



SUNDHEDSSTYRELSEN

Sundhedsstyrelsens  
vurdering

**Reduktion af mest  
indgribende  
tvangsformer**

**Reduktion af mest indgribende tvangsformer**  
Sundhedsstyrelsens vurdering

© Sundhedsstyrelsen, 2025  
Publikationen kan frit refereres  
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

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

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-633-3

Design og layout: Sundhedsstyrelsen

Udgivet af Sundhedsstyrelsen  
Januar 2025

# Indholdsfortegnelse

<b>1. Læsevejledning</b> .....	<b>4</b>
<b>Resumé</b> .....	<b>5</b>
Sundhedsstyrelsens overordnede vurderinger .....	5
Sundhedsstyrelsens yderligere vurderinger .....	9
<b>2. Introduktion</b> .....	<b>10</b>
Proces for udarbejdelse af notatet .....	11
<b>3. Forebyggelse af tvang</b> .....	<b>12</b>
<b>4. Restriktive tvangsformer</b> .....	<b>13</b>
Graduering af restriktive tvangsformer .....	15
4.1. Personlig skærmning .....	16
4.2. Arealbegrænsning .....	16
4.3. Fastholdelse .....	18
4.4. Beroligende medicin .....	20
4.5. Døråfåsning, inklusive aflåsning af patientstue .....	22
4.6. Tvangsfiksering .....	25
<b>5. Tvangsbehandling</b> .....	<b>30</b>
5.1. Tvangsbehandling med medicin .....	30
5.2. Tvungen opfølgning efter udskrivning .....	32
5.3. Tvangsbehandling med elektrostimulation (ECT) .....	35
5.4. Tvangsernæring .....	35
<b>Referenceliste</b> .....	<b>38</b>
<b>Bilag 1: Patient- og pårørendeperspektiv</b> .....	<b>40</b>
<b>Bilag 2: Indhentning af rådgivning</b> .....	<b>40</b>

# 1. Læsevejledning

Nærværende notat indeholder et resumé, en introduktion samt tre kapitler, som omhandler henholdsvis forebyggelse af tvang, restriktive tvangsformer og tvangsmedicinering. Begrebet 'restriktive tvangsformer' anvendes i dette notat som en samlet beskrivelse af tvangsformer, der anvendes i den akutte situation, og som ikke har til formål at behandle den grundlæggende sygdom.

**Resumé:** Resumeet er opdelt i to dele. I første del præsenteres Sundhedsstyrelsens overordnede vurderinger af, 1) hvilke tiltag der vil kunne reducere varigheden af tvangsfiksering og fastholdelser, 2) hvilke tvangsformer der vil kunne anvendes i stedet for tvangsfiksering, fastholdelse og beroligende medicin med tvang samt 3) hvilke tiltag der vil kunne reducere den tid, hvor patienten er i risiko for at blive udsat for tvangsfiksering, fastholdelse og beroligende medicin med tvang. Vurderingerne fremgår i prioriteret rækkefølge. Herudover præsenteres en tabel over konsekvenserne af de enkelte tiltag, der er beskrevet i Sundhedsstyrelsens vurderinger samt en graduering af de restriktive tvangsformer, der er beskrevet i notatet. I anden del af resumeet er en kort beskrivelse af Sundhedsstyrelsens yderligere vurderinger. Disse er fremkommet som led i drøftelserne af, hvordan de mest restriktive tvangsformer reduceres.

**Afsnit 2 – Introduktion:** Her introduceres først tvang som beskrevet i psykiatriloven, det politiske opdrag for udarbejdelsen af nærværende notat samt formålet med notatet. Dernæst beskrives processen for udarbejdelsen af notatet, herunder hvilket grundlag Sundhedsstyrelsens vurderinger bygger på.

**Afsnit 3 – Forebyggelse af tvang:** Afsnittet berører kort tiltag, der kan forebygge de mest restriktive tvangsformer. Det er ikke opgaven med dette notat at beskrive forebyggende tiltag, men i forbindelse med drøftelserne om reduktion af de mest restriktive tvangsformer, har der fra alle sider været et ønske om også at drøfte forebyggelsestiltag, hvorfor det kort berøres i afsnit 3.

**Afsnit 4 – Restriktive tvangsformer:** I afsnittet beskrives restriktive tvangsformer, hvilket vil sige tvangsformer, der anvendes i den akutte situation, og som ikke har til formål at behandle den grund-

læggende sygdom. Der vil både blive beskrevet tvangsformer, som er lovlige i dag, det vil sige bæltefiksering, fastholdelse og beroligende medicin med tvang samt andre tvangsformer, som vil kunne træde i stedet for disse tvangsformer, og som anvendes i andre sammenlignelige lande.

I afsnit 4 fremgår først en graduering af de restriktive tvangsformer. Tvangsformerne er beskrevet fra den mindst til den mest indgribende. Herefter beskrives i afsnit for sig hver af de enkelte restriktive tvangsformer. For hver tvangsform fremgår: en definition, nuværende dansk lovgivning, international lovgivning og eventuelle erfaringer samt danske erfaringer. Hvor det er relevant, er det beskrevet, hvilke forventede konsekvenser der er forbundet med de enkelte tiltag. Afslutningsvist præsenteres Sundhedsstyrelsens vurdering af hver tvangsform – fremhævet i en boks.

**Afsnit 5 – Tvangsbehandling:** Utilstrækkelig behandling af en psykisk sygdom øger risikoen for, at der bliver brug for at anvende anden tvang, herunder bæltefiksering, beroligende medicin og fastholdelse. Derfor beskrives i afsnit 5 forskellige tiltag, der vil kunne reducere, hvor længe patienter er utilstrækkeligt behandlet. Ligesom i afsnit 3 beskrives hver tvangsbehandling i et afsnit for sig. For hver tvangsbehandling fremgår: en definition, nuværende dansk lovgivning, eventuel international lovgivning samt danske erfaringer. Afslutningsvist præsenteres Sundhedsstyrelsens vurdering af hver tvangsform – fremhævet i en boks.

**Bilag 1:** Sundhedsstyrelsen har fået udarbejdet en forskningsrapport om internationale erfaringer med anvendelse af mindre indgribende tvangsformer i sammenlignelige lande, som led i arbejdet med nærværende notat. I forskningsrapporten fremlægges blandt andet patient- og pårørendes oplevelser med tvang. I bilag 1 er patient- og pårørendeperspektivet opsat i et skema i den udstrækning det har været muligt at udlede fra rapporten.

**Bilag 2:** I forbindelse med udarbejdelse af nærværende notat har Sundhedsstyrelsen indhentet rådgivning fra en lang række aktører. I Bilag 2 ses en oversigt over, hvilke aktører, der har været inddraget i arbejdet.

# Resumé

Som følge af 'Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed (2022) har Sundhedsstyrelsen fået til opgave at vurdere, om der findes alternativer til de mest indgribende tvangsformer. En forudsætning for opgaven er, 'at grundlaget for, hvornår tvang kan iværksættes, ikke lempes, og at eventuelle nye tvangsformer, der skal kunne tages i brug inden for den eksisterende økonomiske ramme, ikke må føre til et generelt øget omfang af tvang. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at præmissen om, at indførslen af nye tvangsformer ikke må føre til et generelt øget omfang af tvang, vanskeligt kan opfyldes med mindre eksisterende tvangsformer fjernes. I notatet beskrives derfor mindre indgribende tvangsformer, som vil kunne reducere brugen af de mest indgribende tvangsformer.

Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at tvang i videst muligt omfang kan og skal forebygges. Hvis det på trods af forebyggelse bliver nødvendigt at anvende tvang, skal den tvang, der anvendes, være så lidt indgribende som muligt. Særligt bæltefikseringer er indgribende, og Sundhedsstyrelsens overordnede vurdering er, at det bør være en ambition på længere sigt, at bæltefikseringer udelukkende anvendes i helt ekstraordinære situationer. Som led i at nå dertil, foreslår Sundhedsstyrelsen, at bæltefikseringer på nuværende tidspunkt, som udgangspunkt maksimalt bør have en længde på fire timer. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at hvis denne ambition skal kunne indfries i en sikker psykiatri, forudsætter det, at personalet har andre handlemuligheder, end de har i dag. Det vil i så fald betyde, at der i en periode vil være flere tvangsformer end i den nuværende lovgivning, men at disse tvangsformer er mindre indgribende end bæltefikseringer.

## Sundhedsstyrelsens overordnede vurderinger

Tvang må aldrig erstatte pleje, omsorg og behandling. Anvendelsen af tvang er grundlæggende en afvejning af frihed, omsorg og sikkerhed. Denne afvejning er i sagens natur vanskelig, og Sundhedsstyrelsen har derfor inddraget en lang række interessenter i arbejdet (se bilag 2). Interessenternes holdninger strækker sig fra, at tvang helt skal forbydes til, at tvang er nødvendigt i visse situationer for at passe på patienten, medpatienter, pårørende og personale. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at tvang i videst muligt omfang kan og skal forebygges, men samtidig deler Sundhedsstyrelsen opfattelsen af, at tvang kan være nødvendig i nogle situationer, hvor personalet har gjort alt, hvad de kunne for at forebygge tvang. Derfor vurderer Sundhedsstyrelsen, at hvis lovgiver ønsker at indføre mindre indgribende tvangsformer, bør følgende tvangsformer overvejes i den nævnte prioriterede rækkefølge:

### 1. Krav om hurtig plan for ophør af bæltefiksering og fastholdelse

Udover at forebygge brugen af bæltefikseringer og fastholdelser bør varigheden af disse begrænses mest muligt. Sundhedsstyrelsen vurderer, at bæltefikseringer som udgangspunkt maksimalt bør have en længde på fire timer, mens varigheden af fastholdelser fortsat maksimalt er 30 minutter.

Derfor kan følgende overvejes:

- Krav om plan for ophør af fastholdelser efter 10-15 minutter
- Krav om plan for ophør af bæltefiksering hurtigst muligt og maksimalt efter to timer

## 2. Hurtigere behandling af den psykiske lidelse

Utilstrækkelig behandling af den psykiske lidelse øger risikoen for, at det bliver nødvendigt at anvende andre tvangsformer, herunder bæltefiksering, fastholdelser og akut beroligende medicin. Samtidig er manglende sygdomsindsigt et symptom ved mange psykiske sygdomme, hvilket betyder, at patienten mangler forståelse for behovet for behandling. Derfor vurderer Sundhedsstyrelsen, at patienter hurtigere bør kunne sættes i relevant behandling med tvang. Følgende tvangsbehandlinger kan overvejes i prioriteret rækkefølge:

1. Udvalgte patienter, der tvangsindlægges/indlægges i henhold til dom på grund af medicinsvigt, kan tvangsbehandles med den medicin, som de er ophørt med uden opsættende virkning. Dermed kan behandlingen startes tidligere uden at vente på, at Det Psykiatriske Patientklagenævn har taget stilling til patientens klage over tvangsbehandlingen.
2. Valg af præparat og dosis ved tvangsbehandling sidestilles med valg af behandling i forbindelse med frivillig behandling.
3. Tvungen opfølgning efter udskrivning genindføres.
4. Tvangsbehandling med ECT sidestilles med tvangsbehandling med medicin, så behandlingen ikke udelukkende kan gives på vital indikation.

Ovenstående øgede muligheder for tvangsforanstaltninger gør, at patienten hurtigere vil komme i relevant behandling, og dermed vil tiden, hvor patienten er i risiko for bæltefiksering, fastholdelse og beroligende medicin, blive forkortet.

## 3. Mulighed for at anvise, hvor patienten skal opholde sig

Nogle patienter har i en begrænset periode brug for færre stimuli, og der kan være situationer, hvor der er behov for, at en patient, der er udadreagerende, ikke opholder sig i fællesarealer. Derfor foreslås det at overveje:

- Arealbegrænsning, hvor patienten kan anvises at opholde sig et givent sted med eller uden tilstedeværelse af personale.

Arealbegrænsning vurderes mindre indgribende end bæltefiksering, fastholdelse og beroligende medicin, og det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at det vil kunne reducere anvendelsen og varigheden af bæltefikseringer og fastholdelser samt anvendelsen af beroligende medicin.

## 4. Beroligende medicin og aflåsning af patientstue som alternativ til langvarig bæltefiksering

Hvis målet er, at bæltefikseringer som udgangspunkt maksimalt bør have en længde på fire timer, er det Sundhedsstyrelsens vurdering, at der er behov for flere tiltag end beskrevet i punkt 1-3 ovenfor.

Derfor foreslås det at overveje følgende:

- **Beroligende medicin på indikationen 'fare'**  
Indikationen for at anvende beroligende medicin på indikationen 'fare' skal være den samme som for tvangsfiksering på grund af fare, det vil sige nødvendigt for at afværge, at en patient udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme og helbred.

Beroligende medicin på indikationen 'fare' vurderes mindre indgribende end bæltefiksering over fire timer. Hvis beroligende medicin på indikationen 'fare' indføres, skal det ske som led i en kvalitetssikring (1), og patienterne skal kunne vælge om de ønsker beroligende medicin eller bæltefiksering. Dette bør udelukkende være en mulighed for patienter, der er 15 år eller ældre.

- **Aflåsning af patientstue på retspsykiatriske afdelinger**

Indikationen for aflåsning af patientstue bør være, at det er nødvendigt for at afværge, at en patient udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme og helbred. Det vil sige, at der ikke bør kunne anvendes aflåsning af patientstue til patienter, der udsætter sig selv for alvorlig fare.

Hvis muligheden for aflåsning af patientstue indføres, bør det udelukkende være en mulighed på retspsykiatriske afdelinger i et begrænset tidsrum. Det skal i givet fald foregå som led i indførelse af ny behandling i et formaliseret forskningsregi (1), og patienten skal kunne vælge, om vedkommende ønsker aflåsning af patientstue i stedet for bæltefiksering. Aflåsning af patientstue vurderes generelt at være mindre eller lige så indgribende som bæltefiksering, men der vil formentlig være patienter, som finder denne tvangsform meget indgribende. Derfor bør det udelukkende kunne anvendes overfor patienter, som foretrækker dette frem for bæltefiksering.

### 1.1.1. Konsekvenser af de enkelte forslag

I Tabel 1 nedenfor fremgår en opsummering af konsekvenserne af de enkelte forslag. Konsekvenserne af de enkelte forslag vedrører, hvordan de vil påvirke de mest indgribende tvangsformer samt en overordnet vurdering af de økonomiske konsekvenser. Det vil forventes, at der vil være personaleudgifter i forbindelse med implementering af nye tiltag.

I nedenstående tabel er personaleudgifter i forbindelse med implementering ikke medtaget.

Som det fremgår af tabellen, vil nogle af de foreslåede mindre indgribende tvangsformer være omkostningsneutrale, mens andre forslag ikke vil kunne indføres indenfor den eksisterende økonomiske ramme.

