



Fagligt oplæg til nye nationale målsætninger for nedbringelse af tvang og ny monitorering af området



Fagligt oplæg til nye nationale målsætninger for nedbringelse af tvang og ny monitorering af området

© Sundhedsstyrelsen, 2023.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sprog: Dansk
Version: 1.0
Versionsdato: 06.07.2023
Format: pdf

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion	4
1.1. Baggrund.....	5
1.1.1. Erfaringer fra partnerskabsperioden	6
1.2. Behov for et nationalt kvalitetsløft	8
1.3. Væsentlige ændringer i den nye tvangsmonitoreringsmodel	9
2. Anbefalinger til nye nationale målsætninger	11
2.1. Anbefalede mål og målsætninger	11
2.2. Opgørelser knyttet til de fire målsætninger	13
2.3. Fastsættelse af baseline.....	13
2.4. Uddybning af anbefalede målsætninger	14
2.4.1. Anbefalede målsætninger vedrørende tvangsindlægger	14
2.4.2. Anbefalede målsætninger vedrørende bæltefiksering, fastholdelse og/eller akut beroligende medicin med tvang.....	16
3. Forslag til en ny monitoreringsmodel.....	19
3.1. Sammenhæng mellem indikatorer og målsætninger	20
3.2. Hovedindikatorer	20
3.3. Følgeindikatorer	23
3.4. Supplerende analyser	29
4. Videreudvikling af monitoreringsmodellen.....	30
4.1. Samarbejde om et styrket fokus på socialområdet	30
4.2. Tre spor, som skal bidrage til øget viden og udvikling af det tværsektorielle samarbejde.....	31
5. Bilagsfortegnelse	33

1. Introduktion

Denne rapport præsenterer Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger til ambitiøse, politiske målsætninger for nedbringelse af tvang samt en tilhørende ny monitoreringsmodel. For at målsætningerne indfries, bør de bakkes op af initiativer og indsatser, der kan være med til at nedbringe tvang i psykiatrien.

At blive udsat for tvang berører nogle af de mest grundlæggende menneskerettigheder, samtidig med at det kan have alvorlige konsekvenser for det enkelte menneske. Ifølge Psykiatriloven skal tvang udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til den enkeltes fysiske og psykiske integritet og værdighed, så der ikke forvoldes unødigt krænkelser eller ulempe. Indlæggelse, ophold og behandling uden patientens samtykke, skal desuden ske som et led i at understøtte patientens muligheder for bedring¹. Det kan fx være når tvang anvendes for at kunne give livsnødvendig behandling, eller for at beskytte svært syge patienter mod at forvolde skade på sig selv eller andre (se bilag 1 for uddybning af Psykiatriloven).

Selvom tvang ikke helt kan undgås, skal det altid være sidste udvej i behandlingen, og det er helt afgørende, at færre mennesker udsættes for tvang i psykiatrien. Målet bør således være, at tvang nedbringes til et absolut minimum for at sikre den enkeltes ret til frihed og selvbestemmelse.

På trods af et stort og vedvarende fokus på at nedbringe tvang i psykiatrien gennem de sidste 10 år, er det ikke lykkedes at nedbringe det samlede antal mennesker, der udsættes for tvang i Danmark. For at sikre tilfredsstillende resultater i et kommende partnerskab om tvang er der både behov for at gå nye veje i forebyggelsen af tvang og at intensivere det nationale arbejde.

Nationale målsætninger og en national monitorering er en hjørnesteen i indsatsen. Derfor anbefaler Sundhedsstyrelsen, at der sættes ambitiøse, nationale målsætninger om at nedbringe tvang til et absolut minimum. Målsætningerne bør sætte fokus på hele patientforløbet og understøtte det forebyggende arbejde på tværs af sektorer. For at synliggøre om udviklingen går i den rigtige retning anbefaler Sundhedsstyrelsen, at anvendelsen af tvang monitoreres tæt og kontinuerligt i overensstemmelse med den nye monitoreringsmodel, som beskrives i denne rapport. Derudover anbefaler Sundhedsstyrelsen, at der etableres et nationalt videns- og kompetencecenter og et dertilhørende kompetencekorps, som kan opbygge og understøtte både den nationale og den lokale indsats (se afsnit 1.2). Derudover bør der arbejdes videre med at få fyldestgørende og retvisende data på tværs af indsatsen (se kapitel 4), da anvendelsen af tvang kan være et udtryk for, at kvalitet, kompetencer eller tilgængelige ressourcer ift. tvangsforebyggelse ikke er tilstrækkelige. Derfor kræver nedbringelse og forebyggelse af tvang et bredt kvalitetsløft i

¹ Psykiatriloven § 2

indsatsen til mennesker med svære psykiske lidelser på tværs af sektorer og med inddragelse af mange fagligheder, da det bliver stadig mere tydeligt, at mennesker, der udsættes for tvang ofte modtager indsatser og ydelser i flere sektorer. Det er derfor vigtigt, at der fremadrettet er fokus på det samlede forløb for mennesker med svære psykiske lidelser – både før, under og efter indlæggelse – og på samarbejdet mellem regioner, kommuner og praksissektoren for at sikre gode overgange og høj kvalitet i behandlingen.

1.1. Baggrund

I regeringens *Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed*² fra september 2022 fremgår det, at der skal forhandles en ny partnerskabsaftale om at nedbringe anvendelsen af tvang i løbet af de næste 10 år. Forhandlingerne om en ny aftale, skal tage udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger til målsætninger for nedbringelse af tvang og en ny monitoreringsmodel. Nærværende rapport er således Sundhedsstyrelsens faglige rådgivning til de kommende forhandlinger. Sundhedsstyrelsen har i arbejdet modtaget rådgivning fra en bredt sammensat følgegruppe og en teknikergruppe. Medlemmerne af de to grupper fremgår af bilag 2.

Nedbringelse af tvang har været et væsentligt fokusområde for Sundhedsstyrelsen igennem mange år, og styrelsen har siden 2014 monitoreret anvendelsen af tvang i psykiatrien i Danmark, hvor formålet har været at sikre et nødvendigt fokus på nedbringelse af tvang i psykiatrien. Monitoreringen har desuden understøttet den politiske aftale mellem Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og regionerne for perioden 2014-2020³, hvor målet var, at brugen af bæltefikseringer skulle halveres, samtidig med at den samlede brug af tvang skulle nedbringes. I perioden steg den samlede brug af tvang, og det lykkedes ikke at nå målene. Selvom brugen af bæltefikseringer blev væsentligt nedbragt i løbet af partnerskabsperioden, blev der registreret en stigning i andre former for tvang, herunder særligt fastholdelse og akut beroligende medicin. Antallet af tvangsindlæggelser var stort set uændret ved afslutningen af partnerskabsperioden, og den afsluttende monitoreringsrapport fra 2020⁴ viste også, at den enkelte i gennemsnit udsættes for flere tvangsforanstaltninger end tidligere.

Den nyeste monitoreringsrapport, årsrapport 2022, har desuden vist, at der de seneste år er sket en væsentlig stigning i anvendelse af tvang overfor børn og unge⁵. Der henvises til bilag 3 for en mere detaljeret beskrivelse af udviklingen og status på nedbringelse af tvang fra den sidste partnerskabsaftale startede.

² [Psykiatriaftale 2022. FinalVersion.pdf \(sum.dk\)](#)

³ Med partnerskabsaftalen blev der nedsat en Task Force for Psykiatrimrådet i regi af Sundhedsstyrelsen, som har fulgt og delt viden om nedbringelse af tvang. Task Force for Psykiatrimrådet består af ledelsesrepræsentanter fra regionerne, Danske Regioner, KL og nationale myndigheder.

⁴ [Monitorering af tvang i psykiatrien, årsopgørelse 2020, Sundhedsstyrelsen](#)

⁵ [Monitorering af tvang i psykiatrien, årsopgørelse 2022, Sundhedsstyrelsen](#)

1.1.1. Erfaringer fra partnerskabsperioden

Sundhedsstyrelsen har sammenfattet de konkrete erfaringer med forebyggelse og nedbringelse af tvang siden 2014 i notatet *Nedbringelse af tvang i psykiatrien – status og læring (2020)*. Notatet, der fremgår af bilag 4, indeholder læring fra partnerskabsperioden og overvejelser om indholdet i en ny tvangsmonitorering på baggrund af drøftelser i Task Force for Psykiatri. Notatet beskriver ligeledes udfordringer i arbejdet med at nedbringe tvang i partnerskabsperioden og vigtige fokusområder i en ny tvangsmonitorering. Boksen fremhæver de væsentligste erfaringer og udfordringer beskrevet i notatet.

Centrale udfordringer i partnerskabsperioden samt vigtige fokuspunkter i udviklingen af en ny tvangsmonitoreringsmodel

Udfordringer i partnerskabsperioden:

- Det er ikke lykkedes at nedbringe den samlede anvendelse af tvang.
- Den samlede udvikling i brugen af tvang dækker over variation i udviklingen i de fem regioner, men også en variation mellem sygehuse og mellem afdelinger.
- Der ses øget brug af akut beroligende medicin med tvang og fastholdelser frem for bæltefikseringer.
- Der ses udfordringer ift. at nedbringe og forebygge tvangsindlæggelser.
- En lille gruppe af svært syge patienter udsættes for størstedelen af tvangsforanstaltningerne.
- Tvangsanvendelsen over for børn og unge er ikke nedbragt siden 2015.

