

Følgebrev til "Afrapportering fra arbejdsgruppen om nedbringelse af tvangsindlæggelser"

"Afrapportering fra arbejdsgruppen om nedbringelse af tvangsindlæggelser" er udarbejdet af en tværsektoriel arbejdsgruppe til brug for det årlige møde mellem direktionen i Region Midtjylland og politidirektørerne i de tre politikredse i regionen (Sydøstjyllands Politi, Østjyllands Politi og Midt- og Vestjyllands Politi).

Arbejdsgruppen har primært fokuseret på at identificere årsager til stigningen i tvangsindlæggelser. Arbejdsgruppen har således identificeret fem målgrupper, der ifølge arbejdsgruppen udgør hovedparten af tvangsindlagte borgere, ligesom arbejdsgruppen har identificeret kendetegn ved disse målgrupper samt årsager til, at borgerne tvangsindlægges.

Derudover har arbejdsgruppen lavet en indledende afdækning af, hvilke håndtag det kunne være relevant at gribe fat i for at reducere antallet af tvangsindlæggelser. Det har været arbejdsgruppens udgangspunkt, at løsninger skal findes i fællesskab mellem de involverede aktører – arbejdsgruppen peger således ikke på en enkelt aktør.

Det skal fra arbejdsgruppens side understreges, at arbejdsgruppens anbefalinger har en meget overordnet karakter og skal ses som et første spadestik. Arbejdsgruppen har således et håb om, at håndtagene kan *bidrage* til nedbringelsen af tvangsindlæggelser, men er bevidste om, at de ikke er tilstrækkelige til at kunne løse problematikken. Arbejdsgruppen finder i forlængelse heraf, at det er analysens afsnit om målgruppeidentifikation, -karakteristika og årsager, der er af størst interesse. Arbejdsgruppen peger endelig på, at det vil være nødvendigt at foretage mere dybdegående analyser af problemstillingen og at arbejde videre med, hvilke konkrete indsatser der kan nedbringe antallet af tvangsindlæggelser.

På vegne af arbejdsgruppen.

Henriette Qvist
Formand for arbejdsgruppen
Defactum, Koncern Kvalitet
Region Midtjylland



Dato 06.11.2018
Henriette Qvist
Tlf. 2341 1223
henqvs@rm.dk

Side 1

Afrapportering fra arbejdsgruppen om nedbringelse af tvangsindlæggelser

November 2018

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	2
0. Introduktion til dokumentet.....	3
Rammerne for arbejdsgruppen og afrapporteringen	3
Læsevejledning	4
1. Kort om arbejdsgruppen og tvangsindlæggelser	5
Baggrund og formål for arbejdsgruppen	5
Arbejdsgruppens medlemmer	5
Proces og tidsplan for arbejdsgruppens arbejde.....	7
Reglerne for tvangsindlæggelser	8
2. Analyse af stigningen i tvangsindlæggelser	9
Hvilke grupper har oplevet en stigning i tvangsindlæggelser?	11
Unge, svært selvskadende, selvmordstruede piger	11
Misbrugere, 25-40 år, overvejende mænd	17
Personer med psykotiske tilstande	20
Personer med demens	23
Personer i svær affekt på grund af livskrise	25
Bosteder.....	26
3. Forslag til tiltag til at nedbringe tvangsindlæggelser.....	29
1. Tidlig opsporing og indsats overfor unge, som mistrives	30
2. Forbedre registrering af og anvendelse af data om selvskade	32
3. Hurtig og fleksibel indsats	32
4. Alternativer til indlæggelse	33
5. Psykiatrisk bistand	35
6. Bedre indsats	36
7. Formaliseret og forpligtende samarbejde på tværs.....	37
8. Opsamling på forslag til tiltag til at nedbringe tvangsindlæggelser	39

0. Introduktion til dokumentet

Denne afrapportering er udarbejdet af en tværsektoriel arbejdsgruppe i perioden december 2017 – maj 2018. Arbejdsgruppen har haft til opgave at analysere, hvilke faktorer der har bidraget til at skabe en stigning i antallet af tvangsindlæggelser i Region Midtjylland, og på den baggrund komme med anbefalinger til, hvordan antallet af tvangsindlæggelser kan nedbringes.

Rammerne for arbejdsgruppen og afrapporteringen

Der har været stor interesse fra relevante parter til at bidrage til arbejdsgruppens arbejde. Dette gælder både i forhold til at være medlem af arbejdsgruppen og i forhold til at bidrage til afdækningen af indsatserne på området.

Arbejdsgruppen peger på, at de begrænsede ressourcer i region og kommune har betydning for stigningen i antallet af tvangsindlæggelser. De begrænsede ressourcer kan blandt andet medføre for korte indlæggelser, mangel på pladser og personale i støttetilbud, mangel på aktiviteter, mangel på passende boliger og begrænsninger på behandling i både region og kommune. I resten af afrapporteringen vil denne ressourceproblematik ikke blive behandlet yderligere.

I arbejdsgruppen har der – bl.a. som følge af ovenstående – været enighed om, at de indsatser, som arbejdsgruppen har foreslået, formentligt er utilstrækkelige i forhold til at bidrage betydeligt til at halvere brugen af tvang i 2020, som det er aftalt i Finansloven for 2014¹. Forslagene til indsatser skal derfor ses som et oplæg til, hvordan man kan *bidrage* til at reducere antallet af tvangsindlæggelser.

Der er blevet afholdt tre møder i arbejdsgruppen. Tilgangen til analysen har været, at arbejdsgruppen på møderne har analyseret problemstillingen og er kommet med forslag til indsatser. Det er udkommet af disse møder, der er afrapporteret. Hvor denne tilgang kræver forholdsvist få ressourcer og er horisontudvidende og relationsskabende for deltagerne i arbejdsgruppen, betyder tilgangen samtidig, at det ikke har været muligt dybdegående at afdække årsagerne til stigningen i antallet af tvangsindlæggelser og komme med detaljerede forslag til indsatser. Denne tilgang til analysen betyder endvidere, at indholdet i afrapporteringen – naturligvis – afspejler arbejdsgruppens sammensætning. Analysen af problemstillingen og anbefalingerne har derfor nærmere karakter af at være en indledende afdækning af området. Det vil således være nødvendigt at foretage mere dybdegående analyser og at arbejde videre med at konkretisere arbejdsgruppens forslag².

Såfremt der bliver gennemført en mere tilbundsående undersøgelse af problemstillingen, anbefaler arbejdsgruppen, at man blandt andet undersøger politiets rolle i forbindelse med tvangsindlæggelser yderligere. En sådan afdækning af politiets rolle kunne blandt andet belyse, hvor mange gange politiet er i kontakt med en borger

¹ Aftaler om finansloven 2014: <https://www.fm.dk/publikationer/2013/aftaler-om-finansloven-for-2014>

² Der er sat flere initiativer i gang i forhold til nedbringelse af tvang i psykiatrien og på hospitalerne i Region Midtjylland, herunder task force vedrørende tvang, audit vedrørende bæltefikseringer på hospitalerne og regionale retningslinjer vedrørende anvendelse af tvang på hospitalerne.

forud for en tvangsindlæggelse, hvornår politiet er i kontakt med borgeren, under hvilke omstændigheder samt hvor lang tid politiet bruger på en tvangsindlæggelse.

Afrapporteringen bliver afleveret til direktionen i Region Midtjylland og politidirektørerne i de tre politikredse på deres årlige møde i 2018.

Læsevejledning

Nedenfor fremgår en kort beskrivelse af indholdet i afrapporteringen.

I kapitel 1 bliver der redegjort for baggrunden for arbejdsgruppen, hvem der har siddet i arbejdsgruppen samt processen for arbejdsgruppens arbejde.

Stigningen i antallet af tvangsindlæggelser bliver beskrevet i den første del af kapitel 2. Dernæst bliver der redegjort for arbejdsgruppens vurdering af, hvilke målgrupper der særligt har oplevet en stigning i antallet af tvangsindlæggelser og dermed kan bidrage til at forklare den samlede stigning i antallet af tvangsindlæggelser. I afsnittet bliver det beskrevet, hvad der karakteriserer målgrupperne, herunder hvilke problemstillinger, der kendetegner målgrupperne. Derudover bliver det beskrevet, hvad årsagerne til stigningen i tvangsindlæggelser er for den pågældende målgruppe samt hvilke aktører, der er involveret i målgruppernes forløb.

Med udgangspunkt i de identificerede målgrupper har arbejdsgruppen peget på, hvilke typer af indsatser de vurderer, der er behov for at iværksætte overfor målgrupperne for at reducere antallet af tvangsindlæggelser. Disse indsatser bliver beskrevet i kapitel 3.

I afrapporteringen bliver begrebet "hospitalspsykiatrien" anvendt om de psykiatriske hospitaler. Regionen har ansvaret for hospitalspsykiatrien, hvor den behandlende psykiatri bliver udført i form af stationær og ambulante behandling. Begrebet "hospital" refererer til de somatiske hospitaler, hvor patienter bliver behandlet for fysiske sygdomme.

1. Kort om arbejdsgruppen og tvangsindlæggelser

Baggrund og formål for arbejdsgruppen

Det blev aftalt at nedsætte arbejdsgruppen på det årlige møde mellem direktionen i Region Midtjylland og politidirektørerne i de tre politikredse i regionen i maj 2017. Baggrunden herfor var, at der er sket en stigning i antallet af tvangsindlæggelser i Region Midtjylland, og at psykiatriske patienter fylder tiltagende meget i politiets arbejde.

Arbejdsgruppen har haft til formål at analysere, hvilke faktorer der bidrager til at skabe en stigning i antallet af tvangsindlæggelser, og på den baggrund komme med anbefalinger til, hvordan antallet af tvangsindlæggelser i Region Midtjylland kan nedbringes. Konkret har arbejdsgruppens opgaver været at:

- 1) Analysere data om tvangsindlæggelser med henblik på at finde årsager til stigningen i tvangsindlæggelser
- 2) Komme med konkrete forslag til, hvordan de involverede parter kan nedbringe antallet af tvangsindlæggelser

Gruppen har refereret til direktionen i Region Midtjylland. Koncern Kvalitet i Region Midtjylland har været tovholdere og sekretariat for arbejdsgruppen og har udarbejdet afrapporteringen på baggrund af arbejdsgruppens input. Afrapporteringen er således udtryk for arbejdsgruppens analyse af problemstillingen og vurdering af velegnede tiltag.

Kommissoriet for arbejdsgruppen er vedlagt i bilag 1.

Arbejdsgruppens medlemmer

Arbejdsgruppen blev sammensat af deltagere fra de forskellige parter, der er involverede i og har kendskab til tvangsindlæggelser. Det vil sige, at arbejdsgruppen er tværsektoriel og består af repræsentanter fra politiet, kommunerne, hospitalspsykiatrien samt SIND. Ved udpegelsen er der blevet lagt vægt på, at deltagerne i arbejdsgruppen skulle kunne bidrage med grundig og praksisnær/"hands-on"-viden om:

- de konkrete borger-forløb op til, under og efter en tvangsindlæggelse
- misbrugsproblematikker
- overgange mellem sektorer

Konkret er arbejdsgruppen sammensat af:

- 3 repræsentanter fra politiet - 1 repræsentant fra hver af de tre politikredse
- 3 repræsentanter fra kommunerne
- 3 repræsentanter fra psykiatrien
- 1 repræsentant fra det regionale socialområde
- 1 repræsentant fra almen praksis, praksiskoordinator
- 1 repræsentant fra en brugerorganisation på psykiatriområdet

- 1 kontorchef fra Koncern Kvalitet (formand)

Udpegningen er foregået ved, at tovholderne for arbejdsgruppen har kontaktet de relevante organisationer, der efterfølgende har meldt deltagere ind til arbejdsgruppen. Udpegningen af deltagerne fra kommunerne er blevet varetaget af DASSOS (Den Administrative Styregruppe for Social- og Specialundervisningsområdet i den midtjyske region). Deltagerne i arbejdsgruppen fremgår af tabel 1.

Tabel 1. Oversigt over arbejdsgruppens medlemmer

NAVN	FUNKTION	ENHED	ORGANISATION
Kim Bro	Sagsleder	Midt- og Vestjyllands Politi	Politi
Gert Bisgaard	Vicepolitiinspektør	Østjyllands Politi	
Lars Grønlund	Vicepolitiinspektør	Sydøstjyllands Politi	
Helene Gildebro	Sygeplejefaglig kvalitets- og udviklingskonsulent	Handicap og Psykiatri, Favrskov Kommune	Kommune
Majken Geiger	Afdelingsleder	Psykiatri og Misbrug, Samsø Kommune	
Kirsten Villumsen*	Psykolog og faglig koordinator	Myndighed, Ringkøbing-Skjern Kommune	
Erik Mønsted Pedersen	Næstformand	SIND Aarhus-Samsø	
Michelle Sussie Sehested O. Kring	Afdelingslæge	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Ungdomspsykiatrisk sengeafsnit Herning-Risskov, Aarhus Universitetshospital	Region
Anja Søndergaard Blaabjerg	Sygeplejerske og souschef	Afsnit O2, Regionspsykiatrien Horsens	
Majken Hagelberg	Sygeplejerske	Pavillon/Dagtilbud, Regionspsykiatrien Randers	
Anne Tolborg	Psykolog	Specialområdet Holmstrupgård, regionale socialområde	
Henrik Nordentoft	Praksiskoordinator for psykiatrien	Midtkraft	
Henriette Qvist	Kontorchef og formand for arbejdsgruppen	DEFACTUM, Koncern Kvalitet	

* Tiltrådt arbejdsgruppen efter 1. møde.

Tovholderfunktionen og sekretariatet for arbejdsgruppen er blevet varetaget af Koncern Kvalitet, Region Midtjylland.

Tovholderne og sekretariatet for arbejdsgruppen har bestået af:

- Lise Marie Witt Udsen, DEFACTUM, Koncern Kvalitet
- Maria Bredal Petersen, Koncern Kvalitet.

Tovholderens opgaver har overordnet været:

- Sekretariatsbetjening
- Indsamling af kvantitative og kvalitative data
- Udarbejdelse af afsluttende afrapportering

Henrik Løwe Christiansen fra Kvalitetsafdelingen i Psykiatri og Socials administration, Region Midtjylland, har desuden bidraget til sekretariatets arbejde og deltaget i arbejdsgruppens møder. Kvalitetsafdelingen har udtrukket talmateriale til arbejdsgruppen.

Proces og tidsplan for arbejdsgruppens arbejde

Arbejdsgruppens arbejde bygger på medlemmernes egen viden og erfaringer samt nedenstående materiale, som arbejdsgruppen har fået tilsendt undervejs i forløbet:

- Talmateriale i form af tabeller og grafer vedrørende tvangsindlæggelser, som er blevet udarbejdet til arbejdsgruppen og analyseret på arbejdsgruppens møder. Talmaterialet er blevet udtrukket fra Region Midtjyllands database (BI-portal). Se bilag 2³.
- Oversigt over igangværende initiativer vedrørende tvangsindlæggelser. Tovholderne har via en rundringning afdækket, hvilke erfaringer der findes i de øvrige regioner i forhold til at nedbringe tvangsindlæggelser.
- Referater af interview med borgere, der har erfaringer fra psykiatrien, og aktører, der via deres arbejde har kendskab til tvangsindlæggelser (interviewene er givet til intern brug i arbejdsgruppen).

Arbejdsgruppens arbejde har været inddelt i to faser:

- 1) Analyse af stigningen i tvangsindlæggelser
- 2) Udarbejdelse af forslag til tiltag

Arbejdet er forløbet fra december 2017 til og med april 2018. I perioden er der blevet afholdt tre møder af fire timers varighed. Arbejdsgruppens medlemmer har ligeledes bidraget til arbejdet mellem møderne ved eksempelvis at byde ind med relevante aktører, som tovholderne kunne kontakte, talmateriale og kommentarer til afrapporteringen.

De tre møder i arbejdsgruppen er blevet afholdt på følgende datoer:

- 11. december 2017
- 26. februar 2018
- 30. april 2018

Forud for møderne har arbejdsgruppens medlemmer fået til opgave at forberede sig på mødet ud fra tilsendt materiale. Arbejdet er foregået på følgende måde:

Forud for det første møde blev arbejdsgruppen bedt om at sætte sig ind i talmateriale om stigningen i antallet af tvangsindlæggelser fordelt på forskellige parametre, samt om at beskrive deres eget bud på årsager til stigningen ud fra deres egen viden om målgruppen.

Første møde fokuserede på at identificere de målgrupper, som har oplevet en stigning i tvangsindlæggelser samt problemstillingerne for hver målgruppe.

³ Der er foretaget mindre opdateringer i beskrivelserne af talmaterialet i forbindelse med den afsluttende afrapportering.

Mellem første og andet møde foretog tovholderne for arbejdsgruppen en vidensindsamling af både kvantitativ og kvalitativ karakter, hvor supplerende talmateriale blev indhentet, centrale aktører uden for arbejdsgruppen blev interviewet og de andre regioner blev kontaktet for at afdække relevante initiativer. Dette materiale dannede sammen med arbejdsgruppens input fra det første møde grundlag for arbejdsgruppens videre drøftelser om problemstillinger og mulige tiltag.

Andet møde fokuserede på en mere dybdegående gennemgang af problemstillingerne for målgrupperne samt forslag til tiltag for at reducere antallet af tvangsindlæggelser.

Mellem andet og tredje møde udarbejdede tovholderne en afrapportering på baggrund af arbejdsgruppens arbejde. Denne foreløbige udgave af afrapporteringen blev sendt til arbejdsgruppens medlemmer til kommentering.

Tredje møde fokuserede på den endelige formulering af arbejdsgruppens forslag til videre tiltag til at nedbringe antallet af tvangsindlæggelser.

Efter det tredje møde har arbejdsgruppen haft mulighed for at kommentere på afrapporteringen en sidste gang.

Reglerne for tvangsindlæggelser

Reglerne for tvangsindlæggelser fremgår af *bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien* ("psykiatriloven") paragraf 5⁴.

Af paragraffen fremgår det, at en patient kun må tvangsindlægges, det vil sige indlægges mod sin vilje, hvis "patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling, fordi: 1) udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet, eller 2) den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre".

En af de to forudsætninger skal således være opfyldt for, at man må tvangsindlægge en patient. Hvis man tvangsindlægger på baggrund af opfyldelse af forudsætning 1, det vil sige af helbredsmæssige årsager, anvender man gule papirer. Hvis man tvangsindlægger en patient på baggrund af opfyldelse af forudsætning 2, det vil sige på grund af farlighed, benyttes røde papirer.

⁴ *Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien:*
<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=174248#id825cef36-0ca7-4c08-864a-e792f4882797>

2. Analyse af stigningen i tvangsindlæggelser

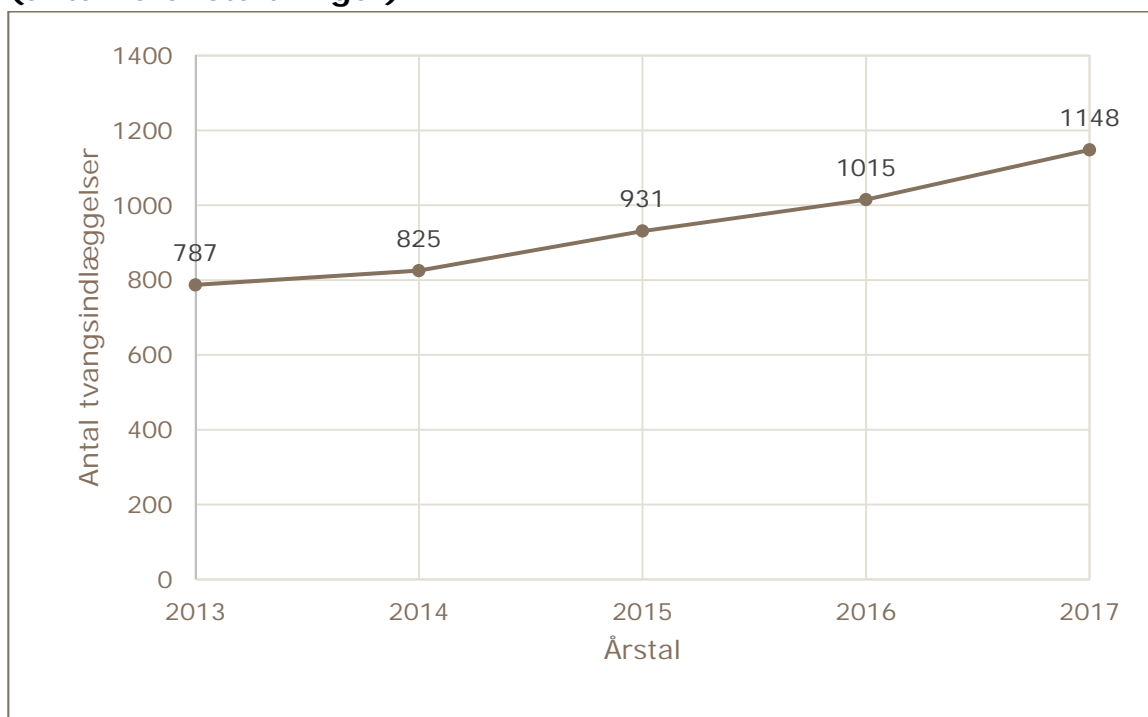
Stigningen i tvangsindlæggelser nationalt

Ifølge tal fra Sundhedsdatastyrelsen har der fra 2004 til 2016 været en vedvarende stigning i antallet af tvangsindlæggelser på nationalt niveau. Denne tendens gør sig ligeledes gældende i Region Midtjylland, hvor der fra 2004 til 2017 har været en betydelig stigning i både antallet af tvangsindlæggelser og antallet af unikke borgere, der bliver tvangsindlagt. I 2014 indgik Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse en aftale med Danske Regioner om at halvere brugen af tvang i psykiatrien inden 2020⁵. Imidlertid er stigningen i tvangsindlæggelser på nationalt niveau og i Region Midtjylland fortsat. Tallene fra Sundhedsdatastyrelsen kan ses i visning 1 i bilag 2.