**Tabel 1:** Konsekvenser af ovenstående overordnede vurderinger

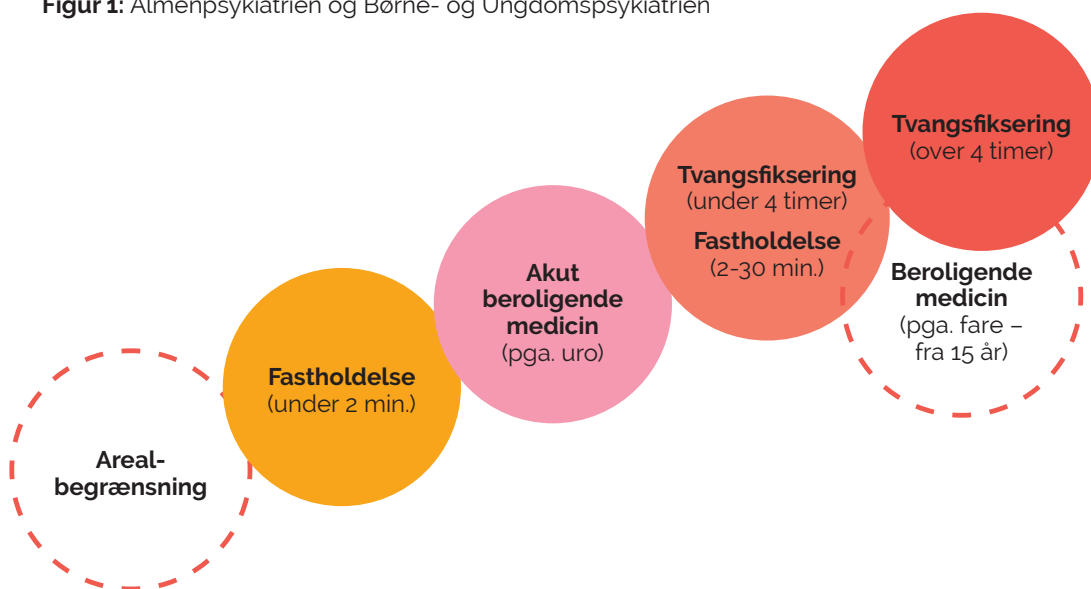
	Kortvarig fastholdelse	Langvarig fastholdelse	Kortvarig bæltefiksering	Langvarig bæltefiksering	Beroligende medicin pga. uro	Samlet tvang	Anlægsudgifter	Personaleudgifter
Arealbegrænsning	Evt. øgning	Reduktion	Reduktion	Uændret	Uændret	Anvendes allerede i dag, men er uregistreret, så registreret tvang øges	Ingen	Ingen
Beroligende medicin på indikation fare	Evt. øgning	Uændret	Uændret	Reduktion	Øgning af anvendelse af beroligende medicin	Afhænger af, hvordan der skal registreres	Ingen	Ingen
Aflåsning af patientstue	Evt. øgning	Uændret	Uændret	Reduktion	Uændret	Uændret	<i>Eventuelt.</i> Beløb afhænger af bygningsmasse	Ja, til videnskabeligt personale
Ændret tvangsbehandling	Reduktion	Reduktion	Reduktion	Reduktion	Reduktion	Reduktion	Ingen	Øgede udgifter til tvungen opfølgning efter udskrivning, men samtidig forventet reduktion af tvangsindlæggelser

### 1.1.2. Graduering af restriktive tvangsformer

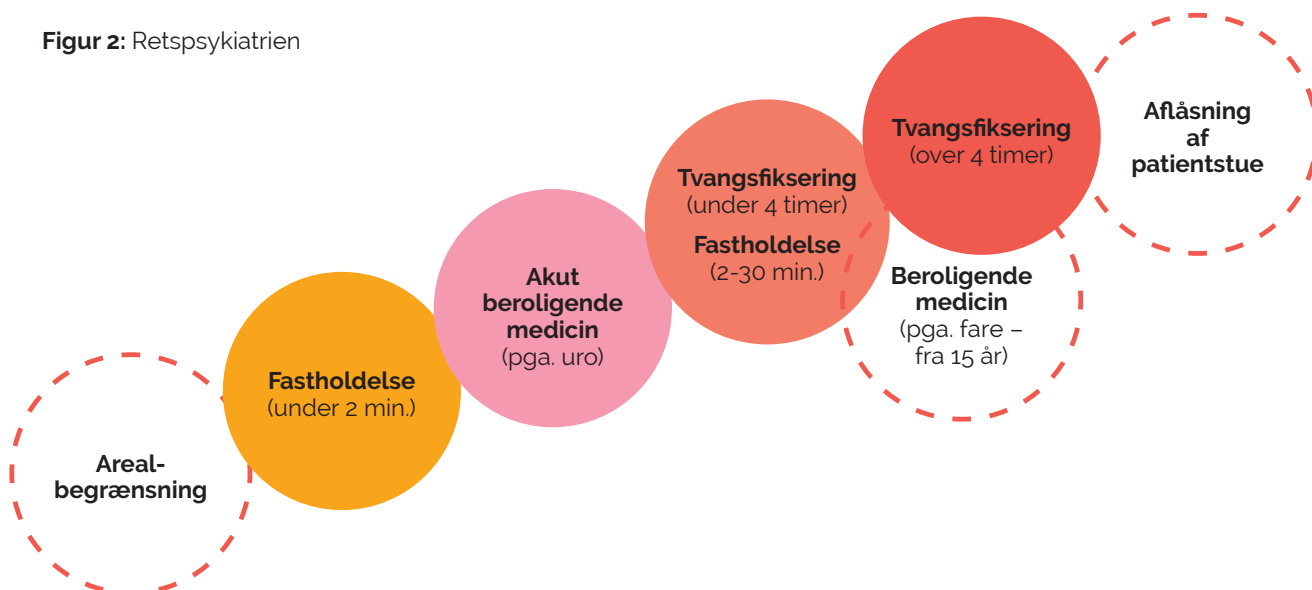
Nedenfor præsenteres i figurer en graduering af de restriktive tvangsformer for henholdsvis almenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien (figur 1) og retspsykiatrien (figur 2). Jo højere oppe en tvangsform befinder sig i figuren, jo mere indgribende. Tvangsformer der i figuren ligger ved siden af hinanden, vurderes lige indgribende. Gradueringen tager udgangspunkt i 'mindste middel'. Der er tale om en generel beskrivelse af oplevelse af

tvangsformer, der gælder på tværs af alle patienter. Det skal understreges, at det er individuelt, hvad der opleves som mindre og mere indgribende, så den enkelte patients tilkendegivelse skal altid vægtes højere end den generelle beskrivelse af 'mindste-middel'. De tvangsformer, der fremgår i en boble med en stiplede linje, er tvangsformer, der ikke er lovhjemmel til i dag.

Figur 1: Almenpsykiatrien og Børne- og Ungdomspsykiatrien



Figur 2: Retspsykiatrien





## Sundhedsstyrelsens yderligere vurderinger

Sundhedsstyrelsen har i notatet også vurderet:

- Bæltefikseringer på patientens anmodning bør afskaffes som mulighed, da det bør være et behandlingsmål, at patienterne lærer at rumme deres uro på en anden måde end ved at blive bæltefikseret. Dette vil reducere anvendelsen af bæltefikseringer.
- Transportremme, der anvendes i forbindelse med forflytninger af patienter, og hvor anvendelsen reducerer risikoen for skader på patient og medarbejdere, fx i døråbninger. Dette vil ikke reducere tvangsanvendelsen. Sundhedsstyrelsen vurderer dog, at det vil være relevant at afprøve transportremme under samtidig kvalitetssikring for at undersøge, om det kan reducere skader på patienter og medarbejdere.
- Oppegående tvangsfiksering, som i udvalgte tilfælde anvendes til patienter på Sikringsafdelingen, bør kunne anvendes udenfor Sikringsafdelingen. Dette vil ikke reducere tvangsanvendelsen, men Sundhedsstyrelsen vurderer, at det vil være relevant at afprøve under samtidig kvalitetssikring.
- Hvis en patient ikke er frihedsberøvet og bliver bæltefikseret, bør det fremgå af lovningen, hvor mange timer, der må gå, før det vurderes, om patienten bør tvangstilbageholdes.

## 2. Introduktion

Det fremgår af psykiatrilovens § 2, stk. 2, at 'tvang må aldrig erstatte omsorg, behandling og pleje', og af § 2, stk. 5, fremgår det, at 'Med henblik på i videst muligt omfang at forebygge anvendelse af tvang skal sygehusmyndigheden tilbyde sygehushold, behandling, pleje og omsorg, som svarer til god psykiatrisk sygehusstand...'. Tvang berører nogle af de mest grundlæggende menneskerettigheder: rettigheden til frihed og respekt for den fysiske og psykiske integritet, og det er fuldstændigt afgørende, at det tvangsforebyggende arbejde fortsat har allerhøjeste prioritet.

Udgangspunktet er uændret at forebygge tvangs-anvendelse. Der er dog situationer, hvor det kan være nødvendigt at anvende tvang, blandt andet for at passe på patienten i situationer, hvor patienten ikke er i stand til at passe på sig selv. Afståelse fra at bruge tvang vil i disse situationer være omsorgssvigt, da patienten også har ret til behandling og hjælp i situationer med manglende sygdomserkendelse. Ligeledes kan der være situationer, hvor tvangs-anvendelse er nødvendigt for at kunne passe på medpatienter, personale og det omgivende samfund. Sundhedsstyrelsens udgangspunkt er således, at tvang i videst muligt omfang kan og skal forebygges og nedbringes til et absolut minimum. Når tvang ikke kan forebygges, skal tvangen være mindst mulig indgribende og have kortest mulig varighed.

Det daværende Ministerium for Sundhed og Forebyggelse indgik i 2014 en national partnerskabsaftale med regionerne om at halvere brugen af bæltefikseringer samtidig med at den samlede brug af tvang skulle reduceres frem mod udgangen af 2020. Sundhedsstyrelsen offentliggjorde i perioden halvårslige monitoreringsrapporter, der fulgte udviklingen. I partnerskabsperiodens afsluttende rapport fremgik det, at alle regioner havde nedbragt anvendelsen af bæltefikseringer, men at der samtidig var sket en stigning i anvendelsen af fastholdelser og akut beroligende medicin i samtlige regioner. Til trods for det store arbejde og regionernes skærpede fokus på området var den samlede brug af tvang under partnerskabsperioden således steget. Den Europæiske Torturkomité har gennem flere år kritiseret den høje hyppighed – og lange varighed – af tvang overfor psykiatriske patienter i Danmark, herunder især bæltefikseringer. Det skal bemærkes,

at 589 bæltefikseringer (14 %) (2) i 2023 varede mere end 24 timer. Torturkomiteen udtrykte i 2023 desuden bekymring over, at bæltefikseringer efter et markant fald, igen er begyndt at stige (3). Ligeledes blev der udtrykt stor bekymring over, at børn og unge udsættes for bæltefiksering.

I marts 2024 blev der indgået en ny partnerskabsaftale mellem stat, regioner og kommuner, hvoraf det fremgår, at 'antallet af episoder med bæltefiksering, fastholdelse og akut beroligende medicin med tvang pr. 100.000 borgere reduceres med 30 % frem mod 2030 (4). Det overordnede mål er således fortsat at nedbringe tvangs-anvendelsen.

Af den politiske Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed (5) fra september 2022 fremgår det, at der er behov 'for at sikre, at handlemulighederne i den regionale psykiatri er tidssvarende og kan tage tilstrækkelig højde for den enkeltes subjektive opfattelse og vurdering af indgrebet. (...) Det er dog en afgørende forudsætning for undersøgelsen, at grundlaget for, hvornår tvang kan iværksættes, ikke lempes, og at eventuelle nye tvangsformer, der skal kunne tages i brug inden for den eksisterende økonomiske ramme, ikke må føre til et generelt øget omfang af tvang.' Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at præmissen om, at indførelsen af nye tvangsformer ikke må føre til et generelt øget omfang af tvang, vanskeligt kan opfyldes med mindre eksisterende tvangsformer fjernes. I notatet beskrives derfor mindre indgribende tvangsformer, som vil kunne reducere brugen af de mest indgribende tvangsformer.

Herudover besluttede Folketinget i november 2023 i forbindelse med vedtagelse af aftalen om en bedre psykiatri, at Sundhedsstyrelsen skulle 'igangsætte et arbejde med at undersøge muligheden for alternative, mindre indgribende tvangsformer, som kan medvirke til at forebygge yderligere brug af tvang. (6)' Af aftalen fremgår det, at der skal anvendes mindre tvang i psykiatrien, særligt af de tvangsformer, der opleves mest indgribende og som opstår i akutte situationer (bæltefiksering, fastholdelse og akut beroligende medicin med tvang). Samtidig skal det undersøges, om der kan findes mindre indgribende tvangsformer, som kan medvirke til at forebygge yderligere brug af tvang.

Dette notat er skrevet på baggrund af de politiske aftaler fra september 2022 og november 2023, og fokus i notatet er således ikke på forebyggelse af tvang, men at beskrive tiltag, der kan reducere brugen af de mest indgribende tvangsformer. Det er uændret Sundhedsstyrelsens ambition, at tvang skal nedbringes, og derfor skal tiltagene ses i sammenhæng med Sundhedsstyrelsens publikation fra 2021 'Anbefalinger for nedbringelse af tvang for mennesker med psykiske lidelser' (7).

Formålet med dette notat er således at beskrive:

1. Tiltag, der vil kunne reducere varigheden af:
  - Tvangsfiksering
  - Fastholdelse
2. Mindre indgribende tvangsformer, der vil kunne anvendes i stedet for:
  - Tvangsfiksering
  - Fastholdelse
  - Beroligende medicin med tvang
3. Tiltag, der vil kunne reducere den tid, hvor patienten er i risiko for at blive udsat for tvangsfiksering, fastholdelse og beroligende medicin med tvang.

## Proces for udarbejdelse af notatet

Som led i arbejdet med notatet har Sundhedsstyrelsen fået udarbejdet en forskningsrapport (8) (herefter angivet: forskningsrapporten) om internationale erfaringer med anvendelse af mindre indgribende tvangsformer i sammenlignelige lande. Forskningsrapporten dækker Sverige, Norge, England og Holland. Herudover beskrives foreløbige resultater vedrørende danske patienter og personales erfaringer og vurderinger af forskellige tvangsformer i forhold til, hvor indgribende de opfattes.

Patienters oplevelser af tvang, som de er beskrevet i både internationale studier og i den danske undersøgelse i forskningsrapporten, er indsat i et skema i bilag 1 i den udstrækning, det har været muligt at uddrage det fra forskningsrapporten. Grundet den begrænsede forskning på området er det i forskningsrapporter understreget, at den eksisterende viden på området ikke tillader stærke konklusioner. Særligt når der ses på børn og unges oplevelser med tvang, er der meget lidt forskning. I skemaet i bilag 1 er der også tilføjet pårørendeperspektivet i det omfang, det er beskrevet i forskningsrapporten.

Foruden forskningsrapporten har Sundhedsstyrelsen indhentet rådgivning fra regioner, faglige selskaber, eksperter, politiet samt bruger- og interesseorganisationer ved afholdelse af en række bilaterale møder. Desuden har der indledningsvist været afviklet en workshop med ambassadører fra EN AF OS, der har oplevet at være udsat for tvangsforanstaltninger i psykiatrien. I Bilag 2 er en oversigt over, hvilke aktører der har været inddraget i arbejdet.

Sundhedsstyrelsens vurderinger i notatet bygger således på resultater fra forskningsrapporten og rådgivning fra interessenter. Som tidligere anført varierer interessenternes holdninger fra, at tvang helt skal forbydes til, at tvang er nødvendigt i visse situationer for at passe på patienten, medpatienter, pårørende og personale.

I notatet gradueres de restriktive tvangsformer, der anvendes i akutte situation, efter hvor indgribende de generelt anses for at være. Dette er en måde at beskrive 'mindste-middel-princippet' på. Graduering er ligeledes foretaget på baggrund af en gennemgang af litteratur og med involvering af interessenterne. Det skal understreges, at det er individuelt, hvad der opleves som mindre og mere indgribende, så den enkelte patients tilkendegivelse vil altid skulle vægtes højere end den generelle beskrivelse af 'mindste-middel'.

### 3. Forebyggelse af tvang

Som anført er det overordnede formål med dette notat at beskrive tiltag, der vil kunne reducere de mest indgribende tvangsformer. I forbindelse med drøftelser med interessenterne har der fra alle sider været et ønske om også at drøfte forebyggelsestiltag, og der er således fremkommet forslag til, hvordan det tvangsforebyggende arbejde kan individualiseres, så fokus lægges på patienter, hvor der er risiko for tvangsanvendelse. Det kan fx ske ved, at der i forbindelse med indlæggelsessamtalen anvendes et systematisk screeningsredskab til at vurdere risikoen for tvangsanvendelse samt ved, at der sammen med patienten tages stilling til, hvordan patienten bedst hjælpes i en tilspidset situation.

Herudover har behovet for ændringer af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner været drøftet. Et bedre tværsektorielt samarbejde vil kunne reducere risikoen for tvangsindlæggelser, og da risikoen for anden tvang under indlæggelse er højere hos patienter, der er blevet tvangsindlagt (9), vil reduktion i tvangsindlæggelser formentlig også kunne føre til reduktion af anden tvang. Sundhedsstyrelsen foreslår derfor, at det i et andet sammenhæng drøftes, om ordningen med udskrivningsaftaler/koordinationsplaner kan gøres mere hensigtsmæssig.

## 4. Restriktive tvangsformer

Begrebet 'restriktive tvangsformer' anvendes i dette notat som en samlet beskrivelse af tvangsformer, der anvendes i den akutte situation, og som ikke har til formål at behandle den grundlæggende sygdom. Det er afgørende, at der i forbindelse med anvendelsen af restriktive tvangsformer samtidig vurderes, hvilken behandling patienten skal have.

Som det fremgår af psykiatrilovens § 2 er formålet med loven at understøtte patientens mulighed for bedring, og tvangsanvendelse skal i videst muligt omfang tage udgangspunkt i patientens behov, ligesom de mindst indgribende foranstaltninger og skånsomme metoder skal anvendes (§ 4). Dette princip betegnes 'mindste middel' -princippet. For personalet kan det være vanskeligt at vurdere, hvordan den enkelte tvangsform påvirker den konkrete patient (10). I dette notat skelnes derfor mellem:

- Psykologisk påvirkning er den enkelte patients individuelle oplevelse af tvangsformerne.
- 'Mindste middel' er en generel beskrivelse af oplevelse af tvangsformer, der gælder på tværs af alle patienter.