Fokuspunkter i den fremadrettede monitorering:

- At opgøre tvang i absolutte tal, da det er afgørende at få nøjagtige data på, hvor mange mennesker der udsættes for tvang. Det er ligeledes vigtigt at få oplyst, hvor meget tvang den enkelte udsættes for. Formålet er at få nøjagtige data på, hvilke patienter, der udsættes for mest tvang.
- At nedbringe tvang med systematiske, ensartede tiltag, der understøtter et ensartet niveau af tvangsansvendelse på tværs af landet. Det bør overvejes om individuelle benchmarks for hver enkelt region fortsat er hensigtsmæssigt.
- At have fokus på tidstro data på afdelingsniveau, da der er variation på tværs af sygehuse og afdelinger. Derfor bør der være opmærksomhed på, at data fremadrettet med fordel kan fremstilles på afdelingsniveau, og der skal sikres ensartet nedbringelse af tvang. Det vil give bedre mulighed for, at erfaringer deles på tværs af afdelinger.
- At øge opmærksomheden på, hvad der går forud for tvangsindlæggelser. Der er fortsat behov for opnå mere viden om, hvordan man inden indlæggelse bedre kan forebygge anvendelsen af tvang.
- At tvang fortsat nedbringes i den regionale psykiatri, med fokus på den fysiske magtanvendelse, akut beroligende medicin og frihedsberøvelse.
- At have skærpet fokus på anvendelsen af tvang over for børn og unge.

Kilde: Nedbringelse af tvang i psykiatrien – status og læring (2020), Sundhedsstyrelsens Task Force for Psykiatriområdet

Erfaringerne fra det intensive arbejde med at nedbringe tvang i partnerskabsperioden viser bl.a., at det er komplekst at forebygge og nedbringe tvang, og at der er mange indsatser, der skal i spil, for at tvang kan nedbringes. Erfaringerne viser også, at det ofte er en mindre, heterogen gruppe af svært syge patienter, som udsættes for størstedelen af tvangsforanstaltningerne. Der kan fx være tale om mennesker med svær skizofreni, mani, spiseforstyrrelser, selvskadende adfærd samt patienter med samtidig rusmiddelproblematik. Det er patienter, der har hyppige indlæggelser og har mange tilbagefald. De kan være vanskelige at behandle og er ofte også tilknyttet socialpsykiatrien.

For 20-30 procent af patienterne sker bæltefikseringerne desuden i forbindelse med en dobbeltindlæggelse på en somatisk afdeling, ifølge data fra Sundhedsdatastyrelsen. For en mere detaljeret gennemgang af den eksisterende viden om hvilke patientgrupper, der udsættes for tvang, henvises der til bilag 5.

Rigsrevisionen offentliggjorde i februar 2021 *Beretning om indsatsen for at nedbringe brug af tvang i psykiatrien*⁶, der bl.a. retter kritik mod Sundhedsministeriets og regionernes styring af indsatsen og regionale forskelle på anvendelsen af tvang. Der peges også på, at Sundhedsstyrelsens Task Force for Psykiatriområdet ikke i tilstrækkelig grad har sikret vidensopsamling og opfølgning på resultaterne i monitoreringen af tvang. Opfølgningen på resultaterne i den nye monitorering bør tage højde for denne kritik. Rigsrevisionens hovedkonklusioner i beretningen samt de væsentligste pointer fra Rigsrevisionens notat til statsrevisorerne kan ses i bilag 6.

Udviklingen i anvendelsen af tvang afspejler også en psykiatri, som ikke har den kapacitet og de rammer, der skal til, for at sikre tilstrækkelig kvalitet i behandlingsforløbet og sikre en målrettet indsats, med udgangspunkt i den enkeltes behov. Utilstrækkelige ressourcer og kvalitet har betydning for de ansattes mulighed for at forebygge situationer, hvor det bliver nødvendigt at udøve tvang, og tvang kan i et større omfang end i dag undgås, hvis patienten modtager den rette indsats på det rette tidspunkt. I Sundhedsstyrelsens og Social- og Boligstyrelsens faglige oplæg til en 10-årsplan *Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser*⁷ anbefales en række tiltag, som kan bidrage til at forebygge og nedbringe brugen af tvang. Herunder bedre adgang til akutte psykiatriske tilbud og styrkelse af udgående akutte funktioner, bedre rammer for de sværest syge patienter via udbygning af differentierede og specialiserede sengepladser, udarbejdelse af nationale forløbsbeskrivelser og udbredelse af udgående specialiserede tværfaglige teams, et kvalitetsløft af indsatsen til mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik samt en kapacitetsopbygning og et generelt løft af socialpsykiatrien.

For at understøtte det lokale arbejde med at forebygge tvang offentliggjorde Sundhedsstyrelsen desuden *Anbefalinger for nedbringelse af tvang for mennesker med psykiske lidelser*⁸ i 2021. Anbefalingerne har vist sig anvendelige i praksis og bør fremadrettet suppleres af yderligere viden om forebyggelse af tvang bl.a. målrettet specifikke målgrupper. Ligesom *Den nationale forskningsstrategi til gavn for mennesker med psykiske lidelser*⁹ fra 2015 også anbefaler et særskilt fokus på nedbringelse af tvang i psykiatrien og magt-anvendelse i kommunerne.

⁶ <https://rigsrevisionen.dk/Media/6/2/SR1120.pdf>

⁷ Fagligt oplæg til en 10-årsplan, Sundhedsstyrelsen, 2022

⁸ *Anbefalinger for nedbringelse af tvang for mennesker med psykiske lidelser, Sundhedsstyrelsen 2021*

⁹ *Den nationale forskningsstrategi til gavn for mennesker med psykiske lidelser, 2015*

1.2. Behov for et nationalt kvalitetsløft

På trods af et stærkt fokus i regionerne på at nedbringe tvang, er målet om at nedbringe antallet af mennesker, der udsættes for tvang ikke nået, og på flere områder er anvendelsen af tvang stigende. Resultaterne i den seneste partnerskabsperiode viser, at der er behov for et styrket nationalt fokus på at understøtte forebyggelsen af tvang, herunder:

- At tilvejebringe evidens og anbefalinger, som kan skabe tydelige faglige og praksisnære rammer for tvangsforebyggelsen, herunder i forhold til grupper, som er særligt udsatte eller som har særlige behov. Det kan for eksempel være børn og unge, der selvskader, særligt farlige/voldelige patienter, patienter med autisme eller andre psykiske lidelser.
- Specifikke indsatser på specifikke områder og afdelinger, hvor der er særlige behov. Der bør herunder være et vedvarende ledelsesfokus på at understøtte og løfte kvaliteten og forebygge tvang i både kommuner og regioner.
- At forbedre datagrundlaget på tværs af regioner og kommuner, således at kvaliteten i den sundhedsfaglige indsats, såvel som anvendelse af tvang og magt systematisk dokumenteres og følges, både lokalt og nationalt.

På den baggrund anbefaler Sundhedsstyrelsen, at:

1. Der fastsættes ambitiøse, nationale målsætninger om at reducere tvang til et minimum. Målene bør bl.a. have fokus på anvendelsen af tvang i akutte situationer på de psykiatriske afdelinger, på tvangsindlæggelser og det tværsektorielle samarbejde om at forebygge disse og på børn og unge som en særlig målgruppe (se kapitel 2). Anvendelsen af tvang bør også fremadrettet følges systematisk i en national monitorering (se kapitel 3). Task Force for Psykiatriområdet bør fortsætte sit arbejde, men med styrket mandat og kompetence til at afdække og iværksætte tværregionale indsatser til at nedbringe tvang. Derudover bør Task Forcens rolle og mandat på det kommunale område styrkes via repræsentation af kommunale repræsentanter og øget kompetence på det kommunale område.
2. Der etableres et Nationalt videns- og kompetencecenter, som får til opgave dels at gennemføre den nationale monitorering af tvang, dels at sekretariatsbetjene en styrket Task Force for Psykiatriområdet og tilvejebringe ny viden, analyser og anbefalinger til brug for regioners og kommuners tvangsforebyggende arbejde. Centeret skal desuden understøtte, at der sker videndeling og spredning af virksomme indsatser på tværs af regionerne og understøtte sammenhæng mellem nationale initiativer på tvangsområdet og lokal implementering. Centeret kan forankres i Sundhedsstyrelsen, men bør omfatte både Social- og Boligstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen.
3. Der etableres et Nationalt kompetencekorps under centeret, bestående af eksperter med konkret klinisk erfaring med nedbringelse af tvang, som kan rådgive og fungere som ressourcepersoner på områder og afdelinger, hvor der er

særlige udfordringer med tvang. Som oftest er der tale om få borgere, der udsættes for meget tvang, og der er derfor behov for at kunne sætte mere målrettet ind end i dag. Samtidig vil Kompetencekorpset være et vigtigt led i det Nationale videns- og kompetencecenters arbejde, idet kompetencekorpset vil fungere som brobyggere i forhold til at omsætte, formidle og udbrede den nyeste viden om tvangsforebyggelse til praksis.

4. Der med inddragelse af Sundhedsdatastyrelsen og Social- og Boligstyrelsen udvikles et solidt datagrundlag som kommuner og regioner kan anvende i samarbejdet om at nedbringe tvang. Arbejdet med nærværende rapport har afdækket udfordringer med at monitorere det tværsektorielle samarbejde om at nedbringe tvang. Særligt mulighederne for at følge patienter og borgere på tværs af sektorgrænser og inddrage data om indsatserne i borgerens liv, herunder fx botilbud, social støtte mv. I kapitel 4 beskrives det indledende analysearbejde, der bør gennemføres som led i at styrke datagrundlaget for det tværsektorielle samarbejde.

De ovenstående initiativer (2-4) vil skulle konkretiseres i samarbejde med relevante aktører, som regioner, kommuner, øvrige styrelser m.v.

1.3. Væsentlige ændringer i den nye tvangsmonitoreringsmodel

Sundhedsstyrelsens forslag til nye målsætninger og en ny monitoreringsmodel adskiller sig på flere områder fra den tidligere monitoreringsmodel. De væsentligste ændringer præsenteres nedenfor.

