



Graduering af tvang i psykiatrien



Undersøgelse og kortlægning af gradueringspraksis blandt patienter, pårørende, børn og unge samt personale i psykiatrien ift. brug af tvang

Graduering af tvang i psykiatrien

Undersøgelse og kortlægning af gradueringspraksis blandt patienter, pårørende, børn og unge samt personale i psykiatrien ift. brug af tvang

Gildberg, FA., Pedersen, ML., Lindekilde, C., Baker, J., Birkeland, S.
Retspsykiatrisk Forskningsenhed Middelfart (RFM), Institut for Regional Sundhedsforskning, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet

© Sundhedsstyrelsen, 2025.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-638-8

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Januar 2025

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	3
Abstract.....	4
Resumé	6
Præliminære hovedkonklusioner	8
Indledning	10
Nationalt og internationalt anvendte tvangsformer	12
Beskrivelse af den eksisterende lovhjemmel i forhold til anvendelse af tvang i Danmark	15
Eksisterende lovhjemler og tvangsformer i andre sammenlignelige lande	23
Overvejelser om anvendelsen af andre, mindre indgribende, tvangsformer i Danmark	32
Beskrivelse af internationale studier af mindst indgribende tvangsformer.....	38
1.1. Patientperspektiv på mindst indgribende tvangsformer	38
1.2. Personaleperspektiv på mindst indgribende tvangsformer	44
1.3. Børne- og ungeperspektiv på mindst indgribende tvangsformer	52
1.4. Pårørendeperspektiv på mindst indgribende tvangsformer.....	57
Internationale erfaringer med implementering af ”mindre indgribende tvangsformer”	58
1.5. Foreløbige danske resultater	61
Patientperspektiv på mindst indgribende tvangsformer	61
Personaleperspektiv	68
Konklusion	73
Anbefalinger	75
Referenceliste	76

Abstract

Coercion in mental health internationally includes measures such as 'involuntary admission,' 'observation,' 'isolation,' 'physical restraint,' 'mechanical restraint', and 'rapid tranquilization'. In Denmark, the use of coercion is regulated by the Mental Health Act. Despite international variation in the use of coercion, there is consensus that coercive interventions should be minimized and, if necessary, be of short duration. In addition to legal issues, there are well-known negative consequences of coercion, and there is therefore global agreement to use the least intrusive alternatives first. The Danish Health Authority has requested a report on Danish and international experiences with 'less intrusive coercive measures,' as well as a legal examination of legislation in Denmark and several other countries.

Conclusion: It is emphasized that the report's purpose is not to assess existing evidence but to uncover knowledge in the field. In summary, the report finds:

- a) Legal issues: Inspiration from the legislation of other countries can be drawn for the design of a Danish model. However, it is uncertain whether a new model, including the introduction of new coercive measures, would simply increase the overall level of coercion.
- b) Patient preferences regarding coercive measures are complex and subjective. The majority of patients seem to prefer 'observation,' while 'mechanical restraint' is the least favored. Staff attitudes vary internationally, with a tendency to view coercion as necessary to protect the patient and the surroundings.
- c) Young individuals exhibit a particular aversion to certain coercive measures ('net beds,' 'belt fixation,' 'restraint,' and 'intramuscular medication'), and their attitude differs from that of the staff. Generally, family members and young patients are more rejecting of coercive measures.
- d) Implementation of less intrusive coercion: No systematic literature reviews were found.
- e) Preliminary Danish results: Coercive measures typically considered least intrusive are only partially used as initial interventions. There is variation in the use of different coercive measures, and healthcare professionals regard 'mechanical restraint' as the most intrusive.

Overall, the report highlights the complexity of graduating coercive measure types and underscores the need for further research and guidelines to reduce use of coercive measures and the use of the most intrusive coercive measures in Denmark. Summary of recommendations:

- 1) Carefully consider the consequences before allowing alternative forms of coercion in Danish psychiatry, as this could potentially increase the overall level of coercion and worsen conditions for patients, family members, and staff.

2) Focus on reducing all forms of coercion and promoting the use of alternative interventions for managing potentially violent and aggressive behavior through investment in staff training, robust implementation, and quality assurance.

a) Prioritize academic upgrading of nursing professional specializations and continuing education to reflect existing knowledge, with a focus on prevention and alternative interventions. In order to ensure high quality, education should be structured with clear didactic elements and evaluation at the master's level, with the implementation of external accreditation.

b) Annual inspection should be conducted in all Danish institutions using coercion. This should serve not only as external oversight of - and control with-coercion use but also would serve an advisory- and guiding function to ensure quality at a high professional level and promote the reduction of coercion.

Resumé

Tvang i psykiatrien omfatter internationalt set blandt andet 'tvangsindlæggelse', 'observation', 'isolation', 'fysiske fastholdelse', 'bæltefiksering' og 'akut beroligende tvangsmedicin'. Anvendelsen af tvang reguleres i Danmark af Psykiatriloven. På trods af international variation i brugen af tvang er der enighed om, at tvangsindgreb bør minimeres og, når de er nødvendige, være kortvarige. Ud over retssikkerhedsmæssige problemer er der flere velkendte negative konsekvenser af tvang, og der er international enighed om at anvende mindst indgribende tvang først.

Sundhedsstyrelsen har anmodet om en rapport om danske og internationale erfaringer med 'mindre indgribende tvangsformer', samt en juridisk granskning af lovgivningen i Danmark og et antal andre lande.

Konklusion: Den eksisterende viden på området tillader, grundet den begrænsede forskning på området, ikke stærke konklusioner. Rapporten har dog ikke til formål at vurdere eksisterende videnskabelig evidens, men derimod at afdække vidensniveauet på området. Sammenfattende findes:

- a) Juridiske spørgsmål: Inspiration fra andre landes lovgivninger kan hentes i forhold til udformningen af en dansk model. Dog er det usikkert, om en ny model, herunder introduktionen af nye tvangsforanstaltninger blot øger det samlede niveau af tvang.
- b) Patientpræferencer for tvangsforanstaltninger er komplekse og subjektive. Flertallet af patienter ser ud til at foretrække 'observation', mens 'bæltefiksering' er mindst foretrukket. Personaleholdninger varierer internationalt, med en tendens mod at anse tvang som nødvendigt for at beskytte patienten selv og omgivelserne.
- c) Unge udviser særlig modvilje mod visse tvangsforanstaltninger ('net-senge', bæltefiksering, fastholdelse og intramuskulær medicin) og deres holdning adskiller sig fra personalets holdninger. Pårørende og unge patienter er generelt mere afvisende over for tvangsforanstaltninger.
- d) Implementering af mindre indgribende tvang: Ingen international litteratur blev fundet.
- e) Danske resultater: Tvangsforanstaltninger, som almindeligvis betragtes som mindre indgribende, anvendes kun i vis grad først. Der er variation i anvendelsen af forskellige tvangsformer, og sundhedsprofessionelle anser 'bæltefiksering' som mest indgribende.