Stigningen i tvangsindlæggelser i Region Midtjylland

Figur 1 viser udviklingen i antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser i Region Midtjylland fra 2013 til 2017. Tabellen viser, at der er blevet påbegyndt 1148 tvangsindlæggelser i 2017, hvilket er 133 flere tvangsindlæggelser i 2017 sammenlignet med 2016. Det samlede antal af indlæggelser i psykiatrien i 2017 var 10.651 som det fremgår af visning 2 i bilag 2.

Figur 1: Antal tvangsindlæggelser i Region Midtjylland 2013-2017 (antal foranstaltninger)

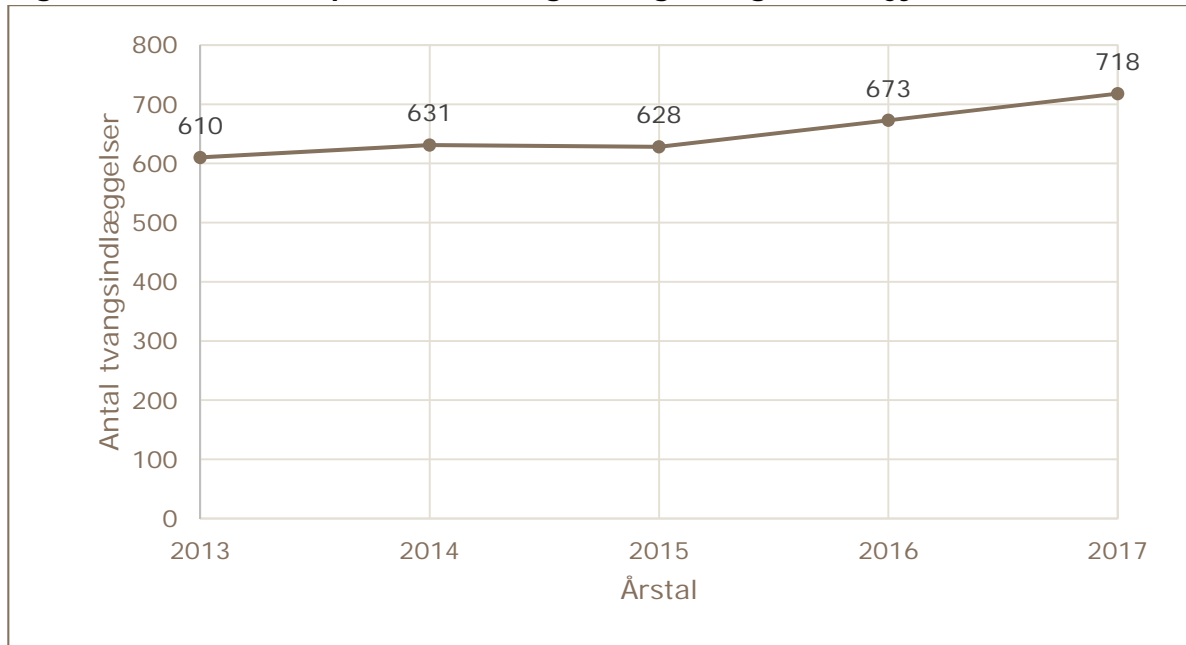


Kilde: Region Midtjyllands BI-portal.

⁵ Aftaler om finansloven 2014: <https://www.fm.dk/publikationer/2013/aftaler-om-finansloven-for-2014>

Figur 2 viser udviklingen i antallet af unikke patienter, der er blevet tvangsindlagt i Region Midtjylland fra 2013 til 2017. Som tabellen viser, er der sket en stigning i antallet af unikke patienter, der er blevet tvangsindlagt i perioden. Særligt fra 2015 til 2017 er der sket en stigning. I 2017 var der således knap 100 patienter mere, der blev berørt af en tvangsindlæggelse end i 2015.

Figur 2: Antal unikke patienter tvangsindlagt i Region Midtjylland 2013-2017



Kilde: Region Midtjyllands BI-portal.

Sammenlignes antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser på tværs af regionerne, så illustrerer visning 1 i bilag 2, at det kun er i Region Hovedstaden, at der blev påbegyndt flere tvangsindlæggelser i 2016 end i Region Midtjylland. Hvis man sammenholder antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser med antallet af borgere i regionen, så viser tallene, at der i 2016 blev påbegyndt 78 tvangsindlæggelser i Region Midtjylland pr. 100.000 borgere. Både i Region Hovedstaden og Region Syddanmark blev der påbegyndt flere tvangsindlæggelser pr. 100.000 borgere end i Region Midtjylland i 2016.

Visning 1 i bilag 2 illustrerer desuden, at antallet af unikke borgere, der er blevet tvangsindlagt i 2016, var højere i Region Hovedstaden og Region Syddanmark end i Region Midtjylland. Hvis man sammenholder antallet af unikke borgere, der blev tvangsindlagt i 2016 med antallet af borgere i regionen, så viser tallene, at 51,7 borgere i 2016 var berørt af en tvangsindlæggelse pr. 100.000 borgere i Region Midtjylland. Dette tal var kun lavere i Region Nordjylland.

Stigningen i tvangsindlæggelser i Region Midtjylland fordelt på politikredse

Danmarks Radio har i marts 2018 offentliggjort en opgørelse af antallet af tvangsindlæggelser fordelt på politikredse baseret på tal fra Rigspolitiet⁶. Opgørelsen viser, at der særligt er sket en stigning i antallet af tvangsindlæggelser i Østjyllands Politikreds. Her er der sket en stigning i antallet af sager om tvangsindlæggelser fra 310 i 2007 til 625 sager i 2017, hvilket svarer til 10,6 tvangsindlæggelser pr. 10.000 borgere i politikredsen i 2017. Til sammenligning var der 371 sager om tvangsindlæggelser i Sydøstjyllands Politi i 2017 og 392 sager i Midt- og Vestjyllands Politi, hvilket svarer til henholdsvis 7,7 og 6,7 tvangsindlæggelser pr. 10.000 borgere (bemærk at tallet her er opgjort pr. 10.000 borgere, hvor tallet i sidste afsnit var opgjort pr. 100.000 borgere).

Hvilke grupper har oplevet en stigning i tvangsindlæggelser?

Arbejdsgruppen har haft til opgave at analysere, hvilke årsager der har været til den stigning i antallet af tvangsindlæggelser, som er beskrevet i sidste afsnit. Analysen har taget udgangspunkt i talmateriale, interview og arbejdsgruppemedlemmernes egen viden og erfaringer. På denne baggrund har arbejdsgruppen identificeret fem målgrupper, som de vurderer særligt har oplevet en stigning i antallet af tvangsindlæggelser, og dermed særligt kan bidrage til at forklare den samlede stigning i antallet af tvangsindlæggelser. Disse målgrupper er:

- Unge, svært selvskadende, selvmordstruede piger
- Misbrugere, 25-40 år, overvejende mænd
- Personer med psykotiske tilstande
- Personer med demens
- Personer i svær affekt på grund af livskrise

I de følgende afsnit bliver målgruppernes karakteristika beskrevet, herunder hvilke problemstillinger der kendetegner målgrupperne, hvad årsagerne til stigningen i tvangsindlæggelser er for den pågældende målgruppe samt hvilke aktører, der er involveret i målgruppernes forløb. Beskrivelserne er baseret på arbejdsgruppens udsagn.

Unge, svært selvskadende, selvmordstruede piger

Arbejdsgruppen peger på, at det er denne målgruppe, der aktuelt har størst betydning for stigningen i antallet af tvangsindlæggelser. Det skyldes særligt, at der er mange gentagne tvangsindlæggelser for den samme unge i denne målgruppe. Målgruppen består af unge piger i alderen 15-30 år, og målgruppen bliver stadig yngre. Arbejdsgruppen har særligt haft fokus på de unge piger, der er tilknyttet ungdomspsykiatrien, hvor de kan være tilknyttet, indtil de fylder 21 år.

Stigningen i antallet af tvangsindlæggelser for målgruppen

Det er ikke muligt at identificere målgruppen direkte i talmaterialet. Det skyldes, at diagnosekoden for selvskade ikke er blevet brugt ret meget i hospitalspsykiatrien.

⁶ Stigning i tvangsindlæggelser sætter politikredse under pres: <https://www.dr.dk/nyheder/indland/stigning-i-tvangsindlaeggelser-saetter-politikredse-under-pres-0>

Årsagen til dette er, at selvskade ofte er et symptom på en anden psykisk lidelse. Selvskade er med andre ord et af flere elementer i en anden psykisk lidelse, og det er denne bagvedliggende lidelse, der bliver registreret som patientens aktionsdiagnose. Dette kan eksempelvis være borderline personlighedsforstyrrelse. Selvskade bliver fortsat ikke anvendt som aktionsdiagnose. Imidlertid bliver selvskade nu registreret som en bidiagnose i ungdomspsykiatrien, hvorved man kan genfinde målgruppen i data. En oversigt over de registrerede bidiagnoser på tvangsindlæggelser har dog ikke været en del af det talmateriale, der er blevet udarbejdet til arbejdsgruppen. Det er desuden relevant at bemærke, at selvskade ikke systematisk bliver registreret som en bidiagnose i voksenpsykiatrien.

Visning 12 i bilag 2 viser dog, at der er sket en markant stigning i antallet af tvangsindlæggelser blandt unge kvinder fra 2013 til 2016. Det gør sig både gældende for antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser og antallet af unikke personer, der har været udsat for en tvangsindlæggelse. Dette underbygger, at det er i denne målgruppe, at der særligt er sket en stigning i antallet af tvangsindlæggelser. Antallet af tvangsindlæggelser (antal foranstaltninger) for piger i alderen 0-20 år er steget fra 37 tvangsindlæggelser i 2013 til 180 tvangsindlæggelser i 2016, mens antallet af unikke patienter berørt af en tvangsindlæggelse i aldersgruppen er steget fra 22 patienter til 44 patienter i samme periode. I aldersgruppen 21-30 år er antallet af tvangsindlæggelser (antal foranstaltninger) steget fra 115 tvangsindlæggelser i 2013 til 157 tvangsindlæggelser i 2016, mens antallet af unikke patienter berørt af en tvangsindlæggelse er steget fra 50 til 78 i samme periode. I aldersgruppen 0-20 årige piger bliver der gennemsnitligt gennemført flere tvangsindlæggelser pr. unikke patient sammenlignet med de 21-30 årige.

Visning 12 illustrerer desuden, at det er personer i alderen 0-20 år og 20-30 år, der har flest gentagne tvangsindlæggelser.

Karakteristik af målgruppen

Som beskrevet ovenfor består målgruppen af unge piger i alderen 15-30 år. De unge er kendetegnet ved at være svært selvskadende og er præget af både selvmordstanker, selvmordsforsøg og selvmordstrusler. De indtager eksempelvis piller og udfører cutting. Arbejdsgruppen fremhæver, at svær selvskade er en relativt nyopstået problemstilling, og at eksempelvis det regionale botilbud Holmstrupgård⁷, hvor nogle i denne målgruppe bor, først de seneste 10 år og i særdeleshed de seneste 5 år har fået henvendelser om selvskade.

Det er vigtigt at sondre mellem målgruppen af unge, svært selvskadende og selvmordstruede piger, der er omdrejningspunktet for dette afsnit, og piger med begyndende selvskade. De unge med begyndende selvskade har typisk ikke været indlagt i hospitalspsykiatrien endnu og bor ikke på et bosted. For nogle af disse piger udvikler selvskaden sig til at være svær og de bliver en del af målgruppen af unge, svært selvskadende og selvmordstruede piger. Men dette er ikke tilfældet for alle med

⁷ Holmstrupgård er en socialpsykiatrisk behandlingsinstitution for unge i alderen 14-23 (med mulighed for forlængelse).

begyndende selvskade. Familierne til unge med begyndende selvskade kan være relativt almindelige og velfungerende.

De unge, svært selvskadende og selvmordstruede piger kommer typisk ind i ungdomspsykiatrien først, hvorefter de overgår til voksenpsykiatrien som 21-årige, såfremt de fortsat har behov for behandling. Der er imidlertid en gruppe af unge, som først kommer ind i systemet, når de er over 18 år, og derfor bliver tilknyttet voksenpsykiatrien fra begyndelsen af deres forløb. Når pigerne er i behandling i voksenpsykiatrien bliver de også tilknyttet de tilbud, der er i voksenpsykiatrien, herunder eksempelvis KISS-projektet⁸.

Målgruppen af unge, svært selvskadende og selvmordstruede piger er kendetegnet ved ofte at have haft en belastet opvækst, hvor de eksempelvis kan have været udsat for misbrug, svigt eller massiv mobning. De bor typisk på et bosted eller kommer på et bosted i forbindelse med deres forløb i ungdomspsykiatrien. Det skyldes, at behandling af svær selvskade og hyppige selvmordstrusler overstiger almindelige familiers kompetencer og kræver professionel behandling. Mange af de unge i målgruppen bor på de samme bosteder, herunder blandt andet på det regionale botilbud Holmstruppgård. Det gælder for alle specialiserede tilbud, at mennesker med vanskeligheder samles. Dette har fordele og ulemper også for denne gruppe. På den ene side er der risiko for, at pigernes selvskade forstærkes, hvilket den kan gøre, hvis eksempelvis konkurrence omkring at være bedst til at selvskade kommer i spil. På den anden side støtter de også hinanden og kan være medvirkende til at reducere hinandens selvskade. Hvis målgruppen ikke er samlet, så er der samtidig risiko for, at bostedet har svært ved at opnå ekspertise på feltet og dermed tilbyde den bedste behandling til målgruppen.

Tvangsindlæggelserne i denne målgruppe sker ofte som følge af længere tids selvskade, som det ikke er lykkedes at håndtere pædagogisk på bostedet, og hvor det ikke lykkedes at deeskalere situationen, men hvor den snarere optrappes. Den unge er til sidst præget af voldsom affekt, ude af stand til at forholde sig til og være i kontakt med personalet og afviser at stoppe selvskade. Tvangsindlæggelserne sker således sjældent på grund af selvskade i sig selv, men ofte på grund af selvmordsforsøg, akut øget selvmordsrisiko eller fordi niveauet af affekt er så højt, at det ikke er muligt at arbejde frivilligt med den unge.

I nogle tilfælde eskalerer situationen, og den unge forlader bostedet med en akut øget selvmordsrisiko. Her er der behov for hurtig ekstern indgriben fra politiet i forhold til enten en eftersøgning eller bistand i forhold til at forhindre selvmord. Den unge kan eksempelvis befinde sig på en bro og true med at springe ud.

De unge i målgruppen er kendetegnet ved at være meget ambivalente i forhold til deres ønske om hjælp. De kan således godt ønske at tage frivilligt imod hjælp den ene time og så modsætte sig hjælp den næste.

⁸ KISS står for Koordineret Intensiv teambaseret behandling af Selvskadende og Suicidale patienter. KISS er et specialiseret behandlingskoncept i sengeafsnit Q1 i Afdeling Q på Aarhus Universitetshospital Risskov og er en speciel indsats for en lille gruppe patienter.

Målgruppen er kendetegnet ved mange gentagne tvangsindlæggelser. Der er mange faktorer, herunder handlemønstrene hos patienten og netværket, som resulterer i de gentagne indlæggelser. I nogle tilfælde lader det desuden til, at indlæggelse kan være en strategi til at håndtere svære følelser for disse piger. Som følge af de mange gentagne tvangsindlæggelser fylder denne målgruppe meget i politiets arbejde.

I tabel 2 er opsummeret de væsentligste forhold, der kendetegner målgruppen.

Tabel 2. Overordnet karakteristik af unge, svært selvskadende, selvmordstruede piger

Følgende forhold kendetegner målgruppen:

- Unge piger
- 15-30 år
- De unge har ofte haft en belastet opvækst
- Bor typisk på bosted
- Svært selvskadende
- Selvmordstanker, selvmordstrusler og selvmordsforsøg
- Ambivalente i forhold til hjælp
- Mange gentagne tvangsindlæggelser

Årsager til stigningen i tvangsindlæggelser

Arbejdsgruppen peger på flere forhold, der bidrager til en stigning i tvangsindlæggelser for gruppen af unge, svært selvskadende, selvmordstruede piger.

Tidlig opsporing og hjælp

Arbejdsgruppen peger på, at det kan være vanskeligt at opspore unge piger med begyndende selvskade på et tidligt stadie og dermed forhindre, at selvskaden udvikler sig. Arbejdsgruppen fremhæver, at det er vigtigt, at de voksne, der er omkring pigerne, er i stand til at opdage tegn på mistriksel eksempelvis lærere og sundhedsplejersker. Samtidig peger arbejdsgruppen på, at der er mangel på tilbud til unge med begyndende selvskade. Det vil sige tilbud, inden pigerne bliver indlagt i hospitalspsykiatrien.

Hvis pigerne ikke bliver opsporet tidligt, er der risiko for, at de ikke når at få hjælp, før selvskaden eskaleres. Den manglende hjælp medfører, at de unge piger ikke får tilstrækkelig støtte til at udvikle mere hensigtsmæssige strategier til håndtering af såvel følelsesmæssige som generelle udfordringer i livet, hvorfor selvskade bliver en mestringsstrategi. Den hyppigste årsag til selvskade er et forsøg på affektregulering og dernæst selvstraf, og eskaleringen af selvskade kan beskrives som en form for toleransudvikling.

Data

I hospitalspsykiatrien har der været udfordringer i forhold til at genfinde pigerne i data. Det skyldes som tidligere beskrevet, at selvskade ikke bliver anvendt som aktionsdiagnose, da selvskade er et symptom og ikke en sygdom. I ungdomspsykiatrien er man nu begyndt at registrere selvskade som en bidiagnose, så data for selvskade kan genfindes. Selvskade bliver ikke systematisk registreret som en bidiagnose i voksenpsykiatrien. På hospitalet bliver pigerne desuden ofte behandlet for

den fysiske del af deres problemstilling, eksempelvis ved at blive syet på skadestuen, uden at der gives besked herom til hospitalspsykiatrien. Denne dataproblematik er medvirkende til, at det kan være vanskeligt at identificere pigerne i målgruppen.

Samarbejde

Arbejdsgruppen peger desuden på, at det har betydning for stigningen af tvangsindlæggelser i denne målgruppe, at der ofte ikke er klare aftaler for samarbejdet om den unge imellem de forskellige aktører i den unges professionelle netværk. Arbejdsgruppen fremhæver således vigtigheden af et tæt, formaliseret samarbejde mellem aktørerne i den unges professionelle netværk – også med henblik på at optimere forståelsen og behandlingen af selvskade.

Behandlingstilbud

Arbejdsgruppen peger på, at der er mangel på tilbud i kommunalt regi, der imødekommer målgruppens behov, herunder tilbud, som kan benyttes ved affekttilstande som alternativ til tvangsindlæggelse. Det betyder, at bostederne og vagtlægerne ofte ikke har andre alternativer end at iværksætte en tvangsindlæggelse. Arbejdsgruppen fremhæver samtidig, at det også har betydning, at vagtlægerne har begrænset tid hos de enkelte patienter.

I ungdomspsykiatrisk sengeafsnit laves individuelle tilbud til de patienter, som selvskader alvorligt og har hyppige indlæggelser. Der er endvidere et behandlingstilbud på vej til unge med borderline personlighedsforstyrrelse - en del af disse er også selvskadende.

En typisk tilgang til en ung med gentagne indlæggelser på grund af svær selvskade i ungdomspsykiatrien er at etablere følgende:

- Tæt samarbejde med netværket inkl. forventningsafstemning og rollefordeling.
- Psykoedukation til netværket og patienten.
- Ugentlige samtaler med patienten.
- Elektive (planlagte) indlæggelser, hvor der arbejdes med mestringsstrategier.
- Udarbejdelse af detaljeret behandlingsplan, hvor den konkrete tilgang i forhold til patientens selvskade under indlæggelse beskrives.

Arbejdsgruppen fremhæver, at mange af pigerne ikke bliver hjulpet af indlæggelse, og der er flere eksempler på, at den selvskadende adfærd eskalerer under længerevarende indlæggelser. Behandlingstilgangen overfor denne målgruppe kan derfor betyde, at tvangsindlæggelser er svære at undgå.

Arbejdsgruppen fremhæver desuden, at der generelt er et tæt samarbejde mellem ungdomspsykiatrien og bosteder, og at den primære behandling af denne målgruppe er den pædagogiske behandling, der særligt foregår på bostederne, da det særligt er hverdagslivet, som de unge piger har behov for at lære at mestre.

Sociale medier og kultur omkring selvskade

De sociale medier spiller en stor rolle for målgruppen. Der er forskellige fora på nettet, hvor eksempelvis selvskade og ekstremt vægttab deles og giver status. Generelt peger

arbejdsgruppen på, at flere og flere unge prøver at selvskade, og det ser ud til, at det er blevet en ny "kultur".

I tabel 3 opsummeres de centrale årsager til stigningen i tvangsindlæggelser, som arbejdsgruppen peger på.

Tabel 3. Centrale årsager til stigningen i tvangsindlæggelser

Forhold der bidrager til stigningen i tvangsindlæggelser for målgruppen:

- Vanskeligt at opspore de unge piger på et tidligt stadie
- Manglende tilbud til unge, der begynder at selvskade
- Behov for formaliseret samarbejde mellem de forskellige aktører i patientens professionelle netværk
- Tvangsindlæggelser og indlæggelser hjælper ikke
- Flere og flere unge prøver at selvskade - ny "kultur"

Centrale aktører i forhold til målgruppen

Arbejdsgruppen har desuden identificeret de aktører, der ofte er involverede i de unge pigers forløb eller er i kontakt med de unge piger.

Da målgruppen typisk bor på et bosted, er det særligt medarbejderne på bostedet, som er omkring pigerne i hverdagen, men det kan også være forældre eller andre i målgruppens personlige netværk. Inden der er behov for indlæggelse eller tvangsindlæggelse, vil patienterne ofte være set ambulantly i hospitalspsykiatrien, da selvskade er et symptom på et større sygdomsbillede.