For det første lægges der op til, at den nye monitoreringsmodel og den dertilhørende kontinuerlige opfølgning skal bidrage til at opbygge viden om anvendelse af tvang på tværs af landet og samtidig bidrage til læring og udvikling i arbejdet med at forebygge og nedbringe tvang overfor mennesker med psykiske lidelser. Modellen skal bruges som afsæt for at understøtte kvalitetsforbedringer regionalt og kommunalt, ligesom den skal understøtte, at der i højere grad udveksles viden og erfaringer på tværs af landet. Derfor er der medtaget nye indikatorer om antallet af patienter, som har en udskrivningsaftale eller koordinationsplan efter udskrivelse, ligesom der er fokus på genindlæggelser med tvang og kontakt til psykiatrien i perioden op til en tvangsindlæggelse. Der lægges endvidere op til, at modellen på sigt også skal omfatte kommunale data om forløbet forud for og efter en tvangsindlæggelse, hvilket kan skabe et bedre grundlag for målrettet at forebygge tvangsindlæggelser.

For det andet tager modellen afsæt i, at forebyggelse og nedbringelse af tvang er et fælles ansvar og en fælles opgave på tværs af myndighedsområder og sociale og sundhedsfaglige indsatser. Dermed er der større fokus på det samlede patientforløb. Den foreslåede monitoreringsmodel præsenterer derfor som noget nyt data, som kommuner og regioner kan anvende i det tværsektorielle samarbejde om at skabe høj kvalitet og sammenhæng i indsatser og behandling for mennesker i risiko for at blive udsat for

tvang. Der lægges bl.a. op til en national målsætning om at nedbringe tvangsindlæggelser, og at antallet af personer, som tvangsindlægges fremadrettet opgøres på sundhedsklyngeniveau for at understøtte det tværsektorielle samarbejde om forebyggelse i sundhedsklyngerne.

For det tredje har monitoreringsmodellens indikatorer en tydelig sammenhæng til det overordnede mål og målsætningerne. Derudover har den nye model fokus på tvangsformer, der for den enkelte opleves som værende meget indgribende og dermed er vigtigst at forebygge og nedbringe. Derfor indgår også kun de væsentligste data i tvangsmonitoreringsrapporten, som primært vil fokusere på målsætningerne og de tilknyttede hovedindikatorer, mens følgeindikatorerne som udgangspunkt vil indgå i bilag. Desuden vil flere baggrundsindikatorer i den nuværende monitoreringsmodel udgå i den nye monitoreringsmodel.

For det fjerde vil monitoreringen også have et særskilt fokus på udviklingen i brugen af tvang blandt børn og unge, og det anbefales derfor, at målsætningerne opgøres særskilt for børn og unge. Baggrunden for dette er bl.a. den bekymrende udvikling i anvendelsen af tvang overfor børn og unge de senere år.

2. Anbefalinger til nye nationale målsætninger

Antallet af børn, unge og voksne, der udsættes for tvang og antallet af gange, der anvendes tvang i psykiatrien bør nedbringes til et absolut minimum.

Der bør derfor fastsættes nye, nationale målsætninger for forebyggelse og nedbringelse af tvang i Danmark – og det politiske fokus bør være ambitiøst og vedvarende de kommende 10 år, hvis målene skal nås.

Nye målsætninger skal understøtte, at regioner, kommuner og praksissektor arbejder i en tydelig og fælles retning i forebyggelsesarbejdet, og at der på de psykiatriske afdelinger arbejdes systematisk med at nedbringe anvendelsen af tvang. Samtidig skal målsætningerne understøtte fælles læring og sætte særligt fokus på de tvangsformer, det er vigtigst at prioritere i forebyggelsesarbejdet.

I det følgende beskrives Sundhedsstyrelsens anbefalinger til fastsættelse af det overordnede mål og nye nationale målsætninger for nedbringelse af tvang i psykiatrien.

2.1. Anbefalede mål og målsætninger

Det overordnede mål ift. at forebygge og nedbringe anvendelsen af tvang bør være, at så få mennesker som muligt udsættes for tvang i Danmark. Det overordnede mål bør understøttes af fire nationale målsætninger, der forhandles politisk.

De fire målsætninger skal sætte retning og vise, hvad fokus bør være i arbejdet med at forebygge tvang. Der bør være en målsætning om at nedbringe antallet af mennesker, der tvangsindlægges, og en målsætning om at nedbringe det samlede antal mennesker, der udsættes for bæltefiksering, fastholdelse og/eller akut beroligende medicin. Dertil bør der være målsætninger for nedbringelse af antallet af gange børn/unge og voksne udsættes for hhv. tvangsindlæggelse og bæltefiksering, fastholdelse og/eller akut beroligende med tvang.

Målsætninger for både antallet af mennesker, der udsættes for tvang, og antallet af gange, tvang anvendes, skal sikre et fokus på den samlede tvangsanvendelse.

De fire målsætninger bør opdeles på hhv. børn/unge og voksne for at understøtte et særskilt fokus på børn og unge. Sundhedsstyrelsen anbefaler således følgende:

<p>Overordnet mål</p> <p>Antallet af mennesker der udsættes for tvang i psykiatrien nedbringes til et absolut minimum</p>	
<p>Målsætning 1</p> <p>Antallet af hhv. børn/unge og voksne, der tvangsindlægges, nedbringes</p>	<p>Målsætning 2</p> <p>Antallet af hhv. børn/unge og voksne, der bæltefikseres, fastholdes og/eller får akut beroligende medicin med tvang, nedbringes</p>
<p>Målsætning 3</p> <p>Antal gange hhv. børn/unge og voksne tvangsindlægges nedbringes</p>	<p>Målsætning 4</p> <p>Antal gange hhv. børn/unge og voksne bæltefikseres, fastholdes og/eller får akut beroligende med tvang nedbringes</p>

Målsætningerne bør følges over en 10-årig periode i sammenhæng med 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed. For at sikre en nedadgående kurve mod et absolut minimum, bør der fastsættes delmål for, hvor meget målsætningerne skal reduceres i et givent tidsinterval, fx hvert andet år.

Målsætningerne bør afspejle en realistisk, men ambitiøs vurdering af, hvor meget tvangen vil kunne nedbringes med en intensiv og målrettet forebyggende indsats. *Aftale om 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed* beskriver den politiske forpligtelse til at udvikle det samlede psykiatriområde, de kommende 10 år. Ambitionen om fastsættelse af målsætningerne bør derfor ses i sammenhæng med implementering af 10-årsplanen og behovet for et samlet løft af psykiatrien.

Sundhedsstyrelsen vurderer at fastholde ambitionsniveauet fra sidste partnerskabsperiode angående målsætningerne vedrørende nedbringelse af bæltefiksering, fastholdelse og/eller akut beroligende med tvang. Ved sidste partnerskabsperiode fastsatte parterne et mål om at halvere anvendelsen af bæltefikseringer over en seksårig periode. Angående målsætningerne vedrørende nedbringelse af tvangsindlæggelser, vurderer Sundhedsstyrelsen, at der er grundlag for at fastsætte mere ambitiøse mål om reduktion end den målsætning, som Lærings- og Kvalitetsteamet (LKT Tvang) har fastsat på 10 procent, jf. afsnit 2.4.1.

På nuværende tidspunkt findes der dog ikke et fagligt kvalificeret grundlag for at vurdere, hvor stor en reduktion, der kan opnås ved de fire målsætninger for hhv. børn/unge og voksne. Sundhedsstyrelsens afdækning af området, jf. bilag 4, har ikke resulteret i et tilstrækkeligt grundlag, bl.a. fordi børn og unge, akut medicin med tvang, fastholdelser samt tvangsindlæggelser ikke har været i særligt fokus i den foregående partnerskabsperiode.

2.2. Opgørelser knyttet til de fire målsætninger

Indikatorerne bør opgøres i absolutte tal for at vise antallet af hhv. unikke personer (børn/unge og voksne), som udsættes for tvang, samt antal gange tvangsforanstaltningen anvendes. Det gør det muligt at følge både det totale antal mennesker, der udsættes for en given tvangsforanstaltning og antallet af gange, tvang anvendes.

Det anbefales, at opfyldelse af målsætningerne følges både på nationalt og regionalt niveau. Derudover bør indikatorerne tilknyttet målsætning 1 og 3 vedrørende tvangsindlæggelser også opgøres på sundhedsklyngeniveau, for at understøtte sundhedsklyngernes forebyggende tværsektorielle samarbejde om at nedbringe forebyggelige tvangsindlæggelser. Der skal desuden tages forbehold for, at antallet af børn og unge, der udsættes for tvang er få, og det derfor ikke er sikkert, at data kan bære en regional målsætning.

I forhold til at opgøre i absolutte tal kan det være en ulempe, at tallet ikke sættes i forhold til den samlede befolkning, og dermed at der ikke tages højde for befolkningstilvækst eller ændringer i befolkningen over tid. Derfor anbefales det, at målsætningerne understøttes af en indikator som måler på antallet pr. 100.000 borgere.

2.3. Fastsættelse af baseline

Baseline er en måling, der foretages i en periode umiddelbart op til den nye partnerskabsperiode, og som i senere målinger anvendes som et sammenligningsgrundlag ift. at vurdere, om de iværksatte indsatser har haft den forventede effekt. Fastsættelsen af en baseline er derfor en forudsætning for at vurdere, om målsætningerne opnås inden for den vedtagne tidsperiode.

Baseline bør fastsættes som et gennemsnit over nogle år for at reducere risikoen for tilfældige udsving fra år til år. I den tidligere partnerskabsperiode blev baseline fastsat som et gennemsnit af årene 2011-2013, og derfor er en lignende tilgang til fastsættelse af en ny baseline hensigtsmæssig. Derfor foreslås det, at en baseline kan være et gennemsnit af data fra årene 2021-2023.

