



SUNDHEDSSTYRELSEN

2021



# Anbefalinger for nedbringelse af tvang for mennesker med psykiske lidelser



## **Anbefalinger for nedbringelse af tvang for mennesker med psykiske lidelser**

© Sundhedsstyrelsen, 2021.  
Publikationen kan frit refereres  
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Elektronisk ISBN:** 978-87-7014-225-0

**Sprog:** Dansk  
**Versionsdato:** 7.1.2021  
**Format:** pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,  
Januar 2021

# Indholdsfortegnelse

<b>1. Sammenfatning af anbefalinger.....</b>	<b>4</b>
1.1 Generel tvangsforebyggelse.....	4
1.2 Forebyggelse af tvang før indlæggelse.....	4
1.3 Forebyggelse af tvang under indlæggelse.....	6
1.4 Særlige forhold vedr. børn og unge .....	6
<b>2. Introduktion .....</b>	<b>8</b>
2.1 Baggrund.....	8
2.2 Formål .....	9
2.3 Lovgivning i forhold til anvendelse af tvang .....	11
2.4 Udvikling i anvendelsen af tvang .....	13
<b>3. Generel tvangsforebyggelse .....</b>	<b>15</b>
3.1 Nationale strategier til forebyggelse af tvang .....	15
3.2 De seks kernestrategier .....	16
3.3 Anbefaling for generel nedbringelse af tvang .....	22
<b>4. Forebyggelse af tvang før indlæggelse.....</b>	<b>23</b>
4.1 Viden om forebyggelse af tvangsindlæggelser.....	23
4.2 Mennesker, der ikke tidligere har været i kontakt med den regionale psykiatri.....	23
4.3 Mennesker, der tidligere har været i kontakt med den regionale psykiatri .....	24
<b>5. Forebyggelse af tvang under indlæggelse .....</b>	<b>29</b>
5.1 Afdelingsrettede forebyggelsestiltag: Skabelse af et tvangsforebyggende miljø .....	29
5.2 Individrettede forebyggelsestiltag .....	31
5.3 Samarbejde med somatiske afdelinger.....	34
<b>6. Særlige forhold vedr. tvangsforebyggelse for børn og unge.....</b>	<b>35</b>
6.1 Inddragelse af familien.....	35
6.2 Overgang fra ung til voksen.....	36
6.3 Sygdomme hos børn og unge .....	36
6.4 Tæt samarbejde med sociale indsatser .....	37
6.5 Tværsektorielle indsatser til børn og unge.....	38
<b>Bilagsfortegnelse .....</b>	<b>40</b>
Bilag 1: Relevante tidligere initiativer.....	41
Bilag 2: Kommissorium for arbejdsgruppen .....	45
Bilag 3: Arbejdsgruppens medlemmer .....	48
<b>Litteratur.....</b>	<b>50</b>

# 1. Sammenfatning af anbefalinger

Trods et stort fokus gennem en lang årrække, særligt siden 2014, på at nedbringe brugen af tvang i psykiatrien i Danmark, er det fortsat ikke lykkedes i tilstrækkelig grad. Sundhedsstyrelsen har siden 2014, hvert halve år, monitoreret udviklingen. Tendensen i monitoreringerne har været, at det overordnet ikke er lykkedes at nedbringe den samlede brug af tvang, til trods for at antallet af bæltefikseringer er faldet. I forhold til børn og unge er anvendelsen af tvangsindlæggelser og anvendelsen af tvang under indlæggelse stagneret siden 2015. Desuden viser de nyeste tal fra 2019, at der er en stor variation i tvangsansværelsen mellem de fem regioner. Frihedsberøvelse og anvendelse af anden tvang i forbindelse med indlæggelse og behandling på en psykiatrisk afdeling, må kun finde sted efter reglerne i Psykiatriloven (læs mere om dette i kapitel 2).

Sundhedsstyrelsen finder anvendelsen af tvang i Danmark bekymrende af flere grunde. Dels berører tvang nogle af de mest grundlæggende individuelle rettigheder til frihed og selvbestemmelse, og det er derfor helt afgørende, at mennesker ikke berøres unødigt af tvang. Dels tyder det på, at der er forskelle på tværs af regioner og afdelinger, og at patienterne derfor ikke oplever en ensartet kvalitet på tværs af landet. På den baggrund har Sundhedsstyrelsen udarbejdet anbefalinger, som kan understøtte aktørerne på området i at nedbringe brugen af tvang.

Anbefalingerne for nedbringelse af tvang i psykiatrien er sammenfattet nedenfor. De enkelte anbefalinger uddybes i kapitlerne 3-6.

## 1.1 Generel tvangsforebyggelse

*Arbejde med nedbringelse af tvang med udgangspunkt i de seks kernestrategier*

- Alle, der arbejder med nedbringelse eller forebyggelse af tvang for mennesker med psykiske lidelser, bør arbejde med udgangspunkt i tilgangen i de seks kernestrategier.

## 1.2 Forebyggelse af tvang før indlæggelse

*Særlig opmærksomhed på symptomer og tidlig indsats hos mennesker med svære psykiske lidelser*

- Sundhedspersoner og kommunale fagprofessionelle, der tidligt i forløbet kommer i kontakt med mennesker med psykiske lidelser, bør have en særlig opmærksomhed på symptomer på svære psykiske lidelser og på at hjælpe til en tidlig og målrettet indsats

### *Skabe mere viden om, hvordan vi forebygger tvangsindlæggelser*

- Der bør arbejdes med at afdække god praksis og virksomme metoder til forebyggelse af tvangsindlæggelser. Afdækningen skal skabe overblik over, vurdere og komme med forslag til anvendelsesorienterede tilgange, som virker i praksis
- Regioner og kommuner bør indhente og anvende lokale data til at få ny viden om de forløb, der går forud for en indlæggelse med tvang. Data kan indsamles internt i sektorerne. Det vil være væsentligt at få mere viden om særlige behov og/eller opmærksomhedspunkter, herunder sygdomsmønstre, tidligere indlæggelser, medicinsvigt mv. Parterne bør herefter i fællesskab arbejde videre med at etablere forebyggende indsatser.

### *Særlig indsats i forhold til at undgå indlæggelser med tvang*

- Praktiserende læge og fagprofessionelle ansat i kommunerne bør sikres let adgang til råd og vejledning ved speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatrien, bl.a. med henblik på at fremme frivillighed frem for tvang
- Der bør på sigt følges op på igangværende projekter omkring fælles udryknings-teams med sygeplejersker fra den regionale psykiatri og politiet med henblik på at udbrede eventuelle gode erfaringer til hele landet
- Det bør sikres, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner anvendes og implementeres, og at kommune og andre relevante parter inddrages så tidligt som muligt i processen med udarbejdelse af planer
- Regioner og kommuner bør efter en eftersamtale (jf. psykiatriloven) samarbejde systematisk om opfølgning og forebyggelse af forværring af den psykiske lidelse, hvis en patient, der er bosiddende i et kommunalt eller privat botilbud, har været udsat for tvang under indlæggelse, med henblik på at forebygge fremtidig tvangsindlæggelse eller tvang under indlæggelse
- Kommuner bør, med udgangspunkt i fx de seks kernestrategier, vurdere behovet for og ved behov gennemføre kompetenceudvikling for udvalgte personalegrupper med henblik på at understøtte det tvangsforebyggende arbejde. Kompetenceudviklingen kan f.eks. tilrettelægges i samarbejde med den regionale psykiatri som fælles skolebænk med henblik på at opnå fælles forståelse og tilgange
- Kommuner og regioner bør implementere brug af kriseplaner og egenomsorgsinterventioner til mennesker med psykiske lidelser, der vurderes at være i risiko for en tvangsindlæggelse/forværring af deres psykiske lidelse
- Regioner, kommuner og almen praksis bør arbejde med at udbrede tværsektorielle indsatser med henblik på at forebygge tvangsindlæggelser, og samarbejdet mellem politi, misbrugscentre, almen praksis og socialforvaltning bør styrkes.

### 1.3 Forebyggelse af tvang under indlæggelse

*Alle afdelinger arbejder målrettet med forebyggelse af tvang*

- Regioner bør anvende Safewards-modellen i arbejdet med at nedbringe tvang og reducere konflikter
- Regioner bør tilstræbe, at indlagte patienter har meningsfulde dagligdagsaktiviteter
- Regioner bør tilstræbe, at der er en tværfaglig sammensætning af personalet på psykiatriske afdelinger
- Regioner bør ved behov gennemføre kompetenceudvikling for medarbejdere, der arbejder med mennesker med svære psykiske lidelser
- Regioner bør arbejde med den fysiske indretning af psykiatriske afdelinger med fokus på helende arkitektur

*Der arbejdes målrettet med de i psykiatriloven beskrevne individrettede forebyggelsestiltag*

- Regioner bør implementere konsekvent og systematisk brug af forhåndstilkendegivelser og behandlingsplaner som omdrejningspunkt for behandlingen
- Regioner bør implementere konsekvent og systematisk brug af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner og inddrage kommune og andre relevante parter rettidigt heri
- Regioner bør implementere konsekvent og systematisk brug af eftersamtaler med patienter, der har været udsat for tvang

*Der sikres systematisk samarbejde med somatikken*

- Regioner bør implementere formaliseret ledelsessamarbejde på tværs af somatik og psykiatri med henblik på forebyggelse af tvang på somatiske afdelinger.

### 1.4 Særlige forhold vedr. børn og unge

*Inddrage barnets/den unges familie i behandlingen*

- Regioner og kommuner inddrager forældre og i relevant omfang forældrementorer i forebyggelsesarbejdet

*Planlægge overgangen fra ung til voksen*

- Regioner og kommuner planlægger og koordinerer overgangen fra ung til voksen ud fra en individuel vurdering for at understøtte forebyggelse af eventuelle konflikter og/eller indlæggelser med tvang

*Indhente mere viden om børn og unge, der udsættes for tvang*

- Regioner bør indhente og anvende egne lokale data om tvangsanvendelse for at opbygge erfaring og læring, med særligt fokus på børn og unge, der udsættes for tvang, samt fokus på sygdomsbillede og tidligere forløb i region og kommune.
- Kommuner bør indhente og anvende egne lokale data om magtanvendelse (i servicelovens forstand) med særligt fokus på børn og unge, der udsættes for magtanvendelse
- Konstateres der gentagen brug af tvangsforanstaltninger over for enkeltpersoner, bør regioner og kommuner revidere og intensivere indsatsen

*Styrke kompetenceniveauet for personale, der arbejder med børn og unge med psykiske lidelser*

- Regioner bør gennemføre kompetenceudvikling efter lignende modeller som i voksenpsykiatrien
- Kommuner bør vurdere behovet for og ved behov gennemføre kompetenceudvikling for personalegrupper, der arbejder med børn og unge med psykiske lidelser. Kompetenceudviklingen kan f.eks. tilrettelægges i samarbejde med psykiatrien som fælles skolebænk med henblik på at opnå fælles forståelse og tilgange

*Tæt samarbejde og tværsektorielle indsatser mellem psykiatrien og kommunale sociale indsatser*

- Regioner og kommuner implementerer ved behov hyppige netværksmøder mellem børne- og ungdomspsykiatri, relevante kommunale forvaltninger og forældre vedrørende koordinering af indsatsen.

## 2. Introduktion

### 2.1 Baggrund

Tvang i psykiatrien berører nogle af de mest grundlæggende menneskerettigheder; nemlig retten til frihed og respekt for den fysiske og psykiske integritet. Derfor sætter menneskerettigheder, herunder Den Europæiske Menneskerettighedskonvention, en række begrænsninger for brugen af tvang (1). Disse rettigheder medfører, at tvang aldrig må blive en rutinemæssig løsning af problemerne og kun må anvendes i klart definerede undtagelsessituationer. Tvangsindlagte er på grund af deres tilstand ikke altid i en position, hvor de selv kan sige fra eller gøre opmærksom på fejl, mangler osv. Derfor er der tale om en gruppe mennesker, som har krav på en helt særlig menneskeretlig opmærksomhed. FNs Handicapkonvention har ligeledes fremført et nyt syn på mennesker med handicap og peger på en udvikling hen mod ikke-diskrimination, inklusion og selvbestemmelse ift. bl.a. mennesker med psykiske lidelser.

I den forbindelse er det relevant at påpege, at både sundhedsloven, psykiatriloven og de menneskeretlige konventioner, herunder især FN's Handicapkonvention, lægger op til, at det enkelte menneske skal have en høj grad af selvbestemmelse, og at tvang derfor kun må anvendes undtagelsesvist i særligt afgrænsede tilfælde og så skånsomt som muligt og kun for at opnå det tilsigtede formål.

I visse situationer er udøvelse af tvang en nødvendig foranstaltning for at drage omsorg for et menneske, når den pågældende ikke er i stand til at tage vare på sig selv eller er farlig for sine omgivelser. Udøvelse af tvang skal derfor altid være tegn på omsorg og på en god kvalitet af den psykiatriske indsats. Udøvelse af tvang skal altid finde sted under videst muligt hensyn til patientens integritet og værdighed.

Den personlige frihed er en grundlæggende menneskerettighed, og derfor er det fastsat i grundlovens § 71, stk. 2, at frihedsberøvelse kun må ske med hjemmel i lov, hvilket ligger til grund for psykiatrilovens (2) særlige regler om frihedsberøvelse. Men også andre tvangsforanstaltninger, herunder tvangsbehandling, omfattes af det skærpede hjemmelskrav. Det betyder, at der som udgangspunkt skal foreligge udtrykkelig lovhjemmel. Anvendelse af tvang er et meget alvorligt indgreb i selvbestemmelsesretten. Derfor er der i psykiatriloven opstillet strenge betingelser, som skal være opfyldt for at iværksætte tvangsindgreb.

Frihedsberøvelse og anvendelse af anden tvang i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på en psykiatrisk afdeling, må kun finde sted efter reglerne i psykiatriloven.

Psykiatrilovens mindstemiddelsprincip fastlægger desuden, at tvang ikke må benyttes, før mulighederne for at opnå patientens frivillige medvirken er udtømte. Derudover skal anvendelse af tvang stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået herved – er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes.



Tvang kan være en nødvendig foranstaltning i forhold til mennesker med svær psykisk lidelse, som har en svært forstyrret virkelighedsopfattelse og må kun anvendes, når en manglende indsats vil være til fare for patienten selv eller for dennes omgivelser, og når psykiatrilovens øvrige bestemmelser samtidig er opfyldt. Udøvelse af tvang skal altid finde sted under videst muligt hensyn til patientens integritet og værdighed.

Tilliden og et godt samarbejde mellem patient, den behandlende læge og det øvrige personale er en forudsætning for, at det psykiatriske behandlingstilbud kan føre til et godt resultat, og udøvelse af tvang vil opleves som overgreb for de mennesker, der bliver udsat herfor. Tilsvarende har anvendelse af tvang stor betydning for det personale, der skal udøve tvangen, både for deres (oplevelse af) sikkerhed og for arbejdsmiljøet.