Samlet set fremhæver rapporten kompleksiteten af vurderingen af indgribenhed og graduering af tvangsforanstaltninger og understreger behovet for yderligere forskning og retningslinjer for at sikre den bedste behandling af psykiatriske patienter i Danmark. Opsummering af anbefalingerne:

1. Indførelse i Danmark af nye tvangsformer kan potentielt føre til samlet øget tvangsanvendelse og dermed potentielt forringe forholdene for patienter, pårørende og personale. Derfor anbefaler vi omhyggelig og nøje overvejelse, førend der besluttet ændringer af Dansk lovgivning om tvang i psykiatrien.
2. Vores anbefaling er at fokusere på generel reduktion af tvang i alle former og øge brugen af alternativer til tvangsforanstaltninger. For at opnå dette anbefaler vi investering i personaleuddannelse, omhyggelig implementering og samtidig kvalitetssikring, herunder:
 - a. En opgradering af sygeplejefaglige special- og efteruddannelser, således at disse afspejler eksisterende forskning og viden på området, herunder fokuserer på forebyggelse af tvang, alternative interventioner og implementering. Uddannelsen bør struktureres med tydelig didaktik og evaluering af viden, færdigheder og kompetencer på minimum masterniveau. For at sikre et ensartet niveau og for at sikre en høj grad af kvalitet funderet i eksisterende forskning og viden anbefaler vi eksternt akkreditering af kliniske special- og efteruddannelser og at dette foretages af eksperter med det højeste niveau af viden, færdigheder og kompetencer inden for feltet. Samtidigt kan det overvejes om også andre faggrupper behøver opgradering i forhold til spørgsmålet om anvendelse af tvang, herunder læger, som spiller en vigtig rolle i forbindelse med brugen af de enkelte tvangsindgreb.
 - b. Vi anbefaler, at samtlige danske institutioner, der anvender tvang, årligt gennemgår et eksternt tilsyn. Formålet med dette er ikke alene at sikre et eksternt tilsyn med tvang, men også at sikre en vurdering af institutionens indsats for at nedbringe tvang. Tilsynet bør derfor også fungere som en rådgivende og vejledende funktion i forhold til kvalitetssikring på et højt fagligt niveau. Det er vigtigt for at sikre kvaliteten, at tilsynet foretages af eksperter med det højeste niveau af viden, færdigheder og kompetencer inden for feltet.

Præliminære hovedkonklusioner

Den eksisterende viden på området tillader, grundet den begrænsede forskning på området, ikke stærke konklusioner. Sammenfattende findes det i rapporten, at:

Generelt set vedrørende reguleringen af tvang er der omfattende inspiration at hente i andre landes lovgivninger i forhold til udformningen af alternativer til den nuværende danske model. Udenlandsk lovgivning beskriver bl.a. form, indhold og patientrettigheder i forbindelse med disse alternativer. Hvorvidt disse alternativer er anbefalingsværdige, kan bl.a. afhænge af, om alternativer alene lægges til de allerede i dansk lov eksisterende tvangsindgreb, med risiko for bl.a. at øge den totale anvendelse af tvang, eller kan lykkes med at aflaste brugen af tvangsforanstaltninger, som vurderes mere indgribende.

Generelt vedrørende de internationale studier, som omhandler patientperspektivet på tvang, synes flertallet af patienter at foretrække 'observation', mens 'bæltefiksering' er mindst foretrukket. Dog er der ikke en entydig 'mest foretrukket' intervention. Faktorer som miljø og kommunikation kan påvirke præferencerne. Patientpræferencer for tvangsforanstaltninger er komplekse og subjektive, men der synes til en vis grad at kunne opstilles et hierarki af præferencer, hvor f.eks. bæltefiksering rangerer blandt de mest indgribende tvangsmidler, som klinikere og politikere bør være opmærksomme på.

Fra et personaleperspektiv viser internationale studier, at sundhedsprofessionelles holdninger til tvangsforanstaltninger varierer. Der er sket et paradigmeskift fra at betragte tvang som terapeutisk virkende til at opfatte tvang som nødvendig i visse situationer for at beskytte patienter og personale. Undersøgelser blandt sygeplejepersonale er tvetydige, men personalets oplevelse af sikkerhed ser ud til at spille en rolle vedrørende forebyggelse af tvang. Anbefalinger for fremtidige reduktionsstrategier inkluderer medarbejdertræning i adfærdshåndtering, deeskalering og kommunikation i situationer med risiko for tvang, samt prioritering af psykologisk støtte til både patienter og personale. Litteraturen peger på, at der i fremtidige interventionsinitiativer bør være særligt fokus på at ændre holdninger hos fx plejepersonalet med henblik på at reducere anvendelsen af tvangsforanstaltninger.

Fra et børne- og ungeperspektiv viser den sparsomme internationale forskning (to studier fra Finland), at sygeplejersker og læger inden for området er mere accepterende ift tvangsforanstaltninger sammenlignet med børn og unge. De unge giver udtryk for modvilje mod visse tvangsforanstaltninger ('net-seng', 'bæltefiksering', 'fastholdelse' og 'intramuskulær medicin'). Børn og unges perspektiver afviger med andre ord fra personalets.

Fra et pårørende-patientperspektiv viser den sparsomme internationale forskning, at patienter var den mindst accepterende gruppe over for tvangsforanstaltninger, efterfulgt af pårørende og sundhedspersonale. Alle grupper var mest afvisende over for brug af 'net-senge' (Eng 'net-bed'), mens 'intramuskulær medicin med tvang'

havde den største forskel, når forskellige tvangsformer skulle rangeres. Pårørende og patienter vurderede 'intramuskulær medicin med tvang' som den fjerde mindst acceptable, mens sundhedspersonale rangerede den som den ottende mindst acceptable. Kun 'behandling på en lukket specialafdeling' viste ingen signifikant forskel mellem pårørende og sundhedspersonalet.

I forhold til internationale erfaringer med implementering af 'mindre indgribende tvangsformer' kunne der ikke konkluderes noget entydigt fra forskningslitteraturen. Tre interessante perspektiver blev dog identificeret: 1) Ændringer i lovgivningen med hensyn til definitionen af eksempelvis 'medicin efter behov' kunne betyde, at det formelt betragtes som mindre indgribende tvang. 2) Der findes studier af lovgivningsmæssige og procedureændringer vedrørende tvang, som viser reduktion af brugen af indgribende foranstaltninger som fx 'bæltefiksering' efter de pågældende ændringer. 3) Psykiatrisk personale ønsker mindre indgribende alternativer, men der er uenighed om, hvad der betragtes som mindre indgribende. Tydelige retningslinjer er nødvendige for at sikre en mere skånsom anvendelse af tvangsforanstaltninger i Danmark.