I tilfælde, hvor personalet ikke ved, hvilken psykologisk påvirkning de enkelte tvangsformer har på patienten, skal personalet tage udgangspunkt i, hvad der generelt anses som 'mindste middel'. Hvis personalet har kendskab til en patients præferencer, skal personalet handle ud fra disse. Derfor skal en patient bæltefikseres, hvis den pågældende patient foretrækker dette fremfor fx akut beroligende medicin.

I dette kapitel beskrives de restriktive tvangsformer, som kan anvendes i akutte situationer. Der beskrives både tvangsformer, som der er hjemmel til i dag og andre alternative tvangsformer, som anvendes

i sammenlignelige lande. Der beskrives således også tvangsformer, som Sundhedsstyrelsen ikke vurderer skal bringes i anvendelse på nuværende tidspunkt. Tvangsformerne er medtaget i notatet, da de enten fremgår af forskningsrapporten, eller fordi de har været nævnt som mulige alternative tvangsformer af nogle af interessenterne. Det er beskrevet, hvilke overvejelser der ligger til grund for vurderingen af, at tvangsformer ikke skal bringes i spil på nuværende tidspunkt.

### Graduering af restriktive tvangsformer i forhold til 'mindste middel'

Udover den individuelle forskel i psykologisk påvirkning af de enkelte tvangsformer, synes der også at være forskel på, hvordan patienter, pårørende og personale rangerer de forskellige tvangsformer, ligesom der er forskelle mellem voksne og børn/unges vurdering. Det fremgår således af forskningsrapporten, at der på nuværende tidspunkt ikke synes at være enighed om, hvad der betragtes som mindst indgribende. Forskerne har skønmæssigt graderet tvangsformer på baggrund af eksisterende viden og har forsøgt at sammenstille holdninger fra personale, patienter og pårørende. Som anført er denne graduering en generel vurdering og ikke gældende for alle patienter.

Tabel 2 på næste side graderer de restriktive tvangsformer, som er beskrevet i forskningsrapporten og som anvendes i sammenlignelige lande. Tvangsformerne er beskrevet fra den mindst til den mest indgribende. Forskningsrapporten beskriver ikke 'oppegående tvangsfiksering', men da dette er lovligt på Sikringsafdelingen i dag, er denne tvangsform medtaget sammen med tvangsfiksering. De enkelte tvangsformer beskrives i detaljer i de efterfølgende afsnit.

Tvangstype	Beskrivelse	Dansk lovgivning	Udenlandsk lovgivning *
Personlig skærmning	Et eller flere personalemedlemmer befinder sig konstant i umiddelbar nærhed af patienten.	§ 18 d, men kun ved 1) selvmordsrisiko eller 2) grov forulempelse/forfølgelse af andre patienter. Personlig skærmning af under 24 timers varighed er ikke defineret som tvang.	Findes ikke i Sverige, Norge, Holland eller England
Arealbegrænsning	Patienten anvises, hvor vedkommende skal opholde sig. Arealbegrænsning kan i princippet foregå mange steder, men oftest på patientstuen. Døren er uaflåst.	Findes ikke i dansk lovgivning i dag	Findes i Norge, Holland og England Findes ikke i Sverige
Fastholdelse	En eller flere personalemedlemmer fastholder patienten uden brug af remedier.	§ 17, stk. 1	Findes i Sverige, Norge, England og Holland.
Beroligende medicin	Beroligende medicin indgivet enten som tablet eller som injektion i muskulaturen.	§ 17, stk. 2	Findes i Sverige, Norge, England og Holland.
Døraftåsning	Aflåst rum, hvor patienten skal opholde sig.	Udelukkende på Sikringen, §§ 18 a og 18 b, hvor der kan ske aflåsning af patientstue.	Findes i Sverige, Norge, England og Holland.
Tvangsfiksering	Patienten spændes fast til en seng ved hjælp af et bælte. Handsker, hånd- eller fodremme kan kun benyttes ved samtidig anvendelse af bælte.	§ 14	Findes i Sverige, Norge, England og Holland.
Oppegående tvangsfiksering	Patienten har remme om hænder og fødder og remmene er forbundet til et bælte om maven. Patienten kan således bevæge sig rundt, men har svært ved at slå eller sparke.	Udelukkende på Sikringen, § 18 c	Findes ikke i Sverige, Norge, Holland eller England

**Tablet 2:** Oversigt over tvangsformer anvendt i Danmark, Sverige, Norge, England og Holland, som vil kunne anvendes som alternativ til bæltefiksering, beroligende medicin og fastholdelse. Tvangsformerne er rangeret på baggrund af forskningslitteraturen fra mindst til mest indgribende. Oppegående tvangsfiksering er ikke særskilt beskrevet i forskningsrapporten, men medtages i tabellen sammen med tvangsfiksering.

\* Se tekst under beskrivelsen af de enkelte tvangsformer.

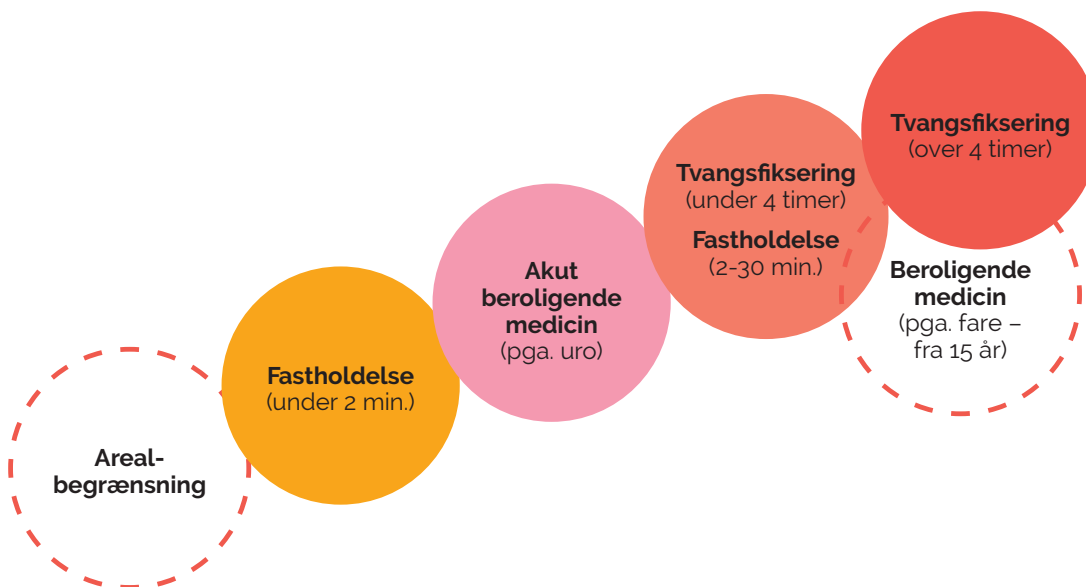
På baggrund af forskningsrapporten har Sundhedsstyrelsen drøftet gradueringen af de restriktive tvangsformer med interessenterne. Som led i drøftelserne blev det klart, at der er behov for at opdele fastholdelse og bæltefikseringer i kort- og langvarige, idet den psykologiske påvirkning af tvangsindgrebet også afhænger af varigheden.

## Graduering af restriktive tvangsformer

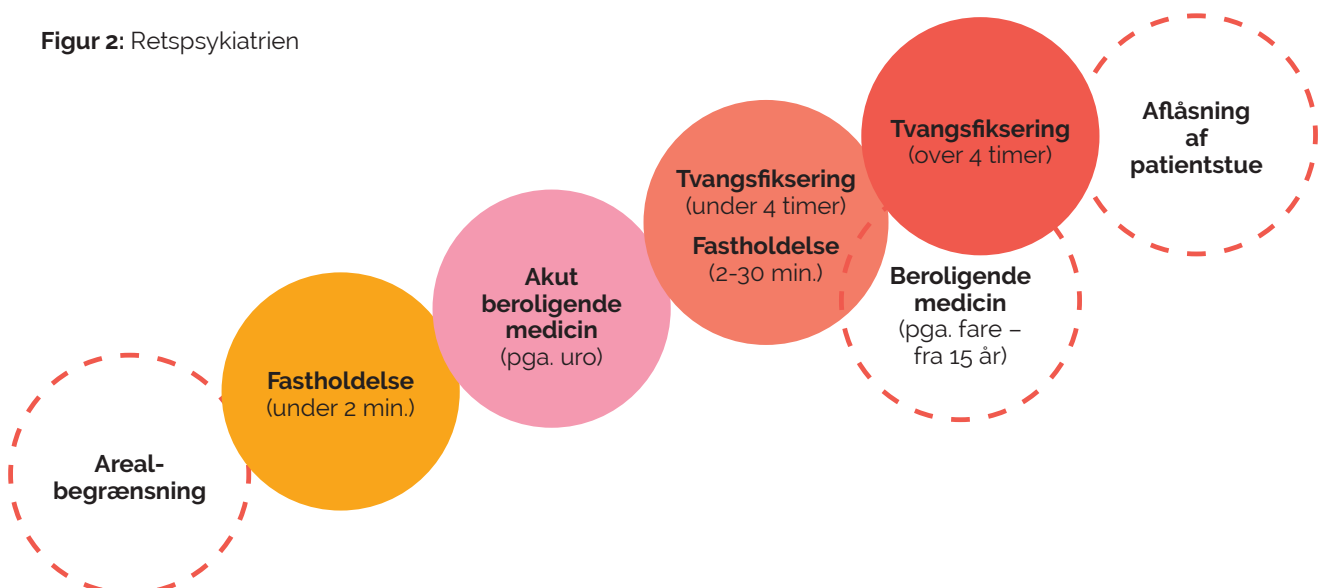
Nedenstående figurer er udarbejdet med henblik på at graduere de foreslåede restriktive tvangsformer i forhold til, hvad der generelt anses som 'mindste middel'. Figur 1 er gældende for almenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien og Figur 2 for retspsykiatrien. Jo højere oppe en tvangsform

befinder sig i figuren, jo mere indgribende. Tvangsformer, der i figuren ligger ved siden af hinanden, vurderes lige indgribende. Det skal understreges, at det er individuelt, hvad der opleves som mindre og mere indgribende, så den enkelte patients tilkendegivelse vil altid skulle vægtes højere end den generelle beskrivelse af 'mindste-middel'. De tvangsformer, der fremgår i en boble med en stiplede linje, er tvangsformer, der ikke er lovhjemmel til i dag.

Figur 1: Almenpsykiatrien og Børne- og Ungdomspsykiatrien



Figur 2: Retspsykiatrien



## 4.1. Personlig skærmning

### Definition

Ved personlig skærmning befinder et eller flere personalemedlemmer sig konstant i umiddelbar nærhed af patienten.

### Nuværende dansk lovgivning

Personlig skærmning med tvang kan ifølge psykiatrilovens § 18 d anvendes i forhold til patienter, der er selvmordtruet, udsætter andres helbred for betydelig skade eller forfølger/groft forulemper andre. Den personlige skærmning kan udelukke foregå i det område, som patienten vælger at befinde sig i. Personlig skærmning skal ordineres af en læge. Ifølge psykiatrilovens § 38, stk. 1 kan der klages over personlig skærmning, når denne har varet mere end 24 timer (11).

### International lovgivning

Personlig skærmning kan anvendes i:

- **Norge:** Personlig skærmning kan anvendes til patienter på grund af 'dennes psykiske tilstand' eller udadreagerende adfærd. Det er den fagligt ansvarlige, der kan beslutte, om patienten af behandlingsmæssige grunde eller af hensyn til andre patienter skal holdes helt eller delvis adskilt fra medpatienter og personale, som ikke deltager i den pågældende patients behandling. Skærmning betragtes både som et behandlings tiltag og som et tiltag for at skærme andre patienter. Skærmning kan finde sted på patientens stue eller en særlig skærmningsenhed.
- **England:** Der kan anvendes en slags skærmning ('enhanced observation') og 'time out'. Under 'time out' observeres patienterne altid af mindst to psykiatriske sygeplejersker, som forsøger at berolige patienten.

### Danske erfaringer

Et uroligt fællesmiljø gør, at nogle rolige patienter vælger at opholde sig på deres egen stue frem for i fællesmiljøet. Hvis personalet havde mulighed for at skærme de urolige patienter på deres stue, vil det kunne bruges til både at deeskalere en situation, og der ville samtidig være bedre mulighed for, at rolige patienter kan være i fælles opholdsarealer.

## Sundhedsstyrelsens vurdering

### Personlig skærmning

Sundhedsstyrelsen vurderer, at det vil være hensigtsmæssigt, hvis det i forbindelse med personlig skærmning med tvang var lovligt at anvise, hvor patienten skal opholde sig. Dette er arealbegrænsning, som beskrives i næste afsnit.

## 4.2. Arealbegrænsning

### Definition

Ved arealbegrænsning anvises patienten, hvor vedkommende skal opholde sig. Arealbegrænsning kan i princippet foregå mange steder, men nok oftest på patientstuen. Døren er uaflåst. Patienten kan være alene på stuen, men arealbegrænsning vil kunne kombineres med personlig skærmning, jævnfør forrige afsnit.

I afsnit 4.5 beskrives aflåsning af patientstue, hvor døren er aflåst. Aflåsning af patientstue er mere indgribende for patienten end arealbegrænsning

### Nuværende dansk lovgivning

Folketingets ombudsmand udgav i 2022 temareporteringen Tvang og ulovbestemte indgreb i psykiatrien(12). Af denne fremgår det, der flere steder i psykiatrien anvendes arealbegrænsning, hvor patienten isoleres på egen stue eller et andet afgrænset areal med ulåst dør og eventuelt med en fast vagt uden for døren. Da arealbegrænsning med tvang ikke er lovligt, betyder det, at der ikke findes data over hyppigheden, og at patienten ikke kan klage over indgrebet. Personalet har dog mulighed for at indgå aftale med patienten om, at patienten opholder sig på sin stue. Dette kræver dog et gyldigt, informeret samtykke fra patienten.

### International lovgivning

Arealbegrænsning er lovlig i Norge, Holland og England. Det fremgår af forskningsrapporten, at der i England anvendes 'stille rum' til arealbegrænsning, hvor patienten altid observeres af mindst to psykiatriske sygeplejersker, som forsøger at berolige patienten. Stillerummet er designet til at skabe en rolig og afslappet atmosfære.



## Sundhedsstyrelsens vurdering

### Arealbegrænsning

Anvendelse af arealbegrænsning er dilemmafyldt, da afskærmning fra andre kan forværre en psykotisk patients tilstand, ligesom det kan opleves som en straf. Det vil derfor skulle vurderes nøje, hvilke patienter, der vil kunne anvises, hvor de skal opholde sig. Samtidig vil arealbegrænsning i nogle tilfælde være konfliktnedtrappende og vil i mange tilfælde også kunne foregå med patientens accept.

Tvangsformen vil i nogle tilfælde kunne erstatte mere indgribende tvangsformer som beroligende medicin, fastholdelse og bæltefikseringer. Det vil fx være relevant til patienter i mani og til udadreagerende patienter. Arealbegrænsning vil også kunne anvendes til patienter, der er i risiko for at skade sig selv, men i så fald i kombination med personlig skærmning.

Derfor vurderer Sundhedsstyrelsen:

- Det bør være muligt for personalet at anvise, hvor patienten skal opholde sig
- Arealbegrænsning bør både kunne anvendes med og uden samtidig personlig skærmning.
- Arealbegrænsning bør i en akut situation kunne beslattes af sygeplejerske eller andet personale med efterfølgende stillingtagen af læge.
- Indikationen bør være den samme som for tvangsfiksering og fastholdelse. Herudover bør tvangsforanstaltningerne kunne anvendes til patienter i akut urolig tilstand, idet disse patienter har brug for færre stimuli, end der er i fællesarealerne.
- Tvangsformen bør revurderes med samme hyppighed som bæltetilsyn.
- Hvis arealbegrænsning lovgiggøres, bør der desuden være krav om konkret, individuel stillingtagen til hyppigheden af tilsyn, som aldrig kan være sjældnere end 60 minutter.
- Hvis arealbegrænsning lovgiggøres, bør det beskrives, hvor lang tid en arealbegrænsning kan vare.

### Konsekvenser af tiltag

Indførelse af arealbegrænsning:

- Vurderes mindre indgribende end bæltefiksering, fastholdelse og beroligende medicin.
- Vil i nogen grad kunne reducere anvendelsen af kortvarig bæltefiksering, fastholdelse og beroligende medicin.
- Vil være omkostningsneutral
- Den samlede registrerede tvang må forventes at stige, da arealbegrænsning allerede anvendes i dag i nogen udstrækning uden lovhjemmel, og derfor ikke registreres som tvang i dag.
- Bør kunne anvendes i børne og ungdomspsykiatrien, almenpsykiatrien og retspsykiatrien.