Der bør fastsættes en national baseline for det nationale gennemsnit af antallet af unikke personer, som udsættes for tvang, både i totale antal og per 100.000 borgere. Det vurderes, at være mest hensigtsmæssigt med en fælles national baseline, da målsætningerne

forventes at blive fastlagt på nationalt niveau. Den nationale baseline per 100.000 borgere kan derfor med fordel også anvendes som sammenligningsgrundlag i de enkelte regioner.

I de enkelte regioner og evt. på sundhedsklyngeniveau, kan det være nødvendigt at anvende en baseline baseret på egne data, for at følge egen udvikling, men i den nationale monitorering forventes det primært at der vil blive anvendt en fælles national baseline.

2.4. Uddybning af anbefalede målsætninger

Nedenfor uddybes og nuanceres begrundelserne for Sundhedsstyrelsens anbefalinger til målsætninger.

2.4.1. Anbefalede målsætninger vedrørende tvangsindlægger

De seneste tvangsmonitoreringsrapporter viser, at antallet af voksne, der tvangsindlægges er uændret højt siden monitoreringens start i 2011-2013, og at der ses en stigning i antallet af børn og unge, der tvangsindlægges. Det er derudover erfaringen, at en del af dem, der tvangsindlægges, tvangsindlægges mange gange.

Frihedsberøvelse i form af tvangsindlæggelse er et meget omfattende indgreb i et menneskes liv og personlige frihed. Samtidig skal man, jf. psykiatriloven, have en meget svær grad af psykisk lidelse med alvorlige og fremskredne symptomer for at kunne blive tvangsindlagt. For at nedbringe antallet af mennesker med psykiske lidelser, der udsættes for en tvangsindlæggelse og antallet af gange den enkelte tvangsindlægges, er det en forudsætning, at den enkelte får behandling så tidligt som muligt, så forværring af sygdom forebygges.

Der er således behov for et systematisk fokus på at nedbringe tvangsindlæggelser, og dette sker bedst i et forpligtende samarbejde på tværs af region, kommune, praksissektor, politi og evt. m.fl., samt på baggrund af et relevant og robust datagrundlag.

Der er samtidig et stort behov for at opnå mere viden om forløbet inden en tvangsindlæggelse iværksættes, da antallet af tvangsindlæggelser også afspejler de udfordringer, der er i den enkeltes forløb forud for og i forbindelse med en tvangsindlæggelse i psykiatrien.

Målsætningerne om tvangsindlæggelser kan også bidrage til, at færre udsættes for tvang under indlæggelse, da risikoen for tvang under indlæggelse vurderes at være større, hvis den enkelte er indlagt med tvang¹⁰. Desuden vil målsætningerne være et positivt incitament til i højere grad at motivere patienten til frivillig indlæggelse, og eventuelt på et tidligere tidspunkt i forløbet.

¹⁰ Kjeld Andersen & Bent Nielsen (2016): Coercion in psychiatry: the importance of extramural factors, Nordic Journal of Psychiatry, DOI: 10.1080/08039488.2016.1190401

Målsætningerne ansporer også til et mere systematisk samarbejde på tværs af region, kommune og praksissektor om at forebygge tvangsindlæggelser. Det er i det kommunale eller ambulante regionale forløb, at tvangsindlæggelser kan forebygges, og ikke når betingelserne for en tvangsindlæggelse først er opfyldt. Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for nedbringelse af tvang for mennesker med psykiske lidelser*¹¹ peger derfor også på, at sundhedspersoner og kommunale medarbejdere, der tidligt i forløbet kommer i kontakt med mennesker med psykiske lidelser, bør have en særlig opmærksomhed på tidlige og målrettede forebyggende indsatser.

Et styrket fokus på tvangsindlæggelser kan desuden understøtte, at kommuner og regioner bliver bedre til at udveksle erfaringer og samarbejde, så den enkelte tilbydes en bedre behandling og et koordineret forløb på tværs af sektorer.

Dette kan potentielt forebygge sygdomsforværring og indlæggelse. Et fremtidigt tættere samarbejde mellem sektorerne om at nedbringe tvangsindlæggelser kan med fordel forankres i sundhedsklyngerne og de tilknyttede sundhedssamarbejdsudvalg, hvor både regioner, almen praksis og kommuner er repræsenteret, og hvor der er mulighed for at inddrage viden om lokale forhold.

Samarbejdsudvalgene har netop til formål at fremme samarbejdet omkring de mennesker, som har forløb på tværs af de forskellige sektorer, herunder mennesker med psykiske lidelser. Et forebyggende arbejde i sundhedsklyngerne kan involvere flere kommunale forvaltninger og andre myndigheder, herunder politiet, kriminalforsorgen mv. Da de fleste kommunale tilbud til mennesker med psykiske lidelser, herunder bosteder, er forankret på socialområdet, vil der være behov for at inkludere socialpsykiatrien i klyngesamarbejdet, når der skal arbejdes med konkrete kommunale tiltag for at forebygge tvangsindlæggelser. Det vil endvidere være relevant på sigt at inddrage det brede socialområde (og ikke kun socialpsykiatrien), idet mennesker med fx autisme eller ADHD ofte modtager indsatser i andet kommunalt regi, fx på handicapområdet. Dette gælder særligt på børne- og ungeområdet.

Erfaringer med forebyggelse af tvangsindlæggelser

De hidtidige erfaringer fra blandt andet satspuljeprojektet *Fælles tværsektorielle teams til nedbringelse af tvang*, indsatser som botilbudsteams, F-ACT og lignende modeller samt arbejdet i regionernes Lærings- og Kvalitetsteam viser, at det er muligt at nedbringe tvangsindlæggelser ved at styrke det tværsektorielle samarbejde. I *Evaluering af fælles tværsektorielle teams til nedbringelse af tvang*¹² fremgår det, at flere af de involverede patienter, blev tvangsindlagt færre gange i projektperioden. På Psykiatrisk Center Amager i Region Hovedstadens Psykiatri har botilbudsteams fx været medvirkende til, at antallet af tvangsindlæggelser er faldet med 26 procent.

¹¹ [Anbefalinger for nedbringelse af tvang for mennesker med psykiske lidelser, Sundhedsstyrelsen 2021](#)

¹² [Evaluering af tværsektorielle teams til nedbringelse af tvang, 2022, Implement Consulting Group](#)

Lærings- og Kvalitetsteam har et igangværende 3-årigt projekt: LKT Tvang^{13,14}, der har til formål at forebygge og dermed nedbringe anvendelsen af tvang ved at styrke det tværsektorielle samarbejde med patienten i centrum. Der er to resultatindikatorer vedr. tvangsindlæggelser: Antal personer, der tvangsindlægges, reduceres med 10 procent for de deltagende enheder og Antal tvangsindlæggelser reduceres med 10 procent for de deltagende enheder.

Der henvises til bilag 4 for yderligere beskrivelse af de hidtidige erfaringer.

Særlige opmærksomhedspunkter

I forhold til målsætningerne vedrørende tvangsindlæggelser er det vigtigt at pointere, at en tvangsindlæggelse er nødvendig, når betingelserne for frihedsberøvelse er opfyldt jf. psykiatriloven. Der kan være både individuelle og samfundsmæssige omkostninger ved at undlade at tvangsindlægge mennesker, som har brug for behandling under indlæggelse. Målsætningerne om at nedbringe tvangsindlæggelser kan desuden skabe risiko for substitution fra anvendelse af tvangsindlæggelser til tvangstilbageholdelser. Det er derfor væsentligt at have et løbende fokus på eventuelle utilsigtede effekter og justere monitorering og fokus, hvis udviklingen peger på en substitution mellem de to tvangsforanstaltninger.

2.4.2. Anbefalede målsætninger vedrørende bæltefiksering, fastholdelse og/eller akut beroligende medicin med tvang

Der er behov for et samlet fokus på nedbringelse af tvang under indlæggelse i den regionale psykiatri og på at forebygge de akutte situationer, hvor det kan blive nødvendigt at anvende tvang. Målsætningen om, at færre mennesker bæltefikseres, fastholdes og/eller får akut beroligende medicin med tvang, tilknyttes én fælles indikator, og det samme gør sig gældende for målsætningen vedrørende antal gange, der anvendes bæltefiksering, fastholdelse og/eller akut beroligende medicin med tvang. Målsætningerne understøtter det overordnede mål, da det er disse tre tvangsforanstaltninger, der ofte anvendes i akutte situationer på de psykiatriske afdelinger, og som af patienterne opleves som meget indgribende.

Der er et stort potentiale for at forebygge tvang i akutte situationer, og det forebyggende arbejde kan samtidig føre til en bedre kvalitet i behandlingen og et mere tilfredsstillende behandlingsforløb for patienten. Regionerne har allerede opnået gode erfaringer på området, og Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for nedbringelse af tvang for mennesker med psykiske lidelser*¹⁵ giver flere eksempler på evidensbaserede strategier til forebyggelse af tvang under indlæggelse.

¹³ LKT Tvang projektbeskrivelse [Link](#)

¹⁴ LKT Tvang målsætninger og indikatorer: [Link](#)

¹⁵ [Anbefalinger for nedbringelse af tvang for mennesker med psykiske lidelser, Sundhedsstyrelsen 2021](#)

Der kan være en tendens til substitution mellem de tre tvangsforanstaltninger. Derfor kan et ensidigt fokus på at nedbringe én af dem øge anvendelsen af en af de andre tvangsforanstaltninger. Det vurderes, at substitution kan modvirkes ved et samlet fokus på de tre foranstaltninger.