Foreløbige danske resultater peger på, at de tvangsforanstaltninger, der i litterature betragtes som mindst indgribende, kun i begrænset omfang bruges først. 'Låsning af døre' og 'tætte observationer' anvendes hos kvinder før 'bæltefiksering'. Hos mænd og yngre patienter anvendes tvangsforanstaltninger som 'tæt observation', 'fysisk fastholdelse' og 'akut beroligende tvangsmedicin', som generelt vurderes mindre indgribende end 'bæltefiksering', mindre hyppigt end 'bæltefiksering' som den første tvangsforanstaltning. Dette er især tydeligt hos mandlige og yngre patienter. Ligeledes viser en helt ny dansk undersøgelse, at de psykiatriske sundhedsprofessionelle anså 'bæltefiksering' som mest indgribende, hvorimod 'visitering' og 'observation' blev opfattet som de mindst indgribende foranstaltninger. Blandt andet blev 'isolation' på enkeltstue, som ikke er lovligt i almenpsykiatrien i Danmark, anset for at være mindre indgribende end 'bæltefiksering'. Foreløbige resultater fra en igangværende ny dansk spørgeskemaundersøgelse blandt tidligere psykiatriske patienter viser i overensstemmelse hermed, 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, hvortil største delen svarer 'ja', mens der er mindre tilslutning til indførelsen af isolation som tvangsform. Resultaterne påpeger også, at personer der har personlig erfaring med tvangsforanstaltninger, er mindre accepterende over for tvang.

Samlet set fremhæver rapporten kompleksiteten i at graduere tvangsforanstaltninger og understreger behovet for yderligere forskning og retningslinjer for at sikre den bedste behandling af patienter på psykiatrisk hospital i Danmark.

Indledning

Med 'tvang' forstås ifølge dansk sundhedslovgivning "anvendelse af foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke" (se § 1, stk. 3 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien nr. 185 af 01/02/2022 med ændringer, herefter benævnt 'Psykiatriloven'; der henvises i øvrigt til kapitel 5 i Bekendtgørelse af Sundhedsloven, nr. 1011 af 17/06/2023 med ændringer, herefter benævnt 'Sundhedsloven'). I den internationale forskningslitteratur findes forskellige betegnelser, herunder 'restriktive praksisser', som inkluderer, men ikke er begrænset til 'restriktive interventioner' så som 'observation', 'isolation', 'fysisk fastholdelse', 'bæltefiksering' og 'akut beroligende tvangsmedicin' mod patientens vilje (1).

I denne rapport anvendes den danske term 'tvangsforanstaltninger'. Tvang anvendes i Danmark lige som i andre lande typisk i særlige, kritiske situationer, hvor en person er til fare for sig selv eller andre, og/eller hvor der skønnes at være et behandlingsbehov (2-8). Både i Danmark og i andre europæiske lande er anvendelsen af tvang i psykiatrien et lovreguleret område. Dansk sundhedslovgivning følger almindelige sundhedsretlige principper vedrørende kravet om at opnå et informeret samtykke fra patienten i relation til dennes pleje og behandling (Psykiatriloven § 3), og det fastholdes, at tvangsforanstaltninger ikke kan anvendes, medmindre der er gjort tilstrækkelige bestræbelser på at opnå patientens deltagelse (§ 4). Informeret samtykke og begrebet patientdeltagelse afspejler sundhedsetiske principper om respekt for patientautonomi. Disse principper anerkender patienters rettigheder i bred forstand til at træffe beslutninger om deres pleje og behandling med passende muligheder for at overveje, acceptere eller afvise handling, undersøgelse m.v. (informeret samtykke, 'selvbestemmelse', jf. Sundhedslovens §§ 15 og 16) (8-10).

Tvang bør kun anvendes kortvarigt og proportionelt ift. formål og risici og samtidigt søges princippet om "det mindst indgribende alternativ" tilgodeset (fx § 4 og § 10 i Psykiatriloven). Ud fra et patientperspektiv udgør tvang ofte en betydelig krænkelse af retten til selvbestemmelse, og området er i det hele taget meget omdiskuteret (7, 8).

I august 2015 blev Psykiatriloven revideret (Lov om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien nr. 579 af 04/05/2015) og den bestemmer nu, at patienten "*i forbindelse med indlæggelsessamtalen skal høres om eventuelle tilkendegivelser af præferencer i forhold til behandlingen, herunder hvis anvendelse af tvang kommer på tale*" og "*Er det på grund af patientens tilstand efter en lægefaglig vurdering ikke muligt at indhente en sådan forhåndstilkendegivelse af præferencer ved indlæggelsen, skal det ske snarest muligt herefter*" (§ 3, stk. 4). Det synes dog ikke at adressere dette, at patienterne ikke altid er i stand til at tilkendegive, hvad de foretrækker, eller hvis patienterne aldrig har oplevet tvang, og derfor ikke kan lade personlig erfaring guide deres beslutning.

Anvendelsen af tvang er meget omdiskuteret både inden for almenpsykiatrien (11) og i retspsykiatrien (12). Forekomsten af tvang varierer betydeligt. For eksempel har studier påpeget forekomster fra 1,7% af indlagte patienter på akutte psykiatriske afdelinger i Midt Norge til 12,0% i Holland (13). Prævalensen af bæltefiksering ift. indlagte patienter alene spænder fra 0,9% i Holland til 44,2% i Japan (14). Selvom anvendelsen af tvangsforanstaltninger synes at variere betydeligt, og sådanne variationer til dels kan forklares af kulturelle, politiske og lovgivningsmæssige forskelle (6, 12, 15-19), er det en almindelig opfattelse, at anvendelsen af tvang skal reduceres (20, 21). I en dansk kontekst indikerer de seneste data fra Sundhedsstyrelsen imidlertid en stigende tendens i den samlede administration af bæltefiksering og akut beroligende tvangsmedicin, lige som der også ses et stigende antal børn og unge, der udsættes for en eller flere tvangsforanstaltninger (22).

Tvang kolliderer som nævnt ovenfor med basale etiske principper. Brugen af tvang beskrives ligeledes i den internationale forskningslitteratur som en overtrædelse af patienternes rettigheder og autonomi (7, 8, 23, 24) og kædes ofte sammen med risikoen for fysisk og psykisk skade på både sundhedspersonalet og patienterne (20, 25-27). Eksisterende forskning har gentagne gange rapporteret om skadelige virkninger af tvang (20, 28, 29), herunder fysiske skader, smerte (20, 25, 26) og i nogle tilfælde dødsfald (29). De psykologiske konsekvenser spænder fra angst, frygt og oplevelsen af ydmygelse til posttraumatisk stresslidelse eller gentraumatisering (20, 25, 26). Også af denne grund er der international enighed om, at sådanne interventioner kun bør bruges som en sidste udvej og først og fremmest for at håndtere situationer, hvor den psykiatriske patient udgør en umiddelbar fare for sig selv eller andre, og at den mindst indgribende intervention bør anvendes først (1, 11, 30-33). Sundhedsmyndigheder og psykiatriske organisationer er ligeledes enige om, at når tvang anvendes, skal det mindst indgribende alternativ vælges (1, 30, 31). Der synes dog for øjeblikket ikke at være enighed om, hvad der betragtes som mindst indgribende blandt tvangsforanstaltninger (24).