Tvang er således omkostningsfuldt i mange henseender, og det er derfor væsentligt, at tvangsanvendelse forebygges. Der findes ikke en enkel metode eller et enkelt værktøj, som kan anvendes til at forebygge eller nedbringe brugen af tvang, da der er tale om et yderst komplekst og omfattende felt. Et vedvarende og langsigtet ledelsesfokus på og prioritering af nedbringelse af tvang – både på politisk, direktions- og afdelingsniveau – som led i en kulturændring i tilgangen til mennesker med psykiske lidelser, er de vigtigste greb for at nedbringe brugen af tvangsforanstaltninger. Ligeledes er det vigtigt at fremhæve, at systematisk dataindsamling, analyser af data og opsætning af mål er meget vigtige for at kunne nedbringe anvendelsen af tvangsforanstaltninger.

Der skal være fokus på den samlede indsats både før og efter en eventuel (tvangs)indlæggelse, og det er væsentligt med tidlig indsats af høj kvalitet, hvis tvang skal forebygges. Tvangsforebyggelse handler således ikke kun om det, der sker på hospitalerne, men også om den indsats der foregår i det primære sundhedsvæsen og i de socialfaglige tilbud. Det er derfor afgørende, at både kommunerne, praksissektoren og regionerne arbejder for at forebygge tvangsindlæggelser.

Der har igennem en årrække og særligt siden 2014 været arbejdet målrettet med at nedbringe tvang i psykiatrien i Danmark, men anvendelsen af tvang er fortsat alt for høj. Brugen af tvang er desuden uensartet på tværs af regioner og afdelinger. En uens anvendelse af tvang tyder på, at der er et læringspotentiale på tværs af regionerne, således at kendskab til de relevante redskaber til at forebygge tvangsanvendelse sikrer, at patienter ikke udsættes for tvang, der kunne have været forebygget. Det igangværende arbejde og den stigende grad af evidens viser, at tvang kan nedbringes til et absolut minimum. Se bilag 1 for en uddybning af de væsentligste nedslagspunkter og nationale initiativer i forbindelse med arbejdet med at forebygge og nedbringe tvang fra 2004 til i dag.

## 2.2 Formål

Sundhedsstyrelsen ønsker som led i et fortsat fokus på nedbringelse af tvang at udarbejde anbefalinger, som kan understøtte aktørerne på området i at nedbringe brugen af tvang. Anbefalingerne tager udgangspunkt i de seks kernestrategier (udbydes i kapitel 3) samt i de eksisterende erfaringer fra regioner og kommuner med nedbringelse af tvang.

Derudover samler anbefalingerne op på de erfaringer med nedbringelse af tvang, som er fremkommet siden 2014, hvor Sundhedsstyrelsen har monitoreret udviklingen i anvendelsen af tvang i psykiatrien. Disse erfaringer er væsentlige i arbejdet for at understøtte en ensartet implementering og kan ligeledes anvendes til at pege på, hvor der er behov for en styrket indsats og mere viden. Anbefalingerne forventes at kunne blive implementeret inden for den nuværende økonomiske ramme i kommuner og regioner, og mange af anbefalingerne arbejdes der allerede med på forskellig vis i begge sektorer.

Fra et regionalt perspektiv skal anbefalingerne således understøtte arbejdet i forhold til at forebygge og nedbringe anvendelsen af tvang både før og særligt under indlæggelse. Fra et kommunalt perspektiv har anbefalingerne til formål at beskrive, hvordan kommuner kan forebygge tvangsindlæggelser ved dels at arbejde med forebyggelse af forværing og tidlig indsats, dels at bidrage til det tværsektorielle samarbejde omkring mennesker med psykiske lidelser. I kommunerne arbejdes allerede intensivt med forebyggelse af magtanvendelse og voldsomme episoder, som er hjemlet i serviceloven<sup>1</sup>. Nærværende anbefalinger skal således ses i sammenhæng med dette arbejde, som pågår i kommunerne. Selvom disse anbefalinger alene omhandler arbejdet med at forebygge og nedbringe tvang hjemlet i psykiatriloven, vil mange af metoderne til forebyggelse af hhv. tvang i psykiatrien og magtanvendelse eller voldsomme episoder i de kommunale psykosociale indsatser være de samme eller have samme udgangspunkt. Der er således mange snitflader mellem arbejdet med forebyggelse af tvang og arbejdet med forebyggelse af magtanvendelse og voldsomme episoder, og anbefalingerne vil derfor præcisere både lovgivning og historik - dels med henblik på at tydeliggøre forskellene og dels for yderligere at understøtte det allerede igangværende arbejde i kommunerne og understøtte sammenhæng til det arbejde med forebyggelse af tvang, der foregår i psykiatrien.

Anbefalingerne skal herudover understøtte almen praksis og øvrige aktører i at bidrage til den tidlige indsats og det tværsektorielle samarbejde om mennesker med psykiske lidelser.

Anbefalingerne lægger særlig vægt på det organisatoriske aspekt, og fokus er dermed på at afdække, hvilke organisatoriske forhold der giver de bedste forudsætninger for at forebygge og nedbringe anvendelsen af tvang. Derudover vil anbefalingerne beskrive de virksomme strategier og værktøjer, der er, og som kan bruges i praksis.

Sundhedsstyrelsen har i forbindelse med arbejdet nedsat en faglig arbejdsgruppe med bred repræsentation af relevante aktører, der har rådgivet styrelsen i udarbejdelsen af anbefalingerne. Sundhedsstyrelsen har derudover indhentet rådgivning fra en ekstern konsulent. Arbejdsgruppens kommissorium og medlemmer fremgår af bilag 2 og 3.

<sup>1</sup> Bekendtgørelse af lov om social service, LBK nr. 798 af 07/08/2019

## 2.3 Lovgivning i forhold til anvendelse af tvang

### 2.3.1. Psykiatriloven og anvendelse af tvang

Psykiatriloven giver hjemmel til, at indlæggelse og behandling kan indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke. Tvangsindlæggelsen eller tvangstilbageholdelsen må dog kun finde sted, såfremt patienten er sindssyg (psykotisk) eller befinder sig i en tilsvarende tilstand, og det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende af hensyn til patientens heldbred eller for at afværge nærliggende fare for patienten selv eller andre. Tvang kan i henhold til psykiatrilovens § 1, stk. 2 udelukkende finde sted i forbindelse med indlæggelse og behandling på psykiatrisk eller børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling på offentlige sygehuse.

Psykiatriloven regulerer en række tvangsforanstaltninger, men det følger af mindstemiddeleprincippet, at tvang ikke må benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, jf. psykiatrilovens § 4, stk. 1.

Psykiatriloven indeholder en række bestemmelser, hvorefter behandlingen skal tilrettelægges bedst muligt for den enkelte. Patienten har i forbindelse med indlæggelsessamtalen og ved udarbejdelse af en behandlingsplan, mulighed for at tilkendegive præferencer i forhold til behandlingen, herunder behandlingens form og indhold. Mennesker, der er psykotiske, er på grund af deres tilstand ikke altid i en position, hvor de selv kan sige fra eller gøre opmærksom på fejl, mangler, mv. Derfor har de krav på en helt særlig menneskeretlig opmærksomhed, hvilket også er udtrykt adskillige gange fra Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol<sup>2</sup>.

Der er to vejledninger, der knytter sig til psykiatriloven, hhv. vejledning nr. 9552 om anvendelse af tvang m.v. i psykiatrien af 10. august 2020 og vejledning nr. 9554 om registrering af tvang m.v. i psykiatrien af 10. august 2020. Vejledningerne er reviderede udgaver af tidligere gældende vejledninger. Formålet med revidering af vejledningerne var at opdatere disse på baggrund af de nye regler i psykiatriloven og dertilhørende bekendtgørelser samt at foretage en række præciseringer og gøre vejledningerne mere overskuelige og anvendelige.

Fordi tvangsanvendelse er så indgribende, er der retssikkerhedsgarantier knyttet til beslutninger om tvangsanvendelse. Bl.a. skal patienter, der udsættes for tvang, have beskikket en patientrådgiver, tvangen skal protokolføres og indberettes, og patienten har mulighed for at klage over tvangsindgrebet og skal modtage en eftersamtale.

<sup>2</sup> Juridisk notat – tvang i psykiatrien. Bilag til anbefalinger. Institut for Menneskerettigheder, 2013.

### 2.3.2. Serviceloven og anvendelse af magt

I kommunerne fastsætter serviceloven<sup>3</sup> rammerne for magtanvendelse på eksempelvis kommunale botilbud. Der knytter sig en vejledning til servicelovens paragraffer om magt-anvendelse: *Vejledning om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne, herunder pædagogiske principper*<sup>4</sup>. En borger kan klage til kommunalbestyrelsen over anvendelse af magt.

Som beskrevet i afsnit 2.2 omfatter disse anbefalinger *ikke* magtanvendelse, som er hjemlet i serviceloven. Det tvangsforebyggende arbejde vil imidlertid være overlappende til arbejdet med at forebygge og nedbringe voldsomme episoder og magtanvendelse i kommunalt regi, og det er derfor afgørende, at arbejdet med at nedbringe tvang ses i sammenhæng med det arbejde, der allerede pågår i kommunerne med at forebygge magtanvendelse og voldsomme episoder. Derfor vil disse anbefalingers tilgange til tvangsnedbringelse også, hvor det er relevant, kunne understøtte kommunernes arbejde med at nedbringe eksempelvis magtforanstaltninger efter serviceloven.

### 2.3.3 Særlige retlige forhold for børn og unge

Der er i psykiatriloven særlige regler vedrørende anvendelsen af tvang mod mindreårige under 15 år og mod mindreårige mellem 15-17 år. Ligesom i sundhedsloven sondres der i psykiatriloven mellem mindreårige under 15 år og mindreårige mellem 15-17 år. Dog er der nogle forskelle. For de mindreårige under 15 år gælder i psykiatriloven, at såfremt forældremyndighedens indehavere har givet informeret samtykke til et indgreb, betragtes dette ikke som tvang. Der er tale om magtanvendelse, hvis den mindreårige er under 15 år, og forældrene giver samtykke til indgrebet, som er imod den mindreåriges vilje. Hvis forældremyndighedsindehaverene ikke har samtykket til tvangsansvendelse af den mindreårige under 15 år, vil der være tale om tvangsansvendelse, og det samme er tilfældet, hvis forældremyndighedens indehavere har undladt at tage stilling.

Det er muligt for forældremyndighedens indehavere at undlade at tage stilling til brug af tvang eller magtanvendelse over for deres børn under 15 år, hvilket har den virkning, at retssikkerhedsgarantierne i psykiatriloven gælder. Hermed bevares mulighederne for klageadgang og beskikkelse af patientrådgiver. Det skyldes, at forældrenes undladelse af stillingtagen ligestilles med manglende samtykke, men det skal ikke betragtes som manglende på samarbejdsvilje<sup>5</sup>.

De mindreårige mellem 15-17 år kan selv give informeret samtykke til behandling efter psykiatriloven. I modsætning til sundhedslovens bestemmelser, skal der ikke foretages en modenhedsvurdering af de 15-17 årige. Forældremyndighedens indehavere skal som udgangspunkt have information og inddrages i den mindreåriges stillingtagen, således at de kan varetage deres omsorgspligt.

<sup>3</sup>Bekendtgørelse om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne samt om særlige sikkerhedsforanstaltninger for voksne og modtagepligt i boformer efter lov om social service, BEK nr 1239 af 22/11/2019

<sup>4</sup> VEJ nr 10148 af 14/12/2019

<sup>5</sup> Jf. Henstilling fra Folketingets Ombudsmand.

## 2.4 Udvikling i anvendelsen af tvang

Alle former for tvang over for børn og unge og voksne er samlet set stigende, jf. tabel 1. Det tyder på, at der er en stor udfordring i forbindelse med anvendelsen af tvang under behandlingen af mennesker med psykiske lidelser, som fortsat ikke er løst. Udfordringerne kan bl.a. være at sikre en behandling af høj kvalitet i både den ambulante regionale psykiatri og under indlæggelse samt at sikre en tidlig og forebyggende indsats forud for indlæggelse og efter udskrivelse i både kommunalt og regionalt regi.

Regionerne har i løbet af monitoreringsperioden fået øget indsigt i, hvilke patienter eller patientgrupper der ofte udsættes for tvang. Her er regionerne blevet opmærksomme på, at der i nogle tilfælde kan være enkelte patienter, der udsættes for mange tvangsforanstaltninger, og at patienter med bestemte problemstillinger eller sygdomme (eksempelvis selvskade) oftere udsættes for tvang.

I tabel 1 nedenfor ses udviklingen i den samlede brug af tvang for hhv. børn og unge under 18 år og voksne.

**Tabel 1: Udvikling i den samlede brug af alle former for tvang for børn og unge og voksne**

Indikator	2011-2013 (baseline)	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Antal af børn og unge under 18 berørt af en eller flere tvangsforanstaltninger*	243	294	299	351	340	317	264
Antal af voksne berørt af en eller flere tvangsforanstaltninger*	5.633	5.801	5.637	5.649	5.834	5.975	5.815

Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien 13. marts 2020, Sundhedsdatastyrelsen

\* Opgørelsen for den samlede anvendelse af tvang omfatter følgende tvangsforanstaltninger: Frihedsberøvelse (omfatter tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse), tvangsbehandling (omfatter tvangsmedicinering, tvangsbehandling med ECT, tvangsernæring, tvangsbehandling for legemlig lidelse), fysisk magtanvendelse (omfatter tvangsfikseringer med bælte, fikseringer med remme, anvendelse af handsker, fastholdelser, dørråfløsning - ikke patientstuer men yderdøre, akut beroligende medicin, skærmning over 24 timer) og beskyttelsesforanstaltninger (omfatter beskyttelsesfikseringer med stofbælte og lignende, personlige alarmsystemer, særlige dørlåse, andet).

Udvikling i anvendelsen af bæltefikseringer, akut beroligende medicin og fastholdelser i perioden fra baseline (2011-2013) til 2019 er vist i tabel 2. Her ses det, at anvendelsen af bæltefikseringer er blevet reduceret, om end med en vis regional variation. Den seneste årsopgørelse for 2019 (3) viser, at der fortsat er sket et nationalt fald i antallet af personer, der bæltefikseres. Faldet dækker dog over forskellige udviklinger i de fem regioner. Tabel 2 viser yderligere, at anvendelsen af akut beroligende medicin med tvang og fastholdelser er steget i perioden.

**Tabel 2: Udvikling i bæltefikseringer, akut beroligende medicin og fastholdelser**

Indikator	2011-2013 (baseline)	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Antal personer der bæltefikseres	2.036	1.908	1.592	1.657	1.436	1.375	1.259
Antal bæltefikseringer over 48 timer	778	808	552	522	451	452	387
Akut beroligende medicin (antal personer)	2.043	2.131	2.054	2.078	2.160	2.239	2.237
Fastholdelser (antal personer)	927	1.047	1.092	1.088	1.161	1.125	1.101

Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien 13. marts 2020, Sundhedsdatastyrelsen

Tabel 3 viser udviklingen i tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser og tvangsmedicinering i perioden fra baseline (2011-2013) til 2019. I tabellen ses det, at anvendelsen af tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tvangsmedicinering er steget i perioden, både blandt børn og unge under 18 år og voksne.