Erfaringer med nedbringelse af bæltefiksering, fastholdelse og akut beroligende med tvang

I løbet af partnerskabsperioden steg både antal personer, der blev fastholdt og antal personer, der fik akut beroligende medicin med tvang, men det var særligt antallet af gange, de to typer tvangsforanstaltninger blev anvendt, der steg. Samtidig med at fastholdelse og akut beroligende med tvang steg, faldt antal personer, der blev bæltefikseret og antal gange, der blev anvendt bæltefikseringer. Dette på trods af, at betingelserne for at bruge akut beroligende medicin med tvang ikke er de samme som betingelserne for at bruge bæltefikseringer og fastholdelser. Det er dog ikke muligt at pege på en entydig substitution, da man i nogle tilfælde har erfaret, at et fokus på at nedbringe bæltefikseringer har ført til et fald i fastholdelser.

Et eksempel på en markant nedbringelse i antallet af bæltefikseringer ses i Region Sjælland, der har nedbragt antal påbegyndte bæltefikseringer på en afdeling fra 183 ved baseline (2011-2013) til 7 i 2020. Et andet eksempel på erfaringer med at nedbringe bæltefikseringer er projektet *Forsøg med bæltfrie afdelinger*, hvor antal bæltefikseringer faldt fra 501 til 179 i perioden 2014-2017 (i alt 64 procent) samlet for alle seks projektafsnit. Evalueringen¹⁶ viste desuden, at anvendelsen af bæltefikseringer blev nedbragt uden at gøre mere brug af øvrig tvang, at færre bæltefikseringer ikke fører til øget sygefravær, øget omfang af vold og trusler mod personalet eller reduceret medarbejdertilfredshed, og at patienttilfredsheden er steget i samme periode på de deltagende afsnit. Disse erfaringer er væsentlige, også når fokus fremover bliver på at nedbringe antal personer, der udsættes for tvangsforanstaltningerne.

Der henvises til bilag 4 for yderligere beskrivelse af de hidtidige erfaringer.

Særlige opmærksomhedspunkter

Når bæltefiksering, fastholdelse og akutberoligende med tvang samles i en målsætning/indikator, bliver det væsentligt samtidig at følge udviklingen for hver af de tre tvangsformer. Der bør desuden i fortolkningen være opmærksomhed på, at en kortvarig fastholdelse for nogle patienter kan være mindre indgribende end en bæltefiksering, og at fastholdelser derfor også anvendes i situationer, hvor det lykkes at deeskalere og forebygge en bæltefiksering. Dvs. at substitution kan være hensigtsmæssig i tilfælde, hvor én tvangsforanstaltning erstattes af en anden foranstaltning, som opleves mindre indgribende af patienten. Udgangspunktet er dog altid, at tvangsforanstaltninger bør søges helt undgået og erstattet af tilgange og indsatser med dokumenteret effekt ift. tvangsforebyggelse. Derudover bør der være opmærksomhed på, at målsætning 4 vedr. nedbringelse

¹⁶ [Evaluering af forsøg med bæltfrie afdelinger i psykiatrien. DEFACTUM 2018](#)

af antallet af bæltefikseringer, fastholdelser og akut beroligende med tvang utilsigtet kan føre til færre, længerevarende fastholdelser og bæltefikseringer, i stedet for flere korte-fastholdelser og bæltefikseringer.

Der bør desuden være opmærksomhed på, at der er andre betingelser for brug af akut beroligende medicin end for brug af bæltefiksering og fastholdelse. Akut beroligende medicin med tvang gives i behandlingsøjemed, og kan betragtes som en foranstaltning, der fører til en bedring af patientens tilstand. Akut beroligende medicin med tvang bruges fx også ved katatone tilstande. Man kan derfor ikke direkte sammenligne de tre tvangsforanstaltninger. Det er desuden vigtigt at understrege, at målsætningerne ikke skal give incitament til at undgå tvangsforanstaltningerne, hvis det er nødvendigt at bruge dem.

3. Forslag til en ny monitoreringsmodel

I det følgende beskrives Sundhedsstyrelsens forslag til en ny national model for monitorering af tvang, hvor en samlet oversigt over indikatorer også præsenteres (afsnit 3.2 og 3.3).

Den nye monitoreringsmodel skal sikre en enkel og letforståelig monitorering af målsætningerne, som er beskrevet i kapitel 2. Det er håbet, at regioner, sundhedsklynger og kommuner aktivt vil inddrage monitoreringen i kvalitets- og forbedringsarbejdet, og ikke mindst i det tværsektorielle samarbejde¹⁷.

En rapport på baggrund af en ny monitorering vil, som hidtil, blive offentliggjort med en fast kadence. Monitoreringsrapporten kan suppleres af uddybende analyser, hvis udviklingen i brugen af tvang giver anledning til en mere grundig analyse af specifikke indikatorer eller årsagssammenhænge.

Monitoreringsmodellen indeholder en række indikatorer (hovedindikatorer og følgeindikatorer), som bidrager til monitoreringen af det overordnede mål om at nedbringe antallet af mennesker der udsættes for tvang og de fire målsætninger.

I overensstemmelse med Rigsrevisionens rapport afspejler monitoreringsmodellen en prioritering af det, der er vigtigst at følge, nemlig målsætningerne. Hovedindikatorerne har til formål direkte at monitorere det overordnede mål og målsætningerne, mens følgeindikatorerne har til formål at supplere og nuancere målsætningerne. Monitoreringen skal give et retvisende og helstøbt billede af anvendelsen af tvang i Danmark og være anvendelig i arbejdet med kvalitetsforbedringer. Derudover er monitoreringsmodellen blevet forenklet – fx er der færre indikatorer vedrørende bæltefikseringer.

Der er i dag begrænset registrering og adgang til data i nogle sektorer, og derfor er der behov for at udvikle og implementere nye indikatorer i modellen på sigt, ligesom der kan være behov for en løbende justering og udvikling af indikatorerne, efterhånden som der opnås mere viden. Dette arbejde pågår i et udviklingsspor og uddybes i kapitel 4.

Der kan, når den endelige monitoreringsmodel udvikles i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen, være behov for mindre justeringer i modellen. Ligeledes kan modellen blive suppleret med udvalgte data om den samlede målgruppe, der udsættes for tvang.

¹⁷ Det overordnede mål om at reducere antallet af mennesker, der udsættes for tvang i psykiatrien til et absolut minimum, gældende for både børn/unge og voksne bliver fulgt af indikator nr. 1

3.1. Sammenhæng mellem indikatorer og målsætninger

I det følgende tydeliggøres sammenhængen mellem målsætninger og hhv. hovedindikatorer og følgeindikatorer.

Målsætning 1 og 3 monitoreres via følgende hovedindikatorer og følgeindikatorer:

Hovedindikatorer

- Henholdsvis antal voksne og antal børn/unge til og med 17 år, der tvangsindlægges (nationalt, regionalt samt på sundhedsklyngeniveau).
- Antal gange, der anvendes tvangsindlæggelse overfor henholdsvis voksne og børn/unge til og med 17 år (nationalt, regionalt samt på sundhedsklyngeniveau).

Følgeindikatorer

- Følgeindikatorerne belyser tvangsindlæggelser på kommuneniveau, genindlæggelser med tvang, tvangstilbageholdelser samt personer, som efter en indlæggelse har fået udarbejdet en udskrivnings- eller koordinationsplan.

Målsætning 2 og 4 monitoreres via følgende hovedindikatorer og følgeindikatorer:

Hovedindikatorer

- Henholdsvis antal voksne og antal børn/unge til og med 17 år udsat for bæltefiksering, fastholdelse og/eller akut beroligende medicin med tvang (nationalt og regionalt).
- Antal gange, der anvendes bæltefiksering, fastholdelse og/eller akut beroligende medicin med tvang overfor henholdsvis voksne og børn/unge til og med 17 år (nationalt, regionalt samt på sundhedsklyngeniveau).

Følgeindikatorer

- Følgeindikatorerne belyser de tre tvangsforanstaltninger hver for sig, herunder antal personer, antal gange tvangsforanstaltningen anvendes og varighed af tvangen.

3.2. Hovedindikatorer

I det følgende præsenteres en uddybende beskrivelse af hovedindikatorerne. Det forventes som udgangspunkt at være hovedindikatorerne, som præsenteres og kommenteres i selve monitoreringsrapporten. Indikatorer vil skulle tilpasses og understøtte resultatet af en endelig politisk aftale om forebyggelse og nedbringelse af tvang.

Når indikatorerne skal fortolkes, kan der være behov for at tage nogle forbehold i tolkningen af data. Forbeholdene fremgår i bilag 7.

1. Antal personer, der udsættes for en eller flere tvangsformer (overordnet mål)			
Indikator	Beskrivelse	Niveau(er)	Uddybning
1.A. Antal voksne, som er berørt af en eller flere tvangsforanstaltninger	Hhv. antal voksne og antal børn/unge til og med 17 år (unikke CPR), som udsættes for en eller flere tvangsforanstaltninger. Alle tvangsformer inkluderes ¹⁸ . Opgøres som unikke personer, hvor tvang er startet i løbet af det givne år eller er igangværende ved årets start.	Opgjort per region i absolute tal samt for region pr. 100.000 borgere.	Giver et samlet overblik over antallet af personer, som udsættes for én eller flere tvangsforanstaltninger.
1.B. Antal børn og unge til og med 17 år, som er berørt af en eller flere tvangsforanstaltninger			

2. Antal personer, der tvangsindlægges			
Indikator	Beskrivelse	Niveau(er)	Uddybning
2.A. Antal voksne, der tvangsindlægges	Hhv. antal voksne og antal børn/unge til og med 17 år (unikke CPR) der tvangsindlægges i det givne år. Opgøres som unikke personer, hvor tvangsindlæggelse er startet i løbet af det givne år eller er igangværende ved årets start. Alder beregnes ved startdato for tvangsindlæggelse.	Indikatoren, der understøtter målsætningen opgøres nationalt i absolute tal. Denne nuanceres/understøttes yderligere af opgørelse pr. 100.000 borgere - nationalt og regionalt, samt på sundhedsklynge-niveau.	Indikatoren bør ses i sammenhæng med tvangstilbageholdelse mhp. at vurdere risikoen for substitution. Der tages forbehold for, at det er usikkert om data er brugbare for børn og unge på regionalt niveau og sundhedsklynge-niveau på grund af lille populationsstørrelse og diskretionering.
2.B. Antal børn og unge til og med 17 år, der tvangsindlægges			

¹⁸ AI tvang indebærer: Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. Tvangsbehandling (legemlig lidelse, ECT, ernæring, tvangsmedicinering). Akut beroligende medicin med tvang, bæltefiksering og fastholdelse. Dørråflåsning, handsker, personlig afskærmning over 24 timer.