### 4.3. Fastholdelse

#### Definition

En fastholdelse er, når personalet holder fast i en patient uden brug af remedier. En fastholdelse skal være så kortvarigt som muligt og bør aldrig have en varighed på mere end 30 minutter.

#### Nuværende dansk lovgivning

Det fremgår af Vejledning om anvendelse af tvang m.v. i psykiatrien, at fastholdelse med magt kan ske med tre formål: a) med henblik på at føre patienten til et andet ophold på sygehuset, b) i forbindelse med andet tvangsindgreb og c) som selvstændigt tvangsindgreb. I dette afsnit beskrives udelukkende fastholdelse som selvstændigt tvangsindgreb.

Fastholdelse kan, jævnfør psykiatrilovens § 17 stk. 1 og stk. 2, kun anvendes, hvis patienten opfylder kriterierne for tvangsfiksering og kan anvendes som et mindre indgribende tvangsindgreb.

#### International lovgivning

Fastholdelse som selvstændig tvangsform findes i England, Sverige, Norge og Holland.

#### Danske erfaringer

På højre side fremgår data for fastholdelser i 2023, først for børn og unge og dernæst for voksne (13).

Hos børn og unge sker de kortvarige fastholdelser ofte i forbindelse med forsøg på alvorlig selvskade som strangulering eller voldsom hovedbanken mod væggen. I andre tilfælde er støtten mere omsorgsgivende og med stiltiende accept fra barnet/den unge, som fx at holde i hånd, hvor patienten yder diskret modstand. Hos voksne anvendes fastholdelser fx i ældrepsykiatrien overfor patienter med demens, hvor patienten guides fra et sted til et andet.

Personlig skærmning og arealbegrænsning vil i nogle tilfælde kunne være et alternativ til fastholdelse.

Fastholdelser 2023: Børn og unge (op til 18 år)		
Antal personer		119
Antal gange		1.016
Varighed	Under 2 min.	317
	2-30 min.	644
	Mere end 30 min.	55

Fastholdelser 2023: Voksne (over 18 år)		
Antal personer		857
Antal gange		2.276
Varighed	Under 2 min.	367
	2-30 min.	2.251
	Mere end 30 min.	158

## **Sundhedsstyrelsens vurdering**

### **Fastholdelse**

Sundhedsstyrelsen vurderer, at fastholdelser bør opdeles i:

- Kortvarige fastholdelser, der varer under 2 minutter
- Langvarige fastholdelser, der varer mellem 2 og 30 minutter

Forlaget er begrundet i, at der er stor forskel på den psykologisk påvirkning af kortvarige og langvarige fastholdelser. Langvarige fastholdelse opleves således af nogle patienter som mere indgribende end bæltefiksering.

Sundhedsstyrelsen foreslår, at det i forbindelse med langvarige fastholdelser bliver

- krav om, at der hurtigt og senest efter 10-15 minutter vurderes, hvordan fastholdelsen kan bringes til ophør

### **Konsekvenser af tiltag**

Opdeling af fastholdelser i kort- og langvarig:

- Vil være omkostningsneutral
- Det vil fremstå tydeligere, hvilke fastholdelser der skal forsøges forebygget.

## 4.4. Beroligende medicin

### Definition

Beroligende medicin med tvang er, når en patient tvinges til at tage medicin i beroligende øjemed.

*I Danmark skelnes mellem beroligende medicin med tvang og tvangsbehandling. Tvangsbehandling beskrives i kapitel 5 og er behandling af den psykiatriske sygdom, mens beroligende medicin gives på grund af den urolige tilstand.*

### Nuværende dansk lovgivning

Beroligende medicin med tvang kan jævnfør § 17 stk. 2 i psykiatriloven udelukkende gives til meget urolige patienter.

Som følge af 'mindste middels princip' vil patienten først blive tilbudt medicinen som tablet. Hvis patienten ikke tager medicinen som tablet, kan medicinen gives som en injektion i muskulaturen.

### International lovgivning

Beroligende medicin er lovlig i Norge, Sverige, Holland og England.

### Danske erfaringer

I Danmark er anvendelsen af beroligende medicin med tvang steget i forbindelse med ønsket om at reducere anvendelsen af bæltefikseringer. Således bemærker Den Europæiske Torturkomité i sin rapport til Danmark (3), at tvangsfiksering i en vis udstrækning er blevet erstattet af brugen af fastholdelse og 'chemical restraints'. Komiteen konkluderer, at når tvang på den psykiatriske afdeling er nødvendig, skal mindre indgribende tvangsmidler end tvangsfiksering (med bælte eller 'kemisk') anvendes.

Samtidig er nogle patienter langvarigt bæltefikseret, fordi der vurderes at være en nærliggende risiko for, at patienten udsætter sig selv eller andre for fare, hvis patienten løsnes fra bæltet. Sundhedsstyrelsen vurderer, at beroligende medicin generelt er mindre indgribende end langvarig bæltefiksering. Hvis der var mulighed for at anvende beroligende medicin med tvang på indikationen 'fare', ville patienter, der var langvarigt bæltefikseret, således kunne vælge beroligende medicin i stedet for en langvarig bæltefiksering, så der anvendes den tvangsform, som for den enkelte har den mindste psykologiske påvirkning.

## Sundhedsstyrelsens vurdering

### Beroligende medicin

#### *På indikationen uro*

Anvendelsen af beroligende medicin med tvang på indikationen uro vil i nogle tilfælde kunne erstattes af personlig skærmning og/eller arealbegrænsning. Det er dog Sundhedsstyrelsens vurdering, at der fortsat vil være situationer, hvor der er behov for at kunne anvende beroligende medicin med tvang for at deeskalere en situation og for at undgå, at en fastholdelse ender med en bæltefiksering.

#### *På indikationen fare*

Hvis det bliver lovligt at anvende beroligende medicin med tvang på indikationen fare som alternativ til bæltefiksering over fire timer, vurderer Sundhedsstyrelsen, at:

- Indikationen skal være den samme som for tvangsfiksering på grund af fare, det vil sige nødvendigt for at afværge, at en patient udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme og helbred
- Patienten bør kunne vælge mellem fortsat bæltefiksering og beroligende medicin med tvang
- Ved valg af lægemiddel skal der tages hensyn til bivirkningsprofilen, herunder særligt om lægemidlet er afhængighedsskabende.
- Bør kunne anvendes i børne og ungdomspsykiatrien til patienter over 15 år, i almenpsykiatrien og retspsykiatrien.
- Der bør være et krav om kvalitetskontrol, som skal indeholde:
  - beskrivelse af situationen, og hvad der er gjort for ikke at anvende bæltefiksering eller beroligende medicin med tvang, samt hvorfor patienten vurderes at være til fare for sig selv eller andre, hvis patienten løsnes fra bæltet. Der kan eventuelt anvendes et systematisk voldsrisikoskema, fx V-RISK-10(36).
  - patientens overvejelser om valg af beroligende medicin frem for bæltefiksering, herunder valg af præparat.
- Kvalitetskontrollen bør drøftes på afdelingsniveau med henblik på læring og forebyggelse.

### Konsekvenser af tiltag

Beroligende medicin på indikationen fare som alternativ til langvarig bæltefiksering:

- Vurderes mindre indgribende end bæltefiksering, men nogle patienter vil opleve mindre psykologisk påvirkning af bæltefiksering end ved beroligende medicin.
- Der vil i nogen udstrækning være tale om 'en kemisk fiksering', som beskrevet af Den europæiske Torturkomité.
- Vil kunne reducere anvendelsen af langvarig bæltefiksering, mens anvendelsen af beroligende medicin med tvang – naturligvis – vil stige.
- Vil være omkostningsneutral.
- Den samlede tvangsanvendelse vil være uændret, men hvis hver dosis skal registreres som tvangsanvendelse, må det numeriske antal tvangsanvendelser forventes at stige.

## 4.5. Døraflåsning, inklusive aflåsning af patientstue

### Definition

I psykiatrilovens §§ 18 a og b anvendes begrebet aflåsning af patientstue om muligheden for at låse døren til patientstuer på Sikringsafdelingen, hvor patienten opholder sig uden samvær med andre patienter eller personale.

Andre lande, herunder England, anvender begrebet isolation, som ifølge det engelske sundhedsministeriums fagkodeks (14) til overvåget indespærring og isolation af en patient, væk fra andre patienter. Døren er låst.

I afsnit 4.2 beskrives arealbegrænsning, som kan foregå på patientens stue. Forskellen på aflåsning af patientstue og arealbegrænsning er, at døren – i modsætning til ved arealbegrænsning – er låst ved aflåsning af patientstue. Aflåsning af patientstue er derfor mere indgribende end arealbegrænsning.

### Nuværende dansk lovgivning

Aflåsning af patientstue kan, jf. psykiatrilovens §§18 a og b, udelukkende anvendes over for patienter, der er anbragt på Sikringsafdelingen. Herudover er der, i henhold til psykiatrilovens § 18 f om aflåsning af døre i afdelingen, mulighed for at aflåse til en skærmet enhed, hvor der er mulighed for socialt samvær med medpatienter, der opholder sig i samme enhed (15).

### International lovgivning

Internationalt anvendes forskellige former for aflåste rum til isolation. Rummene varierer internationalt, men der er principielt to former:

- Specielt designet rum. Det kan fx være 'seclusion rooms', hvor de fleste udefrakommende stimuli er elimineret. I nogle tilfælde er rummene indrettet uden møbler og med sømløs gulv- og vægbeklædning. Rummet er aflåst.
- Aflåsning af patientstue.

Isolation er i dag lovligt i:

- *Sverige*, hvor det kan anvendes, hvis patienten er aggressiv og generer andre patienter. En beslutning om isolation er gældende i otte timer, og beslutningen træffes af overlægen. Hvis det er nødvendigt med isolation over otte timer, skal Socialstyrelsen underrettes. I forbindelse med Den Europæiske Torturkomité's seneste rapport fra komitéens besøg i Sverige (16) havde komiteen 'nogle betænkeligheder vedrørende personalets mulighed for at observere isolationsrummets toiletrum' (fremgår af rapportens side 39).
- *Norge*, hvor patienten kortvarig kan anbringes bag låst dør, uden at personalet er i rummet. Isolation kan kun ske i specielle rum, der er særligt indrettede til dette. Der skal være fast vagt. I forbindelse med Den Europæiske Torturkomité's seneste rapport fra komitéens besøg i Norge (17) bemærkede komiteen, at der var en række mangler i forhold til delegation og observation (side 53).
- *Holland*, hvor der findes over 600 isolationsrum på de hollandske hospitaler med varierende sikkerhedsniveau, design og indretning, fx afsondrede rum, isolationsrum, 'time out'-rum eller (strippe- og aflåselige) soverum. Tidligere hollandske studier har vist store forskelle mellem afdelingerne i brugen (forekomst og varighed) af isolation. Patienten har udelukkende kontakt med andre, når personalet observerer patienten, og når patienten får mad og drikke.
- *England*, hvor isolation er muligt til patienter, der er tvangstilbageholdt på hospitaler. Det anvendes som en sidste udvej for at forhindre selvska- de eller skade på andre. Isolation må ikke bruges som straf, trussel, på grund af personalemangel eller som et planlagt element i behandlingen. Det skal vurderes, at risikoen for selvska- de eller skade på andre opvejer enhver øget risiko for patientens sundhed eller sikkerhed ved isolationen. Isolation må kun foretages i rum, der er specifikt indrettet og udvalgt med henblik på formålet, og som ikke tjener nogen anden funktion på afdelingen. I isolationsrummet skal der være mulighed for kommunikation med patienten (eventuelt via samtaleanlæg). Der er be- grænset indretning, hvilket inkluderer seng, pude, madras og tæppe, og der må ikke være sikker- hedsrisici ved disse. Værelser bør ikke have blinde vinkler, og ekstra observationsmuligheder bør være tilgængelige. Der skal være adgang til toilet og vaskefaciliteter. Der gælder regler i forhold til start på isolation og observation fra personale samt revurderinger, som i store træk svarer til det danske regelsæt i forbindelse med bæltefikseringer.

Det store antal isolationsstuer på hollandske psykiatriske afdelinger skal ses i sammenhæng med, at patientpopulationen i Holland også inkluderer mennesker, der i Danmark er i et almindeligt fængsel, herunder mennesker, der har dyssocial personlighedsstruktur. Derfor er det vanskeligt at overføre erfaringer fra Holland til Danmark.

### **Internationale erfaringer**

Det fremgår af forskningsrapporten, at isolation på enkeltstue generelt anses som mindre indgribende end bæltefiksering. Udenlandske patienter, der har erfaring med isolation fremhæver, at det er væsentligt for dem, at de under isolationen har nem og hurtig adgang til at tale med personalet samt mulighed for at tale med pårørende og rådgivere. Isolation kan være et alternativ til (langvarig) bæltefiksering, og nogle patienter vil opleve en mindre psykologisk påvirkning af isolation end ved bæltefiksering, idet de vil kunne bevæge sig frit på et begrænset areal og samtidig ikke være i forøget risiko for blodpropper i ben og lunger (som er en risiko ved langvarig bæltefiksering).

Anvendelse af isolation er imidlertid også dilemmafyldt. Dels vil patienter, der er psykotiske og bange, være overladt til sig selv, hvilket kan forværre deres tilstand, og personalets mulighed for at observere og behandle patienten vil være dårligere, end når patienten er bæltefikseret. Dels vil patienter, der er selvskadende, uanset isolationsrummets indretning, stadig kunne kradse deres øjne ud, bide fingre af eller perforere tarmen. Dels vil det være vanskeligt at vurdere, hvornår det er sikkert for personalet at gå ind til en udadreagerende patient, idet observationsmulighederne er dårligere end ved en bæltefikseret patient.

### **Danske erfaringer**

Da der udelukkende er lovhjemmel til aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen, er der få danske erfaringer med dette. Af forskningsrapporten fremgår det, at flertallet af de adspurgte danske patienter ikke ønsker isolation som en mulighed. Samtidig fremgår det af forskningsrapporten, at isolation på enkeltstue internationalt anses som mindre indgribende end bæltefiksering. Det er således vanskeligt at konkludere, hvordan isolation på enkeltstue vil blive opfattet i en dansk kontekst.

## Aflåsning af patientstue

Sundhedsstyrelsen vurderer, at aflåsning af patientstue generelt er på niveau med eller mindre indgribende end langvarig bæltefiksering. Samtidig er det en indgribende tvangsform, så en mulig lovliggørelse vil være dilemmafyldt.

Hvis det bliver lovligt at anvende døraflåsning, vurderer Sundhedsstyrelsen, at:

- Der skal udelukkende være tale om aflåsning af sengestue, det vil sige, der bør ikke bygges specielt designede rum til isolation (fx seclusion rooms). Selvom disse specialdesignede isolationsrum ville kunne være alternativer til meget langvarige bæltefikseringer, vurderer Sundhedsstyrelsen, at der bør afprøves mindre indgribende tvangsformer før der eventuelt bygges særlige rum til isolation.
- Indikationen skal afgrænses til nødvendigt for at afværge, at en patient udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme og helbred, det vil sige, det bør ikke kunne anvendes til patienter, der udsætter sig selv for alvorlig fare.
- Patienten bør kunne vælge mellem fortsat bæltefiksering og aflåsning af patientstue.
- Aflåsning af patientstue bør udelukkende være muligt i retspsykiatrien, da Sundhedsstyrelsen vurderer, at vi bør have erfaringer med, hvordan isolation opleves i en dansk kontekst, før det eventuelt udbredes til almenpsykiatrien.
- Det bør beskrives, hvor mange timer en patient kan være låst inde ad gangen. Sundhedsstyrelsen foreslår, at hvis der bliver hjemmel til aflåsning af patientstue, bør Sundhedsstyrelsen få til opgave sammen med eksperter at beskrive krav til denne tvangsform, herunder varighed og ophør af isolation.
- Der bør være fast vagt udenfor lokalet, og der bør foretages lægelig revurdering svarende til det, der i dag er gældende for tvangsfiksering. Det er vigtigt, at personalet har fokus på den relationelle kontakt til patienten.
- Da der er tale om et nyt tiltag, vurderer Sundhedsstyrelsen, at en eventuel indførelse af aflåsning af patientstue bør foregå i et formaliseret forskningsregi jf. 'Vejledning om indførelse af nye behandlinger i sundhedsvæsenet'. Forskningsprojektet bør blandt andet indeholde:
  - Beskrivelse af situationen, og hvad der er gjort for ikke at anvende bæltefiksering eller aflåsning af patientstue, samt hvorfor patienten vurderes at være til fare for andre, hvis patienten løsnes fra bæltet. Der kan eventuelt anvendes et systematisk voldsrisikoskema, fx V-RISK-10
  - Patientens overvejelser om valg af og oplevelser af døraflåsning frem for bæltefiksering.
  - Personalets oplevelser samt vurdering af, hvilke patienter tvangsformen kan anvendes til.
- Det bør være et krav, at alle tilfælde af isolation drøftes på afdelingsniveau med henblik på læring og forebyggelse.