**Tabel 3: Udvikling i tvangsindlæggelser, tvangstilbageholdelser og tvangsmedicinering**

Indikator	2011-2013 (baseline)	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Tvangsindlæggelse (antal børn og unge)	103	134	116	159	163	148	135
Tvangsindlæggelse (antal voksne)	2.872	3.060	3.022	3.122	3.173	3.220	3.140
Tvangstilbageholdelse (antal børn og unge)	83	91	105	111	94	93	93
Tvangstilbageholdelse (antal voksne)	2.345	2.470	2.365	2.369	2.412	2.458	2.373
Tvangsmedicinering (antal personer)	667	757	741	764	842	905	824

Kilde: Register over anvendelse af tvang i psykiatrien 13. marts 2020, Sundhedsdatastyrelsen

Samlet set har Sundhedsstyrelsen på baggrund af den seneste monitorering vurderet, at målet om halvering af bæltefiksering og reduktion af den samlede brug af tvang inden udgangen af 2020 ikke kan nås, trods et stort og vedvarende fokus.

## 3. Generel tvangsforebyggelse

### 3.1 Nationale strategier til forebyggelse af tvang

*De seks kernestrategier* er overordnede strategier, der handler om:

1. Ledelse med henblik på organisationsændringer
2. Anvendelse af data til informationsbaseret praksis
3. Udvikling af personalets kompetencer og faglighed
4. Anvendelse af tvangsforebyggelsesværktøjer
5. Patientens rolle i psykiatriske afdelinger
6. Anvendelse af debriefing-teknikker

Flere lande i verden har skrevet de seks kernestrategier ind i deres nationale strategier til nedbringelse af tvang, bl.a. USA, New Zealand og Australien.

I Danmark blev de seks kernestrategier først nævnt i officielle dokumenter i forbindelse med regeringens Psykiatriudvalgs afrapportering fra 2013 "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser" (4). Strategierne afspejlede sig i de forslag, som udvalget kom med:

- Der fastsættes ambitiøse nationale mål for markant og varig nedbringelse af tvang.
- Regionerne har i det løbende arbejde med kompetenceudvikling fokus på nedbringelse af tvang.
- Regionerne sikrer et kontinuerligt ledelsesmæssigt fokus på nedbringelse af tvang.

Udvalget berørte også særlige områder med betydning for forebyggelse af tvang: de-eskalering, risikovurdering, aktivitetstilbud, patient- og pårørendeinddragelse, mv. Disse fremhævede områder er også tydeligt inspireret af de seks kernestrategier. Rapporten henviste til resultaterne fra statshospitalerne i Pennsylvania i USA, der havde reduceret anvendelsen af tvang meget betydeligt. I slutningen af 2019 havde de således ikke haft en tvangsfiksering siden september 2015 og ikke en tvangsisolation siden juli 2013.

I 2014 udviklede de enkelte regioner planer for, hvordan de hver især vil arbejde med at nedbringe tvang. De fem planer indeholder en række initiativer, der kan grupperes i følgende temaer, der dækker flere af de seks kernestrategier:

- Ledelsesfokus, prioritering og organisering
- Medarbejdernes kompetencer
- Inddragelse og dialog med patienter og pårørende
- Fysiske rammer og aktiviteter

I slutningen af 2014 blev et satspuljeforsøg med bæltefrie afdelinger igangsat. De overordnede rammer for forsøget fulgte de seks kernestrategier. Resultatet af forsøget blev beskrevet i 2018 med følgende konklusioner: "Med en målrettet indsats er det muligt næsten helt at undgå bæltefikseringer<sup>6</sup>".

Der er således både konkrete gode internationale og danske erfaringer med de seks kernestrategier, samtidig med at disse er evidensbaserede.

I det følgende beskrives den litteratur og det teoretiske ståsted, som strategierne hviler på. Selvom strategierne har udgangspunkt i en sygehuskontekst, så er det Sundhedsstyrelsens vurdering, at de tilgange til arbejdet med mennesker med psykiske lidelser, som ligger til grund for strategierne, er meningsfulde i både regional og kommunal kontekst, og tilgangene kan således anvendes bredt på tværs af sektorer i arbejdet med at forebygge og nedbringe tvang, herunder til forebyggelse af magtanvendelse og voldsomme episoder i de kommunale psykosociale indsatser. Strategierne skal derfor ses i sammenhæng med det arbejde, der pågår i kommunerne, og som en yderligere understøttelse af den tidlige indsats til at forebygge forværring af psykisk lidelse eller tvangsindlæggelser. Ligeledes kan strategierne anvendes til at understøtte almen praksis i forhold til forebyggelse af forværring og nedbringelse af tvangsindlæggelser.

### 3.2 De seks kernestrategier

De seks kernestrategier er udviklet i USA af National Association of State Mental Health Program Directors, og den centrale skikkelse var Kevin Ann Huckshorn<sup>7</sup> (5-7). Der findes omfattende forskningslitteratur, der viser en reduktion i anvendelsen af tvang efter implementering af de seks kernestrategier i forskellige settings, f.eks. akut almen psykiatri, retspsykiatri, børne- og ungdomspsykiatri eller behandling af hjerneskadede (8-13), og de er implementeret flere steder i verden (14).

Kernestrategierne er værdibaserede, hvor ledelsen efterspørger og anerkender tvangsforebyggende resultater og adfærd og efterspørger en tvangsforebyggende kultur. Værdierne i pleje- og behandlingskulturen/-miljøet bygger på og styres af en dybdegående forståelse for de neurologiske, biologiske, psykologiske, relationelle og sociale virkninger af psykososer, traumer, vold, aggression og depression samt forekomsten af disse.

<sup>6</sup> Dette står beskrevet i evalueringen af satspuljeprojektet "Forsøg med bæltefri/tvangsfrie afdelinger i psykiatrien".

<sup>7</sup> Kevin Ann Huckshorn, PhD, MSM, RN, CADC, ICRC, var direktør for afdelingen i NASMHPD der stod for udviklingen af "De Seks Kernestrategier". Hendes Ph.d. handlede også om udviklingen af "De Seks Kernestrategier".



Kernestrategierne indeholder områder som recovery, patientcentreret pleje og behandling, sundhedsfremme, forebyggelse, Strength-Based Treatment<sup>8</sup>, Traume Bevidst-Tilgang (TBT)<sup>9</sup>, kontinuerlig faglig, personlig, kompetence- og kvalitetsudvikling, valgmuligheder, respekt, værdighed, partnerskaber, selvbestemmelse og fuld inklusion af borgere/patienter og pårørende. Fysiske tvangsforanstaltninger (bæltefiksering, fastholdelse, etc.) anskues ikke som behandling, men er sikkerhedsforanstaltninger og en sidste udvej. Anvendelse af tvangsforanstaltninger er tegn på, at der ikke er tilbudt tilstrækkelig social og relationel støtte, pleje og behandling.

Der er flere formål med kernestrategierne. Dels handler de om at skabe en psykiatri, der er fri for tvang og indeholder få ufrivillige procedurer og kontrollerende handlinger. Dels handler de om at støtte patienten bedst muligt i egenmestring og recovery<sup>10</sup>. Derudover indebærer de, at plejen og behandlingen udføres målrettet, effektivt og kompetent, med høj grad af patienttilfredshed og med et sundt og sikkert arbejdsmiljø for personalet. I den efterfølgende gennemgang af kernestrategierne henvises til konkrete tiltag. De konkrete tiltag er kun eksempler for at tydeliggøre indholdet i kernestrategien og er således ikke udtømmende. Det konkrete arbejde med de seks kernestrategier vil blive yderligere konkretiseret og udfoldet i de følgende kapitler, herunder hvordan tilgangen kan være relevante i både regionalt og kommunalt regi. I kommunerne arbejdes der således allerede med forebyggelse af magtanvendelse og voldsomme episoder på forskellig vis, jf. eksempelvis tidligere beskrivelse af retningslinjer til forebyggelse af voldsomme episoder, hvor der er fokus på at fremme borgerens trivsel og sygdomsmestring.

### 1. Ledelse med henblik på organisationsændringer

Denne første strategi er den mest centrale for reduktion i anvendelsen af tvang ved hjælp af konsekvent og vedvarende inddragelse af den øverste ledelse. De ledelsesstrategier, der skal implementeres, omfatter definition og formulering af en vision, værdier og filosofier, der indeholder en forventning om reduktion af tvang, udvikling og implementering af en handleplan, der er målrettet afdelingernes præstationsforbedringer/kvalitetsforbedringer, og at der følges op hos personalet i forhold til overholdelse af planen. Denne intervention omfatter tilsyn med hver eneste tvangshændelse af den øverste ledelse for hver center/afdeling for at undersøge årsagssammenhænge og skabe rammerne for en læringskultur, hvor tvangsindgreb analyseres, og viden herfra anvendes fremadrettet til at forebygge andre tvangsindgreb. Dette er en obligatorisk kerneintervention for at lykkes med en varig nedbringelse af tvang.

Strategien indeholder overordnet:

- Konsekvent og løbende involvering af den overordnede ledelse

<sup>8</sup> Strength-Based Treatment er en tilgang til arbejdet i praksis, mere end en teori. Det primære mål for praksiskonceptet er at minimere svaghederne og maksimere styrkerne hos patienterne. Begrebet empowerment er centralt i denne tilgang, det bygger på selvbestemmelse, patientstyring og har fokus på fremtiden.

<sup>9</sup> Trauma Informed Care defineres som en tilgang hvor det psykiatriske tilbud er funderet i en forståelse af og reagerer på, traumets effekt på individet. Tilbuddet skaber fysisk, psykologisk og emotionel sikkerhed, både i forhold til personale og patienter og skaber muligheder for individet til at genopbygge en oplevelse af kontrol og empowerment.

<sup>10</sup> Recovery defineres her som muligheden for at komme sig, hvilket både omfatter at blive rask og fri for sygdom, at overvinde funktionsnedsættelser og at opnå et for den enkelte meningsfuldt og tilfredsstillende liv (Kilde: Forskningsstrategi).

- Udarbejdelse og beskrivelse af visioner, værdier og filosofi for eliminering af tvang
- Udvikling og implementering af en målrettet organisatorisk plan, baseret på forebyggelse
- Fastholdelse af organisationen i fokus på planen
- Effektiv ændringsledelse, der inkluderer alle interessenter

Man har i regionerne udarbejdet organisatoriske planer, der beskriver visioner, værdier, filosofi og mål for tvangsforebyggelsen. Planerne bliver jævnligt taget op for at vurdere fremdriften i organisationen<sup>11</sup>. Planerne skal kendes af alle i organisationen, og de bør operationaliseres/tilpasses de forskellige ledelsesniveauer, så hver enkelt afdeling har en plan for arbejdet, der løbende kan evalueres, f.eks. ved tavlemøder sammen med afdelingens personale, patienter og peers (15).

## 2. *Anvendelse af data til informationsbaseret praksis*

Denne kernestrategi indikerer, at en vellykket reduktion i anvendelse af tvang kræver indsamling og anvendelse af egne data i organisationen både på afdelingsniveau, regionsniveau eller kommunalt niveau. Strategien omfatter indsamling af data til identifikation af en baseline for anvendelse af tvang samt en kontinuerlig indsamling af data med henblik på kvalitetsudvikling og organisatorisk læring, om tvangsanvendelser pr. afdeling, vagt, ansatte involveret i hændelser, den involverede patients demografiske data, behandlingen, opsporing af skader relateret til tvangshændelser for både patienter og personale samt andre faktorer.

Strategien indeholder overordnet:

- Indsamling, analyse og anvendelse af data til at styre kvalitetsudviklingen og den organisatoriske læring
- Fastsættelse af mål og kontinuerlig måling af fremskridt
- Bred indsamling af data, også på organisationsniveau, såsom: nærved-hændelser/effektive interventioner, patientskader, personaleskader, arbejdsskadeerstatninger, personaleomsætning, sygedage, patienttilfredshedsmålinger, personaletrivselsscreeninger, etc.

Grundlæggende er det vanskeligt at forestille sig, at man kan arbejde med kvalitetsudvikling af praksis uden at have konkrete mål for sin indsats, som er underbygget af data. I en travl hverdag har man også brug for, at de data, der bliver indsamlet, er nemt tilgængelige og kan præsenteres på en overskuelig måde. For at data bliver vigtige skal de efterspørges af ledelserne, og nye afdelingsledelser skal introduceres/undervises i at finde data, og hvordan disse data skal analyseres/fortolkes og anvendes i en kvalitets- og forbedringsammenhæng. Det er vigtigt, at anvendelsen af data i forbindelse med kvalitets- og forbedringsarbejdet har sit udgangspunkt i en lærende tilgang, ikke en kontrol- eller konsekvens-/straffende tilgang. Selvom de lovgivningsmæssige rammer medfører, at

<sup>11</sup> Planerne kan med fordel tænkes sammen med den årlige strategiske arbejdsmiljødrøftelse.

data ikke kan udveksles på tværs af sektorer, vil det være meningsfuldt, at hhv. regioner og kommuner indsamler og bruger egne data. Data kan derved bruges internt i de enkelte sektorer og kan medvirke til at understøtte en højere kvalitet i det tværsektorielle samarbejde.

### 3. Udvikling af personalets kompetencer og faglighed

Denne strategi handler om at skabe et pleje- og behandlingsmiljø, hvor politik, procedurer og praksis er baseret på viden om og principperne for recovery og er karakteriseret af et traumebevidst pleje- og behandlingssystem. Formålet med denne strategi er at skabe et pleje- og behandlingsmiljø, som med mindst sandsynlighed vil indeholde tvang eller udløse konflikter - derfor er dette en grundlæggende, forebyggende kernestrategi. Strategien omfatter uddannelse for personalet i forebyggelse af tvang ved det rigtige tilbud om pleje-, støtte- og behandlingsaktiviteter. Aktiviteterne skal give de mennesker, der hjælpes, de rette valgmuligheder og er udviklet til at undervise patienterne i egen håndtering af sygdom, symptomer og individuelle triggere, som fører til tab af kontrol. Derfor kræver strategien individuelle, patientcentrerede behandlings- og plejeaktiviteter, hvor patienten er involveret i hele planlægningen. Strategien omfatter også vejledning givet af mentorer, supervision og opfølgning for at sikre, at personalet både opnår viden og de nødvendige færdigheder i forhold til reduktion af tvang. Arbejdet foregår gennem kompetenceudviklingskurser, evaluering af præstationer og kompetencer, nye spørgsmål ved jobsamtaler og i jobbeskrivelser samt lignende aktiviteter.

Strategien indeholder overordnet:

- Etablering af en pleje og behandling, der er baseret på viden og principper om recovery og TBT<sup>12</sup>
- Skabelse af et miljø, der modvirker tvang og konflikter
- Intensiv og kontinuerlig oplæring og uddannelse
- Vejledning af mentorer, supervision, kollegial sparring og opfølgning
- Uddannelse i forståelse for traumers effekt, principperne for recovery og forebyggelse af tvang og konflikter
- Personalet støttes, anerkendes og udvikles
- Integration af hver enkelt medarbejders behov og personlige ressourcer i arbejdet

Helt grundlæggende skal alt personale, der beskæftiger sig med mennesker med psykiske lidelser, i de første dage af deres ansættelse undervises i forebyggelse af tvang, herunder lovgivningen, kommunikativ deeskalering (16), skånsomme fysiske teknikker, prædiktorer for tvang, herunder specielt udsatte grupper, almindelige advarselstegn og triggere, herunder risikovurdering og forebyggende interventioner, og hvad tvang kan gøre ved mennesker (17-19), gerne fortalt af personer der selv har oplevet tvang, samt organisationens visioner, værdier og filosofi for eliminering af tvang.

