2014).** Preventing seclusion in psychiatry: a care ethics perspective on the first five minutes at admission. *Nursing Ethics*, 21(7), 766-773. <https://doi.org/10.1177/0969733013493217>

**Wale, J., Belkin, G. S., i Moon, R. (2011).** Reducing the Use of Seclusion and Restraint in Psychiatric Emergency and Adult Inpatient Services — Improving Patient-Centered Care. *The Permanente Journal*, 15(2), 57-62. <https://doi.org/10.7812/TPP/10-159>

**Weiss, E. M., Altimari, D., BLint, D. F., i Megan, K. (1998).** Deadly restraints: A nationwide pattern of death. *The Hartford Courant*.

**Whittington, R., Bowers, L., Nolan, P., Simpson, A., i Neil, L. (2009).** Approval Ratings of Inpatient Coercive Interventions in a National Sample of Mental Health Service Users and Staff in England. *Psychiatric Services*, 60(6). <https://doi.org/10.1176/appi.ps.60.6.792>

**Wisdom, J. P., Wenger, D., Robertson, D., Van Bramer, J., i Sederer, L. I. (2015).** The New York State Office of Mental Health Positive Alternatives to Restraint and Seclusion (PARS) Project. *Psychiatric Services*, 66(8), 851–856. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400279>



## VI. ANNEX: REVISIÓ D'ESTRATÈGIES PEL CANVI

codi	Autor/a - any	Mostra / servei	Disseny	Model	Resultats
1	Amato, Salter i Mion (2006)	2 unitats de rehabilitació per lesions d'accidents cerebrovasculars (u1,16 llits) i per danys cerebrals (u2,18 llits), en un hospital universitari de l'oest mitjà, EUA.	Anàlisi comparatiu i retrospectiu de les taxes de C i caigudes, prèvies (12 mesos) i posteriors (12 mesos) a la implementació del programa de reducció.	<i>The Restraint Reduction Program</i> (RRP)	Reducció del 28,2% de C físiques en la u1 i del 16,2% en la u2. Les caigudes també es van reduir el 45,5% i el 64,2% respectivament.
2	Ashcraft i Anthony (2008)	2 centres de crisi psiquiàtriques de diferent grandària a Arizona (EUA), amb 14500 admissions anuals, amb 4600 d'involuntàries, i amb una estada mitja de 24 hores a 5 dies.	Anàlisi retrospectiu i comparatiu de 58 mesos de les dades de contencions mecàniques, temps perdut del personal per danys, i C químiques després de la implementació del programa.	Manual de formació i canvi organitzacional de <i>META Services</i> similar a les <i>Six Core Strategies</i> de la NASMHPD	Reducció evident de contencions mecàniques en els dos centres, que van aconseguir registrar mesos sense incidents, el més petit ho va aconseguir amb menys temps, i va registrar una reducció significativa dels danys al personal. En cap dels dos va augmentar les C químiques.
3	Azeem, Aujla, Rammerth, Binsfeld, i Jones (2011)	3 unitats separades per edat d'infants i adolescents (26 llits en total) en un hospital psiquiàtric a EUA, admesos per diferents vies com: mandats judicials, derivacions, del departaments d'emergències, etc.	Estudi retrospectiu i comparatiu basat en les dades de C/A de 33 mesos prèvies i posteriors a la implementació del programa (amb un total de 458 persones admeses durant aquest període).	<i>Six Core Strategies</i>	Es van reduir els episodis totals de contencions de 93 els sis primers mesos previs a la intervenció a 31 els últims sis mesos post intervenció.