Arbejdsgruppen peger på, at det er vigtigt at få identificeret de aktører, der kan bidrage til at opdage tegn på selvskade, så pigerne bliver opsporet på et tidligere tidspunkt. Eksempelvis kunne lærere, sundhedsplejersker og UU-vejledere på uddannelsessteder spille en rolle, ligesom fritidsklubber og sportsforeninger også kunne være relevante. PPR (pædagogisk psykologisk rådgivning) i kommunerne spiller ligeledes en central rolle i forhold til både den tidlige opsporing af begyndende selvskade og indsatsen overfor målgruppen.

Tabel 4 opsummerer de centrale aktører omkring de unge piger lige fra tiden med begyndende selvskade frem til alvorlig selvskade, selvmordsrisiko og indlæggelse i hospitalspsykiatrien.

Tabel 4. Aktører omkring unge, svært selvskadende, selvmordstruede piger

Aktører omkring målgruppen:

- Pårørende
- Bosteder
- Uddannelsessteder (lærere og UU-vejledere)
- PPR (pædagogisk psykologisk rådgivning)
- Socialforvaltningen
- Egen læge
- Hospitalspsykiatri
- Hospital
- Politi

Misbrugere, 25-40 år, overvejende mænd

En anden gruppe, som ifølge arbejdsgruppen bidrager til stigningen i tvangsindlæggelser, er personer med misbrug. Målgruppen består overvejende af mænd mellem 25 og 40 år.

Stigningen i antallet af tvangsindlæggelser for målgruppen

Personerne i målgruppen er ofte vanskelige at diagnosticere psykiatrisk og i nogle tilfælde har de ikke en diagnose, fordi misbruget er den primære udfordring hos dem. Af denne årsag er det ikke muligt at identificere målgruppen i talmaterialet ved hjælp af en diagnose.

Visning 12 i bilag 2 illustrerer fordelingen af tvangsindlæggelser på alder og køn. Hvis man ser på tallene for mænd i aldersgrupperne 21-30 år og 31-40 år, ses der en mindre stigning i antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser i aldersgruppen 31-40 år fra 2013 til 2016. Blandt de 21-30-årige ses der et mindre fald i antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser. Der har desuden været et mindre fald i antallet af unikke personer, der bliver tvangsindlagt fra 2013 til 2016 i de to aldersgrupper blandt mænd. På baggrund af tallene, er det således ikke muligt at afgøre, om der er sket en stigning i tvangsindlæggelser i denne målgruppe.

Karakteristik af målgruppen

Som beskrevet ovenfor er personerne i målgruppen ofte vanskelige at diagnosticere psykiatrisk. Arbejdsgruppen peger på, at det vil være godt, hvis hospitalspsykiatrien i højere grad kunne udrede borgere, der har et misbrug, men de peger samtidig på, at det er meget vanskeligt. Årsagen til dette er, at det kan være svært at adskille hvilke symptomer der skyldes en psykiatrisk lidelse hos borgeren, og hvilke der skyldes stofpåvirkning. Mange af de symptomer, et misbrug medfører, ses således også ved forskellige psykiatriske lidelser. Der er derfor risiko for at give en forkert psykiatrisk diagnose til en borger, hvis vedkommende udredes, mens han er i et misbrug.

Personerne i denne målgruppe har ofte en "dobbeltdiagnose", det vil sige, at målgruppen samtidig med et misbrug også har en psykisk lidelse. I målgruppen foregår tvangsindlæggelser oftest på gule papirer, fordi egen læge ser et behandlingsbehov. Tvangsindlæggelsen finder ofte først sted, når personerne i målgruppen er nået et "yderpunkt", hvor de er udadreagerende, psykotiske eller er i en affekttilstand, fordi de er stofpåvirkede. Udløsende årsager kan også være delir eller selvmordstrusler. I disse tilfælde sker tvangsindlæggelserne i nogle tilfælde på røde papirer.

Personerne i målgruppen bor typisk i en boligforening, men kan også være hjemløse. Hjemløsheden er blandt andet udløst af, at der ikke er passende boliger eller bosteder til denne målgruppe. Der er ofte tale om meget ressourcekrævende borgere, som er svære at rumme på både bosteder og psykiatriske hospitalsafdelinger.

Denne gruppe har svært ved at komme til lægen. Det gælder både egen læge og speciallæger, som kræver henvisning fra egen læge. Derfor kommer de typisk først i kontakt med hospitalspsykiatrien via henvendelser fra boligforeninger eller på

baggrund af kontakter med politiet. Boligforeningen kan have været nødt til at tiltvinge sig adgang til personens lejlighed i forbindelse med reparationer i ejendommen og har ud fra lejlighedens udseende vurderet, at beboeren har det dårligt. Det kan også være klager fra naboer over larm og truende adfærd i opgangen, som udløser henvendelse til politiet. Ofte har borgeren haft flere kontakter med politiet, før der sker en tvangsindlæggelse.

Misbruget har ofte funktion af en form for selvmedicinering. Misbruget er desuden ofte medvirkende til non-compliance, det vil sige, at personen ikke tager sin medicin stabilt, og derved forværres personens tilstand, ligesom adfærden ofte bliver voldsommere og mere udadreagerende ved manglende indtag af den ordinerede medicin. Der ses desuden ofte en manglende motivation til at stoppe misbrug og selvmedicinering.

Arbejdsgruppen peger på, at målgruppen typisk er i alderen 25-40 år. En af arbejdsgruppens medlemmer kender dog til en kommune, hvor det særligt er blandt de meget unge (13-årige), der er udfordringer vedrørende misbrug.

Tabel 5 opsummerer, hvad der karakteriserer målgruppen.

Tabel 5. Overordnet karakteristik af gruppen med misbrug

Følgende forhold kendetegner målgruppen:

- Overvejende mænd
- 25-40 år
- Vanskelige at diagnosticere psykiatrisk
- Dobbelt diagnose – både misbrug og psykisk lidelse
- Misbrug bruges som selvmedicinering
- Mangler motivation til at stoppe misbrug og selvmedicinering
- Har svært ved at komme til lægen
- Svære at rumme på bosteder og psykiatriske hospitalsafdelinger
- Hjemløshed
- Ofte ikke-akutte ("gule") tvangsindlæggelser pga. behandlingsbehov
- Akutte ("røde") tvangsindlæggelser pga. f.eks. affekttilstand grundet indtag af stoffer

Årsager til stigningen i tvangsindlæggelser

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at en central årsag til stigningen i tvangsindlæggelser for gruppen af misbrugere er manglende indgriben i tide. Personerne i målgruppen når ofte at blive meget dårlige, før de bliver opdaget og indlagt. Det skyldes, at denne gruppe har vanskeligt ved at benytte systemets vej til lægen og både har et ben i hospitalspsykiatrien og kommunen, som det vil blive beskrevet nedenfor. Non-compliance i målgruppen har ligeledes betydning for forekomsten af tvangsindlæggelser, fordi det ofte medfører en forværring i patientens tilstand, ligesom adfærden ofte bliver voldsommere og mere udadreagerende. Misbrugsbehandlingen foregår i kommunalt regi, mens den psykiatriske behandling foregår i hospitalspsykiatrien. Det betyder i praksis, at denne gruppe borgere ofte ender som kastebold mellem de to sektorer og derfor ikke modtager den nødvendige hjælp i tide. At målgruppen ender som kastebold hænger også i høj grad sammen med, at målgruppen er meget ressourcekrævende, og at der i begge sektorer mangler ressourcer til at håndtere denne gruppe borgere. I forhold til at imødegå denne

udfordring peger arbejdsgruppen på, at man i højere grad bør bruge nogle af de redskaber, der er aftalt i Sundhedsaftalen mellem Region Midtjylland, kommunerne i regionen og praksissektoren, herunder eksempelvis koordinerende indsatsplaner. Udarbejdelse af en koordinerende indsatsplan foregår ved, at alle aktører omkring en borger og så vidt muligt borgeren selv samles til udarbejdelsen af en plan for borgeren.

På grund af misbruget er det vanskeligt for denne gruppe personer at få hjælp til deres psykiske problemer. Det kræves ofte, at misbruget stoppes, før psykiatrisk behandling kan igangsættes. Arbejdsgruppen peger dog på, at der er sket en opblødning på dette område, og hospitalspsykiatrien er i højere grad begyndt at behandle, før borgeren er ude af sit misbrug. Imidlertid fremhæver arbejdsgruppen samtidig, at indlæggelser i hospitalspsykiatrien i mange tilfælde varer for kort tid til at give patienten den nødvendige sygdomsindsigt, og derfor opnår mange i denne gruppe ikke en bedring i deres tilstand. De vender derfor ofte tilbage til det vante liv og misbruget efter endt behandling.

Arbejdsgruppen peger på, at man i hospitalspsykiatrien i Horsens i 2017 har igangsat et projekt omkring forebyggelse af tvang ved optimering af den interne håndtering af misbrug i sengeafsnit. I projektet er der særligt fokus på uddannelse/viden om misbrugsproblematikker, kulturarbejde og den gode modtagelse af patienter med misbrugsproblematikker.

Som tidligere beskrevet er det ofte vanskeligt at finde en passende bolig eller et passende bosted til målgruppen. Arbejdsgruppen pointerer, at denne boligproblematik også er medvirkende til at skabe en stigning i antallet af tvangsindlæggelser for målgruppen. Boligproblematikken hænger sammen med, at denne gruppe er meget ressourcekrævende og svær at rumme på et bosted. Derfor er det vanskeligt at finde bosteder, som reelt matcher denne gruppes behov, eftersom bostederne i mange tilfælde er lavet til målgrupper, der har det lidt bedre, og som er nemmere at arbejde med. Det er blevet bemærket, at flere tilbud som eksempelvis Tuesten Huse⁹ formentlig vil kunne bidrage til at reducere antallet af tvangsindlæggelser i denne målgruppe. Manglen på passende bosteder er medvirkende til, at mange i denne målgruppe bliver hjemløse, hvilket, arbejdsgruppen vurderer, er en vigtig årsag i forhold til stigningen i antallet af tvangsindlæggelserne og ligeledes en grund til den voksende brug af varmestuer.

De centrale årsager til stigningen i tvangsindlæggelser er opsummeret i tabel 6.

⁹ Tuesten Huse er et bosted i Aarhus Kommune for borgere med svære psykiske og sociale vanskeligheder.

Tabel 6. Centrale årsager til stigningen i tvangsindlæggelser

Forhold der bidrager til stigningen i tvangsindlæggelser for målgruppen:

- Manglende indgriben i tide
- Non-compliance (målgruppen tager ikke sin medicin som ordineret)
- Mangel på passende boliger/bosted
- Hjemløshed
- Falder mellem to stole (kommunen og regionen) pga. behov for både misbrugs- og psykiatrisk behandling
- Behandles ikke i tilstrækkelig lang tid til at opnå sygdomsindsigt

Centrale aktører i forhold til målgruppen

Arbejdsgruppen har desuden identificeret de aktører, der er involverede i forløbene for borgere med misbrug.

Som beskrevet under målgruppens karakteristika sker tvangsindlæggelser for personer i denne gruppe ofte på baggrund af henvendelser fra boligforeninger eller kontakter med politiet. Målgruppen kan også have kontakt med kommunale opsøgende teams, der forsøger at skabe relationer til de mest udsatte borgere, som ikke selv opsøger hjælp fra systemet.

På grund af misbruget er denne gruppe af borgere også i kontakt med rusmiddelcentre i kommunalt regi. Det er typisk først i forbindelse med tvangsindlæggelsen, at der er kontakt med egen læge og hospitalspsykiatrien.

Som beskrevet er en del i målgruppen hjemløse og disse har ofte en kontakt til varmetuer, hvorfor dette også er en aktør i forhold til målgruppen. Dette gælder også politiet, der er involveret i tvangsindlæggelserne.

Tabel 7 opsummerer de centrale aktører omkring gruppen af mænd med misbrug.

Tabel 7. Aktører omkring personer med misbrug

Aktører omkring målgruppen:

- Boligforeninger
- Opsøgende kommunal funktion
- Rusmiddelcentre
- Varmestuer
- Kommunale sagsbehandlere i flere dele af forvaltningen
- Egen læge
- Politi
- Hospitalspsykiatri
- Hospital

Personer med psykotiske tilstande

Den tredje gruppe, som arbejdsgruppen vurderer, er medvirkende til at skabe en stigning i antallet af tvangsindlæggelser, er personer med psykotiske tilstande i form af skizofreni og affektive lidelser (eksempelvis bipolar lidelse eller depression).

Stigningen i antallet af tvangsindlæggelser for målgruppen

Visning 10 i bilag 2 viser antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser fordelt på registrerede diagnoser i forbindelse med tvangsindlæggelser. Tabellen illustrerer, at

skizofreni er den diagnose, der oftest fører til en tvangslæggelse. Tabellen viser desuden, at antallet af tvangslæggelser med skizofreni som diagnose er steget fra 267 tvangslæggelser i 2013 til 302 tvangslæggelser i 2016, hvilket underbygger, at der er sket en stigning i antallet af tvangslæggelser i denne målgruppe. Affektive lidelser er den diagnose, der næsthøjest fører til en tvangslæggelse, hvis man ser på årene 2013 til 2016. Antallet af tvangslæggelser med affektive lidelser er dog ikke steget fra 2013 til 2016.

Karakteristik af målgruppen

Denne gruppe består af personer af begge køn og i varierende aldersgrupper. Fordelingen af køn og alder i forhold til diagnoser på tvangslæggelserne har dog ikke været en del af det datamateriale, som er blevet udarbejdet til arbejdsgruppen. Det er derfor ikke muligt at afdække den aldersmæssige og kønslige fordeling i forhold til tvangslæggelser for personer med psykotiske lidelser indenfor rammerne af denne arbejdsgruppe.

Den psykotiske tilstand opstår i forbindelse med diagnoserne skizofreni eller affektive lidelser såsom bipolar lidelse eller depression. Personer med andre diagnoser kan dog også opleve psykotiske tilstande. Der er i de fleste tilfælde tale om personer, der har fået en psykiatrisk diagnose og får medicin for den psykiske lidelse. Hvis medicinen bliver taget stabilt, er mange i denne gruppe velfungerende og bor i eget hjem, eksempelvis med bostøtte. Men der er også flere i målgruppen, som bor på bosted. De borgere i målgruppen, der bor på et bosted, er ofte meget sårbare over for skift i personalet.

Tabel 8 opsummerer målgruppens karakteristika.

Tabel 8. Overordnet karakteristik af gruppen med psykotiske tilstande

Følgende forhold kendetegner målgruppen:

- Begge køn og varierende aldersgrupper (køns- og aldersfordelingen kendes ikke)
- Psykotisk tilstand opstår hovedsageligt i forbindelse med skizofreni eller affektive lidelser (f.eks. bipolar lidelse, depression)
- Kan leve velfungerende, hvis medicin tages stabilt og personen får hjælp
- Ofte bostøtte i eget hjem eller bosted
- Sårbare over for skift i personale på bosted

Årsager til stigningen i tvangslæggelser

Også i forhold til denne målgruppe peger arbejdsgruppen på, at en vigtig årsag til stigningen i tvangslæggelser er, at der ikke bliver grebet ind i tide, når personens tilstand forværres. Ofte forværres borgerens tilstand på grund af non-compliance og det er også typisk dette, der er årsag til tvangslæggelsen. Hvis det blev opdaget og reageret på i tide, ville borgeren formentlig kun have behov for en elektiv (planlagt) indlæggelse. Non-compliance i målgruppen kan forekomme af forskellige årsager. Det kan blandt andet skyldes manglende sygdomsindsigt, reaktioner på, at der er noget i personens forløb, der ikke fungerer, eller borgerens økonomi. Det kan også skyldes medicinens bivirkninger, ligesom den psykiske lidelse kan spille ind.

For nogle bosteder er det vanskeligt at håndtere denne målgruppe, og det er særligt en udfordring for bostederne, når patienterne bliver (for) hurtigt udskrevet fra hospitalspsykiatrien. Det skaber en uheldig spiral, fordi personen efter udskrivning kommer tilbage til det bosted, som kan have svært ved at håndtere vedkommende. Tillige er der ikke altid ressourcer til at give mulighed for en frivillig indlæggelse på det tidspunkt, hvor personen er villig til at lade sig indlægge.

Der er endvidere samspilsproblemer mellem kommune, hospitalspsykiatri og hospitaler, og derfor bliver koordineringen i forhold til borgeren vanskelig. Det betyder også, at advarsler fra eksempelvis en bostøtte om forværring i borgerens tilstand ikke altid tages alvorligt, fordi de forskellige aktører ikke har tilstrækkeligt kendskab til hinandens kerneområder og kerneopgaver eller bruger forskelligt sprog.

Internt i den enkelte kommune kan der også være udfordringer med koordinering, da borgeren ofte er i berøring med forskellige dele af den kommunale forvaltning og forskellige sagsbehandlere, hvilket betyder, at de tiltag, der bliver iværksat overfor borgeren, ikke altid er samstemte.

De centrale årsager til stigningen i tvangsindlæggelser er opsummeret i tabel 9.

Tabel 9. Centrale årsager til stigningen i tvangsindlæggelser

Forhold der bidrager til stigningen i tvangsindlæggelser for målgruppen:

- Manglende indgriben i tide
- Non-compliance af forskellige grunde
- Udfordrende at rumme målgruppe på nogle bosteder – særligt i forbindelse med hurtige udskrivinger
- Advarsler fra personer omkring borgeren overhøres
- Ikke tilstrækkelige ressourcer til at imødekomme alle ønsker om frivillige indlæggelser
- Samspilsproblemer mellem kommune, hospitalspsykiatri og hospitaler

Centrale aktører i forhold til målgruppen

Der kan være mange forskellige aktører involveret i forløbene for personerne i denne målgruppe. Afhængigt af, om personen bor på bosted eller i eget hjem med eller uden bostøtte, kan det variere, om det er pårørende, en bostøtte eller personale på bostedet, som følger personens tilstand.

Personerne i denne gruppe kan også have kontakt til flere dele af den kommunale forvaltning – eksempelvis Jobcenteret samt Handicap og Psykiatri.

Hertil kommer politi, hospitalspsykiatri og hospitaler, som borgeren typisk kommer i kontakt med, når vedkommendes tilstand er forværret. Dette kan eventuelt ske gennem henvendelse fra en boligforening.

Tabel 10 opsummerer, hvilke aktører der er i berøring med gruppen af personer med psykotiske tilstande.

Tabel 10. Aktører omkring personer med psykotiske tilstande

Aktører omkring målgruppen:

- Pårørende
- Bostøtte
- Bosteder
- Boligforeninger
- Kommunale sagsbehandlere i flere dele af forvaltningen
- Egen læge
- Hospitalspsykiatri
- Hospital
- Politi

Personer med demens

Arbejdsgruppen peger på, at borgere med demens også bidrager til at skabe en stigning i antallet af tvangsindlæggelser.

Stigningen i antallet af tvangsindlæggelser for målgruppen

Visning 12 i bilag 2 viser, at der er sket en stigning fra 105 til 116 påbegyndte tvangsindlæggelser fra 2013 til 2016 blandt borgere, der er ældre end 70 år. Samtidig er der sket en stigning fra 79 til 86 unikke borgere, der er blevet tvangsindlagt i samme periode i aldersgruppen. Dette underbygger, at der er sket en stigning i tvangsindlæggelser i denne målgruppe. Demens ses dog ikke som en af de 18 hyppigste diagnoser på en tvangsindlæggelse, der er illustreret i visning 10 i bilag 2.

Karakteristik af målgruppen

Personer med demens tilhører oftest den ældre del af befolkningen og rammer personer af begge køn. Adfærden hos de demente borgere kan i nogle tilfælde være udadreagerende, og fysiske forhold kan påvirke personens tilstand og adfærd, herunder særligt delir.

I mange tilfælde bor personerne i denne gruppe i en ældrebolig, men de kan også bo i eget hjem. Den demente borger har behov for at være i vante omgivelser, og både kommunikationen med borgeren og medicingivningen kan være vanskelig. Den vanskelige kommunikation kan føre til opkørte situationer, hvor det er svært at få den ældre person med demens til at falde til ro.

Udfordringerne vedrørende kommunikation er desuden med til at gøre det svært for politiet at håndtere tvangsindlæggelser med demente borgere. Det hænger også sammen med, at det ofte er en særlig svær situation for eksempelvis unge betjente at bruge tvang over for et sårbart ældre menneske.

Tabel 11 opsummerer målgruppens karakteristika.

Tabel 11. Overordnet karakteristik af personer med demens

Følgende forhold kendetegner målgruppen:

- Begge køn
- Ofte ældre personer
- Kan være udadreagerende
- Fysiske forhold kan påvirke adfærd og tilstand (f.eks. delir)
- Bor i ældrebolig eller eget hjem
- Bostøtte i nogle tilfælde
- Har brug for vante omgivelser
- Medicinering kan være vanskelig
- Kommunikation er vanskelig

Årsager til stigningen i tvangsindlæggelser

Den centrale årsag til tvangsindlæggelser for denne gruppe er, at det er vanskeligt for plejepersonalet i ældreboligerne at håndtere målgruppens udadreagerende adfærd. Arbejdsgruppen peger på, at der er et stort behov for efteruddannelse af plejepersonalet for at kunne håndtere borgernes adfærd. Samtidig betyder den demografiske udvikling, at der bliver flere ældre med demens.

De nævnte årsager er opsummeret i tabel 12.

Tabel 12. Centrale årsager til stigningen i tvangsindlæggelser

Forhold der bidrager til stigningen i tvangsindlæggelser for målgruppen:

- Plejepersonale har svært ved at håndtere den ældres udadreagerende adfærd
- Der bliver flere ældre

Centrale aktører i forhold til målgruppen

Aktørerne omkring personer med demens er både at finde i den kommunale ældrepleje (ældrebolig) og i den regionale socialpsykiatri (bostøtte). De pårørende spiller også en stor rolle, og der kan både være tale om børn og ægtefælle.

Endvidere er der begyndt at komme flere frivillige organisationer indenfor dette område, eksempelvis Center for Livskvalitet, der er et tilbud i Aarhus Kommune, som tilbyder psykologsamtaler til borgere i blandt andet ældreboliger.