<sup>12</sup> TBT er ikke en del af undervisningen i de fleste regioner. Regionerne er ved at beskrive og vurdere TBT i en dansk sammenhæng, og arbejdet foregår minimum det næste års tid - <http://www.psykiatri-regionh.dk/tbt>.

#### 4. Anvendelse af tvangsforebyggelsesværktøjer

Denne strategi reducerer anvendelsen af tvang gennem anvendelse af forskellige værktøjer og screeninger, som er en integreret del af sygehusets procedurer og den enkelte patients plan for recovery (pleje-/behandlingsplan). Den omfatter bl.a. anvendelse af evalueringsværktøjer til identifikation af risikoen for vold og tvangshistorik, anvendelse af generel traumevurdering, miljøændringer i form af komfort- og sensoriske rum, sansemodulerende interventioner og andre meningsfulde pleje- og behandlingsaktiviteter designet til at lære patienter følelsesmæssige selvreguleringsfærdigheder.

Strategien indeholder overordnet:

- Individuel pleje og behandling
- "Strength-based" behandling, der fokuserer på patientens egne styrker og fremtidige resultater
- Traume screening og vurdering
- Anvendelse af risikovurderinger (Brøset Violence Checklist (BVC)<sup>13</sup>, selvmord-screening, mv.)
- Ændringer i miljøet, der fremmer velvære/hygge/trivsel, nedsætter konfliktniveauet og skaber mulighed for at anvende forebyggende strategier i praksis (sanserum, motionsrum, bibliotek, mv.)
- Tilbud om effektive følelsesmæssige selvreguleringsinterventioner (sanseintegration, mv.)
- Fremme af patienternes selvforvaltnings-/egenomsorgsevner<sup>14</sup>.

Den individuelle pleje, støtte og behandling er helt grundlæggende for arbejdet med at nedbringe tvang, fordi vi alle er forskellige og derfor skal støttes på forskellig vis.

Det er vigtigt at vælge miljøterapi og terapeutiske og kommunikative tilgange, som er velbeskrevne og underbyggede af evidens. De anvendte metoder skal altid tage udgangspunkt i patientens behov, og der kan med fordel tilbydes forskellige terapeutiske metoder afhængigt af behov og problemstilling. Det er ligeledes essentielt, at personalet tilbydes faglig vejledning og supervision for derigennem at udvikle personalet og indsatsen.

#### 5. Patientens rolle i psykiatriske afdelinger

Denne strategi omfatter fuldstændig og systematisk inddragelse af patienter, børn, familier og eksterne hjælpere med forskellige roller og på alle organisationsniveauer, som kan være med til at reducere tvang. Den inddrager psykiatribrugere og hjælpere i opsyn med

<sup>13</sup> Brøset Violence Checklist (BVC) er et screeningsredskab, som personalet kan bruge til at vurdere, hvorvidt der inden for de kommende 24 timer er risiko for voldelig adfærd fra en borgers/patients side, og dermed om der er behov for en forebyggende indsats.

<sup>14</sup> Self-management bliver ofte sidestillet med begreber som empowerment og self-care. Fælles for mange af definitionerne er, at de indbefatter udvikling af handekompetencer, delt beslutningstagning og målsætning mellem patient og sundhedsprofessionelle, samt at self-management uddannelse opfattes som et supplement til traditionel patientuddannelse, hvor der indgår sygdomsspecifik information og tekniske færdigheder fx i forhold til selvmonitorering (Dan Grabowski, Bjarne Bruun Jensen, Ingrid Willaing, Vibeke Zoffmann og Michaela Louise Schiøtz: Sundhedspædagogik i Patientuddannelse, Steno Center for Sundhedsfremme - Steno Center for Patientbehandling, Gentofte, 2010).

hændelser, overvågning, debriefing-samtaler og patientstøtteordninger, og disse personer spiller en vigtig rolle i organisationens nøgleudvalg.

Strategien indeholder overordnet:

- Hel og systematisk inklusion af patienter, børn, familie og andet netværk i forskellige roller og på alle niveauer af organisationen
- Styrkelse af patienternes superviserende rolle
- Indarbejdelse af patienternes erfaringer i alle dele af organisationen
- Inddragelse af patienter i alle relevante arenaer og fora

Patienterne skal så vidt muligt inddrages i alle relevante sammenhænge, både deltagelse i ledelsen, i strategiske fora, i kvalitetsudvikling og forebyggelsen af tvang og i sin egen pleje- og behandling mv. (20;21).

#### 6. *Anvendelse af debriefing-teknikker*

Til trods for titlen omhandler denne strategi meget mere end det, der umiddelbart forstås ved debriefing. Denne kernestrategi omhandler en omfattende analyse af hver eneste tvangshændelse. Den bygger på det faktum, at reduktion af anvendelse af tvang sker gennem opsamling af viden fra grundige analyser af tvangshændelser og anvendelse af denne viden som grundlag for politikker, procedurer og praksisser, som kan forebygge gentagelser i fremtiden. Denne viden kommer fra eftersamtaler (debriefing) med deltagelse af patienter, pårørende og personale samt fra grundige reviews (årsagsanalyser, gennemgange, second opinions) af tvangsepisoder og aggregerede analyser af alle de førnævnte.

Strategien indeholder overordnet:

- Forståelse af, at debriefing er tertiær forebyggelse (det primære mål er at forebygge, at konflikter opstår, og at tvang iværksættes)
- Afhjælpning af den traumatiske effekt af hændelser og forebyggelse af fremtidig re-traumatisering (defusing/debriefing)
- Debriefing skal producere data, der har indflydelse på fremtidige politikker, praksis og den strategiske planlægning (review/årsagsanalyser)
- Debriefing på alle niveauer (debriefing og defusing skal tilbydes både personale, patienter og andre relevante involverede)
- Skabelse af en grundlæggende sikkerhedskultur (f.eks. gennem årsagsanalyser med efterfølgende ændringer af praksis)

Debriefing-teknikker handler om at skabe en lærende organisation, hvor man lærer af hinanden baseret på virkelige hændelser og forhold. Derudover at patienter, personale og ledelser opretholder en konstant nysgerrighed på, hvordan man bedst forebygger tvang.

Defusing umiddelbart efter en tvangshændelse (nogle gange beskrevet som kollegahjælp eller aflastningssamtale) foregår ofte mellem personalet, men det bør også gennemføres i forhold til patienten og andre, der var tilstede (parallel til interventionen "Genskabe tryk-

hed" i Safewards). Debriefing indebærer dialog og analyse af hændelsen (ofte i forbindelse med eftersamtalen). Slutteligt foretages review/gennemgang/årsagsanalyse af le-delsen og personalet sammen med patienten. Alle disse aktiviteter samles til aggrege-rede analyser, der medvirker til at ændre praksis gennem læring om forebyggelse med det mål at skabe sikkerhed og tryghed for både patienter, pårørende og personale (22;23).

### 3.3 Anbefaling for generel nedbringelse af tvang

Ovenstående gennemgang beskriver strategiernes idealtyper. Implementeringen af stra-tegierne kan se anderledes ud afhængig af kontekst, og som nævnt kan strategiernes til-gange til arbejdet med mennesker med psykiske lidelser også anvendes uden for syge-husene i kommunal kontekst, i sammenhæng med allerede eksisterende retningslinjer for fx forebyggelse af magtanvendelse mv. eller i almen praksis, hvilket vil blive uddybet og eksemplificeret i de efterfølgende afsnit. De seks kernestrategier er således i overens-stemmelse med arbejdet med forebyggelse af magtanvendelse og voldsomme episoder, som der allerede arbejdes med i kommunalt regi. I implementeringen af strategierne har faktorer som personaleressourcer naturligt også betydning for, i hvor høj grad organisati-onerne kan lykkes med strategierne. Nedbringelse af tvang er både omfattende og kræ-vende, og det vil fordre en kulturændring i organisationen. Kulturændringen kommer, når der skabes en synergieffekt mellem de seks kernestrategier. Reduktion af tvang lykkes kun, hvis der er et stort og vedvarende fokus på alle niveauer. Kernestrategierne kan un-derstøtte denne kulturændring. Derfor anbefales det, at:

*Arbejde med nedbringelse af tvang med udgangspunkt i de seks kernestrategier*

- Alle, der arbejder med nedbringelse eller forebyggelse af tvang for mennesker med psykiske lidelser, bør arbejde med udgangspunkt i tilgangen i de seks ker-nestrategier.

## 4. Forebyggelse af tvang før indlæggelse

### 4.1 Viden om forebyggelse af tvangsindlæggelser

Der er sparsom viden om, hvad der skal til for at forebygge tvangsindlæggelser, og der bør i de kommende år arbejdes for, at der kommer mere viden på området.

Forebyggelse af tvangsindlæggelser er kompleks og kræver flere forskellige indsatser. Nogle mennesker med psykiske lidelser, der indlægges med tvang, vil have et forudgående forløb med indlæggelse og i nogle tilfælde også indlæggelse med tvang, mens andre ikke tidligere har været indlagt eller har haft et forløb i den regionale psykiatri.

Der er behov for mere viden om de forløb, der går forud for tvangsindlæggelser, og viden om hvilke indsatser der kan være forebyggende. Denne viden er vigtig, både i forhold til at forebygge tvangsindlæggelse hos den enkelte, men også i forhold til at iværksætte strukturelle tiltag der kan nedbringe indlæggelser med tvang. Brug af data både kommunalt, regionalt og nationalt kan bidrage til ny viden.

Nedenfor uddybes udfordringerne og metoder til at forebygge tvangsindlæggelser for de to grupper.

### 4.2 Mennesker, der ikke tidligere har været i kontakt med den regionale psykiatri

Det er vigtigt at have fokus på rettidig hjælp til både denne gruppe af mennesker med pludselig opstået psykisk lidelse, og som derfor ikke er kendt i den regionale psykiatri, og gruppen af patienter med forværring af kendt psykisk lidelse eller akut opstået psykose, som kan være udløsende for, at en patient indlægges med tvang. Alle aktører, der møder mennesker med psykiske lidelser i det daglige – herunder myndigheder, kommunale medarbejdere, botilbud, almen praksis, øvrigt sundhedspersonale, mv. – bør have en overordnet opmærksomhed på psykisk lidelse og have fokus på at sikre tidlig og rettidig hjælp.

Den praktiserende læge kan være en af de sundhedsprofessionelle, der møder mennesker med psykiske lidelser, og derfor er det vigtigt, at den praktiserende læge har kompetencer til at vurdere tilstanden, ligesom lægen skal have opdateret viden om psykiatrilovens betingelser og begrænsninger for anvendelse af tvang. Derudover skal aktører såsom retssystemet, politi, kommuner, misbrugscentre, herberger eller andre, som kommer i kontakt med mennesker, være opmærksomme på, om der kan være tale om en psykisk lidelse eller forværring af en i forvejen kendt psykisk lidelse. Det er vigtigt, at personalet i disse instanser kender til tegn på alvorlig sygdom fx psykose og har kompetencer til at håndtere mennesker med psykiske lidelser og kender til handlemuligheder, hvis sygdom-

men forværres. Når borgeren ikke tidligere er kendt i psykiatrien, er det oftest den praktiserende læge, som er indgang til psykiatrien – enten via henvisning eller ved akut indlæggelse.

Ved mistanke om alvorligere psykisk sygdom er det vigtigt at kommunale medarbejdere eller andre aktører i primærsektoren kan kontakte relevante sundhedsfaglige myndigheder, såsom praktiserende læge eller den regionale psykiatri. Det er nødvendigt med kommunikationsveje i det primære sundhedsvæsen og i kommunerne, der kan fremme en tværfaglig indsats tidligt i forløbet og derved forebygge yderligere psykisk forværring eller hurtigt henvise til relevante psykiatriske tilbud, således at der kan foretages en tidlig forebyggende indsats mod psykisk lidelse.

Hertil skal både praktiserende læger, kommunale medarbejdere, botilbud og øvrige relevante aktører let og uhindret kunne indhente råd og vejledning hos fagprofessionelle med specialkompetencer i psykiatrien, både i forhold til konkret indsats og for at fremme frivillighed frem for tvang til patienter, der har behov for supplerende psykiatrisk behandling. På den måde kan den praktiserende læge og kommunale fagprofessionelle få kvalificeret vejledning i forhold til at forebygge tvangsindlæggelser med tidlig indsats og med andre tiltag end tvang i affektsituationer.

På baggrund af ovenstående anbefales derfor:

*Særlig opmærksomhed på symptomer og tidlig indsats hos mennesker med svære psykiske lidelser*

- Sundhedspersoner og kommunale fagprofessionelle, der tidligt i forløbet kommer i kontakt med mennesker med psykiske lidelser, bør have en særlig opmærksomhed på symptomer på svære psykiske lidelser og på at hjælpe til en tidlig og målrettet indsats

#### **4.3 Mennesker, der tidligere har været i kontakt med den regionale psykiatri**

Mennesker med psykiske lidelser, der tidligere har været indlagt og måske også indlagt med tvang, skal have bedst mulig hjælp i forhold til at undgå forværring i den psykiske lidelse og, såfremt der opstår forværring, rettidig hjælp. Det betyder, at den praktiserende læge og andre sundhedsprofessionelle, herunder i den ambulante psykiatri, eller socialfagligt personale skal være opmærksomme på forværring af den psykiske lidelse, samt have fokus på hvordan der tværsektorielt kan samarbejdes omkring behandling og forløb for mennesker med psykiske lidelser.

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, der er udfærdiget i forbindelse med indlæggelser, skal implementeres i regionalt regi, kommunalt regi og hos almen praksis efter afslutningen i psykiatrien. En helhedsorienteret indsats i forhold til at forebygge tvangsindlæggelser kræver, at alle aktører forpligter sig til at understøtte et sammenhængende forløb.

Derfor anbefales det at:



### *Skabe mere viden om, hvordan vi forebygger tvangsindlæggelser*

- Der bør arbejdes med at afdække god praksis og virksomme metoder til forebyggelse af tvangsindlæggelser. Afdækningen skal skabe overblik over, vurdere og komme med forslag til anvendelsesorienterede tilgange, som virker i praksis
- Regioner og kommuner bør indhente og anvende lokale data til at få ny viden om de forløb, der går forud for en indlæggelse med tvang. Data kan indsamles internt i sektorerne. Mere viden om særlige behov og/eller opmærksomhedspunkter herunder sygdomsmønstre, tidligere indlæggelser, medicinsvigt mv. vil kunne bidrage til, at parterne herefter i fællesskab arbejder videre med at etablere forebyggende indsatser.

#### **4.3.1 Kompetencer**

Tvangsindlæggelser sker ofte fra eget hjem eller fra et kommunalt eller privat botilbud. Derfor er det væsentligt, at de fagprofessionelle, som mennesker med psykiske lidelser møder i deres vanlige omgivelser, har viden om tegn på forværring samt kompetencer til at bidrage til rettidig behandling.

Det er væsentligt, at tvangsindlæggelser gennemføres på et højt fagligt niveau og på den mest skånsomme måde. De praktiserende læger skal kende betingelserne for at iværksætte en tvangsindlæggelse, jf. psykiatriloven, samt kende alternative muligheder for at hjælpe den enkelte, eksempelvis i kommunalt regi, for derved at forebygge en eventuel tvangsindlæggelse.