codi	Autor/a - any	Mostra / servei	Disseny	Model	Resultats
4	Barton, Johnson, i Price (2009)	Unitat d'Adults de salut conductual (26 llits) en un hospital comunitari privat sense ànim de lucre a Pennsylvania (EUA), amb el 80% d'admissions provinents del departament d'emergències 17 pacients i una estada de 5 a 7 dies.	Auditoria retrospectiva de les taxes de C i d'administració de medicacions hipnòtiques-sedatives durant els 3 anys previs a la intervenció i els tres posteriors.	NETI <i>program for the reduction of seclusion and restraint</i>	Es va reduir la incidència de C de 19 abans de la implementació a zero després d'aquesta. L'ús de medicacions hipnòtiques-sedatives també es va reduir per a totes les persones usuàries.
5	Blair i Moulton-Adelman (2015)	Unitat psiquiàtrica d'hospitalització a Oregon (EUA).	Anàlisi i descripció de les intervencions clau i audició de les taxes de contencions durant els 13 anys posteriors a la implementació del model.	<i>The Engagement Model</i>	Reducció inicial en el primer any de 38 C mecàniques a 7 i de 101 incidents de A 10 durant els dos primers, amb una reducció continuada i mantinguda durant els 13 anys.
6	Borckardt (2011)	5 unitats d'hospitalització psiquiàtrica en un hospital estatal de Carolina del Sud (EUA). Els participants van ser el personal i les persones usuàries, amb un total de 89783 persones-dia durant un període de 3 anys i mig.	Estudi aleatori controlat de línia base múltiples, amb cada una de les 5 unitats assignades a l'atzar a un component de la intervenció en diferents etapes. Es va utilitzar el PROC Mixed (Versió 9.2 en SAS) per determinar l'impacte de la intervenció en les taxes de contencions durant un període de 3,5 anys.	<i>The Engagement Model</i>	La taxa per dia de contencions es va reduir el 82,3% de la línia base a la fase de seguiment post intervenció.
7	Boumans, Egger, Souren, i Hutschemaekers (2014)	Unitat de tractaments intensius tancada (21 llits) per a persones amb trastorns psicòtics o d'abús de substàncies, la majoria ingressada involuntàriament, a Holanda.	Disseny quasi-experimental amb grup control no equivalent, on es comparen les taxes d'A en el grup d'intervenció de 21 llits amb tres altres unitats de 45 llits durant 2 anys.	<i>Methodical Work Approach</i>	Reducció en comparació al grup control del nombre d'incidents i de les hores totals en A, de 16 incidents a tres i de 934 hores a 62.

<b>codi</b>	<b>Autor/a - any</b>	<b>Mostra / servei</b>	<b>Disseny</b>	<b>Model</b>	<b>Resultats</b>
8	Caldwell et al. (2014)	3 programes diferents de servei a infants, adolescents i les seves famílies: hospital psiquiàtric (u1,52 llits), serveis de justícia juvenil (u2) i centres residencials de 84 i 48 llits (u3) a EUA.	Anàlisi comparatiu i retrospectiu de les taxes de contencions durant 8 anys a la u1, i 2 anys en les u2 i u3.	<i>Six Core Strategies; Building Bridges Initiative</i>	Eliminació de C mecàniques i reducció del 87% de contencions físiques en la u1, eliminació quasi total de contencions en la u2, i reducció del 75% de les C a la u3.
9	Chandler (2012)	Unitat tancada d'hospitalització psiquiàtrica de 20 llits a EUA.	Disseny qualitatiu de cas únic, amb entrevistes i observacions participants a informants clau (personal i persones usuàries) amb anàlisi de contingut inductiu, i anàlisi retrospectiu de les taxes de contencions durant 6 anys.	<i>Six Core Strategies</i>	Reducció significativa de les taxes de contencions. Augment dels coneixements i habilitats del personal, canvi de cultura en la unitat i millora de les relacions entre personal i persones usuàries.
10	Cosper, Morelock i Provine (2015)	4 hospitals amb cura d'aguts amb un sol sistema de salut amb un total de més 1000 llits, 169 dels quals designats com a atenció crítica. (EUA).	Anàlisi retrospectiu de les taxes de C de tots els pacients hospitalitzats en els 4 hospitals, recollides a través del <i>NDNQI Restraint Quarterly Prevalence Tool</i> .	Propi	Reducció del 5,87% a 1,73% de pacients amb incidents de C. La taxa es va mantenir per sota del 2,26% passats dos anys. Un dels hospitals va tenir una prevalença del 0% durant un any.
11	Cummings, Grandfield i Coldwell (2010)	Hospital psiquiàtric públic d'aguts per infants i adults (238 llits) a New Hampshire (EUA).	Anàlisi comparatiu de les taxes de freqüència i duració de les contencions usant les dades de millora de de qualitat (d'abans i després de la intervenció) durant 9 mesos entre una unitat experimental i una de control.	<i>Comfort Rooms</i>	Reducció significativa de la freqüència i la duració de l'ús de contencions, i dels nivells d'estrès informats pel 89% de les persones usuàries.