Med baggrund i et opdrag fra Sundhedsstyrelsen om at beskrive "både danske og internationale erfaringer med, hvad der af patienter og personale opleves som "mindre indgribende tvangsformer", og hvordan "mindre indgribende tvangsformer" kan understøttes/implementeres nationalt bl.a. via lovgivning", vil denne rapport søge at afdække følgende spørgsmål:

1. Hvordan opleves disse tvangsformer af patienter og personale ift. graduering af, hvor alvorligt og indgribende en tvangsform der er tale om?
2. Hvordan kan "mindre indgribende tvangsformer" definatorisk afgrænses eller gradueres?
3. Hvilke internationale erfaringer og lovgivninger er relevante ift. ibrugtagning af eventuelt alternative og mindre indgribende tvangsformer?
4. Er der viden om, hvorvidt ibrugtagning af alternative og potentielt mindre indgribende tvangsformer kan føre til mere eller mindre anvendelse af tvang generelt?

Rapporten inddeles ud fra rapportens kravspecifikationer i en juridisk analyse vedrørende:

- I. Kort beskrivelse af den eksisterende lovhjemmel ift. anvendelse af tvang og specifikke tvangsformer i Danmark
- II. Beskrivelse af eksisterende lovhjemler og tvangsformer i andre sammenlignelige lande (inklusive Skandinavien), herunder ift. 'skærmning til stue' (inklusive eventuelle varianter heraf)
- III. Vurdering af strukturelle og lovgivningsmæssige tiltag, der ville kunne understøtte anvendelsen af andre, muligt mindre indgribende, tvangsformer i Danmark

Litteraturstudier i forhold til internationalt anvendte tvangsformer og mulige studier, der vedrører graduering af disse:

- IV. Om muligt, en liste over internationalt anvendte tvangsformer, og bud på en graduering af disse ift. alvorligheden/graden af indgreb
- V. Om muligt, en liste over internationalt anvendte alternative tvangsformer, og bud på en graduering af disse ift. alvorligheden/graden af indgreb
- VI. Beskrivelse af internationale studier, gerne systematiske reviews eller om muligt metaanalyser, af patienters og personales oplevelse af mindst indgribende tvangsformer. Om muligt laves en separat beskrivelse for henholdsvis børn/unge og voksne
- VII. Beskrivelse af internationale erfaringer og afledte effekter ved implementering af "mindre indgribende tvangsformer" fx i forhold til den generelle anvendelse af tvang. Gerne med eksempel fra andre lande, der fx har indført 'skærmning til stue' i deres lovgivning

Aktuelle studier i en dansk kontekst vedrørende graduering af tvang og brug af mindste middel princippet:

- VIII. Beskrivelse af foreløbige resultater af Syddansk Universitets undersøgelse af danske patienters og sundhedspersonales opfattelse af mindst indgribende tvangsformer

Nationalt og internationalt anvendte tvangsformer

Der findes internationalt i forskningslitteraturen en del forskellige definitioner af tvangsformer. Fra 'surreptitious treatment' (lovgivning der understøtter, at personale eller pårørende på lægens anvisning kan skjule medicin i patientens mad) i Indien, til brugen af 'mechanical restraint' ('bæltefiksering') i Danmark. Tvangsforanstaltninger varierer typisk internationalt ift. praksis, jura og klinik. Vi anser i denne rapport "alternative tvangsforanstaltninger" for tvangsforanstaltninger, der *ikke* har hjemmel i dansk lovgivning (34, 35).

I forskningslitteraturen anvendes ofte yderligere to begreber: Overordnet defineres 'restriktive praksisser' som: "[. . .] Bevidste handlinger fra en eller flere personer, der begrænser en persons bevægelse, frihed og/eller evne til at handle uafhængigt med det formål at tage øjeblikkelig kontrol over en farlig situation, hvor der er en reel risiko for skade på personen selv eller andre, hvis der ikke handles [. . .]" (36). Desuden findes en mere specifik gruppering under begrebet 'Restriktive Interventioner' defineret som: "Interventioner der af den enkelte kan opfattes krænkende i forhold til menneskerettigheder og bevægelsesfrihed [inkluderende]; observation, isolation, manuel fastholdelse, bæltefiksering og akut beroligende tvangsmedicin" (1). Da der ikke findes en alment anerkendt fælles definition, oplister vi efterfølgende i denne rapport alene tvangsforanstaltninger, der som 'restriktive interventioner' er hyppigt afrapporteret, tillige med 'restriktive praksisser', der er søgt gradueret i nyere forskningslitteratur. På denne baggrund oplister vi således i nedenstående Tabel 1 de i denne rapport anvendte tvangsforanstaltninger og alternative tvangsforanstaltninger ud fra koncept, definition og juridisk status i Danmark.

Det er, som det fremgår senere, ikke på baggrund af den eksisterende litteratur muligt at lave en entydig rangering af tvangsforanstaltninger i forhold til indgribenhed, da rangeringen ifølge litteraturen ser ud til at afhænge af, om der er tale om perspektivet fra patient, pårørende, personale og af om der er tale om voksen- eller børne- og ungepsykiatri. Med dette forbehold indikeres dog i tabel 1 en skønsmæssig rangering i forhold til indgribenhed med udgangspunkt i den eksisterende viden og forsøg på at sammenstille holdninger fra personale, patienter og pårørende.

'Indgribenhed' er ikke et etableret begreb rent definatorisk ift tvangsforanstaltninger. Skulle man operationalisere begrebet, kunne man pege på en rangering af 'indgribenhed' ud fra en samlet vurdering af tvangsformens 'restriktivitet', 'psykologiske impact' samt 'invasivitet'. Her udgør 'restriktivitet' den grad tvangsforanstaltningens påvirker patientens fysiske tilstand f.eks. bevægelighed og bevægefrihed. Den 'psykologisk impact' beskriver tvangsforanstaltningens psykologiske påvirkning af patienten; herunder den følelsesmæssige påvirkning, samt oplevelsen af krænkelse, ubehag og smerte. 'Invasiviteten' beskriver tvangsforanstaltningens 'kropslige' indgribenhed (graden af 'invasion' i forhold til patienten, invasiviteten er f.eks. højere ved injektion af medicin, ECT-behandling og tvangsernæring).

Tvangsform	Definition	Juridisk status
Tvangsernæring med magt	Patient ernæres med tvang ved brug af tvangsindført sondeernæring.	§ 12 samt ministeriel bekendtgørelse 1075 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, § 7
Electroconvulsive therapy (ECT) med tvang	Ufrivillig Elektrochokbehandling, anvendelse af ECT med tvang til visse psykotiske tilstande.	§ 12 samt ministeriel bekendtgørelse 1075 om anvendelse af anden tvang end

		frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, §8
Net-Seng	Patienten placeres i en seng omgivet af låste net, som de ikke kan forlade (34, 35).	Ikke i dansk lovgivning
Bæltfiksering med og uden remme	Brugen af bælte, remme eller andet til at fikser patienten og derved begrænse de fysiske bevægelsesmuligheder (16). Betegnes i litteraturen som "Restrictive intervention" og er hyppigt anvendt i operationaliseringen af tvangsforanstaltninger.	Anvendt i DK: § 14
Beskyttelsesfiksering (fx ved demens)	Brug af fiksering for at hindre, at en patient utilsigtet udsætter sig selv for væsentlig fare.	§ 18
Isolation	Brugen af et aflåst rum til at isolere patienten fra omverden (16). Betegnes i litteraturen som "Restrictive intervention" og er hyppigt anvendt i operationaliseringen af tvangsforanstaltninger.	Ifølge dansk lovgivning ikke tilladt i almenpsykiatrien, men alene på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland
Akut beroligende medicin med tvang	Patienten får mod sin vilje akut beroligende medicin med tvang, typisk i form af intramuskulær injektion eller p.n. medicin (37). Betegnes i litteraturen som "Restrictive intervention" og er hyppigt anvendt i operationaliseringen af tvangsforanstaltninger.	Anvendt i DK: § 17, stk. 2
Fastholdelse	Patienten fastholdes fysisk af en eller flere personalemedlemmer mhp. at begrænse patientens frie bevægelighed (37). Betegnes i litteraturen som "Restrictive intervention" og er hyppigt anvendt i operationaliseringen af tvangsforanstaltninger.	Anvendt i DK: § 17, stk. 1
Område isolation	Patienten isoleres i et aflåst område, ledsaget af sygeplejersker (34, 35).	Lukket afsnit jf. Psykiatrilovens § 18f
Time out/Patient sendes på egen stue	Patienten skal blive i et rum eller område i en bestemt periode, uden at døren er låst (34, 35).	Ikke i dansk lovgivning
Konstant observation	Implicerer en øget grad af observation, af større intensitet end det, som patienter normalt modtager, kombineret med tildeling af ansvar til en individuel sygeplejerske eller anden medarbejder. "Konstant" indebærer inden for synsvidde eller rækkevidde af den observerende medarbejder til enhver tid (34, 35).	Skærmning jf. Psykiatriloven § 18d
Intermitterende observation	En øget grad af observation, af større intensitet end det, som patienter normalt modtager, kombi-	Kræver ikke lovhjemmel men er forudsat under indlæggelse

	neret med tildeling af ansvar til en individuel sygeplejerske eller anden medarbejder, periodiske tjek med intervaller (34, 35).	
PICU (Psykiatrisk lukket specialafsnit):	Overførsel til en lukket specialafdeling.	Psykiatriloven § 18 f

Tabel 1. Forsøgsvis opstilling af tvangsforanstaltninger efter faldende indgribenhed

Beskrivelse af den eksisterende lovhjemmel i forhold til anvendelse af tvang i Danmark

Det er i dansk sundhedsret et almindeligt princip, at behandling af patienter finder sted på baggrund af informeret samtykke. Ifølge Sundhedslovens § 15 må behandling ikke indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af Sundhedsloven i øvrigt. Patienten kan på et hvilket som helst tidspunkt tilbagekalde sit samtykke. Hvis behandling indledes uden patientens informerede samtykke og der ikke findes anden hjemmel (f.eks. efter Psykiatriloven), kan dette påtales af Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, eller der efter omstændigheder være grundlag for strafansvar jf. Straffelovens § 260 (se bekendtgørelse af straffeloven nr. 1360 af 28/09/2022 med senere ændringer).

Spørgsmålet er derefter, hvornår patienter i henhold til lovgivningen kan behandles uden (evt. underforstået) samtykke, og særligt hvornår dette kan finde sted i forbindelse med frihedsindskrænkelse af den pågældende. Om frihedsberøvelse bestemmes det i Grundlovens (se lov nr. 169 af 05/06/1953) § 71, stk. 1, at ”Den personlige frihed er ukrænkelig...”. Endvidere bestemmes det, at frihedsberøvelse kun kan finde sted med hjemmel i loven (stk. 2). En sådan lov er Psykiatriloven.

Frihedsberøvelse

Efter Psykiatrilovens § 1 må frihedsberøvelse og anvendelse af anden tvang i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling alene finde sted efter reglerne i Psykiatriloven. Det fastslås, at der ved tvang forstås anvendelse af foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke, jf. kapitel 5 i sundhedsloven (stk. 2).

Mindreårige

Efter § 1, stk. 4 giver patienter, der er fyldt 15 år, selv informeret samtykke til behandling, indlæggelse og ophold på psykiatrisk afdeling. For patienter under 15 år kan forældremyndighedens indehaver efter stk. 5 give

informeret samtykke til behandling, indlæggelse og ophold på psykiatrisk afdeling, idet der efter stk. 6 dog foreligger tvang, hvis patienten under 15 år ikke selv giver informeret samtykke til behandling.

Psykiatriloven omfatter som udgangspunkt alene patienter indlagt på psykiatrisk afdeling. Således vil for eksempel ambulante patienter, og patienter som kun er på psykiatrisk hospital i dagtimerne til behandling mv. ikke være omfattet. Den almindelige procedure for tvangsendlæggelse skal derfor følges, i det omfang betingelserne for frihedsberøvelse i øvrigt er opfyldt (se §§ 5-9).

At søge tvang undgået

Det er som ovenfor nævnt et grundlæggende princip, at behandling kræver patientens informerede samtykke, hvilket også implicerer at for de tilfælde, hvor behandling i overensstemmelse med lovgivningen foretages uden patientens informerede samtykke - og ikke mindst hvor behandling foretages imod patientens vilje - skal de dermed foretagne indgreb begrænses til det absolut nødvendige. I overensstemmelse hermed bestemmes det i Psykiatrilovens § 3, at indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling *så vidt muligt* skal finde sted med patientens samtykke (stk. 1), og at lægen skal vejlede patienten om formålet med indlæggelsen, opholdet og behandlingen samt om udsigterne til en bedring af helbredstilstanden (stk. 2).

Mindste middels princippet

Det er ovenfor nævnt, at for de tilfælde hvor behandling i overensstemmelse med lovgivningen foretages imod patientens vilje - skal de dermed foretagne indgreb begrænses til det absolut nødvendige. I overensstemmelse hermed bestemmes det i Psykiatrilovens § 4, at *"Tvang må ikke benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå patientens frivillige medvirken. Når forholdene tillader det, skal patienten have en passende betænkningstid"* (stk. 1). Desuden gælder, at *"Anvendelsen af tvang skal stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået herved. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes"* (stk. 2). Enhver form for tvang skal udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten, således at der ikke forvoldes unødigt krænkelser eller ulempe (stk. 3), og tvang må ikke anvendes i videre omfang, end hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål (stk. 4). I § 4, stk. 5 bestemmes endvidere, at *"Efter ophør af enhver tvangsforanstaltning skal patienten tilbydes en eller flere samtaler. Sundhedsstyrelsen fastsætter regler herom"*. Det fremgår desuden af § 11, med hensyn til ophør af frihedsberøvelse, at *"Når betingelserne i § 5 ikke længere er til stede, skal frihedsberøvelsen straks bringes til ophør..."*

'God sygehusstandard'

Med henblik på i videst muligt omfang at forebygge anvendelse af tvang, skal sygehusmyndigheden tilbyde sygehusophold, behandling, pleje og omsorg, som svarer til god psykiatrisk sygehusstandard, herunder med hensyn til de bygningsmæssige forhold, senge- og personalenormering, personalets kompetencer, politikker i relation

til patienter og pårørende, mulighed for udendørs ophold samt beskæftigelses-, uddannelses- og andre aktiviteterstilbud (§ 2, stk. 5).