Mennesker, der indlægges med tvang, har ofte komplekse problemstillinger, som forudsætter, at de fagprofessionelle har en specifik, faglig indsigt i psykiatriske problemstillinger, mestrer deeskaleringsstrategier og kan foretage en helhedsvurdering af patienten og dennes situation. Derudover forudsætter det også, at de fagprofessionelle har en generel viden om det enkelte menneske for bedre at kunne forstå den enkeltes adfærd og væremåde, identificere risiko for en forestående tvangsepisode og iværksætte forebyggende tiltag. De fagprofessionelle skal i forlængelse heraf også have evne til at reflektere over, hvordan egne handlinger og fremtoning kan påvirke mødet med mennesker med psykiske lidelser. Derfor er fælles viden om faglige tilgange og metodevalg vigtige forudsætninger for at skabe kontinuitet i tilgangen til mennesker med psykiske lidelser, og disse tilgange og metoder kan erhverves via kompetenceudviklingen.

Kompetenceudviklingen bør være praksisnær og kunne implementeres inden for de eksisterende, organisatoriske rammer. Det er vigtigt, at ledelsen på både botilbud, væresteder mv. og i den regionale psykiatri overvejer, hvilke kompetencer der er behov for i medarbejdergruppen. Dette både i forhold til at sikre høj tværfaglighed med inddragelse af alle relevante faggrupper samt for at bringe medarbejdernes faglige såvel som personlige kompetencer i spil for at understøtte forebyggelse af tvangsindlæggelse.

I forhold til det tvangsforebyggende arbejde på botilbud kan der henvises til Socialstyrelsens publikation "Nationale retningslinjer for forebyggelse af voldsomme episoder på botilbud samt på boformer for hjemløse" (24).

#### 4.3.2 Opfølgning på og forebyggelse af (gentagne) tvangsindlæggelser

Det er ledelsen på botilbuddet eller i den regionale psykiatri, der er forpligtet til at skabe rammer, som understøtter de fagprofessionelle i arbejdet med at forebygge, håndtere og ikke mindst lære af tvangsindlæggelser. Måden, der følges op på, kan have en afgørende betydning for, hvordan mennesker med psykiske lidelser, der har været udsat for en tvangsindlæggelse, kommer igennem forløbet. Derudover har opfølgningen betydning for, hvordan de fagprofessionelle håndterer forløbet og kan forebygge eventuelle fremtidige tvangsindlæggelser. Særligt efter en tvangsindlæggelse er det essentielt, at der indbydes til en eftersamtale (jf. psykiatriloven) til refleksion og læring med henblik på at identificere og forebygge lignende situationer fremadrettet. Dette kan være igennem reviews/møder, hvor både den enkelte, der har været udsat for tvang, pårørende, netværk samt centrale aktører på tværs af sektorer inddrages. Ligeledes kan almen praksis spille en vigtig rolle i at følge op på patientens helbred og trivsel efter en tvangsindlæggelse.

Der bør skabes rammer for målrettet at implementere strukturerede arbejdsgange, som understøtter en systematisk forebyggelse af tvang. Det kan være en udfordring med fx skiftende vagter og høj udskiftning af personale. Derudover kan flere forskellige tilgange til arbejdet gøre det vanskeligt for den enkelte medarbejder at vide, hvilken tilgang eller metode, som skal anvendes. Det er derfor væsentligt, at der arbejdes med velkendte metoder, som er kendt af alle, som arbejder med mennesker med psykiske lidelser. Der kan ligeledes mangle tilstrækkelig data, som kan påvise en forventet effekt af den systematiske forebyggelse. Data kan, som beskrevet ovenfor, medvirke til at få opmærksomhed på områder, hvor der er behov for øget fokus.

Regioner, kommuner og almen praksis bør i videst muligt omfang forpligte sig til samarbejde omkring mennesker med psykiske lidelser for at understøtte et sammenhængende forløb. Et tættere samarbejde kan også forebygge eller nedsætte risikoen for, at overgangen mellem sektorer bliver konfliktfyldt. Der kan generelt i det tværsektorielle samarbejde omkring forebyggelse af tvangsindlæggelser med fordel tages udgangspunkt i den generiske model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser, som er udarbejdet i samarbejde mellem Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen (25).

Der er i forskningslitteraturen forholdsvis få publikationer om effektiv forebyggelse af tvangsindlæggelser. Imidlertid findes der i international litteratur nogen evidens for følgende redskaber til at forebygge (gentagne) tvangsindlæggelser:

##### *Fælles udarbejdede planer på tværs af sektorer*

Der kan med fordel udarbejdes én samlet plan (eksempelvis en koordinationsplan eller udskrivningsaftale), der følger patienten. Det er et lovkrav, at der udarbejdes en udskrivningsaftale eller koordinationsplan med involvering af alle relevante aktører, hvis overlægen er bekendt med, at patienten modtager støtte i henhold til servicelovens afsnit V som

følge af nedsat psykisk funktionsevne, eller når det antages, at patienten efter udskrivning ikke selv vil søge den behandling, herunder de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred (dette beskrives yderligere i afsnit 5.2.4). Udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner kan også anvendes til andre patienter, når det findes hensigtsmæssigt.

Kriseplaner kan indgå i behandlingsplanen og udarbejdes af patient og personale i fællesskab tidligt i forløbet/i ambulante regi. Målet er tidlig opsporing og behandling/intervention ved en opkørt situation eller krise, inklusiv en beskrivelse af patientens præferencer i tilfælde af manglende beslutningskompetence. Kriseplanerne kan bruges til at forebygge tvangsindlæggelser hos mennesker med psykiske lidelser, der tidligere har været indlagt med tvang, men også hos dem, der ikke har været indlagt med tvang før. Alle centrale aktører bør involveres i kriseplanerne, eksempelvis kommunale forvaltninger, botilbud, politi, praktiserende læge mv. Kriseplaner er også beskrevet i afsnit 5.2.3.

I dansk kontekst er der igangsat et arbejde i det regionalt forankrede lærings- og kvalitetsteam (LKT) om tvang omkring en fælles, tværsektoriel plan, kaldet "Trygheds- og forebyggelsesplanen", for mennesker med psykiske lidelser, der har haft kontakt til den regionale psykiatri. Arbejdet hermed uddybes i afsnit 5.2.3.

#### *Egenomsorgsinterventioner*

Målet med disse interventioner er at styrke patientens evne til at drage omsorg for sig selv og reagere hensigtsmæssigt på tidlige tegn på forværring af den psykiske lidelse. Interventioner bør gennemføres tidligt i forløbet i kommunalt eller ambulante regi, hvor målet er at tilbyde den enkelte viden og færdigheder til at genkende tegn på forværring af den psykiske lidelse og bør også have fokus på, hvordan tidlige tegn på forværring kan håndteres. Der er også fokus på forebyggelse af forværring af den enkeltes psykiske tilstand, der kan medføre en tvangsindlæggelse. Interventionerne er ofte støttet af sundhedsprofessionelle, men kan også tilbydes manualiseret eller online. Egenomsorgsinterventionerne kan derudover inddrage de pårørende ved at efterspørge, hvordan de pårørende kan støtte den enkelte i at forebygge og håndtere forværring af den psykiske lidelse og eventuelt forebygge tvangsindlæggelse. Det kan eksempelvis være ved at spørge til den enkeltes ønsker, hvis en situation eskalerer, og hvem i personens netværk der kan kontaktes.

På baggrund af ovenstående anbefales:

#### *Særlig indsats i forhold til at undgå indlæggelser med tvang*

- Praktiserende læge og kommunale fagprofessionelle bør sikres let adgang til råd og vejledning ved speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri, bl.a. med henblik på at fremme kvalitet i behandlingen og rettidig indsats. Dette vil forventeligt kunne forebygge tvangsindlæggelser
- Der bør på sigt følges op på igangværende projekter omkring fælles udryknings-teams med sygeplejersker fra den regionale psykiatri og politiet med henblik på at udbrede eventuelle gode erfaringer til hele landet

- Det bør sikres, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner anvendes og implementeres, og at kommune og andre relevante parter inddrages så tidligt som muligt i processen med udarbejdelse af planer
- Regioner og kommuner bør efter en eftersamtale (jf. psykiatriloven) samarbejde systematisk om opfølgning og forebyggelse af forværring af den psykiske lidelse, hvis en patient, der er bosiddende i et kommunalt eller privat botilbud, har været udsat for tvang under indlæggelse, med henblik på at forebygge fremtidig tvangsindlæggelse eller tvang under indlæggelse
- Kommuner bør, med udgangspunkt i fx de seks kernestrategier, vurdere behovet for og ved behov gennemføre kompetenceudvikling for udvalgte personalegrupper med henblik på at understøtte det tvangsforebyggende arbejde. Kompetenceudviklingen kan f.eks. tilrettelægges i samarbejde med den regionale psykiatri som fælles skolebænk med henblik på at opnå fælles forståelse og tilgange
- Kommuner og regioner bør implementere brug af kriseplaner og egenomsorgsinterventioner til mennesker med psykiske lidelser, der vurderes at være i risiko for en tvangsindlæggelse/forværring af deres psykiske lidelse
- Regioner, kommuner og almen praksis bør arbejde med at udbrede tværsektorielle indsatser med henblik på at forebygge tvangsindlæggelser, og samarbejdet mellem politi, misbrugscentre, almen praksis og socialforvaltning bør styrkes

## 5. Forebyggelse af tvang under indlæggelse

De seks kernestrategier udgør grundstammen i det arbejde, der anvendes for at forebygge tvang under indlæggelse. Dette kapitel vil imidlertid supplere de seks kernestrategier og beskrive, hvilke eksempler på hhv. afdelingsrettede og individrettede forebyggelsestiltag, som afdelingerne i øvrigt kan gøre brug af. Mange af disse pointer vil være indeholdt i de seks kernestrategier, men de fremhæves ligeledes her.

### 5.1 Afdelingsrettede forebyggelsestiltag: Skabelse af et tvangsforebyggende miljø

Der er en række generelle redskaber og strategier på afdelingsniveau, som understøtter tvangsforebyggende arbejde.

#### 5.1.1 Safewards-modellen

Mange afdelinger har gode erfaringer med Safewards-modellen (26) i forhold til at nedbringe tvang og reducere konflikter. Modellen indeholder 10 konkrete interventioner, der systematisk og detaljeret beskriver, hvordan man på psykiatriske afdelinger kan arbejde på at få og bevare en kultur, der fremmer tryghed og sikkerhed for patienter og personale. Modellen giver idéer til, hvordan personale og patienter på afdelingen kan arbejde sammen om at reducere konflikter. Modellen og interventionerne findes online i en komplet dansk version<sup>15</sup>. Derudover er relationsarbejdet (relationen mellem patient og den sundhedsprofessionelle) helt centralt i det faglige arbejde med deeskalering af konflikter og forebyggelse af tvang under indlæggelse. Det er helt afgørende, at patientens ønsker til behandling og støtte i videst muligt omfang bliver udgangspunkt for patientens forløb i den regionale psykiatri.

#### 5.1.2 Fysiske rammer og meningsfulde aktiviteter

De fysiske rammer og omgivelser har stor betydning for patientens velbefindende, idet de udgør rammerne om både patientens hverdagsliv, medarbejdernes arbejdsmiljø og patientens behandling. Det er derfor vigtigt, at indretning og omgivelser understøtter tvangsforebyggelse og indbyder til tvangsforebyggende aktiviteter, hvilket i forskningssammenhæng ofte benævnes som *helende arkitektur*. Der har i den senere tid i alle regioner været sat stort fokus på indretning af stuer og fællesrum med fokus på at skabe den rette sansemæssige påvirkning fra lys, farver, lyd og placering af møbler, da mennesker med psykiske lidelser kan være særligt følsomme over for sanseindtryk. Mange steder er der indrettet egentlige "sanserum" med forskellige muligheder for at kombi-

<sup>15</sup> <http://www.safewards.net/da/>

neres sanssemæssige oplevelser, som eksempelvis lyde, musik og belysning. Erfaringerne er, at sansestimuli kan medvirke til at øge trygheden for patienterne og dermed reducere uro og udadreagerende adfærd.

Det er væsentligt, at der tilbydes meningsfulde aktiviteter i hverdagen for derved at skabe en struktureret og sammenhængende hverdag for patienterne, hvilket understøtter den samlede behandling. Det er selvfølgelig afgørende, at de fysiske rammer understøtter dette. Meningsfulde aktiviteter forebygger formodentlig konflikter, og aktiviteterne er ikke kun fysiske udfoldelser, det kan også være andre aktiviteter, der er med til at skabe en afslappet atmosfære, eller lærende aktiviteter såsom gruppeterapeutiske aktiviteter eller undervisning. I forhold til at understøtte dette arbejde bedst muligt kan det løbende overvejes, om afdelingerne har den rette personalesammensætning med de rette fagligheder til at løfte indsatsen for patienterne. Eksempelvis vil der ofte være behov for både sundhedsfaglige og socialpædagogiske/relationelle kompetencer for at skabe meningsfulde dagligdagsaktiviteter.

Personaletilstedeværelse er også en væsentlig parameter, fordi det dels hjælper til aktivering af patienterne, dels øger patienternes tryghed og giver personalet mulighed for at observere, støtte og give omsorg og herigennem forebygge tvang. Personaletilstedeværelsen påvirkes af afdelingens organisering, arbejdstidsplanlægningen, brug af vikarer og normeringerne (27).

### 5.1.3 Kompetencer, rekruttering og fastholdelse

Uddannelse og udvikling af personalet er afgørende for nedbringelse af tvang og fokus skal være på, at de enkelte medarbejdere opnår kompetencer til at agere forebyggende og får viden om, hvordan de bedst integrerer og anvender deres egne personlige ressourcer i det daglige arbejde samt bidrager til en kulturændring i psykiatrien.

Recovery<sup>16</sup> kan her fremhæves som en meningsfuld tilgang til arbejdet med mennesker med psykiske lidelser og benyttes allerede flere steder. Eftersom recovery-tilgangen mange steder kræver en mere grundlæggende ændring i personalets tilgang og opfattelse af patienterne (en kulturforandring), er det forsat noget, der vil tage tid at implementere fuldt ud. Derudover skal det bemærkes, at forløb for patienter i psykiatrien er accelererede, hvorfor patienternes recovery-proces ofte kun er i den indledende fase ved udskrivelse, og derfor foregår en stor del af recovery-processen efter udskrivelse.

En væsentlig udfordring i den regionale psykiatri handler om rekruttering og fastholdelse af personale. Høj faglighed og erfaring hos personalet er afgørende for, at mennesker med svære psykiske lidelser modtager den fornødne behandling. Det er vigtigt, at den lokale ledelse anerkender medarbejdernes indsats og udviser tillid til deres opgaveløsning. Mangel på personale og udpræget brug af vikarer har mange steder stor betydning for kvaliteten af indsatsen. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet "Anbefalinger til rekruttering

<sup>16</sup> Recovery defineres som muligheden for at komme sig, hvilket både omfatter at blive rask og fri for sygdom, at overvinde funktionsnedsættelser og at opnå et for den enkelte meningsfuldt og tilfredsstillende liv

og fastholdelse af sundhedspersonale i psykiatrien" (28), og Danske Regioner har udarbejdet visionspapiret "Stærke kompetencer og attraktive arbejdspladser i psykiatrien" (29), hvori der kan indhentes inspiration til at arbejde med området.