codi	Autor/a - any	Mostra / servei	Disseny	Model	Resultats
12	Georgieva, de Haan, Smith, i Mulder (2010)	1 unitat d'atenció intensiva psiquiàtrica en un hospital psiquiàtric a Holanda, amb 8 persones usuàries amb diagnòstics comòrbids complexos i amb u historial de molta incidència d'agressions, autolesions i període de A.	Estudi retrospectiu amb un seguiment de 28 mesos, amb el que es van comparar les taxes de temps en A previs i posteriors a l'admissió a la unitat.	Propi	El temps en A es va eliminar pràcticament caient del 40% del temps en A vers el temps total hospitalitzats al 0,1%. Reducció que no es va donar per l'ús d'altres mesures coercitives com C o medicació involuntària.
13	Godfrey et al. (2014)	2 unitats diferents: unitat d'aguts d'adults de 140 llits (u1) i unitat de transició a la comunitat de 76 llits (u2) d'un hospital psiquiàtric estatal de Carolina del Nord (EUA). La mostra van ser les persones adultes de 18 a 64 anys admeses en aquestes unitats de setembre del 2009 al juliol de 2012.	Anàlisi comparatiu i retrospectiu de les taxes de contencions, medicació forçosa i d'assalts al personal d'abans i després de la intervenció (34 mesos).	Propi	Reducció de les C mecàniques del 98% en la u1 i del 100% en la u2, on no es va registrar cap incident durant els últims 559 dies de l'estudi. En la u1 es van reduir també les taxes de A i de medicació forçosa, mentre que a la u2 van augmentar. En les 2 unitats es van mantenir les taxes de C físiques i es van reduir les de assalts i danys al personal.
14	Greene, Ablon i Martin (2006) i Martin et al. (2008)	Unitat d'hospitalització tancada per a infants i adolescents (13 llits) amb diferents diagnòstics psiquiàtrics de 3 a 13 anys i amb estada mitja de 14 dies, amb taxes extremes de contencions i danys al personal. (EUA).	Anàlisi retrospectiu i comparatiu de les taxes de contencions durant 5 anys: 6 mesos posteriors a la intervenció, 18 mesos d'intervenció i 3 anys previs amb un total de 755 menors.	<i>Collaborative Problem Solving</i>	Reducció significativa d'incidents de contencions gràcies a la intervenció. Es van documentar 281 episodis durant els 9 mesos anteriors per només 1 durant els 15 mesos posteriors a la intervenció.

codi	Autor/a - any	Mostra / servei	Disseny	Model	Resultats
15	Gulpers et al. (2011, 2013, 2012)	13 Llars psicogeriatricues per ancians d'Holanda amb 714 persones ingressades.	Disseny longitudinal quasi-experimental, amb línia base, 4 mesos d'intervenció i 8 de seguiment, i avaluació a llarg termini dels efectes 24 mesos més tard. Es van recollir les taxes de C mecàniques i físiques i d'ús de medicaments psicoactius a través d'una eina d'observació elaborada prèviament, i es van comparar entre el grup.	EXBELT	L'ús de C mecàniques amb cinturons es va reduir al 50% en el grup experimental, mentre que en el control es va mostrar estable. En el grup experimental es van registrar menys ús de medicaments psicoactius i de C físiques. En els nous admesos es van usar cinturons en el 2% del grup intervenció i en el 13% del grup control. En el grup intervenció també es van usar menys C físiques. Al cap de 24 mesos s'havia reduït un 65% l'ús de cinturons en el grup experimental vers el 3% en el grup control.
16	Koczy et al. (2011)	45 llars d'ancians amb 333 residents amb taxes elevades de C i de persones amb demència, a Alemanya.	Disseny experimental amb grups aleatoritzats amb 3 mesos d'intervenció. En el grup experimental van formar part 23 llars amb una mitjanada de 112 residents, i en el control 22 llars amb una mitjana de 100 residents. Es van recollir les dades de les taxes de contencions, medicacions psicoactives i de canvis en la conducta.	Propi	Després de tres mesos, la probabilitat de no patir C era de més del doble en el grup experimental, on es van reduir les taxes de C fins el 75%. La intervenció no va tenir efecte en el nombre de medicacions psicoactives usades ni en la conducta de les persones usuàries.