### Konsekvenser af tiltag

*Aflåsning af patientstue som alternativ til langvarig bæltefiksering:*

- Kan medføre anlægsudgifter, fx hvis der er blinde vinkler på patientstuen, ligesom patientstuen skal være indrettet således, at personalet har mulighed for at se og kommunikere med patienten.
- Udgifter til personale er uændret, idet tvangsformen vil erstatte en langvarig bæltefiksering, hvor der også er fast vagt. Der vil dog være udgifter til videnskabeligt personale i forbindelse med forskning.
- Kan væsentligt reducere langvarige bæltefikseringer.
- Den samlede tvangsanvendelse vil være uændret.



## 4.6. Tvangsfiksering

### Definition

Ved tvangsfiksering<sup>1</sup> er patienten spændt fast til en seng ved hjælp af et bælte. Handsker, hånd- eller fodremme kan udelukkende benyttes ved samtidig anvendelse af bælte.

### Nuværende dansk lovgivning

Det fremgår af psykiatrilovens § 14, stk. 2, at tvangsfiksering kun må anvendes for at afværge, at en patient 1) udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme og helbred, 2) forfølger eller på anden måde groft forulemper medpatienter eller 3) øger hærværk af ikke ubetydeligt omfang. Når en patient er bæltefikseret, skal der være fast vagt.

Tvangsfiksering har været anvendt i Danmark i en meget lang årrække. Som anført i introduktionen har Den Europæiske Torturkomité gennem flere år kritiseret den høje hyppighed – og lange varighed – af tvang på psykiatriske patienter i Danmark, herunder især bæltefikseringer. Der blev udtrykt bekymring over, at bæltefikseringer efter et markant fald igen er begyndt at stige (18). Ligeledes udtrykker Den Europæiske Torturkomité stor bekymring over, at børn og unge udsættes for bæltefiksering. Som det er anført under langvarige bæltefikseringer i afsnittet om danske erfaringer, er der somatiske risici forbundet med en langvarig bæltefiksering, idet der efter cirka et døgn bæltefiksering er øget risiko for at udvikle blodpropper i ben og lunger

### International lovgivning

Tvangsfiksering er i dag lovligt i:

- Sverige, hvor børn og unge højst må være fikseret i én time, og hvor tvangsfiksering gradueres i 0-4 timer, 4-72 timer og over 72 timer
- Norge, hvor der også er mulighed for at anvende skadeforebyggende tøj samt mulighed for at blive fastspændt til en stol.
- England, hvor tvangsfiksering kun anvendes i exceptionelle situationer, og når særlige krav er opfyldt.
- Holland.

### Danske erfaringer

Tvangsfikseringer gradueres i Tabel 3 som den mest indgribende tvangsform. På nationalt niveau har der siden 2014 været indsatser for at reducere anvendelsen af bæltefikseringer. Indsatsen har medført en reduktion på ca. 40 % i perioden fra 2011-2013 til 2023, men der er stadig 1.097 personer, der blev berørt af bæltefiksering i 2023 (2). Antallet af bæltefikseringer over 48 timer er mere end halveret, således var der 269 bæltefikseringer over 48 timer i 2023. Samtidig med disse fald er der sket en stigning i anvendelsen af beroligende medicin og fastholdelser.

I forhold til børn og unge var der i 2023 i alt 58 børn og unge, der blev bæltefikseret. Det samlede antal bæltefikseringer hos børn og unge var 616 i 2023 (13).

I tabel 3 viser data fra 2023 de hyppigste årsager til bæltefikseringer (19).

**Tabel 3:** Hyppigste årsager til bæltefikseringer hos hhv. børn og unge (op til 17 år) og voksne (18 år og ældre)

	Børn og unge (0-17 år)	Voksne (18 år og ældre)
Farlighed*	534 (87%)	3.230 (90 %)
Frivillig bæltefiksering	0	94 (3 %)
Som led i tvangsernæring	53 (9 %)	< 5
Som led i somatisk tvangsbehandling	21 (3 %)	130 (4 %)

\* Af tvangsskemaerne fremgår 'farlighed' som årsag. Dette dækker over, at patienten enten udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme og helbred.

<sup>1</sup> I notatet anvendes bæltefiksering og tvangsfiksering synonymt.

Nedenfor beskrives følgende:

- Kortvarige bæltefikseringer
- Langvarige bæltefikseringer
- Bæltefiksering af børn og unge

Herudover suppleres med beskrivelse af følgende situationer:

- Frivillige bæltefikseringer
- Bæltefikseringer som led i somatisk tvangsbehandling
- Bæltefiksering som led i tvangsernæring
- Bæltefiksering på patienter, der ikke er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt

### **Kortvarige bæltefikseringer**

Ved kortvarige bæltefikseringer forstås, jævnfør psykiatrilovens §14, stk. 3, bæltefikseringer af få timers varighed.

Data fra 2023 viser, at 40 % af bæltefikseringerne af børn og unge varer mindre end én time, og 21 % var af mellem 1 og 4 timers varighed. For voksne er 33% af bæltefikseringerne kortere end 4 timer (19). Af registreringerne på tvangsskemaerne fremgår 'farlighed' som den hyppigste årsag til kortvarige bæltefikseringer, idet 82 % af bæltefikseringer af børn og unge, og 86 % af bæltefikseringer af voksne var med denne begrundelse. Begrundelsen 'farlighed' dækker over, at patienten enten udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme og helbred, som det fremgår af psykiatrilovens § 14, stk. 2, punkt 1.

### **Langvarige bæltefikseringer**

Ved langvarige bæltefikseringer forstås, jævnfør psykiatrilovens §14, stk. 3, bæltefikseringer af mere end få timers varighed.

Data fra 2023 viser, at 38 % af bæltefikseringerne af børn og unge varer mere end 4 timer. Det tilsvarende tal for voksne er 67 % (19). Af registreringerne på tvangsskemaerne fremgår 'farlighed' som den hyppigste årsag til langvarige bæltefikseringer, idet 94 % af bæltefikseringer af børn og unge, og 92 % af voksne var med denne begrundelse.

Udover den psykologiske indvirkning ved at være fastspændt i længere tid, er der også somatiske risici forbundet med en langvarig bæltefiksering, idet der efter cirka et døgn bæltefiksering er øget risiko for at udvikle blodpropper i ben og lunger (20). Der er derfor også somatiske sundhedsmæssige grunde til at undgå langvarige bæltefikseringer.

### **Bæltefikseringer i børne- og ungdomspsykiatrien**

Det er få individuelle børn og unge, der har været bæltefikseret (58 i alt (13)), men de børn og unge, der oplever at blive bæltefikseret, oplever det gennemsnitligt mange gange. Som anført ovenfor skyldes 94 % af bæltefiksering af børn og unge, at den unge er til fare for sig selv eller andre.

Af forskningsrapporten fremgår det, at der kun er to studier omhandlende mindre indgribende tvangsformer, der har undersøgt børne- og ungepopulationer, så det er ikke muligt at konkludere på baggrund af disse. Et studie viste, at 'unge, der udsættes for omsorg præget af tvang, oplever 'isolation' som mindre skræmmende end 'fysisk tvang'. Det kan ikke vurderes ud fra forskningsrapporten, om der var tale om isolation i form af personlig skærmning med tilstedeværelse af personale eller aflåsning af patientstue uden tilstedeværelse af personale.

### **Frivillige bæltefikseringer**

Nogle patienter har erfaring med at blive rolige i forbindelse med bæltefiksering, og i 2023 blev voksne patienter frivilligt bæltefikseret 94 gange (19). På nogle afdelinger anvendes frivillige bæltefiksering ikke, og her findes andre måder at imødegå patientens uro på.

### **Bæltefiksering som led i somatisk tvangsbehandling (hvor patienten er 'dobbelindlagt')**

Lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling (21) (22) giver mulighed for at anvende tvang overfor patienter, der er varigt inhabile. Af lovens § 8, stk. 2 fremgår (21) det, at der ikke må anvendes hjælpemidler og remedier til fastholdelse. Derfor er det ikke tilladt at anvende bæltefikseringer i disse situationer (22). Tvang anvendt på baggrund af sundhedsloven beskrives ikke i dette notat.

Ved dobbeltindlæggelse forstås samtidig indlæggelse i somatikken og psykiatrien. Det anvendes fx til patienter, der har taget medicin i suicidal øjemed, og som ikke ønsker at modtage behandling eller i tilfælde af delirium hos patienter med primært somatiske sygdom. Hvis patienten opfylder kriterierne for tvangsindlæggelse på psykiatrisk afdeling, indlægges patienten både på den somatiske afdeling (som gennemfører behandlingen) og administrativt på den psykiatriske afdeling. Dermed er psykiatriloven gældende under indlæggelsen i somatikken, og patienten vil kunne tvangsbehandles for den somatiske sygdom. I nogle tilfælde er patienten så urolig, at den somatiske behandling kun kan gennemføres, hvis patienten samtidig er bæltefikseret. Det skete 21 gange overfor børn og unge og i alt 130 gange overfor voksne i 2023 (19).

Sundhedsstyrelsens Task Force for Psykiatrirådet drøftede i 2022 data af bæltefikseringer i somatikken. Der var enighed om, at der manglede viden om, hvilke somatiske sygdomme, som patienterne blev behandlet for, og at der er behov for at undervise personalet i somatikken i tvangsforebyggelse. Det fremgår ligeledes af Anbefalinger for nedbringelse af tvang for mennesker med psykiske lidelser (7), at erfaringer fra regionerne er, at et tæt og formaliseret samarbejde på ledelsesniveau mellem somatiske og psykiatriske afdelinger/akutmodtagelser kan nedbringe tvang på somatiske afdelinger markant.

I tilfælde hvor der er behov for at bæltefikse en dobbeltindlagt patient, er det væsentligt, at det personale, der udfører bæltefikseringen har erfaring med dette. Det har det somatiske ansatte personale ikke, og derfor bør det som udgangspunkt være psykiatrisk uddannet personale til stede, før der tages stilling til og eventuelt gennemføres en tvangsfiksering. Det psykiatriske personale har ligeledes erfaring med at deeskalere opkørte situationer, og dermed vil der også være bedre mulighed for at forbygge tvangsfikseringen.

### **Bæltefiksering som led i tvangsernæring**

Tvangsernæring er beskrevet i afsnit 5.3, så her beskrives udelukkende anvendelse af bæltefiksering som led i at kunne give ernæring med tvang.

Som det fremgår af Tabel 3 er 9 % af alle bæltefikseringer hos børn og unge som led i tvangsernæring, mens der er få voksne (under 5 personer), hvor der anvendes bæltefiksering som led i tvangsernæring.

### **Bæltefiksering af patienter, der ikke er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt**

Det er i dag lovligt at bæltefikse en patient, som hverken er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt. Det skyldes, at det ikke er et krav for at bæltefikse, at patienten samtidig opfylder betingelserne i psykiatrilovens § 5. Det fremgår imidlertid af Årsberetningen fra 2014 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn, at der i journalen skal være 'dokumentation for, at det er vurderet, at patienten opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, hvis patienten ikke er frihedsberøvet, og hvis fikseringen varer i mere end 5 timer' (23).

Det kan være vanskeligt at vurdere, om en patient i en opkørt situation opfylder betingelserne i psykiatrilovens § 5, idet det kan være vanskeligt at skelne mellem om en person blot er rasende, eller om vedkommende er psykotisk eller i en tilstand, der kan sidestilles hermed. I situationer, hvor lægen vurderer, at patienten ikke opfylder betingelserne for at kunne blive tvangstilbageholdt, kan patienten blive udskrevet, hvis vedkommende ikke ønsker at modtage behandlingen frivilligt.

#### 4.6.1. Oppegående tvangsfiksering

##### Definition

Ved oppegående tvangsfiksering er der remme om patientens hænder og fødder, og remmene er forbundet til et bælte. Patienten kan således bevæge sig rundt, men har svært ved at slå eller sparke.

##### Nuværende dansk lovgivning

Oppegående tvangsfiksering er, jævnfør psykiatrilovens § 18 c, i dag udelukkende en mulighed på Sikringsafdelingen og kan derfor kun anvendes overfor ekstraordinært farlige patienter med henblik på at forebygge negative legemlige, sociale og adfærdsmæssige følger af langvarig isolation eller tvangsfiksering.

##### International lovgivning

Som det fremgår ovenfor, er det i Norge lovligt at anvende 'skadeforbyggende' tøj, men oppegående tvangsfiksering er ikke lovlig i hverken Sverige, Norge, Holland eller England.

##### Danske erfaringer

Oppegående tvangsfiksering anvendes på Sikringsafdelingen udelukkende til patienter, der foretrækker oppegående tvangsfiksering frem for aflåsning af patientstue. Af sikkerhedsmæssige årsager kræver det deltagelse af 3-6 personalemedlemmer ved anlæggelse af oppegående tvangsfiksering.

Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2014 en evaluering af oppegående tvangsfiksering. Evalueringen viste, at både patienter og personale opfattede oppegående tvangsfiksering som en mindre indgribende tvangsforanstaltning end bæltefiksering. Etisk Råd anbefalede i 2020 i forbindelse med udtalelse om etiske dilemmaer i retspsykiatrien, at 'det overvejes at udvide muligheden for at gøre brug af aflåst patientstue og oppegående tvangsfiksering som alternativ til langvarig bæltefiksering. I dag er det kun muligt at gøre brug af disse tvangsforanstaltninger på Sikringsafdelingen, og rådet foreslår, at lovens

anvendelsesområde udvides, så det bliver muligt at gøre brug af dem uden for Sikringsafdelingen over for den særlige gruppe af patienter med farlighedsdekret, som er i risiko for at blive udsat for meget langvarig bæltefiksering, mens de står på venteliste til Sikringsafdelingen'. Etisk Råd betragter 'aflåst patientstue og oppegående tvangsfiksering som et forsvarligt og skånsomt alternativ til de voldsomt skadende og dybt krænkende langvarige bæltefikseringer, som rådet finder det magtpåliggende at sikre, aldrig optræder i psykiatrien igen' (24).

Den europæiske menneskeretskomité har påpeget, at patienter på Sikringsafdelingen bør kunne få mulighed for at komme uden for afdelingen med oppegående tvangsfiksering (3).

Anvendelse af oppegående tvangsfiksering kræver i henhold til nuværende psykiatrilov tilladelse fra Styrelsen for Patientsikkerhed.

#### 4.6.2. Transportremme

##### Definition

Bløde remme, der spænder patientens arme og ben fast i forbindelse med akut flytning af patienten fra et sted til et andet (25,26).

##### Nuværende dansk lovgivning

Er ikke tilladt i Danmark i dag.

##### Internationale erfaringer

Transportremme anvendes i Norge (27) og Scotland (28). Risikoen for skade på patient og personalet reduceres derfor i forbindelse med forflytningen.

##### Danske erfaringer

Der opstår jævnligt skade på patient eller personalet i akutte situationer, hvor der er behov for at flytte en udadreagerende patient fx fra fællesarealer til patientens stue. Risikoen er størst, hvor pladsen er begrænset, fx i døråbninger.

## Sundhedsstyrelsens vurdering

### Tvangsfiksering

- Efter maksimalt to timers bæltefiksering bør overlægen (eller dennes stedfortræder) udfærdige en plan for, hvordan bæltefikseringen kan bringes til ophør. Planen bør blandt andet indeholde mulighed for anvendelse af medicinske og ikke-medicinske tiltag herunder mulighed for at flytte patienten til andet afsnit/anden afdeling.
- Bæltefikseringer på patientens anmodning bør afskaffes som mulighed, da patienterne bør lære at rumme uro uden at blive bæltefikseret.
- Der bør fremgå af lovningen, hvornår det skal vurderes, at en bæltefikseret patient opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, hvis patienten ikke er frihedsberøvet
- Muligheden for oppegående tvangsfiksering udvides, så det også omfatter patienter, der er indlagt på Sikringsafdelingen, men kortvarigt opholder sig udenfor denne afdeling. Remmene må ikke kunne ses af andre, med mindre det konkret er nødvendigt for at kunne udføre en eventuel behandling.
- Muligheden for at anvende transportbælter med henblik på at reducere skader på patient og personale i forbindelse med forflytninger bør afprøves under samtidig erfaringsopsamling. Dette bør foregå som led i kvalitetssikring.