På baggrund af ovenstående anbefales det, at:

*Alle afdelinger arbejder målrettet med forebyggelse af tvang*

- Regioner bør anvende Safewards-modellen i arbejdet med at nedbringe tvang og reducere konflikter
- Regioner bør tilstræbe, at indlagte patienter har meningsfulde dagligdagsaktiviteter
- Regioner bør tilstræbe, at der er en tværfaglig sammensætning af personalet på psykiatriske afdelinger
- Regioner bør ved behov gennemføre kompetenceudvikling for medarbejdere, der arbejder med mennesker med svære psykiske lidelser
- Regioner bør arbejde med den fysiske indretning af psykiatriske afdelinger med fokus på helende arkitektur

*Der arbejdes målrettet med de i psykiatriloven beskrevne individrettede forebyggelsestiltag*

- Regioner bør implementere konsekvent og systematisk brug af forhåndstilkendegivelser og kriseplaner som omdrejningspunkt for behandlingen
- Regioner bør implementere konsekvent og systematisk brug af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner og inddrage kommune og andre relevante parter rettidigt heri
- Regioner bør implementere konsekvent og systematisk brug af eftersamtaler med patienter, der har været udsat for tvang

*Der sikres systematisk samarbejde med somatikken*

- Regioner bør implementere formaliseret ledelsessamarbejde på tværs af somatik og psykiatri med henblik på forebyggelse af tvang på somatiske afdelinger

## **5.2 Individrettede forebyggelsestiltag**

Der er en række værktøjer, der retter sig mod behandlingen af den enkelte patient, som er med til at forebygge, at der opstår situationer, hvor det er nødvendigt at anvende tvang. Samtidig er værktøjerne med til at sikre, at behandling og eventuel anvendelse af

tvang foregår efter patientens præferencer og i videst muligt omfang på patientens præmisser.

### 5.2.1 Forhåndstilkendegivelser

Patienter på psykiatriske afdelinger har, efter psykiatrilovens § 3, stk. 4-6, ret til forud for og i forbindelse med en indlæggelse at fremsætte deres personlige ønsker til behandlingens form og indhold. Dette gælder også behandling uden samtykke. Forhåndstilkendegivelser er en obligatorisk del af en indlæggelse og bør altid indføres i journalen og så vidt muligt være omdrejningspunkt for behandlingen, også i tilfælde hvor behandling uden samtykke kommer på tale. Patienten skal informeres om, at der kan opstå situationer, hvor det kan være nødvendigt at fravige forhåndstilkendegivelsen. Ved tilrettelæggelse af behandlingstilbuddet skal det altid evalueres, hvad der kunne have forebygget anvendelse af tvang i et tidligere indlæggelsesforløb. Det er helt afgørende, at der lyttes til patientens ønsker til behandling.

### 5.2.2 Risikovurderinger

Selvmondsrisikovurderinger er meget vigtige, når man beskæftiger sig med forebyggelse af tvang, og selvmondsrisikovurderinger skal kunne anvendes både på somatiske afdelinger og i almen praksis såvel som på psykiatriske afdelinger. Der kan indhentes råd og vejledning i Sundhedsstyrelsens vejledning "Vurdering og visitation af selvmordstruede" (30). Derudover er en statusrapport for indsatsen til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg under udarbejdelse af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Nationalt Partnerskab til Forebyggelse af Selvmord og Selvmordsforsøg. Rapporten forventes offentliggjort primo 2021. Desuden er et e-learningprogram, som kan anvendes i flere forskellige settings under udarbejdelse. Det anbefales, at personalet gennemfører kurset jævnligt<sup>17</sup>.

BVC anbefales som korttidsrisikovurdering i den kliniske retningslinje "Klinisk retningslinje om forudsigelse af aggression og vold, inden for kort tid, hos voksne over 18 år indlagt på psykiatrisk sygehus" fra Center for Kliniske Retningslinjer. Retningslinjen er under revision<sup>18</sup>.

### 5.2.3 Planer under indlæggelse

I henhold til psykiatriloven skal alle indlagte patienter have udarbejdet en behandlingsplan. Derudover kan der i starten af patientens indlæggelse udarbejdes en kriseplan, samarbejdsaftale eller mestringsplan. Den indeholder som minimum en beskrivelse af, hvad der udløser patientens kriser (her primært kriser, der involverer udad- og indadrettede adfærd) samt en plan for, hvordan krisen bedst håndteres. Planen beskriver også, hvordan personalet bedst hjælper patienten, særligt omkring hvad de skal gøre og ikke gøre i situationen, og hvilke individuelle beroligelsesteknikker patienten anvender. Anvendelse af tvang kan aldrig være beskrevet som en mulighed i planen. Aftalen er udarbejdet sammen med patienten og dennes pårørende, og det er fortrinsvis patientens

<sup>17</sup> [www.selvmondsforebyggelse.dk](http://www.selvmondsforebyggelse.dk)

<sup>18</sup> Der arbejdes med at vurdere, om BVC kan anvendes i børne- og ungeområdet, ligesom der arbejdes med, om BVC kombineret med selvsvurdering vil kunne forudsige vold og aggression endnu bedre.



plan. Hvis patienten ikke kan samarbejde omkring aftalen, beskrives dette, og plejepersonalet udformer aftalen ud fra deres tidligere kendskab til patienten, informationer fra pårørende eller andre, der kender patienten godt. Nogle steder indeholder denne plan også forhåndstilkendegivelsen, og her vil planen også beskrive patientens præferencer, hvis en tvangsforanstaltning ikke kan forebygges (31).

I regi af det regionale Lærings- og Kvalitetsteam (LKT) om tvang arbejdes der netop nu med det tværsektorielle og forebyggende perspektiv i forhold til at kunne samle patientens planer i en 'trygheds- og forebyggelsesplan'. Planen er tænkt som et nyt fælles værktøj til forebyggelse af kritiske situationer, hvor tvang må være sidste nødvendige udvej. Trygheds- og forebyggelsesplanen er ment som en ramme, der også kan indeholde henvisninger til indhentede forhåndstilkendegivelser, kriseplaner, eftersamtaler mv., og som evt. vil kunne samle og understøtte relevant indhold fra andre værktøjer.

#### **5.2.4 Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner**

Som nævnt i afsnit 4.3.2 er der i psykiatriloven særlige bestemmelser om den fortsatte behandling efter udskrivning, hvis overlægen er bekendt med, at patienten modtager støtte i henhold til servicelovens afsnit V som følge af nedsat psykisk funktionsevne, eller når det antages, at patienten efter udskrivning ikke selv vil søge den behandling, herunder de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred. Overlægen har under indlæggelsen ansvaret for, at der ved udskrivelse indgås en udskrivningsaftale i samarbejde med patienten, eller at der udarbejdes en koordinationsplan, såfremt lægen vurderer, at patienten ikke selv vil søge den nødvendige behandling eller sociale tilbud. Udskrivningsaftalen indgås mellem patienten, psykiatrien, kommunen og andre relevante parter, og den omfatter de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten. Det er vigtigt at være opmærksom på, at alle relevante aktører inddrages rettidigt, så alle aktører er enige om den videre retning for den enkelte patient. Beskæftigelsesområdet kan være relevant at inddrage for nogle patienter.

Det er lovpligtigt, at disse aftaler/planer udarbejdes for den tiltænkte målgruppe, da de understøtter en god overgang til primærsektoren og den normale hverdag, og der bør løbende følges op på aftalens/planens indhold.

#### **5.2.5 Eftersamtaler**

I henhold til psykiatriloven skal der tilbydes en eftersamtale efter enhver tvangsforanstaltning. Det er overlægen, der har ansvar for, at der tilbydes en eftersamtale, og overlægen udpeger en person blandt afdelingens personale til at gennemføre samtalen. Eftersamtalen er en systematisk gennemgang af patientens oplevelser i forbindelse med tvang, og formålet med samtalen er netop at forebygge og reducere brug af tvang over for den pågældende patient i fremtiden eller alternativt at gennemføre tvang på en mere hensigtsmæssig og mindre traumatiserende måde for patienten. Eftersamtalen skal gennemføres snarest efter ophør af en tvangsforanstaltning og senest i forbindelse med udskrivelsen. Eftersamtaler er således et essentielt redskab til at forebygge tvang gennem patientinddragelse, og eftersamtaler kan således både bidrage til at reducere tvang og bidrage til bedre patientforløb.

Eftersamtaler skal gennemføres, og den viden, der indhentes i forbindelse med eftersamtaler, skal anvendes i det videre arbejde. Det bør sikres, at der sker opdatering af forhåndstilkendegivelsen eller patientens øvrige planer

### **5.3 Samarbejde med somatiske afdelinger**

En del af den tvang, der udøves, sker på somatiske afdelinger. Denne tvang kan ofte forebygges, hvis de somatiske afdelinger har fået vejledning i at arbejde med mennesker med psykiske lidelser. Der er en generel udfordring med håndtering af mennesker med akutte psykiske problemstillinger i somatisk akutmodtagelse. Erfaringer fra regionerne viser, at et tæt og formaliseret samarbejde mellem somatiske og psykiatriske afdelinger/akutmodtagelser kan nedbringe tvang på somatiske afdelinger markant. Samarbejdet kan bl.a. indeholde fælles undervisning om eksempelvis særlige patientgrupper eller være faciliteret af patientrepræsentanter fra eksempelvis EN AF OS<sup>19</sup>. Det kan også indeholde fast deltagelse på morgenkonferencer (med passende mellemrum), fælles reviews efter tvangsepisoder, fælles processer for deeskalering, mv.

Også her er et udpræget ledelsesfokus en afgørende determinant for, at indsatsen lykkes og vedligeholdes i både somatik og psykiatri, og ledelser fra psykiatri og somatik bør prioritere faste møder, hvor indsatsen løbende koordineres og evalueres.

<sup>19</sup> Siden 2011 har paraply-indsatsen EN AF OS været hjørnesten i det nationale arbejde for afstigmatisering af psykisk sygdom finansieret delvist af satspuljemidler, fondsmidler, regioner og gennem ressourcer og aktiviteter i partnerskabskredsen

## 6. Særlige forhold vedr. tvangsforebyggelse for børn og unge

Anvendelse af tvang over for børn og unge bør i videst muligt omfang undgås og derfor kun benyttes i helt sjældne tilfælde. Lovgivningsmæssigt er der særlige regler for anvendelsen af tvang over for børn under 15 år, og disse regler står beskrevet i afsnit 2.3.3.

Med det in mente berører tvangsforebyggelse for børn og unge de samme metoder, teknikker og personalekompetencer som tvangsforebyggelse for voksne. De seks kernestrategier er således også grundlæggende for det tvangsforebyggende arbejde for børn og unge.

Ved at hjælpe børn og unge med en tidlig og rettidig indsats kan man i nogle tilfælde forebygge, at udfordringerne udvikler sig til svære psykiske lidelser senere i livet.

Der er imidlertid nogle særlige forhold omkring børn og unge, som adskiller sig fra voksenområdet. Disse præsenteres i det følgende.

### 6.1 Inddragelse af familien

I forhold til anvendelse af tvang (og behandling i den regionale psykiatri generelt) er det meget væsentligt at inddrage barnets/den unges familie. Det betyder også, at forebyggelsesarbejdet skal inddrage hele familien med oplysning, psykoedukation, familierapi, mv. På de børnepsykiatriske afdelinger anvendes der derfor i stigende grad medindlæggelse af en forælder som en del af behandlingen.

Flere regioner arbejder med forældrementorer som samarbejdspartnere for forældre med et barn indlagt på en psykiatrisk afdeling. Forældrementoren er en forælder, som selv har et barn, der har været indlagt på en psykiatrisk afdeling og har erfaring med at være forælder til et barn med en psykisk lidelse. Forældrementoren tilbyder forældrene støtte under barnets indlæggelse, hjælp til hvordan man kan håndtere indlæggelser på sygehus og hjælp til at forberede tiden efter udskrivelse.

Kommunen er i henhold til serviceloven forpligtet til at inddrage forældrene i forhold til indsatser og tilbud, der fremmer børn og unges udvikling, trivsel og selvstændighed. Derfor vil inddragelse af familien også her være en hel naturlig del af den kommunale indsats.

Det anbefales derfor, at:

#### *Inddrage barnets/den unges familie i behandlingen*

- Regioner og kommuner inddrager forældre og i relevant omfang forældrementorer i forebyggelsesarbejdet

### **6.2 Overgang fra ung til voksen**

For de unge, der skal overgå til behandling eller kommunal indsats i voksenregi, bør der være et særskilt fokus på at sikre en god og planlagt overgang, som er tilrettelagt i forhold til den enkelte unges behov. En veltilrettelagt overgang kan medvirke til at forebygge forværring af den psykiske lidelse samt forebygge konflikter og kan derved understøtte forebyggelse af en eventuel indlæggelse med tvang. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet *Anbefalinger for transitionsforløb fra børne- og ungeområdet til voksenområdet i sygehusregi* (32), hvori der kan hentes inspiration til at tilrettelægge overgange i sygehusregi.

For overgangen fra ung til voksen i sygehusregi kan det være hensigtsmæssigt at indlede arbejdet med overgangen flere år i forvejen, hvis den unge forventes at skulle have et langt forløb i voksenpsykiatrien. Forberedelsen kan eksempelvis bestå i, at en kommende patient og pårørende kan komme på besøg i voksenpsykiatrien sammen med nuværende behandlere, og at der er tid til løbende dialog om og tilrettelæggelse af overgangen.

Det anbefales på baggrund af ovenstående, at:

#### *Planlægge overgangen fra ung til voksen*

- Regioner og kommuner planlægger og koordinerer overgangen fra ung til voksen ud fra en individuel vurdering for at understøtte forebyggelse af eventuelle konflikter og/eller indlæggelser med tvang

### **6.3 Sygdomme hos børn og unge**

Sygdomsbilledet hos de børn og unge, der udsættes for tvang, er anderledes end hos voksne, men generelt mangler der mere systematisk viden herom.

Tvang over for børn og unge er blevet undersøgt i en audit udarbejdet af Danske Regioner i juni 2018 (33). Der er i alt auditeret på 96 tvangsindlæggelser og 98 indlæggelsesforløb, hvor frivilligt indlagte patienter har haft en eller flere tvangsforanstaltninger. Auditte viser, at tvangen primært omfattede piger i 15-17 års alderen. Dem, der blev tvangsindlagt, havde primært diagnoser inden for gruppen af personlighedsforstyrrelser og adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser. Tydelige tegn på forværring inden indlæggelsen var selvskade, hvilket forekom hos ca. halvdelen af patienterne.

Auditten viste endvidere, at for de børn og unge, der blev udsat for tvangsforanstaltninger under indlæggelse (hos frivilligt indlagte), var diagnoserne primært psykoser, nervøse og stressrelaterede tilstande og adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser. Tegn på forværning inden indlæggelsen var hos ca. 40 % af patienterne selvskade.

Resultaterne fra auditten kan ikke uden videre generaliseres, men der er en række forhold ved audittens resultater, der bør analyseres nærmere. Tvangsindlæggelse kræver i henhold til psykiatriloven, at patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der kan ligestilles hermed, hvor det vil være uforvarsomt ikke at tvangsindlægge den pågældende, fordi udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet, eller fordi den pågældende udgør en væsentlig fare for sig selv eller andre. Det kan derfor undre, at lidelser hos børn og unge udsat for tvang primært er ikke-psykotiske lidelser. Derudover er spiseforstyrrelser ikke repræsenteret, hvilket er i modsætning til, at der tidligere har været peget på, at netop denne gruppe patienter udsættes for tvang.