Husordener (psykiatrilovens § 2a)

Både patient, personale og besøgende må vide, hvad der adfærdsmæssigt forventes i forbindelse med ophold på den pågældende psykiatriske afdeling. Sygehusmyndigheden har derfor pligt til at sikre, at der på enhver psykiatrisk afdeling forefindes en skriftlig husorden, som skal være tilgængelig for patienten, for eksempel ved at den ligger fremme eller ved opslag i afdelingen, jf. Psykiatrilovens § 2a. Afdelingsledelsen skal sikre en procedure, så enhver patient ved indlæggelsen får udleveret en husorden. Ved udformning eller ændring af den skriftlige husorden skal patienterne inddrages. Med udgangspunkt i forholdene på den enkelte afdeling, herunder patientsammensætningen, skal overlægen tilrettelægge, hvordan inddragelsen skal foretages. En husorden skal indeholde generelle regler om patienternes udfoldelsesmuligheder under indlæggelse, for eksempel regler om adgangen til at telefonere, regler om rygning i afdelingen, besøgsforhold, overvåget besøg mv., samt om konsekvenserne af, at husordenen ikke overholdes. Vurdering af hvilke elementer husordenen skal indeholde, skal tage udgangspunkt i de konkrete forhold på den enkelte afdeling. Ved udformningen bør der rettes særlig opmærksomhed mod de forhold, der på den enkelte afdeling har givet anledning til tvivl og eventuelle konflikter, og hvor der således er særlig grund til at have synlige og klare retningslinjer.

Særligt om tvangsindlæggelse

En central bestemmelse i Psykiatriloven er § 5, hvorefter tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse (situationer hvor patienten er frivilligt indlagt på psykiatrisk afdeling og ønsker sig udskrevet) kun må finde sted, hvis patienten er *sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed*, og det vil være uforvarsligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på *behandling*, fordi enten *udsigten til helbredelse* eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet ("behandlingskriteriet", "gule papirer"), eller den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig *fare* for sig selv eller andre ("farekriteriet", "rød tvang").

"Sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed"

Kravet om, at den pågældende patient enten skal være sindssyg eller i en dermed ganske ligestillet tilstand, er et centralt kriterium, som altid skal være opfyldt, før frihedsberøvelse kan komme på tale. Begrebet sindssyge knytter sig tæt til dette at være psykotisk. Altså vil psykotiske patienter opfylde lovens krav om sindssyge. Når det i loven bestemmes, at patienten - for anvendelse af frihedsberøvelse - ellers skal være i en "*ganske ligestillet*" tilstand indikerer det, at der er tale om et meget snævert område uden for de egentlige 'psykoser'. Foruden til eksempel typiske skizofrene lidelser med forekomst af vrangforestillinger, hallucinationer og svære sprogforstyrrelser kan 'sindssyge' - tilstanden efter omstændighederne anses for tilstede for eksempel ved visse affektexplosive tilstande, patologiske reaktioner på alkohol og/eller psykofarmaka, visse biologisk betingede tilstande, tågetilstande i forbindelse med epileptisk anfald og ved svære spiseforstyrrelser.

Tvangsindlæggelse: "Behandlingskriteriet" eller "gule papirer"

Når det i § 5 - som den ene mulige forudsætning for tvangsindlæggelse angives, at udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet, indebærer det, at undladelse af indlæggelse efter en konkret vurdering væsentligt ville anses at forringe udsigten til helbredelse eller en betydelig afgørende bedring i tilstanden. Der kræves i den forbindelse ikke, at tvangsindlæggelse skal gøre patienten fuldstændig rask. Det skal af lægen blot sandsynliggøres, at en behandling afgørende vil bedre den psykopatologiske tilstand. Det kan fx være tidligere erfaringer med samme patient. For demente patienter kan selve demensen måske ikke ændres afgørende ved indlæggelse og behandling, men det kan derimod fx en dehydreret tilstand med psykotiske symptomer.

Tvangsindlæggelse: "Farekriteriet", eller "rød tvang"

Når det i § 5 - som den anden mulige forudsætning angives, at den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre, indikerer det, at den pågældende fare skal være konkret og væsentlig. I den forbindelse er hypotetiske forestillinger om fremtidige farlige situationer ikke tilstrækkelige, - men der vil i sagens natur være en glidende overgang. Der er således tale om et skøn, og dette skøn vil eventuelt efterfølgende kunne underkendes af fx politiet (jf. § 7, se også bekendtgørelse nr. 1340 af 02/12/2010 om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser, §§ 6-7). Ifølge bekendtgørelsens § 6 træffer politidirektøren eller den, som politidirektøren bemyndiger hertil, bestemmelse om tvangsindlæggelsens iværksættelse. Desuden følger af bekendtgørelsens § 7, at den, som træffer bestemmelse om tvangsindlæggelsens iværksættelse, skal påse, at lovens betingelser for tvangsindlæggelse er opfyldt, herunder at den i loven fastsatte fremgangsmåde er fulgt, og at lægeerklæringen indeholder de fornødne oplysninger som grundlag for tvangsindlæggelsen.

Tvangstilbageholdelse

Man kan stå i den situation, at en patient primært har været frivilligt indlagt på psykiatrisk afdeling, men ønsker sig udskrevet i en tilstand, som skønnes at opfylde kriterierne for en tvangsindlæggelse. I første omgang vil der være en pligt til at søge patientens forståelse og accept af, at fortsat indlæggelse er fornøden. Såfremt accept af fortsat indlæggelse ikke kan indhentes, skal patienten tvangstilbageholdes. Det fremgår således af Psykiatrilovens § 10, at

"Tvangstilbageholdelse af en person, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, skal ske, hvis overlægen finder, at betingelserne i § 5 er opfyldt". I bestemmelsens stk. 2 fremgår, at "Overførelse af en patient, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, til lukket psykiatrisk afdeling behandles efter reglerne om tvangstilbageholdelse, såfremt patienten ikke giver sit informerede samtykke til overførelsen."

Desuden gælder efter stk. 3, at

”Fremstettes anmodning om udskrivning, skal overlægen snarest muligt og senest inden 24 timer meddele patienten, om denne kan udskrives, eller om tvangstilbageholdelse skal ske. Fremstettes anmodning om udskrivning inden for det første døgn efter, at tvangsendlæggelse har fundet sted, skal overlægens beslutning meddeles senest inden 48 timer regnet fra tvangsendlæggelsen. Er begæringen fremsat af patientrådgiveren ... underrettes tillige denne.”

Tvangsindlagte eller tvangstilbageholdte personer, som har forladt psykiatrisk afdeling uden at vende tilbage, kan efter overlægens beslutning, kræves ført tilbage til afdelingen med politiets bistand (§ 10 a). Sådantilbageførsel kan kun ske indtil 1 uge efter, at udeblivelsen er konstateret, medmindre der er tilladt udgang i mere end 3 nætter.