3. Antal gange der anvendes tvangsindlæggelse			
Indikator	Beskrivelse	Niveau(er)	Uddybning
3.A. Antal gange voksne tvangsindlægges	Samlede antal tvangsindlæggelser blandt hhv. voksne og børn/unge til og med 17 år per år, hvor tvangsindlæggelse er startet i det givne år eller er igangværende ved årets start.	Opgjort i absolutte tal og antal gange pr. 100.000 borgere nationalt, regionalt og i sundhedsklynger (antal gange opgjort primo perioden). Desuden opdelt i antal tvangsindlæggelser på hhv. røde og gule papirer.	Der tages forbehold for, at det er usikkert om data er brugbare for børn og unge på regionalt niveau og sundhedsklyngeniveau på grund af lille populationsstørrelse og diskretionering.
3.B. Antal gange børn og unge til og med 17 år tvangsindlægges			

4. Antal personer, der bæltefikseres, fastholdes og/eller får akut beroligende medicin med tvang			
Indikator	Beskrivelse	Niveau(er)	Uddybning
4.A. Antal voksne, der bæltefikseres, fastholdes og/eller får akut beroligende medicin med tvang	Hhv. antal voksne og antal børn/ unge til og med 17 år (unikke CPR) der er udsat for en eller flere af følgende tvangsforanstaltninger; bæltefiksering, fastholdelse og/eller akut beroligende medicin med tvang – i perioden.	Indikatoren der understøtter målsætningen opgøres nationalt i absolutte tal. Denne nuanceres yderligere af opgørelse pr. 100.000 borgere - nationalt og regionalt. Opgørelse i andel af antal unikke personer som udsættes for tvangsforanstaltninger per indlagte, indgår som følgeindikator i bilag.	Summerer de tvangsforanstaltninger, som hyppigst anvendes i akutte situationer. Der tages højde for evt. substitution af én tvangsforanstaltning med en anden ved at summere de tre tvangsforanstaltninger. Opgørelse pr. 100.000 borgere afspejler anvendelse af tvang sat i forhold til befolkningstallet, mens opgørelse per indlagte afspejler anvendelse af tvang sat i forhold til patienter indlagt på de psykiatriske afdelinger.
4.B. Antal børn og unge til og med 17 år, der bæltefikseres, fastholdes og/eller får akut beroligende medicin med tvang	Opgøres som unikke personer, hvor tvang er startet i løbet af det givne år eller er igangværende ved årets start. Alder er beregnet ved startdato for første tvang i året.		Der tages forbehold for, at det er usikkert om data er brugbare for børn og unge på regionalt niveau og sundhedsklyngeniveau på grund af lille populationsstørrelse og diskretionering.

5. Antal gange der anvendes bæltefiksering, fastholdelse og/eller akut beroligende medicin med tvang			
Indikator	Beskrivelse	Niveau	Uddybning
5.A. Antal gange voksne bæltefikseres, fastholdes og/eller får akut beroligende medicin med tvang	Hhv. antal gange voksne og børn/unge til og med 17 år (unikke CPR), der udsættes for en eller flere af følgende tvangsforanstaltninger; bæltefiksering, fastholdelse og/eller akut beroligende medicin med tvang.	Indikatoren der understøtter målsætningen opgøres nationalt i absolute tal. Denne nuanceres yderligere af opgørelse vedrørende antal gange pr. 100.000 borgere - nationalt og regionalt.	Summerer de tvangsforanstaltninger, som hyppigst anvendes i akutte situationer. Der tages højde for evt. substitution af én tvangsforanstaltning med en anden ved at summere de tre tvangsforanstaltninger. Opgørelse af antal gange pr. 100.000 borgere afspejler anvendelse af tvang sat i forhold til befolkningstallet. Der tages forbehold for, at det er usikkert om data er brugbare for børn og unge på regionalt niveau og sundhedsklyngeniveau på grund af lille populationsstørrelse og diskretionering.
5.B. Antal gange børn og unge under 17 år bæltefikseres, fastholdes og/eller får akut beroligende medicin med tvang	Opgøres hvor tvang er startet i løbet af det givne år eller er igangværende ved årets start.		

3.3. Følgeindikatorer

I det følgende præsenteres en uddybende beskrivelse af følgeindikatorerne, som nuancerer og uddyber hovedindikatorerne, og som bidrager til at følge, at målsætningerne nås. Følgeindikatorerne forventes som udgangspunkt at indgå i bilag i monitoreringsrapporten, men kan i varierende grad indgå i hovedrapporten, hvis der er behov for et særligt fokus på et område.

Følgeindikatorer til målsætninger om tvangsindlæggelse (supplerer indikator 2 og 3)			
6. Tvangsindlæggelse (kommuneniveau)			
Indikator	Beskrivelse	Niveau	Uddybning
6.A. Antal voksne, der tvangsindlægges (kommuneniveau)	Hhv. antal voksne og antal børn/unge til og med 17 år (unikke CPR) der tvangsindlægges i det	Opgjort i absolute tal og antal pr. 100.000 borgere på kommuneniveau (antal borgere	Det totale antal (unikke cpr) og antal per 100.000 borgere nationalt, regio-

6.B. Antal børn og unge til og med 17 år, der tvangsindlægges (kommuneniveau)	<p>givne år opgjort per kommune.</p> <p>Opgøres som unikke personer, hvor tvang er startet i løbet af det givne år eller er igangværende ved årets start.</p>	<p>opgjort primo perioden) i offentlige institutioner.</p> <p>Bopæl og alder er fastsat ud fra første tvangsindlæggelse i opgørelsesperioden.</p>	<p>nalt og på sundhedsklynge-niveau opgøres i indikator 2.</p>
6.C. Antal tvangsindlæggelser blandt voksne (kommuneniveau)	<p>Antal gange, hhv. voksne samt børn/unge tvangsindlægges i det givne år opgjort per kommune.</p>	<p>Opgjort i absolutte tal og antal gange pr. 100.000 borgere på kommuneniveau i offentlige institutioner.</p>	<p>Det totale antal og antal gange pr. 100.000 borgere nationalt, regionalt og på sundhedsklynge-niveau opgøres i indikator 3.</p>
6.D. Antal tvangsindlæggelser blandt børn og unge til og med 17 år (kommuneniveau)			
7. Tvangstilbageholdelse			
Indikator	Beskrivelse	Niveau	Uddybning
7.A. Antal voksne, der tvangstilbageholdes	<p>Opgøres som antal unikke personer, hvor tvangstilbageholdelse er startet i løbet af det givne år eller er igangværende ved årets start.</p>	<p>Opgjort i absolutte tal og i antal pr. 100.000 borgere nationalt og regionalt (antal borgere opgjort primo perioden).</p>	<p>Skal ses i sammenhæng med udviklingen i tvangsindlæggelser.</p>
7.B. Antal børn og unge til og med 17 år, der tvangstilbageholdes			
7.C. Antal tvangstilbageholdelser blandt voksne	<p>Samlede antal tvangstilbageholdelser blandt hhv. voksne og børn/unge til og med 17 år per år, hvor tvangstilbageholdelse startet i det givne år eller er igangværende ved årets start.</p>	<p>Opgjort i absolutte tal og i antal pr. 100.000 borgere nationalt og regionalt (antal borgere opgjort primo perioden).</p>	<p>Skal ses i sammenhæng med udviklingen i tvangsindlæggelser.</p>
7.D. Antal tvangstilbageholdelser blandt børn og unge til og med 17 år			

8. Genindlæggelse med tvang			
Indikator	Beskrivelse	Niveau	Uddybning
8.A. Andel af voksne, som genindlægges med tvang	Andelen af hhv. voksne og børn/unge til og med 17 år, som genindlægges med tvang inden 30 dage efter udskrivningen fra den foregående tvangsindlæggelse.	Opgjort i andel på nationalt og regionalt niveau.	Formålet er at belyse, hvor stor en andel af de patienter, som har været tvangsindlagt, som inden for en begrænset tidsperiode genindlægges med tvang, og hvor der dermed er et forebyggelsesperspektiv.
8.B. Andel af børn og unge til og med 17 år, som genindlægges med tvang	Opgøres som andel af unikke personer, hvor tvangsindlæggelse er startet i løbet af det givne år eller er igangværende ved årets start. Der anvendes første tvangsindlæggelse med efterfølgende genindlæggelse med tvang inden for 30 dage fra udskrivningstidspunkt for den første tvangsindlæggelse.		Justeres på baggrund af prøvetræk fra SDS
9. Kontakt til psykiatrien forud for tvangsindlæggelse			
Indikator	Beskrivelse	Niveau	Uddybning
9.A. Andel voksne, som tvangsindlægges, som har været i kontakt med psykiatrien forud for tvangsindlæggelsen	Andelen af hhv. voksne og børn/unge til og med 17 år, som har haft en kontakt i psykiatrien op til 3 måneder forud for første tvangsindlæggelse i perioden.	Alle kontakter i psykiatrien op til 3 måneder før tvangsindlæggelse (ja/nej) – opgøres på nationalt og regionalt niveau i offentlige institutioner. Kan også opgøres på sundhedsklyngeniveau.	Formålet er at belyse, hvor stor en andel af patienterne, som på forhånd er kendt i psykiatrien inden tvangsindlæggelse, og hvor der dermed er et forebyggelsesperspektiv ift. at undgå tvangsindlæggelse.
9.B. Andel af børn og unge til og med 17 år, som tvangsindlægges, som har været i kontakt med psykiatrien forud for tvangsindlæggelsen	Opgøres som andel af unikke personer, hvor tvangsindlæggelse er startet i løbet af det givne år		