Der er behov for en udbygget forståelse af, hvilke børn og unge der udsættes for tvang. I en yderligere afdækning af området skal der være fokus på børnenes/de unges sygdomsbillede og historik i psykiatrien såvel som i kommunale forvaltninger.

#### **6.4 Tæt samarbejde med sociale indsatser**

Tvangsforebyggelse i forhold til børn og unge kræver meget tæt samarbejde med de kommunale forvaltninger, som overvejende arbejder med indsatser reguleret i serviceloven. I serviceloven findes hjemmel til bl.a. anbringelse på en lukket institution og fastholdelse af en ung, der eksempelvis er udadreagerende. Sociale institutioner har imidlertid ikke hjemmel til at udøve tvang i psykiatrilovens forstand.

De unge, der bliver udsat for tvang i henhold til psykiatriloven, er stort set altid kendte i både den regionale psykiatri og kommunen, og førnævnte audit udarbejdet af Danske Regioner viser, at omkring 70 % af de børn og unge, der blev tvangsindlagt, var bosiddende på en institution (kommunal, privat/regional), ligesom langt hovedparten af de unge havde en socialfaglig handleplan (33). Det betyder, at der i de sociale indsatser og på sociale institutioner er behov for indgående kendskab til børne- og ungdomspsykiatriske tilstande samt kompetencer til at hjælpe børn og unge med forskellige typer af psykiske lidelser. Det betyder også, at der er et stort potentiale i at arbejde tæt på tværs af sektorer omkring børn og unge i denne målgruppe.

Det anbefales derfor, at:

#### *Indhente mere viden om børn og unge, der udsættes for tvang*

- Regioner bør indhente og anvende egne lokale data om tvangsanvendelse for at opbygge erfaring og læring, med særligt fokus på børn og unge, der udsættes for tvang, samt fokus på sygdomsbillede og tidligere forløb i region og kommune.

- Kommuner bør indhente og anvende egne lokale data om magtanvendelse (i servicelovens forstand) med særligt fokus på børn og unge, der udsættes for magtanvendelse
- Konstateres der gentagen brug af tvangsforanstaltninger over for enkeltpersoner, bør regioner og kommuner revidere og intensivere indsatsen

#### *Styrke kompetenceniveauet for personale, der arbejder med børn og unge med psykiske lidelser*

- Regioner bør gennemføre kompetenceudvikling efter lignende modeller som i voksenpsykiatrien
- Kommuner bør vurdere behovet for og ved behov gennemføre kompetenceudvikling for personalegrupper, der arbejder med børn og unge med psykiske lidelser. Kompetenceudviklingen kan f.eks. tilrettelægges i samarbejde med psykiatrien som fælles skolebænk med henblik på at opnå fælles forståelse og tilgange

#### **6.5 Tværsektorielle indsatser til børn og unge**

I regi af tidligere satspuljeaftaler er der igangsat initiativer omkring udgående funktioner fra den regionale psykiatri til kommunerne. Disse initiativer har til formål at understøtte en tidlig indsats, så forværring af barnet/den unges psykiske lidelse eller symptomer herpå undgås, og så barnet/den unge kan modtage en indsats, hvor indlæggelse i den regionale psykiatri ikke er nødvendig.

Ofte samarbejdes der med pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR) i kommunerne, og her er der også et stort potentiale for et tæt samarbejde mellem region og kommune, som også kan understøtte en tidlig og rettidig indsats til børn og unge med udfordringer samt et samarbejde med almenområdet. Flere af disse initiativer er allerede implementeret og forankret og bidrager til at understøtte en tidligere indsats for børn og unge med psykiske lidelser.

På baggrund af ovenstående anbefales derfor:

#### *Tæt samarbejde og tværsektorielle indsatser mellem psykiatrien og kommunale sociale indsatser*

- Regioner og kommuner implementerer ved behov hyppige netværksmøder mellem børne- og ungdomspsykiatri, relevante kommunale forvaltninger og forældre vedrørende koordinering af indsatsen



# Bilagsfortegnelse

- Bilag 1:** Relevante tidligere initiativer
- Bilag 2:** Kommissorium for arbejdsgruppen
- Bilag 3:** Arbejdsgruppens medlemmer



## Bilag 1: Relevante tidligere initiativer

I det følgende gennemgås de væsentligste nedslagspunkter og nationale initiativer i forbindelse med arbejdet med at forebygge og nedbringe tvang og magtanvendelser i hhv. regioner og kommuner fra 2004 til i dag.

### Nationale initiativer med relevans for regioner

#### *Gennembrudsmetoden fra 2004*

I perioden 2004 til 2007 blev Det nationale kvalitetsprojekt om tvang i psykiatrien gennemført, hvor i alt 46 psykiatriske sengeafdelinger deltog i et landsdækkende netværksarbejde ud fra den såkaldte Gennembrudsmetode. Den grundlæggende idé bag Gennembrudsmetoden er at tage udgangspunkt i eksisterende viden om "best practice" og herefter tilpasse denne viden til lokale forhold. Erfaringerne fra Gennembrudsprojektet satte nedbringelse af tvang på dagsordenen og medvirkede også til en begyndende kulturændring i psykiatrien.

#### *Sundhedsstyrelsens udredning af tvangsforanstaltninger i psykiatrien fra 2009*

Torturforebyggelseskomitéen anførte efter et besøg i Danmark i 2008, at der for ofte blev anvendt tvangsfiksering, og at patienterne blev fikseret i for lang tid. I 2009 udarbejdede Sundhedsstyrelsen, på baggrund af en anmodning fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, en udredning med en gennemgang af psykiatriske tvangsforanstaltninger i andre lande, bl.a. Sverige, Norge, Finland, m.fl. I udredningen belystes bl.a., hvilke former for tvang der ifølge de pågældende landes lovgivning må anvendes, og hvordan den anvendte tvang registreres og monitoreres. Derudover indeholdt udredningen en faglig vurdering af de tvangsmetoder, der anvendes i Danmark, herunder tvangsfiksering. I udredningen vurderede referencegruppen for arbejdet, i lighed med Torturforebyggelseskomitéen, at antallet af tvangsfikseringer bør reduceres til det mindst mulige, og at langvarige tvangsfikseringer så vidt muligt bør undgås.

#### *Sundhedsstyrelsens nationale strategi fra 2009*

Sundhedsstyrelsen offentliggjorde i 2009 rapporten "National strategi for psykiatri", som havde til formål at samle gode intentioner og visioner til fremadrettede initiativer for en samlet indsats i psykiatrien. Strategien har de seneste ti år været retningsgivende for arbejdet på psykiatriområdet i styrelser og regioner. Sundhedsstyrelsen pegede bl.a. på, at der er brug for en permanent og systematisk indsats målrettet nedbringelse af tvang, hvilket senere blev udmøntet i den langsigtede partnerskabsaftale for nedbringelse af tvang.

#### *Regeringens Psykiatriudvalg fra 2012*

I 2012 nedsatte Regeringen et psykiatriudvalg, som i 2013 afrapporterede med rapporten "En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser", der satte fokus på væsentlige udfordringer i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser.

Udvalget konkluderede i sin rapport, at anvendelsen af tvang skulle reduceres betydeligt, og således kom der skærpet fokus på området. På baggrund af udvalgets konklusioner indgik Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i 2014 en aftale med Danske Regioner om at reducere anvendelsen af tvang i psykiatrien inden 2020 (beskrevet nedenfor).

Tvang i psykiatrien blev derudover på baggrund af udvalgets konklusioner et fokusområde i satspuljeaftalen for 2014-2017.

#### *Partnerskabsaftaler om nedbringelse af tvang fra 2014*

De regionalt indgåede partnerskabsaftaler udmønter en fælles målsætning om, at antallet af patienter, der udsættes for bæltefiksering, skal halveres inden udgangen af 2020, og der skal samtidig ske en reduktion af den samlede brug af tvang i psykiatrien. Sundhedsstyrelsen har hvert halve år siden 2014 udgivet en monitoreringsrapport, der dækker udvalgte indikatorer. I rapporterne kommenteres bl.a. på udviklingen det seneste år.

I forbindelse med aftalen blev der afsat 50 mio. kr. årligt fra 2014 til at nå målsætningerne. Midlerne skulle anvendes til patientinddragelse, kompetenceudvikling samt udbredelse og implementering af metoder med gode nationale og internationale erfaringer.

#### *Resultater fra monitoreringen*

Overordnet viste de første monitoreringer, at anvendelsen af bæltefikseringer blev reduceret, om end med en vis regional variation. De seneste monitoreringer viser, at den samlede anvendelse af tvangsforanstaltninger er stigende, selvom anvendelsen af bæltefikseringer er nedbragt. I forhold til børn og unge er anvendelsen af tvangsinlæggelser og anvendelsen af tvang under indlæggelse stagneret siden 2015.

Den sidste årsopgørelse fra 2019 (3) viser, at anvendelsen af bælte og remme er faldet siden baseline, men samtidig er anvendelsen af akut beroligende medicin og fastholdelser steget, dog kan man ikke sikkert udlede, at der nødvendigvis er en sammenhæng. Samlet set har Sundhedsstyrelsen på baggrund af den seneste monitorering for hele 2019 vurderet, at målet for 2020 om halvering af bæltefiksering og reduktion af den samlede brug af tvang ikke kan nås. Anvendelsen af tvang i psykiatrien er således fortsat for høj, og trods et stort og vedvarende fokus er det ikke lykkedes i tilstrækkelig grad at nedbringe brugen af tvang.

#### *Sikker Psykiatri*

Siden 2014 har regionerne samarbejdet om projektet Sikker Psykiatri, som Dansk Selskab for Patientsikkerhed, TrygFonden, Det Obelske Familiefond og Danske Regioner står bag. Projektet har bl.a. haft som fokus at reducere anvendelse af tvang, bl.a. igennem Tvangspakken. Sikker Psykiatri har medvirket til, at flere patienter får foretaget medicingennemgang og bliver involveret heri. Desuden har Sikker Psykiatri arbejdet aktivt med at reducere antallet af bæltefikseringer og skabt større systematik i diagnostik og forebyggelse af somatiske sygdomme.

#### *Satspuljer*

Satspuljerne har igennem en lang årrække dannet grundlag for afprøvninger af forskellige indsatser og organiseringsformer ift. nedbringelse af tvang. Af væsentlige puljer kan fremhæves "Forsøg med bæltfrie afdelinger i psykiatrien" fra satspuljeaftalen 2014-2017. Resultaterne fra satspuljeprojektet viser, at anvendelsen af bæltefikseringer næsten helt kan undgås ved at arbejde med de seks kernestrategier (se kapitel 3) – også uden stig-

ning i anvendelsen af øvrige tvangsformer. Derudover viser resultaterne, at de organisatoriske og kulturelle forandringer har større betydning i forhold til at nedbringe tvang, end hvilke konkrete redskaber personalet benytter samt at de ekstra midler tilknyttet forsøget bidrog til de positive resultater, idet der kunne tilknyttes yderligere personale.

Det kan her ligeledes nævnes, at der i satspuljeaftalen 2018-2021 blev afsat midler til afprøvning af en model for tværsektorielle teams til nedbringelse af tvang, netop med henblik på at afprøve en intensiveret indsats for at forebygge (gentagne) tvangsindlæggelser og/eller konfliktfyldte indlæggelser, der muligvis senere kan føre til tvang under indlæggelse. Modellen for tværsektorielle teams afprøves nu i tre regioner i samarbejde med mindst to af kommunerne i de pågældende regioner, og evalueringen foreligger efter planen i 2022.

#### *Lærings- og kvalitetsteam*

Sundhedsstyrelsens arbejde med de organisatoriske anbefalinger skal ligeledes ses i sammenhæng med det regionale lærings- og kvalitetsteam (LKT) om nedbringelse af tvang, som er nedsat i regi af Danske Regioner. Et lærings- og kvalitetsteam er et nationalt netværk af klinikere og ledere fra relevante afdelinger samt en ekspertgruppe, der arbejder med kvalitetsforbedringer på et udvalgt område med afsæt i kliniske kvalitetsdatabaser. Det er i dette regi besluttet at arbejde målrettet med forebyggelse af både tvangsindlæggelser og tvang under indlæggelse med inddragelse af alle relevante aktører på tværs af sektorer.

#### **Nationale initiativer med relevans for kommuner**

I kommunalt regi arbejdes der ikke konkret med forebyggelse af tvang i psykiatrilovens forstand, men der er flere initiativer inden for det kommunale område ift. arbejdet med forebyggelse af magtanvendelse og voldsomme episoder, hvor de anvendte metoder og tilgange ligger i tråd med de seks kernestrategier. Nogle af disse metoder og tilgange beskrives derfor nedenfor, og det er væsentligt, at disse bruges i kommunalt regi til at forebygge en forværring af borgerens psykiske lidelse, hvilket kan forebygge en eventuel tvangsindlæggelse.

#### *Socialstyrelsens håndbøger: "Regler om brug af magt over for voksne med betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne", 2019*

Socialstyrelsen har i 2019 udgivet håndbøger til hhv. borgere og pårørende, fagpersoner og myndighedspersoner for at udbrede og understøtte kendskabet til reglerne om magtanvendelse.

#### *Nationale retningslinjer for forebyggelse af voldsomme episoder på botilbud samt på boformer for hjemløse, 2017*

Samlet set peger forskning, undersøgelser og erfaringer fra socialpædagogisk praksis på, at flere elementer er centrale i forebyggelsen af voldsomme episoder. Formålet med retningslinjerne er at understøtte trivsel og tryghed for borgere og medarbejdere på landets botilbud samt på boformer for hjemløse og herigennem at nedbringe omfanget af voldsomme episoder og så vidt muligt undgå, at de opstår. Retningslinjerne peger bl.a. på, at der bør være fokus på fremme af borgernes trivsel og mestring, forebyggelse af

konflikteskalerende forhold, systematiske risikovurderinger, refleksion og læring efter en voldsom episode samt understøttelse af det tværsektorielle samarbejde.

*Delaftale om udmøntning af satspuljen for 2017-2020:*

*De 150 særlige pladser*

I delaftalen blev det blandt andet aftalt at etablere 150 pladser til en gruppe af særligt udsatte patienter med svære psykiske lidelser, udadreagerende adfærd, gentagne indlæggelser, afbrudte behandlingsforløb og ofte misbrug og/eller dom til behandling. Formålet med pladserne er at sikre en intensiv og helhedsorienteret behandlings- og rehabiliteringsindsats til disse særligt udsatte patienter, og også at nedbringe antallet af konflikter, at opnå bedre sikkerhed for andre patienter og medarbejdere og at forebygge anvendelsen af tvang over for målgruppen. Pladserne er fra 2018 etableret i regi af de psykiatriske afdelinger i de fem regioner, og der er etableret et visitationsforum i hver region. I satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2018-2021 blev der afsat yderligere midler til pladserne, og loven vedrørende de særlige pladser trådte i kraft den 1. januar 2018. Der blev derudover afsat 2 mio. kr. til kompetenceudvikling af ledelsen og medarbejderne på de særlige pladser i 2018. Kompetenceudviklingen blev gennemført af Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen i fællesskab og med inddragelse af relevante eksterne fagpersoner.