Særligt om tvangsbehandling

Rationalet for at iværksætte tvangsendlæggelse er, at patienten skal behandles (jf. § 5 og ovenfor). Tvangsendlæggelse ville således miste sin mening, hvis ikke også behandling efterfølgende ville kunne iværksættes med tvang. I den forbindelse følger det af § 12, at *”Tvangsbehandling må kun anvendes over for personer, der opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, jf. § 10”*. I stk. 2 bestemmes, at der ved tvangsmedicinering skal anvendes *”afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger”*. Desuden må tvangsbehandling med elektrostimulation kun iværksættes, hvis patienten desuden befinder sig i en aktuel eller potentiel livstruende tilstand (stk. 3). Det er efter stk. 4 overlægen, som træffer afgørelse om tvangsbehandling, og overlægen træffer samtidig bestemmelse om, i hvilket omfang der om fornødent kan anvendes magt til behandlingens gennemførelse. Der er mulighed for midlertidig delegation af beslutningskompetencen til anden læge (jf. § 4 a). Forud for beslutningen om tvangsbehandling skal patienten i henhold til stk. 5 have en passende betænkningstid, hvor patienten får lejlighed til at overveje, om vedkommende vil samtykke til behandlingen. Betænkningstiden skal have en passende varighed, dog højst 3 dage. Der er efter stk. 6 givet Indenrigs- og Sundhedsministeren beføjelse til at fastsætte nærmere regler for tvangsbehandlingen efter § 12.

Personer med psykisk lidelse kan på forskellig vis have akut behandlingskrævende *somatisk* lidelse. I den forbindelse bestemmes det i § 13, at

”En person, som opfylder betingelserne for frihedsberøvelse, jf. § 5, og som ikke giver sit informerede samtykke til behandling af en legemlig lidelse, kan undergives tvangsbehandling af denne lidelse, såfremt lidelsen udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare. Er patienten ikke indlagt på en psykiatrisk afdeling, er det endvidere en betingelse for tvangsbehandling efter denne bestemmelse, at der forinden er udfærdiget erklæring om tvangsendlæggelse, ... og at overlægen på vedkommende psykiatriske afdeling har truffet afgørelse om, at betingelserne for tvangsendlæggelse er opfyldt...”

Det er efter stk. 2 vedkommende psykiatriske overlæge (eller den læge som han delegerer hertil) og overlægen på den pågældende somatiske afdeling, som i fællesskab træffer beslutning om tvangsbehandling, og behandlingen kan om nødvendigt ske på den somatiske afdeling.

Tvangsernæring kan anvendes over for personer, der opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, når tvangsernæringen er nødvendig for at redde patientens liv, eller hvis unkladelse vil medføre alvorlig risiko for patientens liv eller helbred, for eksempel ved nervøs spisevægning (Se bekendtgørelse nr. 1075 af 27/10/2019 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, § 7).

Andre former for tvang

Behandling af psykiatriske patienter vil af og til kræve anvendelse af andre former for tvang end ovenfor beskrevet. De forskellige andre tvangsformer reguleres i Psykiatrilovens kapitel 5 og gennemgås nedenfor.

Tvangsfiksering

Hjemlen til at begrænse f.eks. voldelige patienters fysiske handlefrihed findes i kapitel 5, §§ 14-19. Til tvangsfiksering må efter lovens § 14 alene anvendes bælte, hånd- og fodremme samt handsker, og disse midler må efter bestemmelsens stk. 2 kun anvendes kortvarigt, og i det omfang det er nødvendigt for at afværge, at en patient enten udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang. Tvangsfiksering kan anvendes længere end kortvarigt. Efter stk. 3 kan en patient nemlig " *tvangsfikseres i længere tid end nogle få timer, når hensynet til patientens eller andres liv, førlighed eller sikkerhed tilsiger dette*". Det kræves efter § 15, at beslutning om tvangsfiksering træffes af en læge, og at denne forinden skal have tilsat patienten. Dog kræves, for så vidt at der foruden bælte skal anvendes hånd- eller fodremme, overlægens beslutning. Efter § 4a kan beslutningen dog i overlægens fravær træffes af en anden læge, men i sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen. Med indskydelsen af ordet 'foruden' fastslås, at en patient ikke blot kan være fikseret med fx en håndrem, men at bæltfiksering altid kommer først. Et muligt rationale (blandt andre) kunne være risikoen for, at patienten ellers utilsigtet udsætter sig selv for skade. Bæltfiksering efter denne bestemmelse indebærer fastspænding ved bælte, som er fastgjort sengen på begge sider, og som således umuliggør stående stilling og gangfunktion.

I nogle situationer skal der handles hurtigt, og fiksering er nødvendig at gennemføre umiddelbart. For sådanne situationer bestemmes i § 14 stk. 3 at,

"Ville det i et tilfælde som nævnt i § 14, stk. 2, nr. 1, af hensyn til patientens egen eller andres sikkerhed være uforsvarligt at afvente lægens tilsyn, kan sygeplejepersonalet på egen hånd beslutte at fikse den pågældende med bælte. Lægen skal da straks tilkaldes og træffe afgørelse vedrørende anvendelsen af tvangsfiksering med bælte."

Efter § 16 skal patienter, som er tvangsfikseret med bælte, have fast vagt. Man kan næppe forestille sig en ordning med mulighed for bæltefiksering med tvang, uden at der parallelt er hjemmel for fx fysisk fastholdelse af patienter. Hjemlen hertil findes i § 17, som bestemmer at en person, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, kan fastholdes og om fornødent med magt føres til et andet opholdssted på sygehuset, såfremt betingelserne for anvendelse af bælte (jf. § 14) er opfyldt. Ligeledes fremgår det af bestemmelsen, at der over for personer, som er frihedsberøvet kan anvendes den magt, som er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen. I henhold til bestemmelsens stk. 2 er der tillige mulighed for at følge magtanvendelsen op med indgivelse af beroligende midler, når det af lægen skønnes af afgørende betydning for bedring af en meget urolig patients tilstand.

Foruden ovennævnte tvangsformer omtaler § 17a muligheden for anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse over for patienter, som lider af demens eller demenslignende tilstande, når det er nødvendigt for at hindre, at vedkommende (ved at forlade psykiatrisk afdeling) udsætter sig selv eller andre for en betydelig risiko for at lide personskade. Det kræves (efter stk. 2), at en læge skal have tilset patienten og truffet nærmere bestemmelse om anvendelse af et konkret bestemt middel. Det er i tilfælde af anvendelse af særlige dørlåse et krav efter stk. 3, at beslutning herom snarest muligt skal godkendes af overlægen, og alle patienter på afdelingen straks efter skal underrettes herom. I denne sammenhæng skal også nævnes § 18, som giver mulighed for anvendelse af beskyttelsesfiksering, hvormed forstås anvendelse af ethvert middel, der benyttes for at hindre, at en patient utilsigtet udsætter sig selv for væsentlig fare. Dette kræver, at en læge har tilset patienten og truffet nærmere bestemmelse om anvendelse af et bestemt beskyttelsesmiddel (stk. 2).