10. Udskrivningsaftale eller koordinationsplan efter tvangsindlæggelse			
Indikator	Beskrivelse	Niveau	Uddybning
10.A. Andel af voksne, der har en udskrivningsaftale eller koordinationsplan efter tvangsindlæggelse	Andel af voksne, der får lavet en udskrivningsaftale eller koordinationsplan efter en tvangsindlæggelse.	Kan opgøres nationalt, regionalt og på sundhedsklyngeniveau i offentlige institutioner.	Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ses som et redskab til at forebygge tvangsindlæggelser og anden tvang og magtanvendelse, og formålet er derfor at belyse et forebyggende potentiale. Kan evt. på sigt suppleres med data om afholdt netværksmøde og lignende parametre for børn og unge.
Følgeindikatorer til bæltefiksering, fastholdelse og/eller akut beroligende medicin med tvang (supplerer indikator 4 og 5)			
11. Bæltefiksering			
Indikator	Beskrivelse	Niveau	Uddybning
11.A. Antal voksne, der bæltefikseres	Hhv. antal voksne og antal børn /unge til og med 17 år (unikke CPR) der bæltefikseres. Opgøres som unikke personer, hvor bæltefiksering er startet i løbet af det givne år eller er igangværende ved årets start.	Opgjort i absolutte tal nationalt og i antal pr. 100.000 borgere nationalt og regionalt (antal borgere opgjort primo perioden).	Kan indgå i hovedrapporten mhp. at nuancere den overordnede indikator som følger bæltefiksering, fastholdelse og akut medicinering med tvang i en samlet indikator
11.B. Antal børn og unge til og med 17 år, der bæltefikseres			
11.C. Antal bæltefikseringer blandt voksne	Samlede antal bæltefikseringer blandt hhv. voksne og børn og unge til og med 17 år, hvor bæltefiksering er startet i det givne år.	Opgjort i absolutte tal nationalt og i antal pr. 100.000 borgere nationalt og regionalt (antal borgere opgjort primo perioden).	Kan indgå i hovedrapporten mhp. at nuancere den overordnede indikator som følger bæltefiksering, fastholdelse og akut medicinering med tvang i en samlet indikator
11.D. Antal bæltefikseringer blandt børn og unge til og med 17 år			

11.E. Mediantid af bæltefikseringer hos voksne	Mediantid af alle bæltefikseringer blandt hhv. voksne og børn/unge til og med 17 år, hvor bæltefiksering er startet i det givne år.	Opgjort i absolutte tal nationalt og i antal pr. 100.000 borgere nationalt og regionalt (antal borgere opgjort primo perioden).	<p>Justeres på baggrund af prøvetræk fra SDS. Det kan evt. være relevant at supplere med yderligere indikator vedr. varighed af bæltefikseringer.</p> <p>Denne følges desuden for at se om fokus på antal påbegyndte bæltefikseringer fører til at varigheden af bæltefikseringer stiger.</p>
11.F. Mediantid af bæltefikseringer hos børn og unge til og med 17 år			
12. Fastholdelse			
Indikator	Beskrivelse	Niveau	Uddybning
12.A. Antal voksne der fastholdes	Hhv. antal voksne og antal børn/unge til og med 17 år (unikke CPR) der fastholdes. Opgøres som unikke personer, hvor fastholdelse er startet i løbet af det givne år.	Opgjort i absolutte tal og i antal pr. 100.000 borgere nationalt og regionalt (antal borgere opgjort primo perioden) i offentlige institutioner.	Kan indgå i hovedrapporten mhp. at nuancere den overordnede indikator som følger bæltefiksering, fastholdelse og akut medicinering med tvang i en samlet indikator.
12.B. Antal børn og unge til og med 17 år der fastholdes			
12.C. Antal fastholdelser blandt voksne	Samlede antal fastholdelser blandt hhv. voksne og børn/unge til og med 17 år fastholdes, hvor fastholdelse er startet i det givne år.	Opgjort i absolutte tal og i antal pr. 100.000 borgere nationalt og regionalt (antal borgere opgjort primo perioden) i offentlige institutioner.	Kan indgå i hovedrapporten mhp. at nuancere den overordnede indikator som følger bæltefiksering, fastholdelse og akut medicinering med tvang i en samlet indikator.
12.D. Antal fastholdelser blandt børn og unge til og med 17 år			
12.E. Mediantid af fastholdelser hos voksne	Mediantid af alle fastholdelser hos hhv. voksne og børn/unge til og med 17 år.	Opgjort i absolutte tal og i antal pr. 100.000 borgere nationalt og regionalt (antal borgere opgjort primo perioden) i offentlige institutioner.	Justeres på baggrund af prøvetræk fra SDS.
12.F. Mediantid af fastholdelser hos børn og unge til og med 17 år			

13. Akut beroligende medicin med tvang			
Indikator	Beskrivelse	Niveau	Uddybning
13.A. Antal voksne, der får akut beroligende medicin med tvang	Opgøres som unikke personer, hvor akut beroligende medicin med tvang er startet i løbet af det givne år.	Opgjort i absolutte tal og i antal pr. 100.000 borgere nationalt og regionalt (antal borgere opgjort primo perioden) i offentlige institutioner.	Kan indgå i hovedrapporten mhp. at nuancere den overordnede indikator som følger bæltefiksering, fastholdelse og akut medicinering med tvang i en samlet indikator.
13.B. Antal børn og unge til og med 17 år, der får akut beroligende medicin med tvang			
13.C. Antal gange, der gives akut beroligende medicin med tvang blandt voksne	Antal gange hhv. voksne og børn/unge til og med 17 år får akut beroligende medicin med tvang inden for det givne år.	Opgjort i absolutte tal og i antal pr. 100.000 borgere nationalt og regionalt (antal borgere opgjort primo perioden) i offentlige institutioner.	Kan indgå i hovedrapporten mhp. at nuancere den overordnede indikator som følger bæltefiksering, fastholdelse og akut medicinering med tvang i en samlet indikator.
13.D. Antal gange, der gives akut beroligende medicin med tvang blandt børn og unge til og med 17 år			

14. Tvangsbehandling			
Indikator	Beskrivelse	Niveau	Uddybning
14.A. Antal voksne, der tvangsbehandles	Hhv. antal voksne og antal børn/unge til og med 17 år (unikke CPR) der tvangsbehandles. Opgøres som unikke personer, hvor tvangsbehandling er startet i løbet af det givne år eller er igangværende ved årets start.	Opgjort i absolutte tal og i antal pr. 100.000 borgere nationalt og regionalt (antal borgere opgjort primo perioden) i offentlige institutioner.	Der kan evt. være behov for at følge tvangsmedicinering særskilt, eller undersøge nærmere i temaanalyse – fx om der er sammenhæng mellem tvangsbehandlinger og mængden af andre tvangsforanstaltninger, og om der er opstartet flere tvangsforløb på et år. Kan evt. i temaanalyse deles op på hhv. tvangsmedicinering og tvangsemæring, ECT, legemlig lidelse.
14.B. Antal børn og unge til og med 17 år, der tvangsbehandles			

3.4. Supplerende analyser

Ud over den nationale monitorering kan det aftales, i regi af Task Force for Psykiatriområdet, at der udarbejdes supplerende analyser, som undersøger et bestemt tema i relation til anvendelsen af tvang. Disse analyser kan udarbejdes, når udviklingen i anvendelsen af tvangsforanstaltninger peger på specifikke udfordringer eller tendenser, som kræver uddybning med henblik på at afgøre, hvor der bedst kan sættes ind i forhold til det fremadrettede kvalitets- og forbedringsarbejde. I nogle tilfælde kan supplerende analyser også udføres, hvis erfaringerne fra regioner, kommuner eller sundhedsklynger viser, at der er specifikke problemstillinger, som den faste monitorering ikke dækker.

I et udviklings- og læringsperspektiv foreslås det, at der fremadrettet er fokus på anvendelsen af tvang ift. særlige diagnosegrupper eller patientgrupper med særlige karakteristika. Formålet med dette er at identificere patienter i øget risiko for tvangsindlæggelse og/eller tvang under indlæggelse med henblik på mere målrettede indsatser.

Desuden bør der være et specifikt fokus på anvendelsen af tvang på afdelingsniveau sat i forhold til specifikke tvangsforanstaltninger, diagnosegrupper, forebyggende tiltag mv.

Task Force for Psykiatri har peget på, at anvendelsen af tvang varierer på tværs af sygehuse og afdelinger, hvor nogle afdelinger er lykkedes med at nedbringe anvendelsen af tvang markant, mens andre i mindre grad eller slet ikke er lykkedes med opgaven. Fokus på data på afdelingsniveau kan bidrage til at synliggøre, hvor afdelinger skiller sig markant ud, enten ved at de lykkes med at nedbringe anvendelsen af tvang eller det modsatte. Det bør i tillæg hertil aftales, at Task Force for Psykiatriområdet drøfter afdelinger, der ligger særligt højt i anvendelsen af tvang, herunder hvordan dette håndteres samt hvordan der sikres opfølgning på effekten af de aftalte tiltag, med henblik på fælles læring. Afdelinger, som ligger vedvarende højt, kan bistås af et Nationalt Kompetencekorps, som Sundhedsstyrelsen anbefaler etableres mhp. bl.a. at styrke den målrettede, lokale tvangsforebyggelse. Lokale erfaringer og udvalgte data på afdelingsniveau kan desuden med fordel deles i Task Force og dermed bruges som et lærings- og kvalitetsudviklingsværktøj regionerne imellem.