Egen læge er typisk også meget involveret i ældre borgeres forløb, ligesom der også ofte er stor kontakt med hospitaler. Politiet og psykiatrisk hospital kommer for nogens vedkommende først ind i billedet, når der sker en tvangsindlæggelse.

Aktørerne er opsummeret i tabel 13.

Tabel 13. Aktører omkring personer med demens

Aktører omkring målgruppen:

- Pårørende
- Ældreboliger
- Bostøtte
- Egen læge
- Hospitalspsykiatri
- Hospital
- Politi
- Frivillige organisationer

Personer i svær affekt på grund af livskrise

Personer i svær affekt på grund af livskrise er også en målgruppe, der er medvirkende til at skabe en stigning i antallet af tvangsindlæggelser. Der er dog enighed i arbejdsgruppen om, at det er vanskeligt at forebygge tvangsindlæggelser for netop denne gruppe, fordi der ofte vil være tale om en enkeltstående begivenheder for personer, der ellers har et velfungerende liv. Arbejdsgruppen vurderer desuden, at denne gruppe ikke er den, der fylder mest i stigningen i tvangsindlæggelser.

Stigningen i antallet af tvangsindlæggelser for målgruppen

Da målgruppen består af personer i alle aldre, der ofte ikke har en psykiatrisk diagnose, men som kommer i svær affekt grundet en livskrise, findes der ikke talmateriale, der kan bidrage til at be- eller afkræfte, om der er sket en stigning for målgruppen.

Karakteristik af målgruppen

Målgruppen består af personer i alle aldre af begge køn. Livskrisen kan opstå som følge af store begivenheder i livet såsom skilsmisse, firing eller akut sygdom. Det kan være kombineret med en psykisk sårbarhed, som det hidtil har været muligt at håndtere. For nogle udløser livskrisen desuden et misbrug.

For det meste har denne gruppe af personer ikke tidligere haft kontakt til psykiatrien og har levet et normalt og velfungerende liv. Det betyder også, at det er vanskeligt at forebygge tvangsindlæggelser for denne gruppe.

Gruppen fylder i vagtlægernes konsultationstid, og de har vanskeligt ved selv at finde frem til relevante tilbud i kommunalt eller regionalt regi. Arbejdsgruppen fremhæver, at der er en tendens til, at disse personer isolerer sig og gør noget uhensigtsmæssigt som følge af deres livskrise. Dette kan eksempelvis være at gå hjemmefra, hvilket kræver en eftersøgning fra politiet. Der sker også mange selvmord i denne gruppe. Imidlertid er det også en gruppe, hvor der er frivillige indlæggelser.

Tabel 14 opsummerer karakteristika for personer i livskrise.

Tabel 14. Overordnet karakteristik af personer i livskrise

Følgende forhold kendetegner målgruppen:

- Begge køn
- Alle aldre
- Spontan livslede udløst af livskrise, f.eks. firing, skilsmisse, akut sygdom
- Misbrug kan være en del af problematikken
- Ikke tidligere i kontakt med psykiatrien – men har måske været psykisk sårbare
- Har svært ved at finde frem til tilbud i kommunalt og regionalt regi
- Fylder i vagtlægernes konsultationstid
- Også frivillige indlæggelser
- Isolerer sig og gør noget uhensigtsmæssigt
- Mange selvmord

Årsager til stigningen i tvangsindlæggelser

Af mulige årsager til tvangsindlæggelser for denne gruppe peger arbejdsgruppen på en generel samfundsudvikling, som skaber større psykisk sårbarhed. Det kan desuden

have betydning, at målgruppen ofte ikke har kendskab til de tilbud, som de kan gøre brug af, inden deres tilstand forværres alvorligt, eksempelvis telefonisk rådgivning. Antallet af denne type tilbud er dog begrænset. Se tabel 15 for en opsummering af årsagerne.

Tabel 15. Centrale årsager til stigningen i tvangsindlæggelser

Forhold der bidrager til stigningen i tvangsindlæggelser for målgruppen:

- Generel samfundsudvikling skaber større psykisk sårbarhed
- Mangel på og manglende kendskab til nemt tilgængelige tilbud inden alvorlig forværring i tilstanden

Centrale aktører i forhold til målgruppen

Der er flere aktører omkring personerne i denne gruppe, herunder pårørende og arbejdspladsen. En kommunal sagsbehandler kan også være tilknyttet borgeren, men det afhænger blandt andet af borgerens beskæftigelsesmæssige status. I nogle enkelte tilfælde kan der også være en bostøtte tilknyttet personen.

Hospitalet kan være en aktør i forbindelse med sygdom hos personen selv eller i den nære familie. Egen læge vil formentlig være den første, som personerne i denne gruppe opsøger, men grundet fraværet af risikoadfærd tidligere i livet kan det være vanskeligt for egen læge at opfange personens aktuelle kritiske tilstand. Politiet kan komme i spil i forbindelse med eftersøgninger eller lignende uhensigtsmæssige handlinger. Kontakt til hospitalspsykiatrien sker ofte først ved tvangsindlæggelsen.

Tabel 16 viser aktørerne omkring målgruppen.

Tabel 16. Aktører omkring personer i livskrise

Aktører omkring målgruppen:

- Pårørende
- Arbejdsplads
- Evt. bostøtte
- Evt. kommunal sagsbehandler
- Egen læge
- Hospitalspsykiatri
- Hospital
- Politi

Bosteder

Flere af borgerne i de identificerede målgrupper bor på bosteder. Arbejdsgruppen har derfor haft fokus på bostedernes rolle i forhold til stigningen i antallet af tvangsindlæggelser, herunder samspillet med hospitalspsykiatrien.

Arbejdsgruppen fremhæver, at det er en udfordring, at hospitalspsykiatrien og bostederne ofte har en begrænset forståelse for hinandens hverdag, kerneopgaver og rammevilkår. Hospitalspsykiatrien kan ofte komme til at udskrive en borger med en opgave eller forventning til bostedet, som bostedet ikke har forståelse for. Omvendt kan bostedet forvente, at hospitalspsykiatrien kan løse en problemstilling, som den ikke normalt håndterer. Begge dele kan således falde udenfor kerneopgaven i de to systemer. Derfor er der et stort behov for at arbejde på en bedre forståelse af hinanden.

Terapi er et eksempel på et område, der falder udenfor begge systemers kerneopgaver. Behandling på psykiatrisk afdeling består mestendels af medicinsk behandling. Der er således et behov for at afklare, hvem der har ansvar for denne opgave. Dette kunne eksempelvis være i tværgående planer, så der skabes et kontinuerligt forløb.

Samtidig fremhæver arbejdsgruppen, at det eventuelt vil kunne bidrage til at forebygge nogle tvangsindlæggelser, hvis personalet på bosteder efteruddannes i forhold til målgruppen, herunder i deeskalering, miljøterapi, faglig tilgang og psykiatri. Arbejdsgruppen peger dog på, at efteruddannelse også vil være relevant for andre personalegrupper, herunder eksempelvis plejepersonale i ældreboliger i forhold til målgruppen af demente, præhospitalets personale og politiet. Samtidig fremhæver arbejdsgruppen, at bosteder naturligvis specialiserer sig indenfor den målgruppe, der bor på bostederne. Det regionale botilbud Holmstrupgård har eksempelvis specialiseret sig indenfor selvskade i forbindelse med, at de begyndte at få flere borgere med denne problemstilling.

Arbejdsgruppen fremhæver desuden, at det er en udfordring, at det ofte tager lang tid at blive visiteret til en bostedsplads. Samtidig er det ikke altid muligt at få en plads på et bosted til den rette målgruppe, og i nogle tilfælde findes der ikke et bosted, der passer til målgruppens behov. Sidstnævnte gør sig særligt gældende i forhold til de mest udsatte borgere, herunder særligt gruppen af misbrugere, som arbejdsgruppen har identificeret.

Hvis borgeren er matchet forkert i forhold til et bosted, eller hvis borgerens udfordringer har forandret sig siden tidspunktet for visitationen, kan det desuden være svært at omvisitere borgeren til et andet bosted. Dette skyldes, at man ifølge lovgivningen på området ikke må visitere en borger væk fra et bosted imod borgerens ønske.

Et vilkår for arbejdet på bostederne er samtidig, at regler for borgernes retssikkerhed og personalesikkerhed sætter rammerne for, i hvilken udstrækning personalet på bostederne kan udøve magt. Politiet bliver ofte involveret, når det er nødvendigt at anvende tvang på bostederne. Det betyder imidlertid, at politiet bliver gjort til en aktør i det sociale arbejde. Arbejdsgruppen peger på, at det er vigtigt at have kendskab til hinandens rammer og betingelser, hvilket kendskabet til vilkårene for anvendelse af magt på bosteder er et eksempel på.

Tabel 17 opsummerer afsnittet om bostedernes rolle i forhold til tvangsindlæggelser.

Tabel 17. Opsummering i forhold til bosteder

Problematikker der særligt knytter sig til bosteder:

- Begrænset gensidig forståelse af hinandens hverdag fra bostedernes og hospitalspsykiatriens side
- Behov for efteruddannelse
- Mangel på pladser generelt
- Mangel på bosteder til de mest krævende borgere
- Mismatch mellem borger og bosted
- Svært at rette op på visitering til en forkert bostedsplads på grund af lovgivning
- Begrænsede handlemuligheder for bosteder i opkørte situationer

Udfordringer på bosteder

Bostederne er udfordret på flere måder. Arbejdsgruppen peger på, at et økonomisk pres afføder krav om høje belægningstal, hvilket bevirker, at der er mange løst ansatte medarbejdere på bostederne for hele tiden at kunne justere bemanningen til belægningen.

Nogle bosteder er også udfordret ved høj personalegennemstrømning, hvilket kan hænge sammen med det økonomiske pres. Det har betydning for beboernes muligheder for at opbygge varige relationer til personalet. Arbejdsgruppen fremhæver, at relationer er afgørende for mange af målgrupperne, herunder de unge piger med svær selvskaade, der fylder meget i forhold til stigningen i antallet af tvangsindlæggelser.

Endvidere har nogle bosteder en lav personaledekning, hvilket betyder, at der er mindre tid til kontakt mellem beboer og personale. I flere tilfælde er sociale aktiviteter skåret væk, og dermed har beboerne ikke så gode muligheder for at få hjælp til at udfolde sig socialt, hvilket kan have betydning for deres bedring.

Kombineret med opbrud og omorganiseringer i tilbud er der således flere forhold, der udfordrer bostederne, og som gør det vanskeligere for beboerne at få et udbytterigt ophold, der kan bringe dem videre i deres liv.

Tabel 18 opsummerer udfordringerne på bosteder.

Tabel 18. Udfordringer på bosteder

Forhold der skaber udfordringer på bosteder:

- Økonomisk pres med høje belægningstal skaber mange løst ansatte
- Høj personalegennemstrømning
- Lav personaledekning og dermed mindre kontakt ml. beboer og personale
- Sociale aktiviteter er flere steder skåret væk
- Opbrud og omorganisering

3. Forslag til tiltag til at nedbringe tvangsindlæggelser

I kapitel 2 er der blevet redegjort for, hvilke målgrupper arbejdsgruppen vurderer særligt har oplevet en stigning i antallet af tvangsindlæggelser, og dermed kan bidrage til at forklare den samlede stigning i antallet af tvangsindlæggelser. Arbejdsgruppen har også haft til opgave at komme med anbefalinger til, hvordan antallet af tvangsindlæggelser i Region Midtjylland kan nedbringes, hvilket er omdrejningspunktet for dette kapitel. Det primære fokus i arbejdsgruppen har dog været på at identificere årsager til stigningen i antallet af tvangsindlæggelser, hvorfor denne del af afrapporteringen ikke fylder så meget som afrapporteringen i kapitel 2.

Med udgangspunkt i de identificerede målgrupper har arbejdsgruppen på deres møder arbejdet med at kortlægge, hvilken type indsatser der er behov for at iværksætte eller udbygge for at reducere antallet af tvangsindlæggelser i Region Midtjylland.

Anbefalingerne er baseret på arbejdsgruppens egen viden og erfaringer samt det materiale, der er blevet udarbejdet til arbejdsgruppens møder. Der er således ikke tale om en tilbundsående afdækning af, hvilke initiativer der vil kunne reducere antallet af tvangsindlæggelser. Anbefalingerne har nærmere karakter af at være en indledende afdækning af, hvilke håndtag, arbejdsgruppen vurderer, det vil være relevant at gribe fat i for at reducere antallet af tvangsindlæggelser blandt de identificerede målgrupper. Det vil således være nødvendigt at arbejde videre med at konkretisere arbejdsgruppens forslag yderligere.

I kapitlet bliver arbejdsgruppens forslag til indsatser for at nedbringe antallet af tvangsindlæggelser præsenteret. Nogle af forslagene er målrettet mod enkelte af målgrupperne, mens andre er rettet mod alle målgrupper. Dette fremgår i afsnittene. Anbefalingerne er grupperet i følgende syv temaer:

- Tidlig opsporing og indsats over for unge, som mistrives
- Forbedre registrering og anvendelse af data om selvskade
- Hurtig og fleksibel indsats
- Alternativer til indlæggelse
- Psykiatrisk bistand
- Bedre indsats
- Formaliseret og forpligtende samarbejde på tværs

I forbindelse med hvert tema bliver arbejdsgruppens generelle anbefaling præsenteret, hvorefter der bliver givet nogle mere konkrete eksempler på, hvordan man kan omsætte anbefalingen. Sidst i kapitlet er der indsat en oversigt over anbefalingerne og eksemplerne.

Arbejdsgruppen har bemærket, at anbefalingerne kun har et begrænset fokus på de ledelsesmæssige udfordringer i forhold til eksempelvis efteruddannelse, koordinering af indsatser og tilbud på tværs af sektorer og tilbud.

1. Tidlig opsporing og indsats overfor unge, som mistrives

Arbejdsgruppen peger på, at det er vigtigt, at unge, der mistrives, bliver opdaget tidligt for at reducere antallet af tvangsindlæggelser. Samtidig fremhæver de, at det er centralt, at der findes tilbud, som de unge kan henvises til med henblik på at forebygge, at mistrivslsen udvikler sig til en psykiatrisk problemstilling. Arbejdsgruppen understreger, at det er afgørende, at der er let og hurtig adgang til tilbuddet. Desuden er det vigtigt, at der er tilbud til den unges forældre, så de kan få redskaber til at støtte den unge. Arbejdsgruppen pointerer, at det generelt er vigtigt at skabe et netværk omkring de unge, som kan støtte dem i at håndtere svære følelser.

Denne anbefaling gør sig særligt gældende for unge med begyndende selvskade, der er i risiko for at blive en del af målgruppen af unge, svært selvskadende og selvmordstruede piger. Arbejdsgruppen understreger således, at hvis pigerne først er blevet svært selvskadende og selvmordstruede, så er de typisk i behandling i en årrække i hospitalspsykiatrien, hvor de ofte har gentagne tvangsindlæggelser. Selvskaden klinger for nogle først af, når pigerne er i 30-års alderen eller senere. Anbefalingen gør sig dog også gældende for unge, der mistrives på grund af andre udfordringer end selvskade.

Nedenfor beskrives de eksempler på mulige tiltag, som arbejdsgruppen har givet i forhold til den generelle anbefaling om tidlig opsporing og indsats overfor unge, der mistrives.

Uddannelse i at opdage mistrivsel hos unge

Arbejdsgruppen foreslår, at de personer, der er omkring de unge, skal uddannes i at opdage tegn på mistrivsel, så der kan sættes ind på et tidligt stadie i forhold til mistrivsel, der kan udvikle sig til psykiske problemstillinger. Personerne skal samtidig være bekendt med hvilke tilbud, der findes til de unge, så de hurtigt kan henvises til et tilbud. De personer, det vil være relevant at uddanne, er blandt andet lærere i folkeskolen og på ungdomsuddannelserne, sundhedsplejersker i folkeskolen, studievejledere på gymnasier, socialrådgivere, personer i fritidsklubber og foreninger. For folkeskolelærernes vedkommende foreslås det, at man allerede på seminarier lærer, hvordan man spotter tegn på mistrivsel blandt unge.

Samtalegrupper for unge, der mistrives

Når unge i mistrivsel er blevet opdaget, er det vigtigt, at der er tilbud, som de unge let og hurtigt kan henvises til udenfor hospitalspsykiatrien. Arbejdsgruppen foreslår konkret, at der bliver oprettet samtalegrupper for unge i eksempelvis alderen 13-17 år. Fællesnævneren for grupperne skal være, hvordan man håndterer svære følelser. Unge med selvskade ønsker eksempelvis sjældent at tale om denne udfordring.

Arbejdsgruppen anbefaler, at grupperne bliver oprettet som et samskabelsesprojekt mellem socialforvaltningen i kommunerne i regionen og Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (LMS). Projektet bør forankres i kommunen med henblik på at fastholde kompetence i forhold til at håndtere de unges udfordringer i kommunen. Samtidig vil forankringen af grupperne i kommunen sikre, at der vil være kontinuitet i tilbuddet. Arbejdsgruppen peger dog på, at det samtidig er vigtigt, at LMS

er involveret i grupperne, da det giver en ligeværdighed, at det er en frivillig, der sidder overfor den unge fremfor en behandler fra kommunen. Der har tidligere været gode erfaringer med at oprette grupper som et samskabelsesprojekt mellem kommunen og en privat organisation med frivillige. Dette var grupper for børn af psykisk syge forældre.

Arbejdsgruppen peger på, at man eventuelt kan oprette grupper i regi af socialforvaltningen for de helt unge, mens man kan oprette grupper i regi af ungdomsuddannelserne for de lidt ældre.

LMS har tidligere forsøgt at tilbyde behandling til begyndende selvskade i de større byer, men erfaringerne viste, at tilbuddet kun benyttes meget lokalt. Geografisk afstand er således en barriere for at gøre brug af tilbuddet, og arbejdsgruppen peger derfor på, at det er vigtigt, at grupperne bliver oprettet som lokale tilbud.

Tilbud til familier

Arbejdsgruppen fremhæver, at det er vigtigt, at der er tilbud til de unges forældre, så de kan få redskaber til at støtte den unge. Forældrene kunne eksempelvis tilbydes at deltage i et kursus eller en workshop, hvis den unge bliver tilknyttet en gruppe eller får tilbudt psykologbehandling som beskrevet ovenfor. Arbejdsgruppen understreger, at det er vigtigt, at der bliver skabt et netværk om de unge.

Psykologtimer til unge med begyndende selvskade

En væsentlig udfordring for at yde hjælp i forbindelse med begyndende selvskade i kommunalt regi er, at socialforvaltningen traditionelt har haft til opgave at støtte *socialt* udsatte familier. Mange børn og unge i dag præsenterer sig med imidlertid med psykiatriske/sundhedsfaglige problemstillinger, som socialforvaltningen vurderer hører til i sundhedsvæsenet og samtidig kan have svært ved at sætte relevant ind overfor. Familierne til unge med begyndende selvskade kan desuden være relativt almindelige og velfungerende, hvorfor socialforvaltningen ikke vurderer, at de har brug for eller er berettiget til hjælp under lov om social service. Børn og unge under 18 år med psykiske lidelser kan ikke henvises til en psykolog via egen læge eller sygesikringen på nuværende tidspunkt. Arbejdsgruppen foreslår alligevel, at unge piger med begyndende selvskade, og særligt piger i risiko for at udvikle svær selvskade og andre psykiske lidelser skal tilbydes psykologbistand.

IT-værktøjer til at opdage mistrivsel

Hos politiet er der netop blevet introduceret et nyt IT værktøj, kaldet "Socialsøg", der på et tidligt stadie kan bidrage til at identificere problemstillinger i børnefamilier. Det primære formål med Socialsøg er at forebygge mistrivsel og overgreb mod børn, men hvor andre forebyggende tiltag typisk har fokus på *barnets* risikoadfærd, har Socialsøg fokus på *forældrenes* risikoadfærd. Med Socialsøg er det muligt at indsamle, systematisere og kvalificere oplysninger om forældres risikoadfærd, på tværs af landets politikredse. Er der en bekymring for et barns trivsel eller udvikling, kan en underretning videregives til sagsbehandlere i landets kommuner. Med Socialsøg kan politiet medvirke til en tidlig, helhedsorienteret og tværsektoriel indsats overfor udsatte børn og unge under 18 år, de sociale myndigheder hurtigt kan sætte ind med

den rette hjælp og støtte. Socialsøg har vist lovende resultater, og værktøjet er derfor nu et tilbud, som alle politikredse kan anvende som led i det forebyggende arbejde. I forlængelse heraf kan det overvejes, om kommuner, regioner og politi i samarbejde kan udvikle et IT-værktøj, der på et tidligt stadie kan bidrage til at identificere problemstillinger hos særligt målgrupperne selvskadende piger og mænd med misbrug i 25-40 års alderen.

2. Forbedre registrering af og anvendelse af data om selvskade

I forhold til målgruppen af unge svært selvskadende og selvmordstruede piger foreslår arbejdsgruppen, at man arbejder med at forbedre registreringen i forhold til denne målgruppe samt i højere grad anvende og dele data om målgruppen. I hospitalspsykiatrien er udfordringen, at selvskade ikke har været anvendt som en aktionsdiagnose, da selvskade er et symptom og ikke en sygdom. Selvskade bliver heller ikke registreret som en aktionsdiagnose på nuværende tidspunkt i ungdomspsykiatrien, men i stedet som en bidiagnose, så data i forhold til selvskade kan genfindes. Selvskade bliver ikke systematisk registreret som en bidiagnose i voksenpsykiatrien. På hospitalerne sker der desuden ofte det, at pigerne bliver behandlet for den fysiske del af deres problemstilling, eksempelvis ved at blive syet på skadestuen, uden at der gives besked herom til psykiatrien.