### Konsekvenser af tiltag

Forslag om ændringer i forhold til tvangsfiksering:

- Udvidelse af muligheden for oppegående tvangsfiksering vil kun berøre få patienter, men vil fx kunne anvendes i rehabiliterende sammenhæng.
- Muligheden for at anvende transportbælter vurderes at kunne reducere skader på både patienter og personale, men vil ikke ændre på anvendelsen af øvrige tvangsformer.
- Øvrige tiltag vurderes at reducere både kort- og langvarige bæltefikseringer.

## 5. Tvangsbehandling

Utilstrækkelig behandling af en psykisk sygdom øger risikoen for, at der bliver brug for at anvende anden tvang, herunder bæltefiksering, beroligende medicin og fastholdelse. Derfor beskrives i dette afsnit forskellige tiltag, der vil kunne reducere, hvor længe patienter er utilstrækkeligt behandlet.

### Definition

Tvangsbehandling er behandlingen målrettet patientens psykiske lidelse. Tvangsbehandling omfatter tvangsmedicinering af psykisk lidelse, tvangsbehandling af legemlig lidelse, tvangsbehandling med elektrochok (ECT) og tvangsernæring.

### Nuværende dansk lovgivning

Ifølge psykiatrilovens § 12 kan tvangsbehandling kun anvendes over for personer, der opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse.

Overlægen skal sikre, at patienten får passende betænkningstid, dog maksimalt tre dage. Det fremgår videre af § 32, stk. 3, at 'klage over beslutning om tvangsbehandling, jf. kapitel 4, har dog opsættende virkning (29), medmindre omgående gennemførelse af behandlingen er nødvendig for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare eller for at afværge, at patienten udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.' I denne vurdering 'kan indgå en række omstændigheder, herunder sygdommens sværhedsgrad, og om manglende medicinering eventuelt vil kunne føre til brug af andre former for tvang' (11). Samtidig fremgår det af § 3 i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger (30), at 'Tvangsmedicinering forudsætter, at vedvarende forsøg er gjort på at forklare patienten behandlingens nødvendighed, bortset fra akutte situationer, hvor udsættelse af behandlingen er til fare for patientens liv eller helbred'. Retstilstanden på området er således ikke helt enkel.

Regelsættet om tvangsbehandling gælder alle patienter, også patienter med retslig foranstaltning til psykiatrisk behandling, og patienter, der er tvangsindlagt med henblik på behandling.

### Danske erfaringer

Der sker jævnlige, at en patient har været indlagt i to uger, før tvangsbehandling kan påbegyndes. Årsagen er, at når en patient, som afdelingen ikke

kender, indlægges vurderes patienten oftest i nogle dage, før der kan tages stilling til, hvilken behandling, patienten skal tilbydes. Hvis patienten ikke ønsker behandling, skal patienten motiveres for behandling. Dette tager oftest to dage. Hvis patienten i denne motivationsfase tager sin medicin frivilligt, men efterfølgende igen ikke ønsker behandling starter motivationsfasen forfra. Der kan således være tale om flere perioder af to dages varighed, hvor der er motivationsfase. Hvis patienten klager, kan der gå op til syv hverdage, før Det Psykiatriske Patientklagenævn har taget stilling til klagen. For patienter, som er kendt i afdelingen, vil der være en tilsvarende problemstilling, men motivationsfasen kan påbegyndes tidligere end for patienter, som ikke er kendt i afdelingen, men der kan stadig gå over en uge, før patienten bliver behandlet. Ifølge Dansk Psykiatrisk Selskab betyder det både, at patienten er forpint i længere tid, har øget risiko for at tilstanden bliver kronisk og er i øget risiko for at få kognitive skader. Der er således også øget risiko for, at patienten falder ud af arbejdsmarked og sociale netværk.

Den langvarige periode uden sufficient behandling øger, som beskrevet, risikoen for andre tvangsformer. For patienter med udadreagerende adfærd vil der være risiko for personskade og dermed for, at patienten får en retslig foranstaltning. For patienter, der allerede har en behandlingsdom, vil der være risiko for, at den retslige foranstaltning ændres til en anbringelsesdom.

### 5.1. Tvangsbehandling med medicin

#### Nuværende dansk lovgivning

Det fremgår af psykiatrilovens §12, stk. 2, at 'ved tvangsmedicinering skal der anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger.' (31) Det fremgår af § 5 i Bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger (30), at depotpræparater i videst muligt omfang bør undgås.

#### Danske erfaringer

Regelsættet vedrørende behandling i vanlig dosering gør, at hvis speciallægen vurderer, at der er behov for at øge dosis ud over det, der fremgår af Promedicin (32), vil dette som udgangspunkt ikke kunne anvendes for patienter, der tvangsmedicineres.

res. Dog er der mulighed for at øge dosis ud over det, der fremgår af Promedicin, hvis der af journalen fremgår en konkret begrundelse for doseringen. (11)<sup>6</sup>

### Internationale erfaringer

Det fremgår af forskning fra Sverige, at patienter med første-gangs psykose, der behandles med antipsykotisk medicin, har op til 50 % større mulighed for at undgå at falde ud af arbejdsmarkedet, sam-

menlignet med dem der ikke behandles. Dette var særligt gældende for patienter, som blev behandlet med depotpræparat. (33) Tilsvarende viste et finsk studie, at effekten af antipsykotisk medicin aftager efter andet tilbagefald. Derfor er det afgørende at forsøge at undgå tilbagefald (34).

## Sundhedsstyrelsens vurdering

### Tvangsbehandling med medicin

- Patienter, der er 18 år eller ældre, der enten tvangsindlægges eller indlægges i henhold til retslig foranstaltning grundet medicinsvigt og psykose (fx indenfor det skizofrene spektrum), bør kunne tvangsbehandles uden opsættende virkning. Tvangsbehandlingen skal ske med samme type og dosis, som patienten ophørte med forud for den aktuelle indlæggelse.
- Det bør præciseres, at det er muligt at tvangsbehandle patienter med medicin, der er ligger udenfor dosisgrænserne i Promedicin ud fra en konkret lægefaglig vurdering. Begrundelsen skal fremgå af journalen, ligesom det tydeligt skal fremgå, hvorfor der er behov for en anden dosering, end der fremgår af Promedicin. Det bør fortsat ikke være muligt at anvende ekstraordinært stor dosis.
- Depotpræparater kan anvendes til patienter, der tvangsbehandles, hvis det kan dokumenteres, at patienten kan tåle præparatet, og det samtidig vurderes, at depotbehandling vil være mindst indgribende for patienten.
- Det bør af lovgivningen være en klar mulighed for at undtage opsættende virkning.

### Konsekvenser af tiltag

- Indførelse af øgede muligheder for tvangsmedicinering:
- Vurderes mindre indgribende end bæltefiksering, fastholdelse og beroligende medicin.
- Vurderes at reducere bæltefikseringer (både kort- og langvarige), beroligende medicin og fastholdelser (både kort- og langvarige).
- Hurtigere behandling fører til færre indlæggelsesdage. Overordnet vurderes disse tiltag omkostningsneutrale.
- Bør kunne anvendes i almenpsykiatrien og retspsykiatrien, men ikke i børne- og ungdomspsykiatrien.

<sup>6</sup> Afsnit 5.1.8

## 5.2. Tvungen opfølgning efter udskrivning

### Definition

Ved tvungen opfølgning efter udskrivning tvangsbehandles svært syge patienter uden sygdomsindsigt ambulantly.

### Nuværende dansk lovgivning

Ordningen findes ikke i dansk lovgivning i dag.

### Danske erfaringer

I perioden 2010 – 2019 var der et forsøg med 'tvungen opfølgning efter udskrivning'. Ordningen havde til formål at sikre, at det blev muligt at fastholde de sværest psykisk syge patienter i den nødvendige behandling samt reducere gentagne tvangsindlæggelser. Den var tiltænkt patienter helt uden sygdomsindsigt, og den muliggjorde, at patienten kunne blive tvangsbehandlet uden at være indlagt på en psykiatrisk afdeling. Målet var at sikre, at patienten fik en mere stabil behandling af sin psykiske lidelse og dermed kunne undgå, at patienten blev psykotisk, eventuelt blev til fare for sig selv eller andre og eventuelt blev tvangsindlagt gentagne gange.

Følgende skulle være opfyldt, før tvungen opfølgning efter udskrivning kunne iværksættes:

- at patienten i de seneste tre år forud for den aktuelle indlæggelse var blevet tvangsindlagt mindst tre gange
- at patienten i de seneste tre år forud for den aktuelle indlæggelse i mindst ét tilfælde havde undladt at følge den behandling, der var anført i en udskrivningsaftale eller koordinationsplan
- at patienten i forbindelse med den aktuelle indlæggelse blev tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt
- at patienten inden for det sidste halve år forud for den aktuelle indlæggelse havde været ordineret opsøgende behandling ved et udgående psykiatriteam, men havde undladt at følge den ordinerede behandling.

Selve tvangsmedicineringen skulle foregå på en psykiatrisk hospitalsafdeling. Hvis patienten ikke mødte op, kunne overlægen beslutte, at patienten skulle hentes ind ved politiets hjælp, og der skulle være en sundhedsperson til stede ved afhentningen. Ordningen gjaldt i tre måneder, men med mulighed for forlængelse i tre måneder ad gangen og op til maksimalt et år. Patienten kunne klage over beslutningen til Det psykiatriske Patientklagenævn og eventuelt anke beslutningen til by- og landsret.

Af Lovforslag nr. L 128 fra Folketinget 2009-10 fremgår det, at:

- Ordningen var tiltænkt en lille gruppe patienter med alvorlig psykisk sygdom, for eksempel skizofreni, hvor det havde vist sig umuligt at fastholde i den nødvendige, medicinske behandling efter udskrivning fra psykiatrisk afdeling. Gruppen blev hyppigt tvangsindlagt.
- Der var uenighed mellem de faglige selskaber og brugerorganisationer om, hvorvidt ordningen skulle indføres, men flertallet anbefalede en tidsbegrænset forsøgsordning.
- Ordningen blev knyttet til reglerne om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, så den sociale og den behandlingsmæssige indsats blev koordineret.
- Der ønskedes ikke et permanent indgreb i den personlige frihed for denne gruppe af psykiatriske patienter, så ordningen var tidsbegrænset til 12 måneder.
- Ordningen var ikke gældende for patienter, der havde en dom til behandling.

Ved lovens vedtagelse blev det besluttet, at ordningen skulle evalueres efter fire år, men da der kun havde været 30 patienter i ordningen efter fire år, blev ordningen forlænget med yderligere fire år før evaluering.



Efter evalueringen blev Lovforslag nr. L 164 fra Folketinget 2018-19 fremsat. Af dette fremgår det:

- Evalueringen viste, at 126 personer i en syvårig periode har været omfattet af ordningen.
- Patientgruppen var alvorligt psykisk syge, habituelt kronisk psykotiske, uden behandling svært psykotiske og uden sygdomsindsigt eller sygdomserkendelse. Overvejende var patienterne diagnosticeret med skizofreni.
- Alle regioner havde anvendt ordningen, og brug af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner var steget, hvilket førte til mere forebyggelse og nedsættelse af antallet af tvangsindlæggelser.
- Der var uenighed om ordningens hensigtsmæssighed, og hvorvidt der var tale om det mindst indgribende middel over for patientgruppen.
- Der var retssikkerhedsmæssige overvejelser, idet tvangsbehandling kunne foregå på distrikts-psykiatriske centre.
- I modsætningen til tvangsbehandling under indlæggelse, blev der ved ordningen anvendt depotpræparater. Det Psykiatriske Patientklagenævn og Det Psykiatriske Ankenævn havde over mange år fastlagt en praksis, hvor brug af depotmedicin under indlæggelse blev vurderet mere indgribende end enkelt dosering.
- Patienternes forbedrede situation var midlertidig, fordi ordningen var tidsbegrænset, og patienterne i stor udstrækning ophørte med behandling, når ordningens udløb efter maksimalt 12 måneder.

Det daværende Sundheds- og Ældreministerium fandt på baggrund af Sundhedsstyrelsens evaluering og de retssikkerhedsmæssige hensyn, at ordningen med tvungen opfølgning efter udskrivning burde ophæves.

Det fremgik også af Sundhedsstyrelsens evaluering, at der var nogle fagpersoner, som ønskede, at patienten kunne være i ordningen længere end 12 måneder. Ligeledes blev det fremhævet, at ordningen var administrativ besværlig, da:

- Der var ikke dataunderstøttelse til at vise, hvor mange tvangsindlæggelser patienten havde haft, så der kunne være patienter, som kunne profitere af ordningen, men som ikke fik tvungen opfølgning efter udskrivning.
- Ordningen skulle forlænges hver tredje måned.
- Det var ikke lovligt at justere i behandlingen undervejs, hverken i forhold til dosis- eller præparatvalg – heller ikke i forbindelse med bivirkninger.

Hvis ordningen skulle justeres, blev det i evalueringen fremført, at:

- Loven skulle formuleres mere entydigt for at undgå tvivlsspørgsmål.
- Ordningen skulle udvides, så tvangstilbageholdelse (og ikke kun tvangsindlæggelse) talte med.
- Det skulle være lettere at inkludere patienter, der tidligere havde været i ordningen.
- Man skulle kunne justere behandlingen undervejs i forløbet.
- Ordningen skulle forlænges, så den både gjaldt i længere tid ad gangen og for en periode ud over 12 måneder i alt.

Yderligere har Region Syddanmark udarbejdet en kvantitativ undersøgelse af 15 patientforløb, hvor der har været anvendt tvungen opfølgning efter udskrivning. Undersøgelsen viste, at en reduktion af anden anvendt tvang i psykiatrien i relation til en periode, hvor patienten har været underlagt tvungen opfølgning. Reduktionen var både i forhold til indlæggelsesdage under tvangsmæssige rammer, tvangsindlæggelser, tvangsbehandling (af legemlig lidelse og med ECT), beroligende medicin, tvangsfikseringer og fastholdelse (35).

#### Udenlandsk lovgivning og erfaring

Tvungen opfølgning efter udskrivning findes i dag i:

- Sverige: Åben tvangsbehandling kan for eksempel foregå ambulat. Loven finder anvendelse, hvis patienten lider af en alvorlig psykisk lidelse og på grund af sin psykiske tilstand og sine personlige forhold i øvrigt har et 'oundgängligt' behov for psykiatrisk behandling.
- Norge: I Norge kan der anvendes tvang uden for de psykiatriske afdelinger, for eksempel på døgninstitutioner for mennesker med psykisk sygdom. Disse institutioner skal opfylde særlige krav og være godkendt af myndighederne. Den norske lovgivning beskriver i detaljer betingelser og procedurer for anvendelse af tvang.
- England
- Holland

## Sundhedsstyrelsens vurdering

### Tvungen opfølgning efter udskrivning

Sundhedsstyrelsen vurderer, at det bør overvejes at genindføre ordningen med tvungen opfølgning efter udskrivning i en justeret form. Følgende kan overvejes:

- Patientgruppen skal uændret være de sværest psykisk syge patienter, helt uden sygdomsindsigt, som hyppigt tvangsindlægges, og hvor deres sociale situation enten er truet, eller de er udadreagerende og dermed i risiko for at få en særforanstaltning.
- Ordningen gøres administrativt lettere, fx ved at indføre et to-læge-princip, så en overlæge fra en anden afdeling skal vurdere, om patienten kan inkluderes i ordningen:
  - For patienter, der er udadreagerende, bør det være en overlæge med erfaring i at foretage objektiv voldsrisikovurdering.
  - For patienter med truet social situation, bør det først vurderes, om problemstillingen kan imødegås ved fx at anvende økonomisk og/eller personligt værgemål.
- Patienten behandles med depotmedicin, da dette vurderes mindst indgribende. Det skal være muligt at justere behandlingen undervejs i forløbet, fx ved at lave dosisinterval, som behandlingen kan justeres indenfor.
- Patienten får mulighed for at vælge mellem at få tvangsbehandlingen i eget hjem/ på bosted af et udkørende psykiatrisk team eller på psykiatrisk afdeling. Hvis patienten modsætter sig behandlingen, kan politiets inddrages og eventuelt transportere patienten til den psykiatriske afdeling, hvor depotbehandlingen kan gives. Ved at give patienten valgmulighed i forhold til, hvor tvangsbehandlingen gives, vil patienten kunne vælge den form, som vedkommende anser som mindst indgribende. Det kan overvejes, om der kan anvendes en fælles udrykningstjeneste mellem politi og psykiatri til at varetage opgaven.
- Ordningen bør også kunne gælde patienter med dom til behandling.
- Det kan overvejes, om ordningen skal have et mindre stigmatiserende navn.