4. Videreudvikling af monitoreringsmodellen

En ny tvangsmonitoreringsmodel skal understøtte et samlet kvalitetsløft på tværs af sektorer. Indsatsen i kommuner og praksissektor har stor betydning for udviklingen i den enkeltes forløb og behovet for indsatser i sygehusregi. Med større viden om forløbet op til og efter en tvangsindlæggelse, eller anvendelse af tvang under en indlæggelse, kan den forebyggende indsats på socialområdet og i primærsektoren styrkes og målrettes yderligere. Den præsenterede monitoreringsmodel (se kapitel 3) indeholder allerede enkelte oplysninger om forløbet forud for og efter en tvangsindlæggelse, herunder om patienten har haft kontakt til den regionale psykiatri og er blevet genindlagt. Sundhedsstyrelsen vurderer, at det er målet, at monitoreringen af tvang på sigt også afspejler forløbet på socialområdet og i praksissektoren, herunder de faktorer i den enkeltes forløb, som kan øge risikoen for tvangsindlæggelse eller tvang under indlæggelse.

Der findes i dag en del tilgængelige data og viden om forløb i kommunerne og i praksissektoren for mennesker med psykiske lidelser, men der er begrænsede muligheder for at samkøre data og beskrive borgernes samlede forløb, herunder ophold på botilbud, social støtte mv. Ligesom data om vold og voldsomme episoder, magtanvendelser og sundhedsfaglig kvalitet i socialpsykiatrien ikke opgøres systematisk. Der er således behov for at videreudvikle de kommunale data på området, og den foreslåede monitoreringsmodel i kapitel 3 kan justeres i takt med, at der opnås mere viden om det samlede forløb for mennesker, der udsættes for tvang, og at der bliver adgang til flere data fra kommuner og praksissektor.

4.1. Samarbejde om et styrket fokus på socialområdet

Social- og Boligstyrelsen, Sundhedsdatastyrelsen, Kommunernes Landsforening, Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen har igangsat et samarbejde om at styrke viden om indsatsen på tværs af sundheds- og socialområdet, hvor der arbejdes med at indhente mere viden om, hvad der kendetegner forløbet forud for tvangsindlæggelser og tvang under indlæggelse. Derigennem opnås viden om, hvordan tvang kan forebygges via tidlige indsatser, fx i socialpsykiatrien.

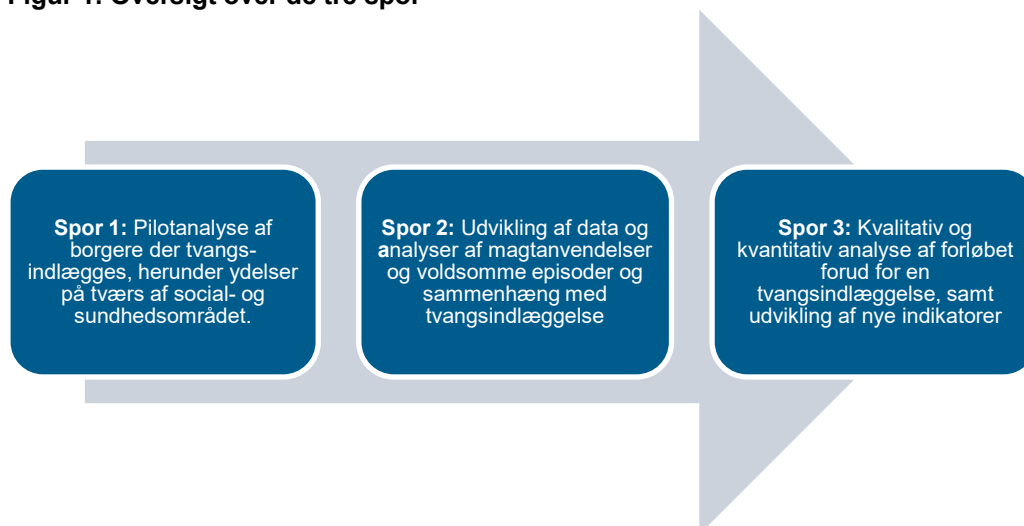
Med afsæt i analyserne kan det vurderes, om nye indikatorer fremadrettet bør indgå i en national monitorering med henblik på at styrke det tværsektorielle fokus.

4.2. Tre spor, som skal bidrage til øget viden og udvikling af det tværsektorielle samarbejde

For at sikre systematisk viden, som på sigt kan bidrage til eller indgå i den nationale monitorering af tvang, foreslås det, at der sker en udvikling af viden og data i tre spor, som kan gennemføres trinvist. Det er således hensigten, at nye relevante indikatorer, på baggrund af udviklingsarbejdet, fremadrettet kan indgå i den nationale monitorering og således styrke det tværsektorielle fokus.

Spor 1 kan gennemføres på den korte bane og er allerede igangsat, mens spor 2 og 3 kan gennemføres på en længere bane og forudsætter finansielle ressourcer til udvikling og gennemførelse af et egentligt projekt (se figur 1 nedenfor).

Figur 1: Oversigt over de tre spor



Spør 1 – Pilotanalyse af data på tværs af social- og sundhedsområdet (igangsat)

Der findes allerede i dag en række data om kontakter til sundhedsvæsenet og om sociale ydelser efter serviceloven. På den baggrund har Social- og Boligstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen igangsat en pilotanalyse, hvor data på hhv. social- og sundhedsområdet samkøres. I analysen undersøges det, hvilke sociale ydelser efter serviceloven, patienter, der er blevet tvangsindlagt i psykiatrien, har modtaget (fx ophold på botilbud, om patienten er tidligere kendt i psykiatrien, samt om patienten tidligere er blevet tvangsindlagt).

Analysen vil indeholde relevante data om, hvilke sociale ydelser borgerne har modtaget inden tvangsindlæggelsen, fx informationer om varighed og antal af ydelser opgjort på et overordnet niveau og på diagnoseniveau. Der vil være tale om en deskriptiv analyse, som forventes færdiggjort i 2023. Pilotanalysen danner bl.a. afsæt for det foreslåede analysearbejde i spor 3.

Spor 2 – Udvikling og analyse af data vedrørende magtanvendelser og voldsomme episoder i socialpsykiatrien

Der er behov for mere viden om, hvorvidt de borgere som udsættes for magtanvendelse i socialpsykiatrien og/eller har en udfordrende eller voldelig adfærd, også er dem, som ofte tvangsindlægges, og som udsættes for mest tvang i den regionale psykiatri.

En sammenhæng mellem antallet af magtanvendelser, voldsomme episoder på botilbud og senere tvangsindlæggelser er sandsynlige, men ikke påvist. Hvis en sådan sammenhæng er til stede, vil det muliggøre en mere systematisk og målrettet forebyggelse af tvangsindlæggelser allerede i den tidlige indsats på botilbuddene.

I dag indrappporterer botilbuddene magtanvendelse jf. serviceloven til Socialtilsynene, men der findes ikke et samlet nationalt overblik over hverken anvendelse af magt på botilbud eller forekomsten af voldsomme episoder. En systematisk opgørelse af magtanvendelser og evt. voldsomme episoder vil gøre det muligt at opnå denne viden, og vil samtidigt kunne styrke det forebyggende arbejde og kvalitetsudviklingen i socialpsykiatrien.

Magtanvendelse, serviceloven afsnit VII

Magtanvendelse kan undtagelsesvist være tilladt over for personer med betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne, når indgrebet er nødvendigt. Det er primært for at undgå personskade (serviceloven kapitel 24). Formålet med reglerne er at begrænse magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten til det absolut nødvendige. Disse indgreb må aldrig erstatte omsorg, pleje og socialpædagogisk bistand. Kommunen træffer afgørelse og yder vejledning om reglerne for magtanvendelse.

Kilde: Social- Bolig-, og Ældreministeriet [link](#)

Det vurderes derfor væsentligt at undersøge, hvordan der kan ske en mere systematisk indrapportering, anvendelse og tilgængeliggørelse af data vedr. magtanvendelser og voldsomme episoder med henblik på anvendelse i kvalitetsarbejdet. Et sådant arbejde forventes at kræve tilførsel af ressourcer til området.

Spor 3 – Kvantitativ og kvalitativ analyse af borgerforløb frem til tvangsindlæggelse

Det foreslås, at der afsættes ressourcer til at gennemføre en grundig analyse, der ved hjælp af både kvantitative og kvalitative data skal følge en række borgeres forløb forud for og efter en tvangsindlæggelse.

Analysen skal danne grundlag for et samlet kvalitetsløft gennem et styrket tværsektorielt samarbejde og konkrete forebyggende tiltag i både kommuner og regioner bl.a. ift. tvang, magtanvendelse og voldsomme episoder. Analysen kan derfor også bidrage til, hvordan der kan opnås bedre trivsel og tryghed for både borgere og medarbejdere.

5. Bilagsfortegnelse

Bilagsdokumenter:

Bilag 1. Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien

Bilag 2. Følge- og teknikergroupe

Bilag 3. Udvikling og status på nedbringelse af tvang

Bilag 4. Erfaring og læring fra partnerskabsperioden

Bilag 5. Viden om patientgrupper, der udsættes for tvang

Bilag 6. Rigsrevisionens hovedkonklusioner samt de væsentligste pointer fra Rigsrevisionens notat til statsrevisorerne

Bilag 7. Uddybning/forbehold for hoved- og følgeindikatorer

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●