3. Hurtig og fleksibel indsats

Arbejdsgruppen fremhæver, at det er afgørende, at der kan tilbydes en hurtig og fleksibel indsats til alle målgrupper i afrapporteringen med henblik på at forebygge tvangsindlæggelser. Hvis målgrupperne har mulighed for at få en hurtig indsats, når de har behov for det, forventer arbejdsgruppen, at det vil kunne bidrage til at forebygge tvangsindlæggelser. Det gør sig eksempelvis gældende, hvis en borger har mulighed for at blive indlagt direkte, når vedkommende oplever en forværring i stedet for at skulle anvende den traditionelle vej til indlæggelse, der er mere langvarig.

Arbejdsgruppen fremhæver, at egen læge allerede nu har mulighed for at henvise borgere til en halvakt i hospitalspsykiatrien. Ordningen bliver varetaget af modtagelsen i hospitalspsykiatrien og betyder, at egen læge hurtigt har mulighed for at få en vurdering af borgeren.

Nedenfor beskrives de eksempler på mulige tiltag, som arbejdsgruppen har givet i forhold til den generelle anbefaling om hurtig og fleksibel indsats.

Skabe mulighed for hurtig iværksættelse af indsats og hurtig visitering

Arbejdsgruppen påpeger, at visiteringen til tilbud, eksempelvis psykologsamtaler, i regi af kommunen kan være langvarig og derfor nogle gange skaber en barriere for en hurtig indsats. Derfor anbefaler arbejdsgruppen, at man skaber modeller for iværksættelse af hurtig hjælp. Det kan være forskellige typer af hurtig visitering eller hjælp.

Patientstyrede indlæggelser

Arbejdsgruppen anbefaler, at man fortsætter med at udbrede ordningen med patientstyrede indlæggelser. Ved en patientstyret indlæggelse får patienten en kontrakt, der giver patienten ret til at indlægge sig selv. Når patienten har behov for at blive indlagt, tager vedkommende kontakt til det sengeafsnit vedkommende er tilknyttet, der hurtigst muligt stiller en seng til rådighed. En patientstyret indlæggelse kan maksimalt vare fem døgn, og genindlæggelse kan først ske efter 14 dage. Patientstyrede indlæggelser er at betragte som planlagte indlæggelser. Arbejdsgruppen har bemærket, at man skal være opmærksom på, at dette tilbud ofte ikke virker for de mest syge.

Greencard-ordning

Arbejdsgruppen anbefaler, at man udvider den eksisterende såkaldte Greencard-ordning. Greencard-ordningen betyder, at enkelte patienter har mulighed for at henvende sig direkte i modtagelsen i hospitalspsykiatrien uden forudgående visitering fra egen læge/vagtlæge ved behov for akut hjælp. Ved henvendelsen vil der blive lavet en lægefaglig vurdering af patienten. Arbejdsgruppen har udtrykt bekymring for, hvorvidt det er muligt at fastholde denne ordning, når den psykiatriske og somatiske skadestue samles i fælles akutmodtagelse.

Klippekort

Arbejdsgruppen anbefaler, at man opretter mulighed for klippekortsordninger i forbindelse med udskrivning. En klippekortsordning vil sige, at den udskrevne borger har mulighed for at henvende sig et bestemt sted i hospitalspsykiatrien, hvis vedkommende oplever en forværring efter udskrivning med henblik på eksempelvis at få en ambulant samtale. På den måde skabes et sikkerhedsnet, hvilket kan give borgeren større tryghed efter udskrivning. I nogle tilfælde kan viden om, at der er et sikkerhedsnet, være tilstrækkeligt for borgeren til at føle sig tryk ved at blive udskrevet.

Politiet fremhæver, at Greencard-ordningen bidrager til at lette deres arbejde, og de forventer at det samme vil gøre sig gældende for en klippekorts-ordning. En af politiets store udfordringer er, når de møder borgere, der endnu ikke er visiteret til hospitalspsykiatrien, men som er aggressive eller reagerer på en måde, der forstyrrer den offentlige orden på grund af en permanent eller forbigående psykisk lidelse. Når borgeren ikke er visiteret til behandling, er det svært for politiet at aflevere borgeren i hospitalspsykiatrien. Med Greencard-ordningen – og forventeligt en klippekortsordning – er det nemmere for politiet at få afleveret borgeren uden at skulle "forhandle" med hospitalspsykiatrien om, hvorvidt borgeren skal tages ind.

4. Alternativer til indlæggelse

For at nedbringe antallet af tvangsindlæggelser pointerer arbejdsgruppen, at det er vigtigt, at der findes forskellige typer af alternativer til indlæggelser, der kan benyttes, når det ellers ville være nødvendigt at indlægge borgeren. Arbejdsgruppen peger på, at det forventeligt vil kunne bidrage til at forebygge tvangsindlæggelser, hvis der fandtes flere tilbud, som man kunne anvende som alternativ til indlæggelser og tvangsindlæggelser. Arbejdsgruppen fremhæver, at der allerede findes forskellige gode

alternativer til indlæggelse, eksempelvis Psykiatriens Hus i Silkeborg. Der findes desuden et Psykiatriens Hus i Randers¹⁰ og i Nordvestjylland. Huset i Nordvestjylland åbnede den 1. juni 2018. Derudover er man i gang med at etablere et hus i Aarhus.

Ambitionen i Psykiatriens Hus i Silkeborg er at samle regionale og kommunale psykiatriske behandlingstilbud i den samme bygning for, at borgere i Silkeborg Kommune oplever en mere sammenhængende indsats. I huset er der forskellige behandlingstilbud, hvor Akut Døgntilbud er det primære. Tilbuddet har åbent hele døgnet, og der arbejder både kommunale og regionale medarbejdere. Når en borger henvender sig til tilbuddet, vurderer medarbejderen borgerens behov. Borgeren kan få en midlertidig seng at sove i, en telefonsamtale eller et hjemmebesøg. Intentionen er at tilbyde et alternativ til indlæggelse og er dermed en mindre indgribende indsats i borgerens liv. For at modtage behandling i Akut Døgntilbud skal borgeren opfylde nogle bestemte kriterier. Et vigtigt element er desuden at sikre en hurtig indsats¹¹.

Nedenfor beskrives eksempler på de konkrete indsatser, som arbejdsgruppen anbefaler, at man enten udvider eller opprioriterer. Flere af tiltagene kan tænkes sammen med psykiatriens huse.

Akutte ambulante tilbud

Arbejdsgruppen fremhæver, at der er mangel på akutte ambulante tilbud, der kan anvendes som alternativ til en indlæggelse eller tvangsindlæggelse. Dette kunne eksempelvis være en ambulante samtale i hospitalspsykiatrien. Når en læge og politiet er blevet kaldt ud til en oprevet borger, oplever arbejdsgruppen, at der ofte ikke er andre muligheder end at tvangsindlægge borgeren. Arbejdsgruppen vurderer, at nogle tvangsindlæggelser muligvis vil kunne afværges, hvis borgeren havde mulighed for at få eksempelvis en akut ambulante samtale.

Modtagepladser og akutpladser

Arbejdsgruppen anbefaler, at man opretter modtagepladser i kommunerne. Disse pladser skal bruges til borgere, som ikke længere har behov for at være indlagt i hospitalspsykiatrien, men som samtidig er for dårlige til at komme tilbage i eget hjem eller på bosted. Arbejdsgruppen anbefaler desuden, at man etablerer flere pladser, der kan fungere som en mellemløst mellem indlæggelse og eget hjem/bosted med inspiration fra de pladser, der findes i Psykiatriens Hus i Silkeborg. Denne type tilbud minder om modtagepladser og kan eventuelt betegnes som akutpladser. Pladserne skal kunne bruges til borgere, som ikke længere har behov for at være indlagt i hospitalspsykiatrien, men også anvendes som alternativ til at påbegynde en indlæggelse.

Formålet med at stille pladser til rådighed, når en borger ikke længere har brug for at være indlagt i hospitalspsykiatrien, skal blandt andet være, at borgerens indlæggelse bliver kortere, da mange borgere ikke har gavn af lange indlæggelser. Samtidig skal det bidrage til at skabe en mindre brat overgang fra indlæggelse til eget hjem/bosted.

¹⁰ i Psykiatriens Hus i Randers er der ingen sengepladser.

¹¹ Psykiatriens Hus: <https://psykiatrienshus.silkeborgkommune.dk/>

Det kan således være svært at håndtere hverdagen efter en indlæggelse og eventuelt resultere i, at borgeren får behov for at blive indlagt igen.

Arbejdsgruppen oplyser, at man i kommunalt regi nogle gange har en oplevelse af, at det er vanskeligt at få bistand af hospitalspsykiatrien vedrørende en borger, når borgeren ikke er indlagt. Det betyder i mange tilfælde, at man er nødt til at få borgeren indlagt igen, hvis vedkommende eksempelvis ikke kan tage sin medicin stabilt. Et element i disse pladser bør derfor også være, at kommunen har let adgang til at komme i kontakt med hospitalspsykiatrien, mens borgeren befinder sig på modtage- eller akutpladser. Imidlertid bør man også overveje, om denne rådgivning til kommunen kan stilles til rådighed på andre måder.

Opprioritering af distriktssygepleje

Arbejdsgruppen fremhæver, at de oplever, at det har negative konsekvenser, at den psykiatriske distriktssygepleje inden for de senere år er blevet udfaset eller skåret meget ned. Dette gør sig særligt gældende for de voksne borgere. Udfasningen af distriktssygeplejersken betyder blandt andet, at der ikke er mulighed for at lave forløb for borgerne, fordi distriktssygeplejersken kun sjældent har mulighed for at have kontakt med borgerne. Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at man opprioriterer og dermed udvider den ordning, som allerede eksisterer. Ordningen kunne med fordel tilknyttes psykiatriens huse, hvor region og kommune samarbejder.

Udbrede kendskab til telefonisk rådgivning

Arbejdsgruppen peger på, at telefonisk rådgivning er et velegnet tilbud til målgruppen af personer i livskrise. Der findes allerede muligheder for telefonisk rådgivning, herunder eksempelvis "Psykiatrisk Rådgivningstelefon". Imidlertid har målgruppen ikke altid kendskab til tilbuddene, når de står i den akutte psykiatriske krise. Arbejdsgruppen fremhæver derfor, at det er vigtigt at udbrede kendskabet til denne type tilbud, så denne målgruppe ved, hvor de har mulighed for at få hjælp. Udbredelsen af kendskabet kunne eksempelvis ske ved at opstille foldere på biblioteker og andre offentlige steder. Det skal bemærkes, at Psykiatrisk Rådgivningstelefon kan anvendes af alle patienter og pårørende, der står i akutte problematikker.

Regionen har netop varslet, at man vil omdanne rådgivningstelefonen, så man ikke længere kan give individuel konkret rådgivning (en form for behandling), men kun anonym rådgivning, hvilket ikke vil være i tråd med arbejdsgruppens anbefaling om hjælp via telefonisk rådgivning.

5. Psykiatrisk bistand

Arbejdsgruppen anbefaler, at man udvider kendskabet til de muligheder, praktiserende læger og speciallæger har for at få rådgivning af en psykiatrisk speciallæge. Samtidig anbefaler arbejdsgruppen, at man også gør det muligt for sygeplejersker fra kommunale akutteams at anvende denne type ordninger. Der er følgende eksisterende muligheder for at få sparring fra en psykiatrisk speciallæge:

- Psykiatrisk Rådgivningstelefon til praktiserende læger og speciallæger pr. telefon 7847 0471 (døgnåben).

- Praktiserende læger samt læger på hospitaler kan kontakte psykiatrisk forvagt for sparring angående konkrete situationer.

Arbejdsgruppen har ikke kendskab til, hvor meget praktiserende læger og speciallæger anvender den første mulighed. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center får til gengæld relativt ofte telefonopringninger fra praktiserende læger i vagten, som ønsker at drøfte en akut situation i forhold til tvangsindlæggelse.

6. Bedre indsats

Arbejdsgruppen anbefaler, at man arbejder med at skabe endnu mere kvalitet i indsatsen overfor målgrupperne. Dette gælder i forhold til de kontakter, de har med både sundhedsvæsenet, socialområdet og politiet. Anbefalingen gør sig særligt gældende for hospitalspsykiatrien og for bosteder og ældreboliger, hvor nogle af borgerne i målgrupperne bor.

Kompetenceudvikling

Arbejdsgruppen anbefaler, at man efteruddanner personale særligt på bosteder og ældreboliger i forhold til blandt andet deeskalering, psykiatri, miljøterapi og faglig tilgang. For personalet i ældreboliger er det særligt relevant at udvikle personalets kompetencer i forhold til at håndtere demente personer med udadreagerende adfærd. Der er gjort erfaringer med at undervise i deeskalering på bosteder i Region Sjælland, som man vil kunne hente inspiration fra.

Arbejdsgruppen peger på, at det forventeligt vil kunne begrænse antallet af tvangsindlæggelser, hvis de demente personer kan håndteres i ældreboligerne i stedet for at skulle indlægges, og det vil samtidig gøre det mere trygt for den demente borger, at vedkommende kan blive i sine velkendte rammer.

Arbejdsgruppen fremhæver imidlertid, at det er særligt vigtigt at lave en kompetenceudviklingsindsats på bostederne, da mange borgere på bostederne oplever gentagne tvangsindlæggelser. Det vil eventuelt også være relevant at sætte ind overfor andre personalegrupper, herunder medarbejdere fra præhospitalet og politiet.

Arbejdsgruppen fremhæver desuden, at vellykket kompetenceudvikling kræver ledelsesmæssig opbakning og fokus.

Skabe bedre kvalitet i indlæggelser

Arbejdsgruppen peger på, at der bør arbejdes med at skabe endnu mere kvalitet i indlæggelser og udskrivninger. Arbejdsgruppen anbefaler blandt andet, at man arbejder endnu mere forløbsorienteret. Borgerens liv bør så vidt muligt være det samme under indlæggelsen som i hverdagen, og der skal arbejdes med de samme ting under indlæggelsen som i hverdagen, herunder eksempelvis mestringsplaner. Dette skal blandt andet bidrage til at opretholde patienternes hverdagskompetencer. Udfordringen ved indlæggelser kan være, at der ikke er nogen krav, og det kan derfor være svært at håndtere hverdagen efter indlæggelsen. Samtidig peger arbejdsgruppen på, at nogle patienter bruger indlæggelsen som en mulighed for at undslippe hverdagens udfordringer. Forventningen i arbejdsgruppen er, at en højere grad af kvalitet i indlæggelser og udskrivninger kan bidrage til at reducere behovet for

genindlæggelse kort tid efter udskrivning. Et muligt bud på, hvordan der konkret kan arbejdes med denne anbefaling, kunne være at udvikle et koncept for den gode indlæggelse og den gode udskrivning.

7. Formaliseret og forpligtende samarbejde på tværs

Arbejdsgruppen fremhæver, at det er vigtigt at skabe et mere formaliseret og forpligtende samarbejde omkring den enkelte borger på tværs af de sektorer og aktører, der er involveret i målgruppernes forløb, herunder hospitalspsykiatrien, bosteder, bostøtte, egen læge, politiet, hospitaler og socialforvaltningen i kommunerne. Arbejdsgruppen peger på, at man ikke bør oprette nye samarbejdsfora, men derimod styrke samarbejdet med udgangspunkt i de eksisterende fora og aftaler. Det er afgørende, at samarbejdet tager udgangspunkt i den enkelte borger og dennes behov. Det er dog blevet fremhævet, at der ikke eksisterer ret mange samarbejdsfora på voksenområdet.

Arbejdsgruppen foreslår, at man i regi af PSP-samarbejdet kunne etablere et stærkere samarbejde omkring den enkelte borger. PSP-samarbejdet er et samarbejde mellem politiet, de sociale myndigheder i kommunerne, hospitalspsykiatrien i Region Midtjylland samt Kriminalforsorgen¹². Udfordringen ved PSP-samarbejdet er, at det på nuværende tidspunkt er et overordnet samarbejde, hvor det ikke er behandleren for den enkelte borger, der sidder med til møderne, men derimod en repræsentant fra områderne. Dette betyder, at det kan være vanskeligt at lave konkrete og forpligtende aftaler om den enkelte borger i dette regi. Arbejdsgruppen lægger op til, at man eksempelvis kan bruge PSP-samarbejdet som et overordnet samarbejdsforum, hvor man koordinerer det konkrete samarbejde om den individuelle borger. Det er eksempelvis blevet fremhævet, at man i Herning Kommune, med udgangspunkt i PSP-samarbejdet, beslutter, at der skal holdes et møde om den individuelle borger med deltagelse af borgerens behandlere.

Nedenfor beskrives eksempler på de konkrete indsatser vedrørende formaliseret og forpligtende samarbejde på tværs, som arbejdsgruppen foreslår, at man kan iværksætte.

Koordinerende indsatsplaner

Arbejdsgruppen fremhæver, at man i højere grad bør bruge nogle af de eksisterende redskaber, der er aftalt i Sundhedsaftalen mellem Region Midtjylland, kommunerne i regionen og praksissektoren. Der er eksempelvis gode erfaringer med at bruge koordinerende indsatsplaner for borgere med misbrug og psykiske lidelser samtidig¹³. Arbejdet med koordinerende indsatsplaner for at styrke behandlingen af denne gruppe borgere er en af de indsatser, der er prioriteret i Sundhedsaftalen for 2015 til 2018.

¹² PSP-samarbejdet i Region Midtjylland: <http://www.psykiatrien.rm.dk/om-os/sadan-fungerer-psykiatrien/retspsykiatri-i-region-midtjylland/psp-samarbejdet/>

¹³ Sundhedsaftalen 2015-2018 side 45-46:

http://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/forside/sundhedsaftale_tryk.pdf

Bedre kendskab til hinanden på tværs af sektorer

Arbejdsgruppen ser et behov for, at medarbejderne i de forskellige sektorer, der er involverede i tvangsinlæggelser, får et bedre kendskab til hinanden og hinandens handlemuligheder for på den måde at skabe et bedre samarbejde om borgernes forløb. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center har via PSP-samarbejdet undervist vagtcheferne i Aarhus Politi omkring patientgruppen med selvskade. Arbejdsgruppen peger på, at denne type oplæg kunne være en tilgang til blandt andet at øge kendskabet mellem hospitalspsykiatrien og politiet samt styrke forståelsen for målgrupperne.

Fælles aftaler om arbejdsdeling i forhold til indsatsen overfor selvskade

Arbejdsgruppen anbefaler, at der laves tydelige aftaler mellem aktører om strategien og ansvarsfordelingen i forhold til unge piger med selvskade. Dette gælder både i forhold til opsporing og tidlig indsats overfor piger med begyndende selvskade og for målgruppen af svært selvskadende og selvmordstruede piger, hvor tvangsinlæggelser kan forekomme. Der er derfor behov for, at der bliver lavet et endnu mere formaliseret samarbejde med konkrete aftaler mellem blandt andet bosted, kommune, hospitalspsykiatrien og eventuelt politiet om, hvem der har ansvaret for at gøre hvad, så alle aktører har et klart billede af og er indforståede med strategien i forhold til målgruppen.

Samarbejds møder

Arbejdsgruppen anbefaler, at man udbreder den model, som Regionspsykiatrien Midt har udviklet i samarbejde med bosteder. Ved at holde samarbejds møder mellem de involverede fagpersoner fra både kommunalt og regionalt regi sammen med borgeren, ser det ud til, at behovet for tvang generelt, herunder tvangsinlæggelser, kan reduceres. Arbejdsgruppen peger på, at politiet også kunne deltage på disse møder. Udfordringen ved denne model er dog, at man ikke har mulighed for at sætte indsatsen i gang, før borgeren har været i kontakt med hospitalspsykiatrien. Det blev fremhævet, at møderne eventuelt også kan sammentænkes med PSP-samarbejdet.

Overlap mellem sektorer

Arbejdsgruppen anbefaler, at der arbejdes med at skabe overlap mellem forskellige sektorer. En mulig model, som allerede er igangsat i hospitalspsykiatrien i Randers, er, at den kommunale bostøtte lægger sine første timer hos borgeren, mens denne stadig er indlagt i hospitalspsykiatrien. På denne måde sker der dels en overførsel af viden til bostøtten om behandlingstilgangen, og der skabes tryghed for borgeren i forhold til den kommende udskrivning.

8. Opsamling på forslag til tiltag til at nedbringe tvangsindlæggelser

I dette kapitel er arbejdsgruppens forslag til indsatser for at nedbringe antallet af tvangsindlæggelser blevet præsenteret. Nedenfor er der indsat en samlet oversigt over anbefalingerne og de konkrete eksempler på, hvordan anbefalingerne kan udmøntes.

Tabel 19. Oversigt over anbefalinger og eksempler på tiltag

1. Tidlig opsporing og indsats overfor unge som mistrives
Uddannelse i at opdage mistrivsel hos unge
Samtalegrupper for unge, der mistrives
Tilbud til familier
Psykologtimer til begyndende selvskade
IT-værktøjer til at opdage mistrivsel
2. Forbedre registrering af og anvendelse af data om selvskade
Registrere selvskade og dele data mellem hospitalet og hospitalspsykiatrien
3. Hurtig og fleksibel indsats
Skabe mulighed for hurtig iværksættelse af indsats og hurtig visitering
Patientstyrede indlæggelser
Greencard-ordning
Klippekort
4. Alternativer til indlæggelse
Akutte ambulante tilbud
Modtagepladser og akutpladser
Opprioritering af distriktssygepleje
Udbrede kendskab til telefonisk rådgivning
5. Psykiatrisk bistand
Psykiatrisk lægefaglig rådgivningstelefon
6. Bedre indsats
Kompetenceudvikling
Skabe bedre kvalitet i indlæggelser
7. Formaliseret og forpligtende samarbejde på tværs
Koordinerende indsatsplaner
Bedre kendskab til hinanden på tværs af sektorer
Fælles aftaler om arbejdsdeling i forhold til indsatsen overfor selvskade
Samarbejds møder
Overlap mellem sektorer

Bilag 1

Kommissorium for arbejdsgruppe vedrørende tvangsindlæggelser i psykiatrien



Baggrund for nedsættelse af arbejdsgruppen

Ifølge tal fra Sundhedsdatastyrelsen¹ har der siden 2004 været en vedvarende stigning i antallet af tvangsindlæggelser på nationalt niveau. Denne tendens gør sig ligeledes gældende i Region Midtjylland, hvor der siden 2004 har været en betydelig stigning i både antallet af tvangsindlæggelser og antal borgere (unikke cpr-numre), der tvangsindlægges. I 2014 indgik Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse en aftale med Danske Regioner om at halvere brugen af tvang i psykiatrien i 2020. Imidlertid er stigningen i tvangsindlæggelser på nationalt niveau og i Region Midtjylland fortsat. På det årlige møde mellem politikredsene og direktionen i Region Midtjylland i maj 2017 blev det aftalt, at der skal gennemføres en analyse af tvangsindlæggelser. Til dette formål blev det besluttet, at der skal der nedsættes en arbejdsgruppe.