### Konsekvenser af tiltag

Indførsel af øgede muligheder for tvungen opfølgning efter udskrivning:

- Vil reducere tvangsindlæggelser og dermed restriktive tvangsformer.
- Vurderes mindre indgribende end tvangsindlæggelser og restriktive tvangsformer.
- Giver nye opgaver til politiet, men det må formodes, at der bliver færre tvangsindlæggelser. Politikredse og regionsgrænser er forskellige, hvilket der skal tages højde for i de tilfælde, hvor politiet skal involveres.
- Der er omkostninger forbundet med at køre ud til patienterne, men færre tvangsindlæggelser og færre indlæggelsesdage. Overordnet vurderes ordningen omkostningsneutral.
- Bør kunne anvendes i almenpsykiatrien og retspsykiatrien, men ikke i børne- og ungdomspsykiatrien.

### 5.3. Tvangsbehandling med elektrostimulation (ECT)

#### Nuværende dansk lovgivning

Det fremgår af psykiatrilovens §12, stk. 3, at tvangsbehandling med elektrostimulation kun må iværksættes, hvis patienten og befinder sig i en aktuel eller potentiel livstruende tilstand (30).

#### Danske erfaringer

Elektrostimulation er en virksom behandling af blandt andet alvorlig depression eller delirium. Hos nogle patienter er der ikke effekt af medicinsk behandling, eller der er for mange bivirkninger til dette. Bivirkninger ved ECT-behandling kan være påvirkning af hukommelse. Det er meget forskelligt i hvilken grad dette er udtalt hos den enkelte patient. Hvis patienten ikke ønsker at modtage ECT-behandling, skal tvangsbehandlingen afvente, at patienten er i aktuel eller potentiel livsfare.

### Sundhedsstyrelsens vurdering

#### Tvangsbehandling med elektrostimulation (ECT)

Tvangsbehandling med ECT bør sidestilles med tvangsbehandling med medicin, så patienterne kan klage med opsættende virkning, men behandlingen kan gives, før patienten er i livsfare. Det bør kunne dokumenteres, at medicinsk behandling ikke har effekt, før der kan gives ECT med tvang.

Bør kunne anvendes i almenpsykiatrien og retspsykiatrien, men ikke i børne- og ungdomspsykiatrien.

#### Konsekvenser af tiltag

Indførelse af mulighed for tvangsbehandling med elektrostimulation:

- Vil formentligt resultere i en reduktion i anvendelsen af restriktive tvangsformer.
- Forslaget er udgiftsneutralt.

## 5.4. Tvangsernæring

### Nuværende dansk lovgivning

Det fremgår af § 7 i Bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, at tvangsernæring kun må gennemføres, hvis tvangsernæringen er nødvendig for at redde patientens liv, eller hvor undladelse vil medføre en alvorlig risiko for patientens liv eller helbred (30).

### Danske erfaringer

Tvangsernæring anvendes nødigt, men for nogle personer med svær anoreksi, som er så syge, at de risikerer at dø af mangel på ernæring, kan det

blive nødvendigt. Tvangsernæring kan, jævnfør § 7 i *Bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger*, udelukkende anvendes på vital indikation (30). Der kan opstå situationer, hvor fortvivlede pårørende (oftest forældre) anmoder om, at tvangsernæring anvendes på et tidligere tidspunkt. Det er en meget vanskelig situation for både patient, pårørende og personalet. Samtidig løser tvangsernæringen ikke selve problemstillingen.

## Sundhedsstyrelsens vurdering

### Tvangsernæring

Tvangsernæring bør i videst muligt omfang undgås, da det ikke løser den grundlæggende psykiske problemstilling og samtidig kan fastholde patienten i et uhensigtsmæssigt mønster, der kan være meget langvarigt.

Sundhedsstyrelsen vurderer derfor, at tvangsernæring fortsat udelukkende skal kunne gives på vital indikation.



# Referenceliste

- 1) Vejledning om indførelse af nye behandlinger i sundhedsvæsenet. 1999.
- (2) Sundhedsstyrelsen. Monitorering af tvang i psykiatrien. Opgørelse for perioden 1. januar 2023 – 31. december 2023. 2024. 1–15.
- (3) Council of Europe. Report to the Danish Government on the visit to Denmark carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). 2019. 1–85.
- (4) Indenrigs- og sundhedsministeriet. Ny aftale sætter mål for hurtig hjælp til børn og unge i psykisk mistrivsel. Opdateret: 2024.Aug 13. 2024. Link: <https://www.ism.dk/nyheder/2024/april/ny-aftale-saetter-maal-for-hurtig-hjaelp-til-boern-og-unge-i-psykisk-mistrivsel->
- (5) Sundhedsministeriet. Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed. 2022. 1–23.
- (6) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. En bedre psykiatri - hurtigere behandling til børn og unge, bedre akut hjælp og større trykthed for medarbejderne. 2023. 1–14.
- (7) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for nedbringelse af tvang for mennesker med psykiske lidelser. 2021. 1–53.
- (8) Gildberg, FA., Pedersen, ML., Lindekilde, C., Baker, J., Birkeland, S. Graduering af tvang i psykiatrien. Undersøgelse og kortlægning af gradueringsspraksis blandt patienter, pårørende, børn og unge samt personale i psykiatrien ift. brug af tvang. Sundhedsstyrelsen: Retspsykiatrisk Forskningsenhed Middelfart (RFM), Institut for Regional Sundhedsforskning, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet - Sundhedsstyrelsen, 2024. 2024.
- (9) Danielsen AA, Fenger MHJ, Østergaard SD, Nielbo KL, Mors O. Predicting mechanical restraint of psychiatric inpatients by applying machine learning on electronic health data. 2019:1–32.
- (10) Lindekilde CR, Pedersen ML, Birkeland SF, Hvidhjelm J, Baker J, Gildberg FA. Mental health patients' preferences regarding restrictive interventions: An integrative review. J Psychiatr Ment Health Nurs 2024.
- (11) Det psykiatriske ankenævn. Årsberetning 2023. 2023. 1–43.
- (12) Folketingets ombudsmand. Tamarapport - Tvang og ulovbestemte indgreb i psykiatrien. 2022. 1–19.
- (13) Sundhedsdatastyrelsen. Brug af tvang i psykiatrien. Maj 14. 2024. Link: <https://www.esundhed.dk/home/emner/patienter%20og%20sygehuse/brug%20af%20tvang%20i%20psykiatrien>.
- (14) Department for Constitutional Affairs. Mental Capacity Act 2005 - Code of Practice. 2007:1–302.
- (15) Lovbemærkninger til psykiatrilovens § 18 f om aflåsning af døre i afdelingen (L 140 – 2006). 2022.
- (16) Council of Europe. Report to the Swedish Government on the visit to Sweden carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). 2021. 1–50.
- (17) Council of Europe. Report to the Norwegian Government on the visit to Norway carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). 2018. 1–64.
- (18) Mijatovic D. COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS OF THE COUNCIL OF EUROPE. 2023. 1–31.

- (19) Anonymous . Egne beregninger baseret på tal fra Registeret for Tvang i Psykiatrien (pr. 16. april 2024) fra Sundhedsdatastyrelsen. Link: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygdomme-laegemidler-og-behandlinger/tvang-i-psykiatrien>.
- (20) Dansk Psykiatrisk Selskab. Tromboseprofylakse til immobiliserede, psykiatriske patienter. . 1–3.
- (21) Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile. 2019.
- (22) Styrelsen for Patientsikkerhed. Tvang ved somatisk behandling. Aug 13. 2024. Link: <https://stps.dk/sundhedsfaglig/ansvar-og-retningslinjer/patienters-retsstilling/informeret-samtykke/varigt-inhabile-patienter/somatisk-tvang>.
- (23) Det Psykiatriske Patientklagenævn. Årsberetning 2014. 2014. 1–147.
- (24) Etisk Råd. Udtalelse om etiske dilemmaer i retspsykiatrien. Opdateret: 2020.Aug 13. 2024. Link: <https://etiskraad.dk/alle-udgivelser/psykiatri/udtalelse-om-etiske-dilemmaer-i-retspsykiatrien>.
- (25) Care Quality Commision. Brief guide: restraint (physical and mechanical).
- (26) NICE - National Institute for Health and Care Excellence. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. 2015. 1–65.
- (27) SIFER - Nasjonalt Kompetanseenternetværk For Sikkerhets-, Fængsels- og Rettspsykiatri. MAP – Sifer.
- (28) Safer Handling. Safer Handling Soft Restraint Kit.Aug 13. 2024. Link: <https://www.safer-handling.co.uk/soft-restraint-equipment>.
- (29) Psykiatriske Patientklagenævn. Aug 13. 2024. Link: <https://stpk.dk/borgere/naevn/det-psykiatriske-patientklagenaevn/>.
- (30) Bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger. 2019.
- (31) Psykiatriloven. 2022.
- (32) Information om medicin. Aug 13. 2024. Link: <https://pro.medicin.dk/>.
- (33) Solmi M, Taipale H, Holm M, Tanskanen A, Mittendorfer-Rutz E, Correll CU, et al. Effectiveness of Antipsychotic Use for Reducing Risk of Work Disability: Results From a Within-Subject Analysis of a Swedish National Cohort of 21,551 Patients With First-Episode Nonaffective Psychosis. *Am J Psychiatry* 2022;179(12):938–946.
- (34) Taipale H, Tanskanen A, Correll CU, Tiihonen J. Real-world effectiveness of antipsychotic doses for relapse prevention in patients with first-episode schizophrenia in Finland: a nationwide, register-based cohort study. *The Lancet Psychiatry* 2022;9(4):271–279.
- (35) Corap-Vædele H. En kvantitativ undersøgelse af 15 patientforløb ved psykiatrisk afdeling Odense. 2024. 1–15.
- (36) V-RISK-10 – Sifer.

# Bilag 1:

## Patient- og pårørende perspektiv

Som led i arbejdet har Sundhedsstyrelsen fået udarbejdet en forskningsrapport (8) om internationale erfaringer med anvendelse af mindre indgribende tvangsformer i sammenlignelige lande. Forskningsrapporten dækker Sverige, Norge, England og Holland. Herudover beskrives foreløbige resultater vedrørende danske patienter og personales erfaringer og vurderinger af forskellige tvangsformer i forhold til, hvor indgribende de opfattes.

Patienters oplevelser af tvang, som de er beskrevet i både internationale studier og i den danske undersøgelse i forskningsrapporten, er indsat i et skema i bilag 1. Det er individuelt, hvad der opleves som mindre og mere indgribende, hvilket også er fremgår af de patientoplevelser der fremgår af bilag 1. Ligeledes er det i forskningsrapporter understreget, at den eksisterende viden på området ikke tillader stærke konklusioner, grundet den begrænsede forskning på området. Særligt når der ses på børn og unges oplevelser med tvang, eksisterer der meget lidt forskning.

Tvangsform	Patientperspektiv
Bæltefiksering	<p><b>Internationale studier</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tolv studier undersøgte 'bæltefiksering', der blev vurderet som den mindst foretrukne intervention af flertallet af deltagerne.</li><li>• De to studier, der fokuserede på børne- og unge populationer, rapporterede begge, at de fleste patienter foretrak 'isolation' frem for 'bæltefiksering'.</li><li>• Kommunikationspræferencer inkluderede også, at personalet talte om grunde til 'fastholdelse' og 'bæltefiksering'. Generelt ville patienter foretrække at have mere kontakt og kommunikation med personalet under selve 'fastholdelsen' og 'bæltefikseringen'.</li><li>• Fire studier rapporterede om selve proceduren som en faktor, der påvirkede præferencer med hensyn til 'bæltefiksering' og 'fastholdelse'.</li><li>• I et af de inkluderede studier vurderede patienter, der havde været udsat for RI (restriktive tvangsformer – bæltefiksering, fastholdelse og beroligende medicin med tvang), foranstaltningerne som mindre acceptable sammenlignet med patienter, der ikke havde erfaring. Tre studier fandt undtagelser til dette: I et studie betragtede patienter, der var blevet udsat for 'bæltefiksering', dette mere positivt end patienter, der ikke var blevet 'bæltefikseret'.</li><li>• Samme studie peger på, at patienter, der havde erfaring med enten 'bæltefiksering' eller 'isolation', muligvis foretrak disse indgreb frem for 'akut beroligende medicin med tvang'.</li><li>• Patienter uden erfaring med 'fastholdelse' foretrak 'akut beroligende medicin med tvang' frem for 'isolation' og 'bæltefiksering'.</li></ul>



## Isolation

## Internationale studier

- De to studier, der fokuserede på børne- og unge populationer, rapporterede begge, at de fleste patienter foretrak 'isolation' frem for 'bæltefiksering'.
- 'Isolation' blev foretrukket frem for 'bæltefiksering' i otte ud af otte studier.
- To studier undersøgte 'isolation' og 'fastholdelse', samt 'akut beroligende medicin med tvang' og 'isolation', hvor interventionerne var lige foretrukne.
- Syv studier pegede på, at patienter foretrak nemmere og hurtigere adgang til at tale med personalet under isolation. Eksempler på kommunikation med personalet inkluderede samtaler om situationen under 'isolationen' eller at få lov til at forhandle om dens varighed. Patienter foretrak også at have mulighed for at tale med familie, venner eller rådgivere under isolation. Kommunikation var vigtig for patienternes opfattelse af respekt og human behandling.
- Fem studier beskrev faktorer, der påvirkede patienters præferencer med hensyn til 'isolation'. Jo mere 'isolation' der blev brugt på afdelingerne, desto mere positive var patienternes holdninger til interventionen ( $r = +0.18$ ,  $P < 0.05$ ). Ét studie rapporterede, at patienter foretrak overvågning gennem et vindue frem for et overvågningskamera. Desuden blev en kort varighed af 'isolation' betragtet som at foretrække.
- I ét studie blev det rapporteret, at patienter valgte 'isolation' frem for medicin på grund af medicinens bivirkninger. I et studie foretrak mandlige patienter, at medicinen blev administreret af en medarbejder af samme køn, og at den blev brugt i stedet for isolation, idet medicinen virkede hurtigere end 'isolation'. De fleste patienter foretrak oral administration frem for injektion, og medicin var at foretrække frem for 'isolation', såfremt tiden tilbragt i 'isolation' blev opfattet som 'for lang'.
- Et studie fandt, at ældre patienter udtrykte større generel accept af 'fastholdelse' ( $r = .123$ ,  $p < .001$ ), 'isolation' ( $r = .083$ ,  $p = .002$ ), og 'konstant observation' ( $r = .105$ ,  $p < .001$ ).
- Tre studier fandt sammenhæng mellem køn og præferencer for RI: Et studie fandt, at 46% af mændene foretrak 'isolation' i forhold til 27%, der foretrak 'akut beroligende medicin med tvang', mens 60% af kvinderne foretrak 'akut beroligende medicin med tvang' i forhold til 23%, der foretrak 'isolation'. Et studie fandt ligeledes, at kvinder var mindre accepterende over for 'isolation' end mænd.
- Sidst men ikke mindst, fandt et studie, at mænd havde større accept af 'fastholdelse' ( $t = 3.16$ ,  $df = 1,318$ ,  $p = .002$ ), 'isolation' ( $t = 2.42$ ,  $df = 1,330$ ,  $p = .016$ ), og 'observation' ( $t = 2.26$ ,  $df = 1,339$ ,  $p = .024$ ) end kvinder havde.
- Samme studie peger på, at patienter, der havde erfaring med enten 'bæltefiksering' eller 'isolation', muligvis foretrak disse indgreb frem for 'akut beroligende medicin med tvang'.
- Patienter uden erfaring med 'fastholdelse' foretrak 'akut beroligende medicin med tvang' frem for 'isolation' og 'bæltefiksering'.
- Ligeledes fandt et studie, at unge der udsættes for omsorg præget af tvang, oplever 'isolation' som mindre skræmmende end 'fysisk tvang'. Det konstateredes, at der er behov for yderligere forskning på området.

## Dansk undersøgelse

- På spørgsmålet om 'isolation' bør være en alternativ tangsforanstaltning i Danmark svarede 53,8% (n=515) 'Nej', 20% (n=192) svarede 'Ja', og 26,2% (n=251) svarede 'Ved ikke'.