## VI. ANNEXES

codi	Autor/a - any	Mostra / servei	Disseny	Model	Resultats
17	Lewis, Taylor i Parks (2009)	Clínica psiquiàtrica d'hospitalització de l'hospital John Hopkins (EUA) amb 5 unitats i un total 88 llits de persones diagnosticades de diferents trastorns psiquiàtrics i d'abús de substàncies, derivades del departament d'emergències de forma voluntària o involuntària.	Anàlisi retrospectiu de les dades d'incidència de contencions des del 1995 al 2007. Havent-se realitzat la intervenció al 2005.	NETI program for the reduction of seclusion and restraint; Crisis Prevention Management	Totes les unitats van reduir l'ús de C entre el 30 i el 97% depenen de la unitat, i tres unitats van reduir l'A entre el 20 i el 63%.
18	Maguire, Young i Martin (2012)	Hospital forense de 116 llits a Austràlia amb programes d'aguts, rehabilitació continuada per a persones amb històries delictives, trastorns duals, antecedents de violència, etc.	Anàlisi retrospectiu i comparatiu de les taxes d'A recollides durant dos anys previs a la intervenció i dos anys posteriors.	Six Core Strategies	Reducció significativa dels episodis i duració d'A, però menor en el número de persones sotmeses a A.
19	Pollard, Yanasak, Rogers, i Tapp (2007)	Unitat de seguretat d'aguts d'un hospital per a veterans de guerra als EUA.	Anàlisi retrospectius i comparatiu de les taxes de temps en contencions recollides duran 46 mesos a través dels informes d' infermeria, havent-se produït la intervenció en el mes 28.	JCAHO 2000 standards	Les hores de mitja en contenció es van reduir de 9,58 hores a 2,72 gràcies a la intervenció, i mesos després pràcticament es van mantenir els canvis.
20	Putkonen et al. (2013)	13 unitats d'un hospital psiquiàtric de seguretat a Finlàndia amb un total de 88 llits.	Disseny experimental amb grups aleatoritzats. Durant 1 any es va transmetre informació sobre prevenció de contencions en les 13 unitats, i es va realitzar 1 any d'intervenció en 4 unitats d'alta seguretat que es van estratificar per taxes de coerció i es van assignar en 2 grups iguals. Es van recollir i comparar les taxes de contencions, d'incidents amb violència, i el temps de baixa del personal per lesions.	Six Core Strategies	El temps en contencions es va reduir en el grup experimental de 110 a 56 hores per 100 clients/dia, mentre que en el grup control va augmentar de 133 a 150. En el grup control també es van reduir les taxes d'incidents de violència i la severitat d'aquesta. A més es va reduir el 75% dels dies en que el personal estava de baixa per lesions ocasionades per persones usuàries.

codi	Autor/a - any	Mostra / servei	Disseny	Model	Resultats
21	Sanders (2009)	2 escoles de dia per infants i adolescents de 7 a 21 anys, i un programa residencial amb 21 llars basades en la comunitat per adults de 16 a 68 anys, del Grafton Winchestar Facility (EUA). Destinades a persones amb diferents nivells de discapacitat intel·lectual, condicions psiquiàtriques concurrents i diferents graus de comportaments desafiants.	Anàlisi retrospectiu de les dades de les taxes de C amb un ajust aproximat de 50,000 clients/dia, dels danys al personal i dels costos associats a aquests d'un any anterior a la intervenció i 3 anys posteriors.	Propi, <i>Grafton's Initiative</i>	Les taxes de C van passar del 10,33 previ a la intervenció al 0,06 posterior, suposant una reducció del 99,4%. Els danys al personal es van reduir el 37,7%, el que va suposar una reducció del 93% de les despeses associades.
22	Sclafani et al. (2007)	2 persones usuàries d'una unitat de 35 llits, i d'aquesta mateixa, d'un hospital psiquiàtric del EUA.	Avaluació i intervenció d'un equip expert en l'hospital. Primer a través de l'anàlisi qualitatiu i intervenció en 2 casos d'alta dificultat i posteriorment es va implementar a tota la unitat. Es van recollir les dades de forma retrospectiva dels incidents de C de tota la unitat i dels 2 casos durant 15 mesos.	Propi	Després de la intervenció es van eliminar els incidents de C tant en els 2 casos com en tota la unitat.
23	Short, Sherman, Raia, Bumgardner, i Chambers (2008)	Unitat de tractament per persones hospitalitzades amb 200 places per a civils, pacients forenses, i forenses de màxima seguretat a Ohio (EUA).	Estudi quasi-experimental longitudinal, amb anàlisi retrospectiu de les dades de 4 anys de taxes de danys al personal, episodis de contencions, dies de baixa del personal per danys, queixes dels pacients i codis de seguretat emprats.	TVBK <i>safety guidelines</i>	Reducció del 90% dels danys al personal i del 77% dels dies de baixa per danys, del 36% d'episodis de contencions, del 37% de les queixes de les persones usuàries, i del 25% de codis de seguretat emprats pel personal.