Dato 13-09-2017

Lise Marie Witt Udsen og

Maria Bredal Petersen

lise.udsen@stab.rm.dk

maria.bredal@rm.dk

1-01-106-5-17

Side 1

Arbejdsgruppens formål og opgaver

Arbejdsgruppen har til formål at analysere, hvilke faktorer der bidrager til at skabe en stigning i antallet af tvangsindlæggelser, og på den baggrund komme med anbefalinger til, hvordan antallet af tvangsindlæggelser i Region Midtjylland kan nedbringes, samt hvordan arbejdet hermed kan forankres og igangsættes. Arbejdsgruppens arbejde skal beskrives i et kort notat.

Arbejdsgruppens opgaver er at:

- 1) Analysere data om tvangsindlæggelser med henblik på at finde årsager til stigningen i tvangsindlæggelser
- 2) Komme med konkrete forslag til, hvordan de involverede parter kan nedbringe antallet af tvangsindlæggelser

Proces og tidsplan for arbejdsgruppens arbejde

Arbejdsgruppens arbejde skal bygge på data og indhentning af viden fra alle relevante aktører, der kan belyse forløbet op til, under og efter en tvangsindlæggelse med henblik på at identificere, hvilke

¹ <http://esundhed.dk/sundhedsregistre/tip/Sider/tip01.aspx>

faktorer og mekanismer der bidrager til tvangsindlæggelser. Der skal tages udgangspunkt i både kvantitative og kvalitative data.

Arbejdsgruppens arbejde er inddelt i to faser:

- 1) Indsamling og analyse af data om tvangsindlæggelser
- 2) Udarbejdelse af anbefalinger

Arbejdsgruppens arbejde forventes at forløbe fra oktober 2017 til maj 2018. I perioden vil der blive afholdt tre-fire møder i arbejdsgruppen. Der udarbejdes en tids- og procesplan for arbejdet.

Organisation

Gruppen refererer til direktionen i Region Midtjylland. Undervejs skal Regionsrådet orienteres om arbejdsgruppens arbejde.

Deltagere

Deltagerne i arbejdsgruppen skal udpeges af de relevante organisationer. Det er vigtigt, at deltagerne i arbejdsgruppen kan bidrage med grundig og praksisnær/"hands-on"-viden om:

- de konkrete borger-forløb op til, under og efter en tvangsindlæggelse
- misbrugsproblematikker
- overgange mellem sektorer

På den baggrund foreslås det, at arbejdsgruppen består af:

- 1 kontorchef fra Koncern Kvalitet (formand)
- 1 repræsentant fra hver af de tre politikredse
- 2 repræsentanter fra kommunerne
- 3 repræsentanter fra psykiatrien
- 1 repræsentant fra det regionale socialområde
- 1 repræsentant fra almen praksis, praksiskoordinator
- 1 repræsentant fra en brugerorganisation på psykiatriområdet

Arbejdsgruppen kan ved behov inddrage andre relevante fagpersoner, herunder juridisk assistance.

Tovholdere

Lise Marie Witt Udsen, DEFACTUM, Koncern Kvalitet, og Maria Bredal Petersen, Strategisk Kvalitet, Koncern Kvalitet.

Bilag 2

Talmateriale om tvangsindlæggelser i Region Midtjylland til arbejdsgruppen om nedbringelse af tvangsindlæggelser

Introduktion

Dette dokument indeholder 20 datavisninger om tvangsindlæggelser i Region Midtjylland, der er udarbejdet til arbejdet i arbejdsgruppen vedrørende tvangsindlæggelser. Data er hentet fra Region Midtjyllands database (BI-portal) med undtagelse af data i visning 1, der stammer fra Sundhedsdatastyrelsen. Hver visning indeholder en eller flere tabeller eller grafer. I forbindelse med hver visning fremgår en kort beskrivelse af, hvordan tabeller eller grafer skal læses samt en kort beskrivelse af, hvad tallene særligt viser. I forbindelse med udarbejdelsen af den endelige afrapportering fra arbejdsgruppen er der foretaget mindre justeringer i beskrivelsen af visningerne.

Tallene for 2017

Dataudtrækkene er gennemført i 2017, hvorfor tallene for 2017 ikke er komplette. Udtrækkene er desuden gennemført på forskellige tidspunkter i 2017. Det fremgår under hver visning, hvornår tallene er udtrukket. Tallene i visning 2 er dog blevet opdateret i 2018, så tallene for 2017 i denne visning er komplette.

Foranstaltninger og unikke patienter

Tallene er opgjort i enten:

1. Antal tvangsindlæggelser (antal påbegyndte foranstaltninger)
2. Unikke patienter der har været udsat for en tvangsindlæggelse (antal unikke cpr-numre).

Dette er for at tage højde for, at én patient kan have haft flere tvangsindlæggelser i løbet af en periode. I 2016 har der eksempelvis været 1016 tvangsindlæggelser opgjort som påbegyndte foranstaltninger, mens kun 673 unikke patienter har været tvangsindlagt i perioden. I overskriften på hver tabel eller graf er det angivet i parentes, om tallet er opgjort i antal foranstaltninger eller antal unikke patienter.

Anonymitet

I nogle tabeller er det undladt at vise nogen af tallene for at sikre borgernes anonymitet. Det er undladt at vise tal, der berører mindre end fem borgere.

Nedenfor fremgår en indholdsfortegnelse over de visninger bilaget indeholder.

Indhold

Visning 1: Antal tvangsindlæggelser fordelt på region og speciale	3
Visning 2: Antal indlæggelser og tvangsindlæggelser over tid i Region Midtjylland	5
Visning 3: Antal tvangsindlæggelser fordelt på kommuner	7
Visning 4: Startvilkår for tvangsindlæggelser	9
Visning 5: Antal tvangsindlæggelser fordelt på ugedage.....	11
Visning 6: Antal tvangsindlæggelser på gule og røde papirer fordelt på ugedage	12

Visning 7: Antal tvangsindlæggelser for patienter fra et regionalt bosted.....	13
Visning 8: Antal tvangsindlæggelser pr. patient	14
Visning 9: Antal tvangsindlæggelser efter borgere/patienter med flest tvangsindlæggelser i 2017	15
Visning 10: Diagnose på tvangsindlæggelser	16
Visning 11: Antal tvangsindlæggelser fordelt på aldersgrupper	18
Visning 12: Antal tvangsindlæggelser fordelt på køn og alder	20
Visning 13: Antal sengedage for tvangsindlæggelser	23
Visning 14: Tid fra en tvangsindlæggelse til en ny tvangsindlæggelse	26
Visning 15: Tid fra seneste ambulante besøg til tvangsindlæggelse	27
Visning 16: Antal tvangsindlæggelser med efterfølgende bæltefiksering	28
Visning 17: Antal tvangsindlæggelser fordelt på afdelinger i hospitalspsykiatrien	29
Visning 18: Antal tvangsindlæggelser fordelt på hospitalspsykiatri og hospital efter patientens ophold.....	31
Visning 19: Antal tvangsbehandlinger af legemlig lidelse fordelt på afdelinger i hospitalspsykiatrien.....	32
Visning 20: Antal tvangsbehandlinger af legemlig lidelse fordelt på alder.....	34

Visning 1: Antal tvangsindlæggelser fordelt på region og speciale

Vejledning i at læse tabellerne

Tabellerne viser antallet af tvangsindlæggelser fordelt på region og speciale fra 2004 til 2016. Tabel 1.1 viser antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser fordelt på region og speciale, mens tabel 1.2 viser antallet af unikke patienter, der har været berørt af en tvangsindlæggelse. Rækkerne i tabellerne viser region og speciale, mens kolonnerne viser årene. Yderst til højre er antallet af tvangsindlæggelser og unikke patienter, der har været tvangsindlagt opgjort pr. 100.000 borgere i 2016.

Resultat

Siden 2004 har der været en vedvarende stigning i antallet af tvangsindlæggelser på nationalt niveau. Denne tendens gør sig ligeledes gældende i Region Midtjylland, hvor der siden 2004 har været en betydelig stigning i både antallet af tvangsindlæggelser og antal unikke patienter berørt af en tvangsindlæggelse (se visning 2 for en sammenligning med det samlede antal af indlæggelser i hospitalspsykiatrien i Region Midtjylland). I 2016 lå Region Midtjylland under landsgennemsnittet i forhold til antal unikke patienter, der har været tvangsindlagt pr. 100.000 borgere. Samme år lå Region Midtjylland over landsgennemsnittet i forhold til antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser pr. 100.000 borgere.

Tabel 1.1: Antal tvangsindlæggelser fordelt på region og speciale (antal foranstaltninger)

Region / speciale	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016 pr. 100.000 borgere
Hele landet	2261	2395	2496	2578	2853	3129	3141	3387	3577	3854	4025	4155	4330	75,4
Region Hovedstaden	877	915	942	988	1041	1222	1103	1171	1326	1494	1447	1508	1445	80,0
Region Midtjylland	494	543	579	595	666	636	688	708	701	788	825	931	1016	78,0
Region Nordjylland	164	192	150	161	191	252	246	295	268	272	290	274	301	51,2
Region Sjælland	347	348	373	342	401	391	411	440	461	473	522	527	559	67,2
Region Syddanmark	379	397	452	492	554	628	693	773	821	827	941	915	1009	82,9
B&U Psykiatri	60	60	75	95	89	122	97	105	161	165	226	288	353	-
Voksen psykiatri	2201	2335	2421	2483	2764	3007	3044	3282	3416	3689	3799	3867	3977	-

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, <http://esundhed.dk/sundhedsregistre/tip/Sider/tip01.aspx>

Tabel 1.2: Antal tvangsindlæggelser fordelt på region og speciale (antal unikke patienter)

Region / speciale	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016 pr. 100.000 borgere
Hele landet	1941	2122	2222	2269	2489	2651	2670	2838	2944	3133	3190	3132	3267	56,9
Region Hovedstaden	775	829	882	896	952	1085	999	1042	1125	1235	1177	1202	1170	64,8
Region Midtjylland	416	481	499	517	564	528	547	542	550	610	631	629	673	51,7
Region Nordjylland	143	173	144	151	178	225	241	251	243	247	254	236	255	43,4
Region Sjælland	294	295	320	288	329	306	336	366	379	385	404	409	443	53,3
Region Syddanmark	332	364	396	428	484	537	566	656	674	681	754	690	762	62,6
B&U Psykiatri	57	54	61	79	81	90	71	87	106	117	134	115	159	-
Voksen psykiatri	1885	2069	2161	2190	2411	2564	2600	2757	2841	3017	3060	3022	3117	-

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen, <http://esundhed.dk/sundhedsregistre/tip/Sider/tip01.aspx>

Visning 2: Antal indlæggelser og tvangsindlæggelser over tid i Region Midtjylland

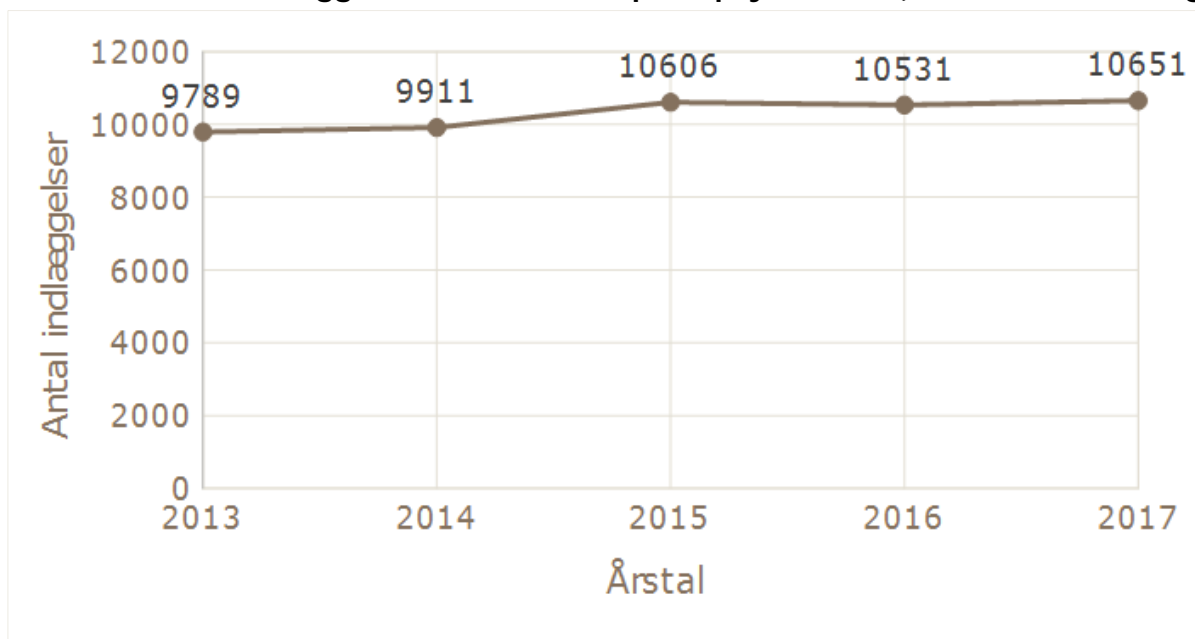
Vejledning i at læse graferne

Graferne viser udviklingen i antallet af indlæggelser og tvangsindlæggelser over tid i hospitalspsykiatrien i Region Midtjylland fra 2013 til 2017 opgjort som antal foranstaltninger. Graf 2.1 viser udviklingen i det samlede antal af indlæggelser, mens graf 2.2 viser udviklingen i antallet af tvangsindlæggelser. Den vertikale akse på graferne viser antallet af indlæggelser, mens den horisontale akse viser årene.

Resultat

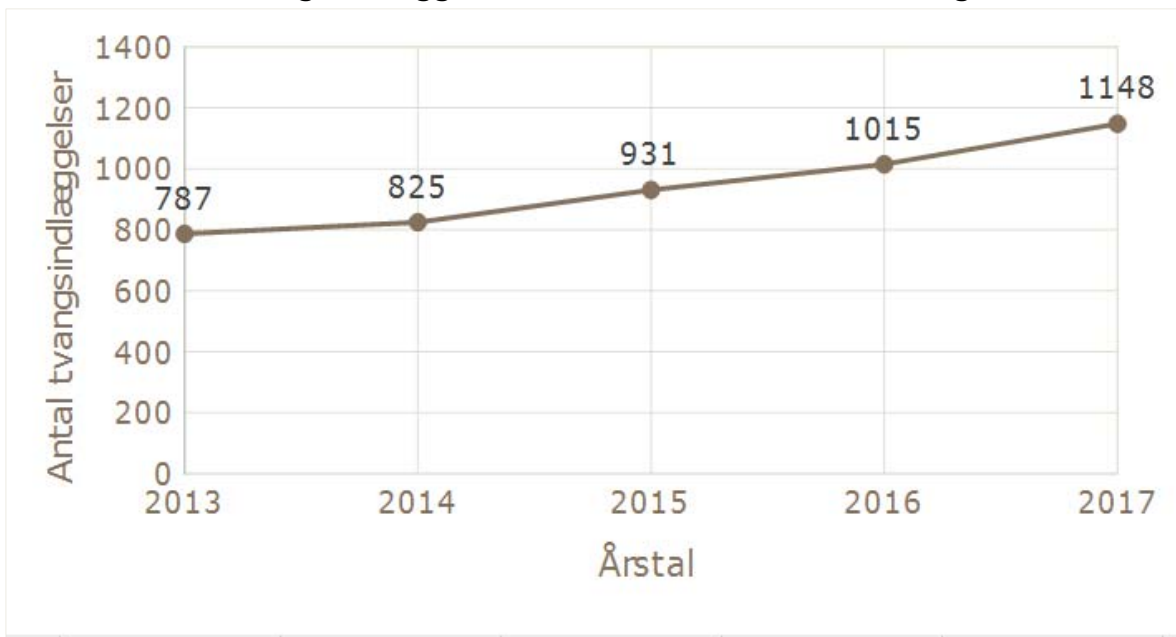
Fra 2013 til 2017 er antallet af indlæggelser steget med 8,8 %, mens antallet af tvangsindlæggelser i samme periode er steget med 45,8 %.

Graf 2.1: Antal indlæggelser over tid i hospitalspsykiatrien (antal foranstaltninger)



Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er trukket den 26. februar 2018.

Graf 2.2: Antal tvangsindlæggelser over tid (antal foranstaltninger)



Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er trukket den 1. marts 2018.

Visning 3: Antal tvangsindlæggelser fordelt på kommuner

Vejledning i at læse tabellerne

Tabel 3.1 viser antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser fordelt på region og kommune-klynger, mens tabel 3.2 viser antallet af unikke patienter, der har været berørt af en tvangsindlæggelse fordelt på region og kommune-klynger. Den yderste venstre kolonne viser bopælsregion og bopælskommune-klynge for patienten. Enkelte af tvangsindlæggelserne i Region Midtjylland vedrører patienter, der bor i en anden region.

Resultat

Tabel 3.1 viser, at der gennem alle årene er blevet påbegyndt flest tvangsindlæggelser i Aarhusklyngen. Herudover kan det oplyses, at der er i 2017 blev påbegyndt flest tvangsindlæggelser i Aarhus Kommune og Horsens Kommune. Disse tal fremgår imidlertid ikke af tabellen. Det er ligeledes i disse kommuner, at der er blevet tvangsindlagt flest unikke patienter. I forbindelse med fortolkningen af tallene bør der tages højde for forskelle mellem kommunerne/klyngerne, herunder indbyggertal og placering af regionale, kommunale og private bosteder.

Tabel 3.1: Antal tvangsindlæggelser i Region Midtjylland fordelt på klynger (antal foranstaltninger)

Region	Kommune	2014	2015	2016	2017
Region Midtjylland	Horsensklyngen	103	138	128	177
	Midtklyngen	143	173	177	160
	Randersklyngen	121	153	183	185
	Vestklyngen	172	131	179	141
	Aarhusklyngen	266	321	331	362
Øvrige regioner	Ukendt	18	13	8	30
Ukendt, udlandet mv.	Ukendt	9	16	10	9
I alt		824	930	1.014	1.061

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er trukket den 29. november 2017.

Horsensklyngen: Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Odder Kommune og Skanderborg Kommune

Midtklyngen: Silkeborg Kommune, Skive Kommune og Viborg Kommune

Randersklyngen: Favrskov Kommune, Norddjurs Kommune, Randers Kommune og Syddjurs Kommune

Vestklyngen: Herning Kommune, Holstebro Kommune, Ikast-Brande Kommune, Lemvig Kommune, Ringkøbing-Skjern Kommune og Struer Kommune

Aarhusklyngen: Aarhus Kommune og Samsø Kommune

NB: Summen af tallene er højere end det tal, der er opgivet under "I alt". Dette skyldes, at en borger kan tælle med i flere kommuner/klynger, hvis borgeren flytter i løbet af året.

Tabel 3.2: Antal tvangsindlæggelser i Region Midtjylland fordelt på klynger (antal unikke patienter)

Region	Kommune	2014	2015	2016	2017
Region Midtjylland	Horsensklyngen	81	90	77	103
	Midtklyngen	122	125	123	120
	Randersklyngen	84	102	106	103
	Vestklyngen	130	116	152	123
	Aarhusklyngen	208	189	208	195
Øvrige regioner	Ukendt	19	12	9	21
Ukendt, udlandet mv.	Ukendt	9	14	10	9
I alt		631	627	673	665

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er trukket den 29. november 2017.

Horsensklyngen: Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Odder Kommune og Skanderborg Kommune

Midtklyngen: Silkeborg Kommune, Skive Kommune og Viborg Kommune

Randersklyngen: Favrskov Kommune, Norddjurs Kommune, Randers Kommune og Syddjurs Kommune

Vestklyngen: Herning Kommune, Holstebro Kommune, Ikast-Brande Kommune, Lemvig Kommune, Ringkøbing-Skjern Kommune og Struer Kommune

Aarhusklyngen: Aarhus Kommune og Samsø Kommune

NB: Summen af tallene er højere end det tal, der er opgivet under "I alt". Dette skyldes, at en borger kan tælle med i flere kommuner/klynger, hvis borgeren flytter i løbet af året.

Visning 4: Startvilkår for tvangsendlæggelser

Vejledning i at læse tabellerne

Tabellerne viser fordelingen af tvangsendlæggelser i forhold til startvilkår for indlæggelserne fra 2013 til 2017, det vil sige, om tvangsendlæggelserne eksempelvis er startet som en frivillig ambulant indlæggelse, en tvangsendlæggelse på rød blanket¹ eller om startvilkåret er ukendt. Tabel 4.1 viser fordelingen for antallet af unikke patienter, der har været tvangsendlagt, mens tabel 4.2 viser fordelingen af antallet af påbegyndte tvangsendlæggelser. Rækkerne i begge tabeller viser de forskellige typer af startvilkår, mens kolonnerne viser år.

Resultat

Tabellerne viser, at hovedparten af tvangsendlæggelserne startes som en tvangsendlæggelse på rød blanket på tværs af årene. Bemærk, at der i 2014 var der en registreringsfejl som betød, at en række patienter blev registreret med startvilkår "frivillig". Dette er formentligt også årsagen til, at der ses et fald i røde og gule tvangsendlæggelser det år.