*Satspuljen 2014-2017: Projekt "Forebyggelse af magtanvendelse på botilbud"*

Projektet har haft til formål at forebygge bl.a. magtanvendelser gennem afprøvning af to metoder: LA2, der er en videreudvikling af metoden Low Arousal, og metametoden Feedback Information Treatment (FIT). Projektet har været gennemført på tre socialpsykiatriske botilbud. Erfaringsopsamlingen fra projektet, gennemført af Socialstyrelsen, viser, at der samlet er sket et fald i antallet af både magtanvendelser og voldsomme episoder. Det vurderes, at faldet – ud over implementeringen af metoderne - også skal tilskrives en række øvrige tiltag, der er sket på botilbuddene både før og under projektperioden.

## Bilag 2: Kommissorium for arbejdsgruppen

### Baggrund

Trods et stort fokus gennem en lang årrække på at nedbringe brugen af tvang i psykiatrien i Danmark, er det fortsat ikke lykkedes i tilstrækkelig grad. Sundhedsstyrelsen finder det bekymrende af flere grunde. Dels berører tvang nogle af de mest grundlæggende individuelle rettigheder til frihed og selvbestemmelse, og det er derfor helt afgørende at mennesker ikke berøres unødigt af tvang. Dels tyder det på, at der er forskelle på tværs af regioner og afdelinger, og at patienterne derfor ikke oplever en ensartet kvalitet på tværs af landet.

Der er ligeledes et overordnet behov for mere viden om, hvordan tvangsindeklæggelser kan forebygges i både regionalt - og kommunalt regi samt i almen praksis. Det er centralt at se på forebyggelse af tvangsindeklæggelser, da tvangsindeklæggelse medfører en høj risiko for tvang under indeklæggelse. Det er en generel udfordring, at halvdelen af alle, der bliver tvangsindeklægt, ikke har haft en forudgående kontakt til psykiatrien, fordi der mangler viden om, hvem disse patienter er, hvilke diagnoser de har, mv.

Der findes allerede solid viden om, hvad der kan nedbringe brugen af tvang i psykiatrien, og der er udviklet evidensbaserede metoder (fx de seks kernestrategier<sup>20</sup> og Safewards) til at nedbringe brugen af tvang. Ledelsesinvolvering er den vigtigste af de seks kernestrategier og er også en forudsætning for, at de andre strategier har den ønskede effekt. Ledelsesinvolvering har været benyttet i flere lande til at nedbringe brugen af tvang. Desuden indgår kompetenceudvikling, brugerinddragelse, anvendelse af forskellige forebyggelsesværktøjer og debriefingsteknikker samt anvendelse af data til en datadrevet praksis som strategier og værktøjer, ledelsen kan anvende for at nedbringe tvang.

Med partnerskabsaftalen for nedbringelse af tvang fra 2014 blev det besluttet, at anvendelsen af bæltefikseringer (andel bæltefikseringer af antal indlagte samt totalt antal bæltefikseringer over 48 timer) skal halveres inden udgangen af 2020. Samtidig skal den samlede brug af tvang reduceres. Sundhedsstyrelsen har siden 2014, hvert halve år, monitoreret udviklingen. Tendensen i monitoreringerne har været, at det overordnet ikke er lykkedes at nedbringe den samlede brug af tvang, til trods for at antallet af bæltefikseringer er faldet. I forhold til børn og unge er anvendelsen af tvangsindeklæggelser og anvendelsen af tvang under indeklæggelse stagneret siden 2015. Desuden viser de nyeste tal fra 2018, at der er en stor variation i tvangsansøgningen mellem de fem regioner. Udviklingen bekymrer Sundhedsstyrelsen, som derfor ønsker at gøre mere for at understøtte arbejdet med at nedbringe og forebygge tvang.

Sundhedsstyrelsen har løbende haft en tæt dialog med regionerne, som særligt har peget på følgende udfordringer:

<sup>20</sup> Six Core Strategies to Prevent Conflict, Violence and Use of Seclusion and Restraint. National Association of State Mental Program Director, 2011

- Der er stor variation i tvangsansværelsen inden for de enkelte regioner, som dækker over store forskelle på sygehus- og afdelingsniveau, hvor nogle afdelinger viser meget positive resultater i forhold til nedbringelse af tvang.
- Der er tendens til, at tvangen er ulige fordelt, således at en mindre gruppe af patienter udsættes for en stor andel af den samlede tvang
- En del af tvangsforanstaltningerne, herunder tvangsindlæggelser, kan forebygges med en helhedsorienteret, tidlig, tværsektoriel indsats.

Sundhedsstyrelsen ønsker som led i et fortsat fokus på forebyggelse og nedbringelse af tvang at udarbejde anbefalinger, som kan understøtte aktørerne på området i arbejdet med at forebygge og nedbringe brugen af tvang. Derudover skal anbefalingerne understøtte samarbejdet mellem sektorerne omkring forebyggelse af tvangsindlæggelser. Anbefalingerne vil tage udgangspunkt i de seks kernestrategier samt i de eksisterende erfaringer fra regionerne med nedbringelse af tvang.

Sundhedsstyrelsen nedsætter i forbindelse med arbejdet en bredt sammensat faglig arbejdsgruppe, der skal rådgive styrelsen i udarbejdelsen af anbefalingerne. Sundhedsstyrelsen vil derudover få rådgivning fra en ekstern konsulent.

#### **Arbejdsgruppens opgave og møder**

Den faglige arbejdsgruppe skal drøfte og kvalificere Sundhedsstyrelsens udkast til anbefalinger til nedbringelse af tvang psykiatrien.

Udarbejdelsen af anbefalingerne vil tage afsæt i de indhentede erfaringer samt eksisterende viden på området. Anbefalingerne forventes at omfatte indsatsområder, organisering, modeller og strategier for forebyggelse og nedbringelse af tvang, tværsektorielt samarbejde mv. Anbefalingerne vil have fokus på både voksne og børn og unge.

Sundhedsstyrelsen udarbejder i samarbejde med en ekstern konsulent oplæg til møderne, som den faglige arbejdsgruppe drøfter og kvalificerer. Dagsorden og beslutningsreferat udsendes cirka en uge før og efter mødets afholdelse.

Der forventes afholdt 3 møder i den faglige arbejdsgruppe. Anbefalingerne for nedbringelse af tvang i psykiatrien forventes at foreligge i februar 2020.

#### **Arbejdsgruppens sammensætning**

Den faglige arbejdsgruppe har repræsentation af følgende parter:

- Sundhedsstyrelsen (formandskab og sekretariat)
- Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (1)
- Dansk Psykiatrisk Selskab (1)
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab (1)
- Dansk Psykolog Forening (1)
- Danske Regioner/regioner (1+5)

- Dansk Selskab for Fysioterapi (1)
- Socialpædagogernes Landsforbund (1)
- Dansk Sygepleje Selskab (2)
- Dansk Selskab for Almen Medicin (1)
- Ergoterapeutforeningen (1)
- KL (1)
- Socialt Lederforum (1)
- Landsforeningen SIND (1)
- Bedre Psykiatri (1)
- LAP – Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere (1)
- FOA

Øvrige parter kan blive inddraget ved behov.

**Bilag 3: Arbejdsgruppens medlemmer**

Medlemmer af Arbejdsgruppe vedr. organisatoriske anbefalinger til nedbringelse af tvang:

Sabine Elm Klinker Vicedirektør	Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade
Lene Høgh Ledende overlæge	Dansk Psykiatrisk Selskab
Anne Marie R. Christensen Overlæge	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab
Maja Zandersen PhD, specialpsykolog	Dansk Psykolog Forening
Josefina Hindenburg Krausing Chefrådgiver	Danske Regioner
Dorthe Juul Lorenz Vicedirektør	Region Sjælland
Anne Gottlieb Hertz Vicedirektør	Region Hovedstaden
Susanne Jensen Klinikchef	Region Nordjylland
Kirsten Gjernø Yde Oversygeplejerske	Region Midtjylland
Agnete Larsen Ledende overlæge	Region Syddanmark
Lene Nyboe Jacobsen Fysioterapeut og PhD	Dansk Selskab for Fysioterapi
Sofie Thal Fisker Socialfaglig konsulent	Socialpædagogernes Landsforbund
Lene Lauge Berring Seniorforsker/Ledende oversygeplejerske	Dansk Sygepleje Selskab
Anne L. Eisenhardt Oversygeplejerske	Dansk Sygepleje Selskab
Helle Obbekær Udviklingsmedarbejder	Ergoterapeutforeningen
Preben Bøgelund Centerchef	KL
Bo Møllerup Direktør	Socialt Lederforum
Knud Kristensen Landsformand	Landsforeningen SIND
John Hatting	Bedre Psykiatri



Bestyrelsesmedlem	
Henrik Kromann Hansen Medlem af Landsledelsen i LAP	Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere (LAP)
Nanna Mørch Socialpolitisk konsulent	FOA
Claus Rendtorff Praktiserende læge	Dansk Selskab for Almen Medicin

Sundhedsstyrelsen har varetaget formandskab og sekretariatsbetjening af arbejdsgruppen.

Lotte Klitfod Sektionsleder (Formand)	Sundhedsstyrelsen
Julie Præst Fuldmægtig (projektleder)	Sundhedsstyrelsen
Sara Korngut Specialkonsulent	Sundhedsstyrelsen
Jesper Bak Ekstern Konsulent	
Tina Birch Sekretær	Sundhedsstyrelsen

## Litteratur

- (1) Institut for Menneskerettigheder. Menneskerettigheder og tvang i psykiatrien. Anbefalinger. 2013.
- (2) Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. LBK nr. 936 af 2. september 2019
- (3) Sundhedsstyrelsen. Monitorering af tvang i psykiatrien – opgørelse for perioden 1. januar 2019 – 31. december 2019, 2020.
- (4) Regeringens udvalg om psykiatri. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. Oktober 2013.
- (5) Huckshorn KA. Reducing seclusion restraint in mental health use settings: core strategies for prevention. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2004 Sep;42(9):22-33.
- (6) Huckshorn KA. Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use - A snapshot of Six Core Strategies for the Reduction of S/R. Alexandria: National Association of State Mental Health Programme Directors; 2008.
- (7) Huckshorn KA. Reducing seclusion and restraint use in mental health settings: A phenomenological study of hospital leader and staff experiences [PhD thesis] Capella University; 2013.
- (8) Duxbury J, Baker J, Downe S, Jones F, Greenwood P, Thygesen H, et al. Minimising the use of physical restraint in acute mental health services: The outcome of a restraint reduction programme (REsTRAIN YOURSELF). *Int J Nurs Stud* 2019;95:40-8.
- (9) Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O, Repo-Tiihonen E, Rynnänen O-P, Kautiainen H, et al. Cluster-Randomized Controlled Trial of Reducing Seclusion and Restraint in Secured Care of Men With Schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2013;64(9):850-5.
- (10) Smith GM, Ashbridge DM, Davis RH, Steinmetz W. Correlation Between Reduction of Seclusion and Restraint and Assaults by Patients in Pennsylvania's State Hospitals. *Psychiatr Serv* 2014;Early online.
- (11) Smith GM, Ashbridge DM, Altener A, Steinmetz W, Davis RH, Mader P, et al. Relationship Between Seclusion and Restraint Reduction and Assaults in Pennsylvania's Forensic Services Centers: 2001-2010. *PS* 2015;appi-apps.

- (12) Azeem MW, Aujla A, Rammerth M, Binsfeld G, Jones RB. Effectiveness of six core strategies based on trauma informed care in reducing seclusions and restraints at a child and adolescent psychiatric hospital. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2011;24(1):11-5.
- (13) Huckshorn KA, LeBel J, Jacobs HE. An organizational approach to reducing and preventing restraint and seclusion use with people with acquired brain injury. *NeuroRehabilitation* 2014;34(4):671-80.
- (14) Lebel JL, Duxbury JA, Putkonen A, Sprague T, Rae C, Sharpe J. Multinational experiences in reducing and preventing the use of restraint and seclusion. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2014;52(11):22-9.
- (15) Riahi S, Dawe IC, Stuckey MI, Klassen PE. Implementation of the six core strategies for restraint minimization in a specialized mental health organization. *Journal of psychosocial nursing and mental health services* 2016;54(10):32-9.
- (16) Berring LL. Deeskalering - håndtering af vold og forebyggelse af tvang på psykiatriske afdelinger. Et handlingsorienteret aktionsforskningssamarbejde. Odense: University of Southern Denmark; 2015.
- (17) Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, et al. Special section on seclusion and restraint: Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatr Serv* 2005;56(9):1123-33.
- (18) Guzmán-Parra J, Aguilera-Serrano C, Garcia-Sanchez JA, Garcia-Spinola E, Torres-Campos D, Villagraín JM, et al. Experience coercion, post traumatic stress, and satisfaction with treatment associated with different coercive measures during psychiatric hospitalization. *International Journal of Mental Health Nursing* 2019;28(2):448-56.
- (19) Laursen SB, Jensen TN, Bolwig T, Olsen NV. Deep venous thrombosis and pulmonary embolism following physical restraint. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111(4):324-7.
- (20) Bak J. Mechanical Restraint. Preventive Factors in Theory and Practice. Copenhagen: Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen; 2015.
- (21) Tingleff EB. Protest or Illness. A qualitative study of patients' and relatives' perceptions of situations associated with mechanical restraint in forensic psychiatry. Odense: University of Southern Denmark; 2019.

- (22) Bak J, Zoffmann V, Sestoft DM, Almvik R, Brandt-Christensen M. Mechanical Restraint in Psychiatry: Preventive Factors in Theory and Practice. A Danish-Norwegian Association Study. *Perspect Psychiatr Care* 2014 Jul;50(3):155-66.
- (23) Hammervold UE, Norvoll R, Aas RW, Sagvaag H. Post-incident review after restraint in mental health care-a potential for knowledge development, recovery promotion and restraint prevention. A scoping review. *BMC Health Services Research* 2019;19(1):235.
- (24) Socialstyrelsen. Nationale retningslinjer for forebyggelse af voldsomme episoder på botilbud samt på boformer for hjemløse. 2017.
- (25) Socialstyrelsen & Sundhedsstyrelsen. Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser. 2017.
- (26) Bowers L, Alexander J, Bilgin H, Botha M, Dack C, James K et al. Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014 May; 21(4):354-64.
- (27) Bak J, Zoffmann V, Sestoft D, Almvik R, Siersma VD, Brandt-Christensen M. Comparing the effect of non-medical restraint preventive factors between psychiatric units in Denmark and Norway. *Nord J Psychiatry* 2015;69(6):1715-25.
- (28) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger til rekruttering og fastholdelse af sundhedspersonale i psykiatrien. 2020.
- (29) Danske Regioner. Stærke kompetencer og attraktive arbejdspladser i psykiatrien. 2019.
- (30) Sundhedsstyrelsen. Vurdering og visitation af selvmordstruede. 2007.
- (31) Bak, J., et al. Mechanical Restraint - Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint? - A Systematic Review. *Perspectives in Psychiatric Care* 48: 83-94. 2011.
- (32) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for transition fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenområdet i sygehusregi. 2020.
- (33) Danske Regioner. Audit på tvang i børne- og ungdomspsykiatrien. 2018.

**Sundhedsstyrelsen**  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Sundhed for alle** ♥+●