codi	Autor/a - any	Mostra / servei	Disseny	Model	Resultats
24	Singh et al. (2015)	3 llars de grup per a adults amb discapacitats del desenvolupament als EUA. En l'estudi hi van participar nou professionals d'atenció directa i 3 homes amb alta agressivitat.	Disseny experimental de línia base múltiple per avaluar els efectes de la intervenció sobre les taxes de redireccions verbals, C, i danys al personal o a iguals.	<i>Mindfulness-Based Positive Behavior Support</i>	La mitjana de C, i la freqüència de danys al personal es va reduir pràcticament a 0. El personal del grup experimental va usar més redireccions verbals, va reduir la percepció d'estrès un 45% i es van reduir el 87,75% dels costos econòmics relacionats amb els danys al personal.
25	Sivak (2012)	1 petit i rural hospital de salut mental als EUA.	Anàlisi retrospectiu i comparatiu de les taxes mitjanes per 1000 dies de contencions, assalts a iguals o al personal i autolesions dels 4 mesos anteriors i posteriors a la intervenció.	<i>Comfort Rooms</i>	Totes les persones usuàries van considerar que els havia ajudat a reduir els nivells d'angoixa. No hi va haver cap incident de contenció ni abans ni després de la intervenció. Es van reduir un 23,4% les agressions a iguals i un 48,1% al personal, però no les autolesions.
26	Sivakumaran, George, i Pfkukwa (2011)	Unitat d'hospitalització per aguts (30 llits) per a ancians majors de 65 anys, admesos majoritàriament per símptomes de trastorn mental o de demència, a Victòria (Austràlia).	Disseny mixt amb el que es van analitzar les dades de contencions, auditar aleatòriament la documentació dels pacients, i dades qualitatives obtingudes a través d'enquestes al personal d'infermeria del 2005 al 2009.	Propi	Reducció significativa del número d'incidents de contencions i del temps emprat en aquestes.
27	Van Loan, Gage i Cullen (2015)	Residència terapèutica per adolescents de 13 a 17 anys (55 llits) amb una estada mitjana de 6 a 9 mesos, amb dificultats emocionals i de comportament, problemes d'abús de substàncies o delictes sexuals, als EUA.	Anàlisi retrospectiu de les taxes de C i de les dades provinents d'enquestes administrades a 40 treballadores, 4 mesos abans i després de la formació.	Propi/pilot	La freqüència mitja de C es va reduir de 17,3 al mes a 5,5. Augment del coneixement i la valoració positiva d'estratègies del personal i de l'autocompetència percebuda.



codi	Autor/a - any	Mostra / servei	Disseny	Model	Resultats
28	Voskes, Kemper, Landeweer, i Widdershoven (2014)	Pavelló d'admissions d'un hospital psiquiàtric d'Amsterdam (Holanda).	Anàlisi de casos des de la <i>care ethics perspective</i> , on es compara l'aplicació efectiva i inefectiva de la intervenció a través d'un disseny de resposta.	<i>The first five minutes at admission</i>	Només seguint els passos de la intervenció no s'aconsegueix la prevenció de contencions, però sí si es manté l'atenció constant a les necessitat i hi ha alts nivells de sensibilitat, comunicació i reflexió.
29	Wale et al. (2011)	11 instal.lacions de la New York City Health and Hospitals Corporation (HHC, EUA), amb 1117 llits d'hospitalització d'adults i 36000 visites psiquiàtriques d'emergència l'any 2009.	Estudi retrospectiu i comparatiu de les dades de 2007 a 2009 de freqüència i durada de contencions, danys a les persones usuàries.	<i>Six Core Strategies</i>	La freqüència d'episodis de C va caure un 28% i la de A un 27%, els danys a les persones usuàries un 56%, la duració dels incidents de C es va reduir el 77% i la dels de A un 43%.
30	Wisdom, Wenger, Robertson, Van Bramer, i Sederer (2015)	Els 3 serveis per infants i adolescents amb més incidents de contencions de la <i>New York State Office of Mental Health</i> (OMH): 1 centre psiquiàtric de l'OMH (u1), 1 instal.lació de tractament residencial de l'OMH (u2), i 1 hospital psiquiàtric privat amb llicència de l'OMH (u3). Sent la mostra final 64 infants (0 a 17 anys) dels 10118 de la zona oest i central de Nova York (EUA).	Disseny Mixta. Es van recollir les taxes de contencions del 2007 al 2011 i es van analitzar retrospectivament, i es van recollir dades qualitatives a través d'informes, consultes a la unitat, revisions del comitè directiu, visites i consultes a les unitats, que van formar part d'un anàlisi temàtic per trobar lliçons apreses.	Six Core Strategies; PARS project	Reducció de les taxes de contencions del 62% (u1), 86%(u2) i 69%(u3). Per aconseguir la reducció cal examinar la pròpia cultura i pràctica, crear-ne una de nova a tota l'organització, revisar els incidents amb actitud oberta i complaença a aprendre, incloure la visió de les persones usuàries i difondre les alternatives a contencions.

U=Unitat, C=Contencions, A=Aïllament



Yale

Universitat  
de Girona



**VEUS**  
Federació Catalana d'Entitats  
De Salut Mental en la Persona