Tabel 4.1: Antal tvangsendlæggelser inklusiv hospitaler (somatik) fordelt på startvilkår (antal unikke patienter)

Startvilkår	2013	2014	2015	2016	2017
Almindelig frivillig ambulant	-	-	-	-	-
Almindelig frivillig indlagt	36	205	12	12	-
Indlagt i henhold til Lov om social service	-	-	-	-	-
Indlagt i henhold til dom	-	-	-	-	-
Indlagt som varetægtssurrogatfængslet	-	-	-	-	-
Indlagt som varetægtsarrestant	-	-	-	-	-
Tvang (gul blanket) ¹	197	129	210	200	165
Tvang (rød blanket) ¹	320	200	274	293	275
Tvangstilbageholdelse	-	-	-	-	-
Ukendt startvilkår	102	173	187	226	182
I alt	606	628	627	672	563

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er til og med 10. oktober 2017.

NB: I flere kategorier fremgår tallene ikke af tabellen af hensyn til anonymitet.

¹Reglerne for tvangsendlæggelser fremgår af Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien ("Psykiatriloven") paragraf 5 (<https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=174248#id825cef36-0ca7-4c08-864a-e792f4882797>). I paragraffen fremgår det, at en patient kun må tvangsendlægges, det vil sige indlægges mod sin vilje, hvis "patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling, fordi: 1) udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet, eller 2) den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre". En af de to forudsætning skal således være opfyldt for, at man må tvangsendlægge en patient. Hvis man tvangsendlægger på baggrund af opfyldelse af forudsætning 1, det vil sige af helbredsmæssige årsager, så anvender man gul blanket. Hvis man tvangsendlægger en patient på baggrund af opfyldelse af forudsætning 2, det vil sige på grund af farlighed, benyttes rød blanket.

Tabel 4.2: Antal tvangsindlæggelser inklusiv hospitaler (somatik) fordelt på startvilkår (antal foranstaltninger)

Startvilkår	2013	2014	2015	2016	2017
Almindelig frivillig ambulant	-	-	-	-	-
Almindelig frivillig indlagt	35	244	12	11	-
Indlagt i henhold til Lov om social service	-	-	-	-	-
Indlagt i henhold til dom	-	-	-	-	-
Indlagt som varetægtssurrogatfængslet	-	-	-	-	-
Indlagt som varetægtsarrestant	-	-	-	-	-
Tvang (gul blanket) ¹	205	133	215	230	171
Tvang (rød blanket) ¹	419	240	426	420	369
Tvangstilbageholdelse	-	-	-	-	-
Ukendt startvilkår	111	206	274	348	318
I alt	781	823	929	1.014	865

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er til og med 10. oktober 2017.

NB: I flere kategorier fremgår tallene ikke af tabellen af hensyn til anonymitet.

Visning 5: Antal tvangsindlæggelser fordelt på ugedage

Vejledning i at læse tabellen

Tabellen viser antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser fordelt på ugedage fra 2013 til 2017. Rækkerne viser ugedage, mens kolonnerne viser år. Den yderste kolonne til højre viser det samlede antal tvangsindlæggelser for alle år for de enkelte ugedage. Den nederste række viser det samlede antal tvangsindlæggelser for det pågældende år.

Resultat

Der påbegyndes væsentligt færre tvangsindlæggelser i weekenderne. Antallet af tvangsindlæggelser halveres således næsten lørdag og søndag i forhold til hverdagene.

Tabel 5.1: Antal tvangsindlæggelser fordelt på ugedage (antal foranstaltninger)

Ugedag for påbegyndt tvangsindlæggelse	2013	2014	2015	2016	2017	I alt
Mandag	151	134	151	156	137	729
Tirsdag	106	131	160	154	156	707
Onsdag	137	142	162	156	133	730
Torsdag	122	121	152	163	157	715
Fredag	118	128	138	172	124	680
Lørdag	74	88	79	107	75	423
Søndag	79	81	89	107	83	439
I alt	787	825	931	1.015	865	4.423

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er til og med 10. oktober 2017.

Visning 6: Antal tvangsindlæggelser på gule og røde papirer fordelt på ugedage

Vejledning i at læse tabellen

Tabellen viser antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser på rød og gul blanket fordelt på ugedage i 2017. Rækkerne viser ugedagene og kolonnerne viser tvangsindlæggelsestypen (rød eller gul blanket). I den nederste række er det samlede antal af tvangsindlæggelser på røde og gule papirer i 2017 summeret.

Resultat

Tabellen viser, at der alle dage er flere tvangsindlæggelser på rød end gul blanket. Samlet set er der flest tvangsindlæggelser i hverdagene. Der er således ca. dobbelt så mange tvangsindlæggelser på en hverdag sammenlignet med en weekenddag. Antallet er lavest om lørdagen og højest om tirsdagen.

Gul blanket

- Weekend: Tabellen viser, at særligt antallet af tvangsindlæggelser på gule papirer falder i weekenden, hvor der kun er henholdsvis 6 og 7 tvangsindlæggelser på gul blanket om lørdagen og søndagen.
- Hverdage: I hverdagene er der færrest tvangsindlæggelser på gule blanket om tirsdagen og onsdagen, mens der er flest om fredagen. Det kunne tyde på, at der er en lille tendens til, at tvangsindlæggelserne på gul blanket særligt sker op til weekenden (torsdag og fredag) og efter weekenden (mandag). Spændet i antallet af tvangsindlæggelser i hverdagene er dog kun fra 36 til 47.

Rød blanket

- Weekend: Det er også i weekenden, at der er færrest tvangsindlæggelser på rød blanket, men forskellen i antallet af tvangsindlæggelser i forhold til hverdagene er mindre markant end for tvangsindlæggelser på gul blanket.
- Hverdag: I hverdagene er antallet af tvangsindlæggelser på rød blanket højest om tirsdagen og næsthøjest om mandagen, mens det er lavest om fredagen. Spændet i antallet af tvangsindlæggelser i hverdagene er fra 59 til 93.

Tabel 6.1: Antal tvangsindlæggelser på rød og gul blanket fordelt på ugedage i 2017 (antal foranstaltninger)

Ugedag	Gul blanket	Rød blanket	Rød og gul blanket
Mandag	42	78	120
Tirsdag	36	93	129
Onsdag	38	68	106
Torsdag	45	69	114
Fredag	47	59	106
Lørdag	7	44	51
Søndag	6	54	60
I alt	221	465	686

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er udtrukket den 20. december 2017.

Visning 7: Antal tvangsindlæggelser for patienter fra et regionalt bosted

Vejledning i at læse tabellerne

Tabellerne viser, hvor mange af patienterne, der er blevet tvangsindlagt i 2015 til 2017, der kommer fra et regionalt bosted. Tabel 7.1 viser antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser for patienter fra et regionalt bosted fordelt på år, mens tabel 7.2 viser antallet af unikke patienter fra et regionalt bosted, der er blevet berørt af en tvangsindlæggelse fordelt på år.

Bemærk, at der ikke findes data i Region Midtjyllands BI-portal for om en borger bor på et kommunalt bosted.

Resultat

Knap 20 % af alle påbegyndte tvangsindlæggelser i 2017 kom fra et regionalt bosted. Andelen af unikke patienter, der blev tvangsindlagt fra et regionalt bosted var 6 % i 2017.

Tabel 7.1: Antal tvangsindlæggelser for patienter fra et regionalt bosted (antal foranstaltninger)

	2015	2016	2017
Patient fra bosted	172	160	168
I alt tvangsindlæggelser	931	1.014	857

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er til og med 10. oktober 2017.

Tabel 7.2: Antal tvangsindlæggelser for patienter fra et regionalt bosted (antal unikke patienter)

	2015	2016	2017
Patient fra bosted	40	46	36
I alt antal unikke patienter	628	672	560

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er til og med 10. oktober 2017.

Visning 8: Antal tvangsindlæggelser pr. patient

Vejledning i at læse tabellerne

Tabel 8.1 viser antallet af tvangsindlæggelser pr. patient fra 2013 til 2017. Hver række indeholder en gruppering af antal tvangsindlæggelser, f.eks. "1 tvangsindlæggelse" og "2-5 tvangsindlæggelser".

Resultat

Hovedparten af de unikke patienter, der har været tvangsindlagt, har kun været det én gang. Af de ca. 2.400 unikke patienter, som siden 2013 har været tvangsindlagt, har de 1.761 således kun været det én gang. Samtidig er der dog også en lille gruppe patienter, der er blevet tvangsindlagt mange gange. Otte patienter har hver især haft mere end 30 tvangsindlæggelser siden 2013.

Tabel 8.1: Antal tvangsindlæggelser pr. patient siden 2013

Antal tvangsindlæggelser	Antal patienter
1 tvangsindlæggelse	1.761
2-5 tvangsindlæggelser	552
6-10 tvangsindlæggelser	51
11-20 tvangsindlæggelser	22
21-30 tvangsindlæggelser	5
Mere end 30 tvangsindlæggelser	8
I alt	2.399

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er til og med 10. oktober 2017.

Visning 9: Antal tvangsindlæggelser efter borgere/patienter med flest tvangsindlæggelser i 2017

Vejledning i at læse tabellen

Tabellen viser antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser for de 30 borgere, der har haft flest tvangsindlæggelser i 2017, herunder hvor mange af tvangsindlæggelserne, der er blevet iværksat, mens borgeren har boet på et regionalt bosted. Tabellen viser alene det totale antal påbegyndte tvangsindlæggelser for de 30 borgere.

Bemærk, at der ikke findes data i Region Midtjyllands BI-portal for, om en borger bor på et kommunalt eller privat bosted.

Resultat

De 30 borgere har i alt haft 294 tvangsindlæggelser i 2017, og ud af de 294 tvangsindlæggelser er de 171 foregået, mens de opholdt sig på et regionalt bosted. Det kan desuden oplyses (fremgår ikke af tabellen), at de fem patienter, der har haft flest tvangsindlæggelser, alle har fået samtlige af deres tvangsindlæggelser iværksat, mens de boede på et regionalt bosted.

Tabel 9.1: Antal tvangsindlæggelser for de 30 borgere med flest tvangsindlæggelser inklusiv antal tvangsindlæggelser som beboer på regionalt bosted (antal foranstaltninger)

	Tvangsindlæggelser under ophold på regionalt bosted (30 borgere)	Tvangsindlæggelser i alt (de samme 30 borgere)
I alt	171	294

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er opgjort den 18. december 2017.

NB: Tal fra kommunale og private bosteder indgår ikke i opgørelsen.

Visning 10: Diagnose på tvangsindlæggelser

Vejledning i at læse tabellen

Tabellen viser antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser fordelt på registrerede diagnoser (aktionsdiagnoser²) fra 2013 til 2017. Rækkerne viser diagnoserne, mens kolonnerne viser årene. Det samlede antal tvangsindlæggelser fra 2013 til 2017 for de enkelte diagnoser fremgår af den yderste kolonne til højre. Diagnoserne er oplistet faldende, det vil sige, at den diagnose, der oftest forekommer i forbindelse med en tvangsindlæggelse, står i den øverste række.

Resultat

Skizofreni er den aktionsdiagnose, der oftest fører til en tvangsindlæggelse. I 2016 var der således 302 tvangsindlæggelser med skizofreni som aktionsdiagnose, hvilket svarer til 29 % af tvangsindlæggelserne i 2016. Dette er ca. tre gange så mange som den næsthypigste diagnose, der er affektive lidelser.

² En aktionsdiagnose er den diagnose, der ved udskrivning eller afslutning af patientkontakten bedst angiver den tilstand, der har ført til indlæggelse, plejebehov eller ambulante besøg/forløb, og som er den væsentligste årsag til det gennemførte undersøgelses- og behandlingsprogram, <https://www.sst.dk/publ/Publ2000/faellesindhold2/kap04.htm>.

Tabel 10.1: Antal tvangsindlæggelser fordelt på registrerede diagnoser fra 2013-2017 (antal foranstaltninger)

Diagnose på tvangsindlæggelse	2013	2014	2015	2016	2017	I alt
Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser	267	263	284	302	236	1.352
Affektive sindslidelser	94	101	87	95	57	434
Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med psykisk betingede legemlige symptomer	58	66	116	91	85	416
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer	76	64	54	64	61	319
Skadelige virkninger af lægemidler og biologiske stoffer	17	48	81	76	92	314
Organiske inklusive symptomatiske psykiske lidelser	82	77	51	57	33	300
Forstyrrelser i personlighedsstruktur og adfærd i voksenalderen	48	38	46	59	75	266
Personer i kontakt med sundhedsvæsenet med henblik på undersøgelse	43	29	40	55	33	200
Mental retardering	24	13	12	13	16	78
Læsioner af albue og underarm	7	11	17	21	10	66
Fremmedlegemer trængt ind gennem naturlige legemsåbninger	-	-	-	-	-	57
Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser sædvanligvis opstået i barndom eller adolescens	-	-	-	-	-	44
Spiseforstyrrelser	-	-	-	-	-	44
Psykiske udviklingsforstyrrelser	7	10	7	7	5	36
Ikke nærmere specificerede psykiske lidelser	-	-	-	-	-	27
Almene symptomer og abnorme fund	-	-	-	-	-	23
Hovedlæsioner	-	-	-	-	-	21
Tilsluttet selvbeskadigelse	-	-	-	-	-	17
Episodiske og anfaldsvise lidelser	-	-	-	-	-	16

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er til og med 10. oktober 2017.

Note: Bemærk at listen ikke er udtømmende.

NB: I flere kategorier fremgår tallene ikke af tabellen af hensyn til anonymitet.

Visning 11: Antal tvangsindlæggelser fordelt på aldersgrupper

Vejledning i at læse tabellerne

Tabel 11.1 og 11.2 viser antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser i årene 2008-2017 fordelt på aldersintervaller. I tabel 11.2 er tallene fra tabel 11.1 indekseret. Den yderste venstre kolonne i tabellerne viser aldersintervallerne.

Tallene i tabel 11.2 er indekseret. De absolutte tal er således omregnet til procent, og tallene i talrækken udtrykkes som procent af basisåret. Gennemsnittet af årene 2008-2009 er basisår og svarer derfor til 100 %. Formålet med at indeksere tallene er at illustrere udviklingen i tallene.

- Eksempel: Tallet 370 i år 2016 for patienter på 0-20 år betyder derfor, at der er sket en stigning i antallet af tvangsindlæggelser på 270 % i denne patientgruppe fra basisåret til 2016.

Resultat

Der er sket en stigning i antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser fra basisåret til 2016 blandt alle aldersgrupper med undtagelse af de 40-50-årige. Den største stigning ses blandt borgere, der er 30 år eller yngre. Nedenfor fremgår en kort beskrivelse af udviklingen i tallene for de enkelte aldersgrupper:

- 0-20 år: Det er i denne aldersgruppe, at der er sket den største stigning i antallet af tvangsindlæggelser i perioden. Særligt fra 2014 og frem ser stigningen ud til at accelerere. Fra basisåret til 2016 er der sket en stigning på 270 %. Tallene viser desuden, at der skete en markant stigning fra 2016 til 2017.
- 21-29 år: Tabellen viser, at der også er sket en markant stigning i antallet af tvangsindlæggelser i denne aldersgruppe. Fra basisåret til 2016 er der sket en stigning på 97 %. Tallene viser desuden, at der skete en mærkbar stigning fra 2016 til 2017.
- 30-39 år: I denne aldersgruppe er der ligeledes sket en stigning i antallet af tvangsindlæggelser. I 2016 var der således 50 % flere tvangsindlæggelser end i basisåret. Dette var samtidig det år, der var flest tvangsindlæggelser for aldersgruppen.
- 40-49 år: I denne aldersgruppe er der som den eneste sket et fald i antallet af tvangsindlæggelser med 13 % fra basisåret til 2016. Antallet varierer dog henover årene.
- 50-59 år: I denne aldersgruppe er der sket en lille stigning i antallet af tvangsindlæggelser fra basisåret til 2016.
- 60-69 år: I denne aldersgruppe er der sket en lille stigning i antallet af tvangsindlæggelser fra basisåret til 2016. Antallet af tvangsindlæggelser varierer mellem årene. Tallene viser, at der skete en mærkbar stigning fra 2016 til 2017.
- 70 år og ældre: Antallet af tvangsindlæggelser i denne aldersgruppe er steget med 51 % fra basisåret til 2016. Tallene tyder dog på et mærkbart fald fra 2016 til 2017.

Tabel 11.1: Antal tvangsindlæggelser fordelt på aldersgrupper (antal foranstaltninger)

Alder	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
0-20 år	56	70	73	78	68	71	108	235	233	290
21-29 år	125	74	103	139	139	177	161	169	196	252
30-39 år	96	87	91	79	118	125	114	113	137	110
40-49 år	134	122	118	145	117	90	133	115	111	122
50-59 år	101	96	129	111	97	118	121	131	133	127
60-69 år	78	108	86	70	84	100	89	78	89	116
70 år-	76	79	88	86	78	107	99	88	117	88
I alt	666	636	688	708	701	788	825	929	1.016	1.105

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er opgjort den 20. december 2017.

Tabel 11.2: Antal tvangsindlæggelser fordelt på aldersgrupper indekseret

Alder	2008-2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
0-20 år	100	116	124	108	113	171	373	370	460
21-29 år	100	104	140	140	178	162	170	197	253
30-39 år	100	99,5	86,3	129	137	125	123	150	120
40-49 år	100	92,2	113	91,4	70,3	104	89,8	86,7	95,3
50-59 år	100	131	113	98,5	120	123	133	135	129
60-69 år	100	92,5	75,3	90,3	108	95,7	83,9	95,7	125
>70 år	100	114	111	101	138	128	114	151	114
I alt	100	106	109	108	121	127	143	156	170

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er opgjort den 20. december 2017.

Visning 12: Antal tvangsindlæggelser fordelt på køn og alder

Vejledning i at læse tabellerne

Tabellerne viser antallet af tvangsindlæggelser fordelt på køn og alder for 2013 til 2017. Tabel 12.1 viser antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser fordelt på køn og alder, mens tabel 12.2 viser antallet af unikke patienter, der har været tvangsindlagt fordelt på køn og alder.

Rækkerne er opdelt i køn og aldersintervaller, mens kolonnerne viser år. Tabel 12.3 viser antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser fordelt på køn. Rækkerne viser kønnet, mens kolonnerne viser år. Tabel 12.4. viser antallet af unikke patienter, der er blevet tvangsindlagt fordelt på køn. Tabel 12.5 viser antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser fordelt på alder.

Rækkerne viser aldersintervallerne, mens kolonnerne viser årene. Tabel 12.6 viser antallet af unikke patienter, der er blevet tvangsindlagt fordelt på aldersintervaller.

Resultat

Der er sket et fald i antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser for mænd fra 2013 til 2016. Andelen af påbegyndte tvangsindlæggelser blandt mænd er således faldet fra 46,5 % til 33,9 %. Med andre ord er det oftest kvinder der bliver tvangsindlagt. Imidlertid er antallet af unikke patienter, der bliver tvangsindlagt næsten ens for mænd og kvinder på tværs af årene. Siden 2015 er der dog flere unikke patienter, der bliver tvangsindlagt, som er kvinder.

I forhold til alder, tyder tabellen på, at der er en tendens til, at det i stigende grad er yngre patienter, der bliver tvangsindlagt. For de 0 til 20-årige er der således næsten fire gange så mange påbegyndte tvangsindlæggelser i 2016 sammenlignet med 2013. For de 21 til 30-årige ses ligeledes en stigning, mens antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser for de øvrige aldersgrupper ser ud til at være relativt stabilt. For de patienter, der er over 70 år tyder det dog på, at der vil ske et betydeligt fald i antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser i 2017. Den samme tendens i forhold til alder synes at gøre sig gældende i forhold til fordelingen af unikke patienter, der bliver tvangsindlagt.

Tabel 12.1: Antal tvangsindlæggelser fordelt på køn og alder (antal foranstaltninger)

Køn	Alder	2013	2014	2015	2016	2017	I alt
Kvinde	0-20 år	37	69	205	180	195	686
	21-30 år	115	109	128	157	146	655
	31-40 år	60	48	56	70	52	286
	41-50 år	46	60	53	47	41	247
	51-60 år	62	73	60	67	53	315
	61-70 år	57	47	49	44	40	237
	>70 år	41	48	41	58	45	233
Mand	0-20 år	22	31	18	29	22	122
	21-30 år	76	65	58	70	69	338
	31-40 år	58	61	53	63	25	260
	41-50 år	50	73	68	63	53	307
	51-60 år	52	53	64	69	43	281
	61-70 år	41	44	31	39	60	215
	>70 år	64	42	45	58	21	230
I alt		781	823	929	1.014	865	4.412

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er til og med den 10. oktober 2017

Tabel 12.2: Antal tvangsindlæggelser fordelt på køn og alder (antal unikke patienter)

Køn	Alder	2013	2014	2015	2016	2017	I alt
Kvinde	0-20 år	22	35	43	44	45	138
	21-30 år	50	60	71	78	66	213
	31-40 år	48	29	36	47	34	151
	41-50 år	44	52	53	40	39	180
	51-60 år	52	62	54	57	48	202
	61-70 år	52	39	31	37	33	152
	>70 år	32	38	37	39	34	153
Mand	0-20 år	18	27	16	27	22	100
	21-30 år	64	55	57	60	62	244
	31-40 år	55	52	50	54	24	199
	41-50 år	51	63	63	52	53	237
	51-60 år	41	45	54	59	38	190
	61-70 år	34	40	28	37	46	161
	>70 år	47	35	36	47	21	165
I alt		606	628	627	672	563	2.407

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er til og med den 10. oktober 2017.

Tabel 12.3: Antal tvangsindlæggelser fordelt på køn - andel i parentes (antal foranstaltninger)

Køn	2013	2014	2015	2016	2017	I alt
Kvinde	418 (53,5%)	454 (55,2%)	592 (63,7%)	623 (61,4%)	572 (66,1%)	2.659 (60,3%)
Mand	363 (46,5%)	369 (44,8%)	337 (36,3%)	391 (38,6)	293 (33,9%)	1.753 (39,7%)
I alt	781 (100%)	823 (100%)	929 (100%)	1.014 (100%)	865 (100%)	4.412 (100%)

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er til og med den 10. oktober 2017.