## Fastholdelse

## Internationale studier

- To studier undersøgte 'isolation' og 'fastholdelse', samt 'akut beroligende medicin med tvang' og 'isolation', hvor interventionerne var lige foretrukne.
- Kommunikationspræferencer inkluderede også, at personalet talte om grunde til 'fastholdelse' og 'bæltefiksering'. Generelt ville patienter foretrække at have mere kontakt og kommunikation med personalet under selve 'fastholdelsen' og 'bæltefikseringen'.
- Fire studier rapporterede om selve proceduren som en faktor, der påvirkede præferencer med hensyn til 'bæltefiksering' og 'fastholdelse'.
- Et studie fandt at kvinder, der blev fastholdt af mandlige medarbejdere, tilføjede et element af frygt for patienterne.
- Af to studier fremgår det, at patienter anmoder om, at personalet optræder mindre voldelige under brug af 'fastholdelse'. Patienter gav ligeledes udtryk for et ønske om at personalet var veluddannede i fastholdelsesteknikker, fx ved at fastholde patienter på en måde, der gjorde det lettere at trække vejret, og at 'fastholdelsen' måtte være så kort som muligt.
- Et studie fandt, at ældre patienter udtrykte større generel accept af 'fastholdelse' ( $r=.123$ ,  $p<.001$ ), 'isolation' ( $r=.083$ ,  $p=.002$ ), og 'konstant observation' ( $r=.105$ ,  $p<.001$ ).
- Sidst men ikke mindst, fandt et studie, at mænd havde større accept af 'fastholdelse' ( $t=3.16$ ,  $df=1,318$ ,  $p=.002$ ), 'isolation' ( $t=2.42$ ,  $df=1,330$ ,  $p=.016$ ), og 'observation' ( $t=2.26$ ,  $df=1,339$ ,  $p=.024$ ) end kvinder havde.
- Desuden misbilligede patienter, der havde været udsat for enten 'fastholdelse' eller 'akut beroligende medicin med tvang' disse mere kraftigt end dem, der ikke var blevet udsat for sådanne foranstaltninger.
- Patienter uden erfaring med 'fastholdelse' foretrak 'akut beroligende medicin med tvang' frem for 'isolation' og 'bæltefiksering'.

**Tvangsform****Patientperspektiv****Akut beroligende medicin med tvang****Internationale studier**

- To studier undersøgte 'isolation' og 'fastholdelse', samt 'akut beroligende medicin med tvang' og 'isolation', hvor interventionerne var lige foretrukne.
- Fire studier præsenterede faktorer, der påvirkede patienters præferencer for 'akut beroligende medicin med tvang'. De foretrukne typer medicin var Ativan eller Xanax (n=31) frem for Haldol, Proxolin eller Navane (n=26), samt Lorozepam (n=19) og Haloperidol (n=13) over Olanzapine (n=5). Patienter foretrak, at læger ikke anvendte antipsykotika, der havde bivirkninger. I ét studie blev det rapporteret, at patienter valgte 'isolation' frem for medicin på grund af medicinens bivirkninger. I et studie foretrak mandlige patienter, at medicinen blev administreret af en medarbejder af samme køn, og at den blev brugt i stedet for isolation, idet medicinen virkede hurtigere end 'isolation'. De fleste patienter foretrak oral administration frem for injektion, og medicin var at foretrække frem for 'isolation', såfremt tiden tilbragt i 'isolation' blev opfattet som "for lang".
- Tre studier fandt sammenhæng mellem køn og præferencer for RI: Et studie fandt, at 46% af mændene foretrak 'isolation' i forhold til 27%, der foretrak 'akut beroligende medicin med tvang', mens 60% af kvinderne foretrak 'akut beroligende medicin med tvang' i forhold til 23%, der foretrak 'isolation'.
- Samme studie peger på, at patienter, der havde erfaring med enten 'bæltefiksering' eller 'isolation', muligvis foretrak disse indgreb frem for 'akut beroligende medicin med tvang'.
- Desuden misbilligede patienter, der havde været udsat for enten 'fastholdelse' eller 'akut beroligende medicin med tvang' disse mere kraftigt end dem, der ikke var blevet udsat for sådanne foranstaltninger.
- Patienter uden erfaring med 'fastholdelse' foretrak 'akut beroligende medicin med tvang' frem for 'isolation' og 'bæltefiksering'.

**Observation****Internationale studier**

- Otte studier rapporterede fund vedrørende 'observation', og i syv ud af disse studier blev 'observation' rangeret som den foretrukne RI af de fleste patienter.
- Et studie fandt, at ældre patienter udtrykte større generel accept af 'fastholdelse' ( $r=.123$ ,  $p<.001$ ), 'isolation' ( $r=.083$ ,  $p=.002$ ), og 'konstant observation' ( $r=.105$ ,  $p<.001$ ).
- Sidst men ikke mindst, fandt et studie, at mænd havde større accept af 'fastholdelse' ( $t=3.16$ ,  $df=1,318$ ,  $p=.002$ ), 'isolation' ( $t=2.42$ ,  $df=1,330$ ,  $p=.016$ ), og 'observation' ( $t=2.26$ ,  $df=1,339$ ,  $p=.024$ ) end kvinder havde.
- Et andet studie rapporterede, at patienter, der havde været udsat for 'observation', i højere grad godtog dette end patienter, der ikke havde været udsat for 'observation'.

**Skærmning til egen stue****Dansk undersøgelse**

- På spørgsmålet om 'skærmning til egen stue' (time out) bør være en alternativ tvangsforanstaltning i Danmark svarer 49,5% (n=503) 'Ja', 15,6% (n=159) 'Nej' og 34,9% (n=355) svarer 'Ved ikke'.

**Generelt på tværs af tvangsformer****Internationale studier**

- Konklusionen viser en tendens til, at flertallet af psykiatriske patienter foretrækker 'observation', hvorimod 'bæltefiksering' var den mindst foretrukne intervention. Dog kan vi ikke drage en entydig konklusion om, hvilken RI der er mest foretrukket frem for andre. Faktorer som miljøet på isolationstuen og personalets kommunikation under anvendelse af interventionen påvirker indgriben af RI. Dette integrative review understreger, at patientpræferencer blandt RI er et subjektivt og komplekst emne, som er vanskeligt at måle på. Det er vigtigt at huske, at resultaterne kun viser flertallets præferencer. Ikke desto mindre synes der at være et hierarki af præferencer, som klinikere og politikere bør være opmærksomme på.
- Otte studier peger på, at miljømæssige ændringer har betydning for patienters præferencer, og at ændringer i miljøet gør RI-oplevelsen mere behagelig og "menneskelig". Miljømæssige ændringer omfattede fysiske genstande, og at patienterne havde en højere grad af kontrol over miljøet. Eksempler inkluderede personlige ejendele, læse- og skrivematerialer, mulighed for selv at regulere temperaturen, seng i stedet for madras på gulvet, badeværelsesfaciliteter, frisk luft, mulighed for at ryge, bløde eller farvede vægge, større tøj og at have lov til at beholde eget tøj på.
- Når forskellige medarbejdere valgte forskellige typer af RI, følte patienter sig mere ængstelige på grund af den opfattede mangel på forudsigelighed i personalets valg.
- To studier rapporterede om anvendelsen af 'kombineret RI'. Disse studier peger på, at når RI blev kombineret, for eksempel 'fastholdelse' eller 'isolation' kombineret med 'akut beroligende medicin med tvang', så øgede dette patienternes oplevelse af tab af kontrol samt fysisk og psykisk stress. Kombinerede RI blev af patienter vurderet som det mindst foretrukne i disse studier.
- Fire studier fandt ingen signifikant sammenhæng mellem præferencer og alder.
- Seks studier fandt ingen signifikant sammenhæng mellem præferencer for RI mellem kønnene.
- Syv studier undersøgte, om tidligere erfaringer med RI påvirkede patienters præferencer. To studier fandt ingen forskel i præferencer mellem patienter med tidligere erfaring og patienter uden erfaring. Blandt de fem studier, der fandt, at tidligere erfaring påvirkede patienternes præferencer af RI, var resultaterne tvetydige. I et af de inkluderede studier vurderede patienter, der havde været udsat for RI, foranstaltningerne som mindre acceptable sammenlignet med patienter, der ikke havde erfaring.
- Hvor nogle studier primært havde fokus på at påpege skadelige virkninger af at anvende 'fysisk tvang' i behandlingen af børn og unge, præsenterer andre artikler en mere nuanceret forståelse af tvang som en kompleks og mangefacetteret oplevelse for både personale og unge. Studierne fremhæver bl.a., at fysisk tvang kan opfattes som omsorg og beskyttelse, når det finder sted inden for et tillidsfuldt og gensidigt respektfuldt forhold mellem personalet og de unge. Formålet med at anvende 'fysisk tvang' var i disse studier at beskytte barnet eller den unge mod at skade sig selv eller andre. Ikke desto mindre kan børn opfatte fysisk tvang som straf og som overdrevent hårdt eller uberettiget. Et enkelt studie viste, at unge påvirkes følelsesmæssigt af at være vidne til, at andre bliver udsat for fysisk tvang. Ligeledes fandt et studie, at unge der udsættes for omsorg præget af tvang, oplever 'isolation' som mindre skræmmende end 'fysisk tvang'. Det konstateredes, at der er behov for yderligere forskning på området.

**Dansk undersøgelse**

- De foreløbige data (ikke præsenteret i tabellen) peger på, at kvinder generelt finder tvangsforanstaltningerne mere indgribende end mænd. Ligeså finder personer, som har erfaring med én eller flere tvangsforanstaltninger, generelt tvangsforanstaltningerne mere indgribende end personer der ikke har erfaring med tvangsforanstaltninger.
- Indsamling af data er stadig igangværende og analysen er alene foretaget på dele af datasættet. Spørgeskemaundersøgelsen peger, lige som tidligere internationale studier på, at bæltefiksering opfattes som den mest indgribende tvangsforanstaltning. I studiet er spurgt til om 'skærmning til egen stue' bør være en alternativ tvangsforanstaltning i Danmark, hvor til der var flest, som svarede 'ja', medens der var flest som svarede 'nej' til om isolation bør være en alternativ tvangsform i Danmark. Analyserne peger også på, at kvinder og deltagere med personlig erfaring med tvangsforanstaltninger finder alle tvangsforanstaltninger mere indgribende end mænd henholdsvis deltagere uden erfaring med tvang.

Af forskningsrapporten fremgår det, at kun få studier beskriver pårørendeperspektivet i forhold til hvor indgribende forskellige tvangsformers opleves. Et enkelt studie der berører pårørendeperspektivet er beskrevet i forskningsrapporten. Studiet har til formål at sammenligne vurderinger af almindeligt anvendte tvangsmidler mellem patienter, sundhedspersonale og pårørende. Nedenfor fremgår resultater fra artiklen.

- Accepten af tvangsforanstaltninger var mindre blandt patienter end blandt pårørende og mindre blandt pårørende end blandt sundhedspersonale. Det overordnede billede af, hvilke tvangsforanstaltninger var mindst accepterede adskilte sig ikke mellem de tre grupper. Patienter, sundhedspersonale og pårørende var mest afvisende over for 'net-seng'. Samtlige respondenter rangerede 'bæltefiksering' som den anden mindst accepterede foranstaltning, efterfulgt af 'isolation' som den tredje mindst accepterede foranstaltning. Den største forskel med hensyn til rangeringen var 'intramuskulær medicin med tvang'. Denne tvangsforanstaltning blev rangeret som den fjerde mindst accepterede tvangsforanstaltning af både patienter og pårørende og som nummer otte blandt sundhedspersonale. 'Intramuskulær medicin med tvang' viste den største effektstørrelse og dermed de største forskelle i direkte sammenligning mellem sundhedspersonale og patienter samt mellem sundhedspersonale og pårørende. Accept af 'psykiatrisk lukket specialafdeling' var den eneste foranstaltning, hvor der ikke blev påvist nogen betydelig forskel mellem sundhedspersonale og pårørende. Vedrørende forskellene mellem pårørende og patienter fandtes alene en moderat effektstørrelse for 'psykiatrisk lukket specialafdeling' ved det, at pårørende vurderede denne foranstaltning som betydeligt mere acceptabel.

# Bilag 2:

## Indhentning af rådgivning

I forbindelse med udarbejdelse af notatet 'Reduktion af mest indgribende tvangsformer - Sundhedsstyrelsens vurderinger' har Sundhedsstyrelsen indhentet rådgivning fra en lang række aktører. Sundhedsstyrelsen har haft en række forberedende møder med udvalgte aktører med henblik på at udarbejde et udkast til drøftelse i den egentlige møderække. Til hvert af møderne i møderækken er Sundhedsstyrelsen notat vedr. reduktion af mest indgribende tvangsformer blevet drøftet. Notatet er løbende blevet opdateret.

Foruden rækken af nedenstående møder har Det Psykiatriske Patientklagenævn under Styrelsen for Patientklager KL og Selveje Danmark kommenteret på enkelte afsnit i notatet.

Se nedenfor en liste over de afholdte møder.

Dato	Møde
<i>Forberedende møder</i>	
01/02-24	<b>Workshop med ambassadører fra EN AF OS</b> Mødedeltagere: Deltagelse af fire ambassadører fra EN AF OS Fokus: Patientperspektivet på tvangsanvendelse
21/02-24	<b>Møde med Styrelsen for Patientsikkerhed</b> Fokus: Oppegående tvang på Sikringsafdelingen
28/02-24	<b>Møde med Mia Hesselberg</b> Chefsygeplejerske i Psykiatrien Region Sjælland Fokus: Forebyggelse af tvang
04/03-24	<b>Besøg på retspsykiatrien i Region Sjælland, inkl. Sikringsafdelingen og efterfølgende møde</b> Deltagere: Cheflæge Per Balling og chefsygeplejerske Anne Lundqvist Eisenhardt samt ansatte. Fokus: Tvangsanvendelse i retspsykiatrien og på Sikringsafdelingen
05/03-24	<b>Møde med pårørende</b> Fokus: Den pårørende henvendte sig for at drøfte muligheden for genindførsel af "tvungen opfølgning efter udskrivning" med Sundhedsstyrelsen.

<b>Dato</b>	<b>Møde</b>
<b>Møderække</b>	
<b>18/03-24</b>	<b>Møde med Dansk Psykiatrisk Selskab</b> Mødedeltagere: To repræsentanter fra Dansk Psykiatrisk Selskab
<b>18/03-24</b>	<b>Møde med Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab</b> Mødedeltagere: To repræsentanter fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab (2-3 deltagere)
<b>19/03-24</b>	<b>Møde med Dansk Psykologisk Selskab</b> Mødedeltagere: Dansk Psykologisk Selskab repræsenteret ved både Børne- og Ungdomspsykiatri og Psykiatri (3 repræsentanter fra hver).
<b>20/03-24</b>	<b>Møde med Dansk Sygepleje Selskab, FOA, Dansk Selskab for Fysioterapi, Ergoterapeutforeningen, Socialpædagogernes Landsforbund</b> Mødedeltagere: To repræsentanter fra hvert selskab/forening
<b>15/03-24</b>	<b>Møder med regionerne</b> Mødedeltagere: Én cheflæge og én chefsygeplejerske fra hver region samt to repræsentant fra Danske Regioner
<b>17/04-24</b>	<b>Møde med politiet og rigspolitiet</b> Mødedeltagere: Én repræsentant fra rigspolitiet, fire repræsentanter fra politikredse.
<b>22/04-24</b>	<b>Møde med brugerorganisationer</b> Mødedeltagere: Én repræsentant fra Bedre Psykiatri, én fra SIND, én fra LAP og to fra Psykiatrifonden.
<b>22/04-24</b>	<b>Ekstra møde med regionerne</b>
<b>23/04-24</b>	<b>Møde med Institut for Menneskerettigheder og DIGNITY</b> Mødedeltagere: Tre repræsentanter fra Institut for Menneskerettigheder og én fra DIGNITY
<b>02/05-24</b>	<b>Møde med Foreningen for Spiseforstyrrelser og Selvskade</b> Mødedeltagere: Én repræsentant fra Foreningen for Spiseforstyrrelser og Selvskade
<b>08/05-24</b>	<b>Møde med Autismeforeningen</b> Mødedeltagere: Én repræsentant fra Autismeforeningen
<b>16/05-24</b>	<b>Møde med Etisk Råd</b> Mødedeltagere: Én repræsentant fra sekretariatet for Etisk Råd
<b>03/06-24</b>	<b>Møde i Task Force for Psykiatriområdet</b> Mødedeltagere: Deltagerkredsen i Task Force for psykiatriområdet
<b>23/08-24</b>	<b>Møde med Psykiatrifonden</b> Mødedeltagere: To repræsentanter fra Psykiatrifonden
<b>23/08-24</b>	<b>Møde med SIND</b> Mødedeltagere: To repræsentanter fra SIND
<b>26/08-24</b>	<b>Møde med Bedre Psykiatri</b> Mødedeltagere: To repræsentanter fra Bedre Psykiatri
<b>9/08-24</b>	<b>Møde med Institut for Menneskerettigheder og DIGNITY</b> Mødedeltagere: tre repræsentanter fra Institut for Menneskerettigheder og en fra DIGNITY

**Sundhed for alle ♥ + ●**