Tabel 12.4: Antal tvangsindlæggelser fordelt på køn (antal unikke patienter)

Køn	2013	2014	2015	2016	2017	I alt
Kvinde	300	315	325	342	299	1.189
Mand	310	317	304	336	266	1.296
I alt	606	628	627	672	563	2.407

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er til og med den 10. oktober 2017

Tabel 12.5: Tvangsindlæggelser fordelt på aldersintervaller (antal foranstaltninger)

Alder	2013	2014	2015	2016	2017	I alt
0-20 år	59	100	223	209	217	808
21-30 år	191	174	186	227	215	993
31-40 år	118	109	109	133	77	546
41-50 år	96	133	121	110	94	554
51-60 år	114	126	124	136	96	596
61-70 år	98	91	80	83	100	452
>70 år	105	90	86	116	66	463
I alt	781	823	929	1.014	865	4.412

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er til og med den 10. oktober 2017.

Tabel 12.6: Antal tvangsindlæggelser fordelt på aldersintervaller (antal unikke patienter)

Alder	2013	2014	2015	2016	2017	I alt
0-20 år	40	62	59	71	67	238
21-30 år	114	115	128	138	128	457
31-40 år	103	81	86	101	58	350
41-50 år	95	115	116	92	92	417
51-60 år	93	107	108	116	86	392
61-70 år	86	79	59	74	79	313
>70 år	79	73	73	86	55	318
I alt	606	628	627	672	563	2.407

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er til og med den 10. oktober 2017.

Visning 13: Antal sengedage for tvangsindlæggelser

Vejledning i at læse tabellerne

Tabellerne viser varigheden af tvangsindlæggelser målt i antal sengedage. Tabel 13.1 og tabel 13.2 viser varigheden af indlæggelserne i intervaller, f.eks. "3-6 dage", mens tabel 13.3 og tabel 13.4 viser varigheden af indlæggelserne med en specifik angivelse af antal sengedage op til en uge. Rækkerne i tabellerne angiver antallet af sengedage, mens kolonnerne viser år. Tabel 13.1 og 13.3 viser fordelingen af antallet af sengedage for unikke patienter, mens tabel 13.2 og 13.4 viser fordelingen af antallet af sengedage for alle gennemførte tvangsindlæggelser.

Bemærk, at kun afsluttede tvangsindlæggelser indgår i denne visning, da det ellers ikke er muligt at beregne indlæggelsesvarigheden. Derfor er antallet af foranstaltninger og unikke lidt lavere i denne datavisning sammenlignet med de øvrige visninger. Opgørelsen af antallet af sengedage for unikke patienter er baseret på "berørt år". Det er forklaringen på, at der i 2017 er flere unikke patienter, der har været underlagt en tvangsindlæggelse med en indlæggelse på mere end 35 dage, end der er foranstaltninger i 2017 med indlæggelsestid på mere end 35 dage.

Resultat

En stor andel af tvangsindlæggelserne er meget korte. Af de 823 tvangsindlæggelser i 2017 har de 397 af dem således en varighed på kun én dag.

Tabel 13.1: Varighed af tvangsindlæggelse fordelt på interval af sengedage (antal unikke patienter)

Sengedage (interval)	2013	2014	2015	2016	2017
Under 3 dage	237	267	276	284	231
3-6 dage	111	107	93	135	98
7-13 dage	74	83	81	79	72
14-20 dage	39	43	43	50	50
21-27 dage	45	33	30	37	26
28-35 dage	33	27	31	29	32
Mere end 35 dage	157	166	162	162	112
I alt	604	626	626	671	542

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er til og med den 10. oktober 2017.

Tabel 13.2: Varighed af tvangsindlæggelser fordelt på interval af sengedage (antal foranstaltninger)

Sengedage (interval)	2013	2014	2015	2016	2017
Under 3 dage	306	356	475	499	449
3-6 dage	129	120	112	146	105
7-13 dage	78	88	85	83	71
14-20 dage	37	43	48	53	52
21-27 dage	46	33	33	37	25
28-35 dage	30	26	29	28	29
Mere end 35 dage	153	155	146	165	92
I alt	779	821	928	1.011	823

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er til og med den 10. oktober 2017.

Tabel 13.3: Varighed af tvangsindlæggelser fordelt på antal sengedage (antal unikke patienter)

Sengedage	2013	2014	2015	2016	2017
1 dag	194	220	227	236	200
2 dage	59	66	69	75	48
3 dage	41	43	44	55	52
4 dage	28	24	21	41	25
5 dage	28	28	18	25	11
6 dage	23	15	18	21	15
7-9 dage	44	35	42	42	35
10-13 dage	31	50	40	39	37
14-20 dage	39	43	43	50	50
21-27 dage	45	33	30	37	26
28-34 dage	33	27	31	29	32
35 eller flere dage	157	166	162	162	112
I alt	604	626	626	671	542

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er til og med den 10. oktober 2017.

Tabel 13.4: Varighed af tvangsindlæggelser fordelt på antal sengedage (antal foranstaltninger)

Sengedage	2013	2014	2015	2016	2017
1 dag	239	286	393	419	397
2 dage	67	70	82	80	52
3 dage	46	51	51	55	54
4 dage	28	24	24	41	26
5 dage	30	30	19	29	11
6 dage	25	15	18	21	14
7-9 dage	46	37	46	43	34
10-13 dage	32	51	39	40	37
14-20 dage	37	43	48	53	52
21-27 dage	46	33	33	37	25
28-34 dage	30	26	29	28	29
35 eller flere dage	153	155	146	165	92
I alt	779	821	928	1.011	823

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er til og med den 10. oktober 2017.

Visning 14: Tid fra en tvangsindlæggelse til en ny tvangsindlæggelse

Vejledning i at læse tabellerne

Tabellerne viser tiden fra én tvangsindlæggelse til en ny tvangsindlæggelse i årene 2013 til 2017. Tabellerne viser data for patienter, der har haft mere end én tvangsindlæggelse. Rækkerne i begge tabeller viser tiden mellem to tvangsindlæggelser. I tabel 14.1 er tiden opgjort i dage op til én uge, mens tiden kun er opgjort i uger i tabel 14.2. Kolonnen yderst til højre i begge tabeller viser det samlede antal påbegyndte tvangsindlæggelser fra 2013 til 2017 for den pågældende tidsperiode, f.eks. 1 dag.

Resultat

Der er sket en stor stigning i antallet af patienter, der tvangsindlægges kort tid efter en afsluttet tvangsindlæggelse. Eksempelvis har der været 119 tvangsindlæggelser i 2017, hvor der er gået under en uge siden patientens sidste tvangsindlæggelse. Dette tal var henholdsvis 46 og 48 i 2013 og 2014. 14 patienter blev i 2017 tvangsindlagt mindre end 24 timer efter deres sidste tvangsindlæggelse blev afsluttet.

Tabel 14.1: Tid mellem tvangsindlæggelser fordelt på antal dage/uger

Tid	2013	2014	2015	2016	2017	I alt
Under 1 dag	12	5	13	12	14	56
1 dag	10	14	19	17	20	80
2 dage	5	8	8	17	20	58
3 dage	-	-	-	-	-	40
4 dage	-	-	-	-	-	60
5 dage	-	-	-	-	-	50
6 dage	-	-	-	-	-	35
7 dage	-	-	-	-	-	38
2 uger	37	28	45	34	41	185
3 uger	9	15	30	27	30	111
4 uger	14	14	32	37	22	119
Mere end 4 uger	175	240	261	347	295	1.318
I alt	281	345	469	548	507	2.150

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er til og med den 10. oktober 2017.

NB: I flere kategorier fremgår tallene ikke af tabellen af hensyn til anonymitet.

Tabel 14.2: Varighed af tidsperiode mellem tvangsindlæggelser fordelt på antal uger

Tid	2013	2014	2015	2016	2017	I alt
1 uge	46	48	101	103	119	417
2 uger	37	28	45	34	41	185
3 uger	9	15	30	27	30	111
4 uger	14	14	32	37	22	119
Mere end 4 uger	175	240	261	347	295	1.318
I alt	281	345	469	548	507	2.150

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er til og med den 10. oktober 2017.

Visning 15: Tid fra seneste ambulante besøg til tvangsindlæggelse

Vejledning i at læse tabellen

Tabellen viser tiden fra seneste ambulante besøg i hospitalspsykiatrien til tvangsindlæggelse i 2017. Tabellen viser udelukkende data for de patienter, der har haft det seneste ambulante besøg i hospitalspsykiatrien mindre end 4 uger før tvangsindlæggelsen. Den øverste række af tabellen viser det samlede antal påbegyndte tvangsindlæggelser i 2017. Den nederste del af tabellen viser antallet af tvangsindlæggelser, hvor der har været et ambulante besøg i "0 til 2 dage" før tvangsindlæggelsen, "0 til 7 dage" før tvangsindlæggelsen osv.

Resultat

Ved knap halvdelen af tvangsindlæggelserne i 2017 har der været et ambulante besøg i hospitalspsykiatrien indenfor de seneste 4 uger før tvangsindlæggelsen. I 103 af tvangsindlæggelserne har der været et ambulante besøg 0-2 dage forud for tvangsindlæggelsen.

Tabel 15.1: Tid fra seneste ambulante besøg i hospitalspsykiatrien til tvangsindlæggelse i 2017 (antal foranstaltninger)

Tid	2017
Antal tvangsindlægger i alt	861
0-2 dage	103
0-7 dage	198
0-14 dage	279
0-21 dage	331
0-28 dage	357

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er til og med den 10. oktober 2017.

Visning 16: Antal tvangsindlæggelser med efterfølgende bæltefiksering

Vejledning i at læse tabellen

Tabellen viser antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser, hvor patienten blev bæltefikseret under tvangsindlæggelsen i årene 2013 til 2017. Rækkerne viser, om der er blevet anvendt bæltefiksering under tvangsindlæggelsen eller ej. Kolonnerne viser årene for tvangsindlæggelsens begyndelse.

Resultat

I 2017 blev 36 % af de tvangsindlagte patienter bæltefikseret. I 2013 var dette tal 31 %. Til sammenligning blev kun knap 9 % af den samlede population af indlagte i hospitalspsykiatrien bæltefikseret under deres indlæggelsesforløb i 2017.

Tabel 16.1: Antal tvangsindlæggelser med bæltefiksering (antal foranstaltninger)

	2013	2014	2015	2016	2017
Bælte under tvangsindlæggelse	184	171	195	254	230
Ingen bælte under tvangsindlæggelse	597	652	734	760	635
I alt	781	823	929	1.014	865

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er til og med den 10. oktober 2017.

Visning 17: Antal tvangsindlæggelser fordelt på afdelinger i hospitalspsykiatrien

Vejledning i at læse tabellerne

Tabel 17.1 viser antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser fordelt på afdelinger i hospitalspsykiatrien i årene 2011-2017. Rækkerne i tabellen viser afdelingerne, mens kolonnerne viser årene.

Ukendt afdeling, afdeling N og afdeling S er udeladt af tabellen. Afdeling N og afdeling S blev nedlagt i 2012. Dette er årsagen til differencen i forhold til den nationale opgørelse af tvangsindlæggelser i 2011 (visning 1). Det bemærkes desuden, at afdeling M blev nedlagt pr. 1/1 2016. De to sengeafsnit blev overflyttet til Afdeling P og Q.

Se eventuelt psykiatriens organisationsdiagram på følgende link:

<http://ps.intra.rm.dk/siteassets/organisation/organisationsdiagram-psykiatrien-pr.-1.-sept.-2016.pdf>

Resultat

Tabellerne viser, at der i 2016 blev påbegyndt flest tvangsindlæggelser i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC) og dernæst i Regionspsykiatrien Vest. Der er dog store forskelle på afdelingerne, hvilket der må tages højde for ved sammenligning på tværs af afdelinger. Tabel 17.2 nedenfor viser antallet af senge på hver af afdelingerne.

I resten af afsnittet vil der blive kommenteret på udviklingen i tallene for de enkelte afdelinger.

Regionspsykiatrierne

I alle regionspsykiatrierne er der sket en stigning i antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser fra 2011 til 2016. I både Regionspsykiatrien Midt og Regionspsykiatrien Vest skete der fra 2015 til 2016 en markant stigning i antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser.

Aarhus Universitetshospital

- Afdeling M (blev nedlagt 1/1/16): Der skete en fordobling af antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser fra 39 i 2011 til 81 i 2015.
- Afdeling P: Der er sket en lille stigning i antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser fra 2011 til 2016 fra 154 til 157 foranstaltninger. Antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser var højest i 2014 og 2015.
- Afdeling Q: Antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser er steget fra 97 i 2011 til 138 i 2016. Fra 2015 til 2016 er der sket en markant stigning i antallet af foranstaltninger. Dette kan hænge sammen med, at Afdeling M blev nedlagt dette år, og at en sengeafdeling blev overflyttet til Afdeling Q.
- BUC: Der er sket en markant stigning i antallet af påbegyndte tvangsindlæggelser i denne afdeling, idet antallet er næsten seks gange så højt i 2016 sammenlignet med 2011.

Tabel 17.1: Antal tvangsindlæggelser fordelt på afdelinger i hospitalspsykiatrien (antal foranstaltninger)

Afdeling	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
AUH afd. M	39	67	71	87	81	22	0
AUH afd. p	154	110	120	167	167	157	160
AUH afd. Q	97	76	71	57	87	138	156
BUC – Primær drift	29	45	46	81	167	172	209
Regionspsyk. Horsens	77	82	97	103	134	125	169
Regionspsyk. Midt	87	71	89	93	96	135	157
Regionspsyk. Randers	72	85	111	76	72	99	100
Regionspsyk. Vest	150	155	179	160	125	164	150
I alt	705	691	784	824	929	1.012	1.101

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er opgjort den 20. december 2017.

Note: Afdeling M: Afdeling for organiske psykiske lidelser og akutmodtagelse; Afdeling P: Afdeling for psykoser; Afdeling Q: Afdeling for Depression og Angst

NB: Tallene fra AUH Retspsykiatri fremgår ikke af tabellen.

Tabel 17.2: Antal senge på afdelinger i hospitalspsykiatrien

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Afd. M	26	26	42	43	43	43	10
Afd. P	64	64	64	66	66	66	74
Afd. Q	64	64	64	66	66	66	84
AUH Rets	66	66	66	66	66	63	63
BUC	49	49	49	49	49	49	49
RP. Horsens	54	54	54	54	41	41	41
RP. Midt	75	63	63	66	66	68	101
RP. Randers	36	36	36	36	36	36	36
RP. Vest	83	83	85	85	85	79	56
I alt	517	505	523	531	518	511	514

Note: Antal senge er pr. 1. januar 2017

Visning 18: Antal tvangsindlæggelser fordelt på hospitalspsykiatri og hospital efter patientens ophold

Vejledning i at læse tabellen

Tabellen viser hvor mange tvangsindlæggelser, der blev påbegyndt på henholdsvis hospitalet (somatikken) og hospitalspsykiatrien i årene 2014-2017. Tallene illustrerer således, om patienten opholdt sig på hospitalet eller hospitalspsykiatrien ved starten af tvangsindlæggelsen.

Eksempel: I 2016 blev der påbegyndt 346 tvangsindlæggelser på et hospital.

Bemærk, at der er en vis usikkerhed omkring tallene for påbegyndte tvangsindlæggelser på hospitalerne. Der tages sandsynligvis for mange tvangsindlæggelser med som tvangsindlæggelser påbegyndt på hospitalerne (omfanget kendes ikke). Det skyldes, at algoritmen er sat op til at placere tvangen på hospitalet, hvis der indenfor samme døgn som den påbegyndes, har været en kontakt til hospitalet. Psykiatrien i Region Midtjylland er i gang med at bygge en ny rapport, som bliver mere præcis.

Resultat

Tallene tyder på, at der er en særskilt problematik i forhold til tvangsindlæggelser på hospitalerne. I 2016 blev 34 % af tvangsindlæggelserne således startet på et hospital. Andelen af påbegyndte tvangsindlæggelser på hospitaler er steget fra 30 % i 2014 til 37 % i 2017.

Tabel 18.1: Antal tvangsindlæggelser på hospitaler og hospitalspsykiatrien (antal foranstaltninger)

Indlæggelsessted	2014	2015	2016	2017
Hospitalspsykiatrien	576	657	669	695
Hospitalet	249	274	346	406
I alt	825	931	1.015	1.101

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er opgjort den 20. december 2017.

Visning 19: Antal tvangsbehandlinger af legemlig lidelse fordelt på afdelinger i hospitalspsykiatrien

Vejledning i at læse tabellerne

Tablet 19.1 viser antallet af påbegyndte tvangsbehandlinger af legemlige lidelser fordelt på afdelinger i hospitalspsykiatrien fra 2011 til 2017. Rækkerne i tabellen viser afdelingerne, mens kolonnerne viser årene. Tvangsbehandlinger af legemlige lidelser forudsætter en tvangsindlæggelse i hospitalspsykiatrien³ og kan derfor have betydning for udviklingen i antallet af tvangsindlæggelser. Tvangsbehandling af legemlige lidelser bliver registreret på de psykiatriske afdelinger, selvom tvangsbehandlingerne reelt primært finder sted på hospitaler.

Ukendt afdeling, afdeling N og afdeling S er udeladt af tabellen. Afdeling N og afdeling S blev nedlagt i 2012. Det bemærkes desuden, at afdeling M blev nedlagt pr. 1/1 2016. De to sengeafsnit blev overflyttet til Afdeling P og Q.

Se eventuelt psykiatriens organisationsdiagram på følgende link:

<http://ps.intra.rm.dk/siteassets/organisation/organisationsdiagram-psykiatrien-pr.-1.-sept.-2016.pdf>

Resultat

Overordnet tyder tabellen ligesom visning 18 på, at der er en særskilt problemstilling vedrørende tvangsindlæggelser på hospitaler.

Tabellen viser, at der i 2016 blev påbegyndt flest tvangsbehandlinger af legemlige lidelser i afdeling Q, og dernæst i Regionspsykiatrien Midt. Der er dog store forskelle på afdelingerne, hvilket der må tages højde for ved sammenligning på tværs af afdelingerne. Se eventuelt Tabel 17.2 under visning 17, der viser antallet af senge på hver af afdelingerne.

³ Tvangsbehandling af legemlig lidelse:

Psykiatriloven finder som udgangspunkt alene anvendelse for patienter, der er indlagt på psykiatrisk afdeling og fysisk befinder sig der. Dette udgangspunkt fraviges dog med lovens regler om tvangsbehandling af legemlig lidelse (§ 13), idet bestemmelsen under visse betingelser giver adgang til tvangsbehandling af en legemlig lidelse under ophold på somatisk afdeling. Som en del af tvangsbehandlingen kan indgå nødvendige undersøgelser og evt. behov for fastholdelse af patienten for behandlingens gennemførelse (regional retningslinje, "tvangsbehandling af legemlig lidelse"). Tvangsbehandling af en legemlig lidelse dækker således over fysisk (somatisk) behandling af psykiatriske patienter. Tvangsbehandlingen vil typisk finde sted på en hospitalsafdeling. Tvangsbehandling af en legemlig lidelse på en hospitalsafdeling forudsætter en tvangsindlæggelse i hospitalspsykiatrien med mindre patienten er tvangstilbageholdt på en psykiatrisk afdeling. Tvangsindlæggelsen forudsætter dog ikke, at patienten rent fysisk tvangsindlægges i hospitalspsykiatrien før indlæggelse og tvangsbehandling på et hospital. Tvangsbehandlinger registreres på de psykiatriske afdelinger, fordi patienten har status af tvangsindlagt/tvangstilbageholdt i hospitalspsykiatrien uanset om patienten fysisk opholder sig på et hospital.

Tabel 19.1: Antallet af tvangsbehandlinger af legemelig lidelse fordelt på afdelinger i hospitalspsykiatrien (antal foranstaltninger)

Afdeling	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
AUH afd. M	-	-	-	-	-	-	-
AUH afd. P	22	7	12	20	25	22	44
AUH afd. Q	23	9	13	13	29	53	42
AUH Retspsykiatri	-	-	-	-	-	-	-
BUC – Primær drift	-	-	-	-	-	-	-
Regionspsyk. Horsens	25	9	9	22	33	14	27
Regionspsyk. Midt	10	13	21	28	18	38	25
Regionspsyk. Randers	12	16	26	18	13	12	27
Regionspsyk. Vest	23	24	30	20	17	25	16
I alt	130	86	127	136	157	194	259

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er opgjort den 20. december 2017.

Note: Afdeling M: Afdeling for organiske psykiske lidelser og akutmodtagelse; Afdeling P: Afdeling for psykoser; Afdeling Q: Afdeling for Depression og Angst

NB: For flere afdelinger fremgår tallene ikke af tabellen af hensyn til anonymitet.

Visning 20: Antal tvangsbehandlinger af legemlig lidelse fordelt på alder

Vejledning i at læse tabellen

Tabellen viser antallet af påbegyndte tvangsbehandlinger af en legemlig lidelse fordelt på to aldersgrupper fra 2011 til 2017. Den ene aldersgruppe er patienter yngre end 18 år, mens den anden aldersgruppe er patienter på 18 år eller ældre. Kolonnerne viser årene, mens rækkerne viser aldersgrupperne. Tallene for patienter yngre end 18 år fremgår ikke under de enkelte år af hensyn til anonymitet.

Resultat

Tabellen viser, at hovedparten af de påbegyndte tvangsbehandlinger på tværs af årene er sket for patienter på 18 år eller derover.

Tablet 20.1: Antal påbegyndte tvangsbehandlinger af legemlig lidelse fordelt på aldersgrupper (antal foranstaltninger)

Alder	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	I alt
0-17 år	-	-	-	-	-	-	-	63
18 år eller ældre	128	86	127	134	144	181	226	1.026

Kilde: Region Midtjyllands BI-portal. Data er opgjort den 20. december 2017.

NB: I kategorien 0-17 år fremgår tallene for de enkelte år ikke af tabellen af hensyn til anonymitet.