For så vidt angår sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk Afdeling, Region Sjælland, er der særlig regulering. Psykiatriloven hjemler således, at der kan anvendes aflåsning af patientstuer over for patienter anbragt i denne sikringsafdeling (jf. § 18a og kapitel 11 om de særlige regler om anbringelse af ekstraordinært farlige personer). Efter stk. 2 kan aflåsning af patientstue anvendes *behandlingsmæssigt* med henblik på enten at etablere nødvendige faste rammer i behandlingen af patienten, eller at sikre skærmning af patienten mod for mange stimuli. Aflåsning af patientstue kan efter stk. 3 tillige anvendes, i det omfang det er nødvendigt at afværge, at en patient enten udsætter andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang. Det er efter stk. 4 en læge, som træffer beslutning om aflåsning af patientstuen.

§ 18b regulerer lægens mulighed for af sikkerhedsgrunde at aflåse patientstuer i ovennævnte sikringsafdeling (om natten, under den ugentlige konference og under den daglige behandlingskonference), medens § 18c regulerer mulighederne for anvendelse af oppegående tvangsfiksering (også sikringsafdelingen). Ved oppegående tvangsfiksering forstås tvangsfiksering, hvor patienten ikke er fastspændt til en seng, og denne tvangsfiksering kan anvendes som alternativ til langvarig isolation eller langvarig tvangsfiksering til en seng, når mindst ét af kriterierne i § 14, stk. 2, er opfyldt, og langvarig isolation på patientstue vurderes at have negativ

effekt på patientens samlede psykiske, legemlige og sociale tilstand, eller hvor langvarig tvangsfiksering til en seng vurderes at have negativ effekt på patientens samlede psykiske, legemlige og sociale tilstand. Den oppegående tvangsfiksering må alene ske med anvendelse af mavebælte, fikseringsremme, håndremme og fodremme, og patienten skal have mindst én fast vagt. Der kræves efter bestemmelsen (stk. 4) tilladelse fra Styrelsen for Patientsikkerhed.

Personlig skærmning

Om personlig skærmning og aflåsning af døre i afdelingen bestemmer § 18d, at der ved personlig skærmning forstås *”foranstaltninger, hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten”*. Efter bestemmelsens stk. 2 gælder at,

”Personlig skærmning, som patienten ikke samtykker til, må kun benyttes, i det omfang det er nødvendigt for at afværge, at en patient 1) begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig skade eller 2) forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller andre” og efter stk. 3 træffes *”beslutning om personlig skærmning [...] af en læge, efter at denne har tilset patienten”*.

Aflåsning af døre

Om aflåsning af døre bestemmes i § 18e, at patienter i forbindelse med indlæggelse på afdelingen skal orienteres om afdelingens indretning, herunder om forekomsten af mindre enheder på afdelingen, hvortil døren kan aflåses, hvis sådanne mindre enheder findes på afdelingen. Efter § 18f kan lægen beslutte, at *”der skal foretages aflåsning af døre i afdelingen, dog ikke af døre til patientstuer”* over for 1) patienter, der er frihedsberøvede efter kapitel 3, og 2) patienter, for hvem der er risiko for, at de utilsigtet udsætter sig selv for væsentlig fare, jf. § 18.” efter bestemmelsens stk. 2 gælder endvidere, at lægen desuden kan *”beslutte, at der skal foretages aflåsning af døre, dog ikke af døre til patientstuer over for en patient, der ikke er omfattet af stk. 1, hvis patienten selv anmoder herom. På patientens anmodning skal aflåsningen straks ophæves”* lige som det efter stk. 3 gælder, at alle patienter på afdelingen straks efter, at en beslutning om aflåsning efter stk. 1 og 2 er truffet, skal underrettes herom. Videre bestemmes det i § 18g om personlig hygiejne under anvendelse af tvang, at overlægen

”kan beslutte, at en patient, der på grund af sin sindslidelse ikke selv er i stand til at varetage nødvendig personlig hygiejne, skal have foretaget personlig hygiejne under anvendelse af tvang, hvis dette er nødvendigt af hensyn til patienten selv eller af hensyn til medpatienter eller personale”.

Patientrådgivere m.v.

Ved tvang skal der beskikkes en patientrådgiver (§ 24, stk. 1). Patientrådgiveren skal vejlede og rådgive patienten i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på den psykiatriske afdeling. Patientrådgiveren er tiltænkt rollen som en (af det psykiatriske system) uafhængig lægperson. Personalet skal efter § 27 give patientrådgiveren enhver oplysning, som er nødvendig for, at denne kan varetage sit hverv på forsvarlig måde, idet dog oplysninger, som af lægelig grunde ikke gives til patienten, heller ikke må gives til patientrådgiveren (pkt. 2). Sidst men ikke mindst har patientrådgiveren en vigtig funktion i og med at yde bistand til - og i samråd med - patienten i forbindelse med klager.

Anvendelse af tvang skal tilføres afdelingens tvangsprotokol med angivelse af indgrebs nærmere indhold og begrundelse (§ 20). Overlægen ved den psykiatriske afdeling er i henhold til § 21 ansvarlig for, at de forskellige tvangsmidler ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt. Overlægen (eller den han i henhold til § 4 a midlertidigt delegerer kompetencen til) skal, som led i en kontinuert efterprøvelse af frihedsberøvelsen, henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage efter at frihedsberøvelsen blev iværksat, og derefter mindst hver 4. uge ind til frihedsberøvelsen ophæves, sikre sig om kriterierne for frihedsberøvelse fortsat er opfyldt. Efterprøvelsen skal noteres i tvangsprotokollen, og både patientrådgiveren, og efter begæring tillige patienten, skal underrettes om, hvorvidt der er truffet beslutning om opretholdelse af frihedsberøvelsen.

Eksisterende lovhjemler og tvangsformer i andre sammenlignelige lande

I dette kapitel er lovgivningen omkring anvendelse af tvang i psykiatrisk regi i en række lande gennemgået. Der er udvalgt andre repræsentanter for Skandinavien (Sverige og Norge), en repræsentant for kontinental europæisk ret (Holland) og for Common Law (England). Der er - så vidt det er muligt - søgt taget udgangspunkt i de pågældende landes lov-materialer.

Resumé af tvangsformer: Sverige

Kort opsummeret kan en psykiatrisk patient i Sverige tvangsindlægges- og tilbageholdes, tvangsfikseres, gives behandling med tvang og isoleres fra andre patienter i op til otte timer med mulighed for forlængelse og under kontinuert opsyn fra personalet.

Sverige

Sundhedsvæsenet i Sverige, herunder driften af psykiatriske hospitaler drives af 21 regioner. Loven om tvang i almenpsykiatrien er fra 1991 (Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård). Denne er siden blevet revideret med henblik på at sikre patienternes rettigheder, begrænse tvangsbehandling m.v. Parallelt med lov om tvångsvård

findes en Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. "Tvangsvård" omfatter alle former for tvangspsykiatrisk behandling. Der gælder et proportionalitets- og mindste middels princip. Ifølge 2 a § i Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård gælder nemlig, at

"Tvångsåtgärder vid vård enligt denna lag får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, skall de användas. Tvång skall utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten [...]"

Efter § 3 kan tvangsbehandlingen gives enten som lukket eller som åben behandling. Lukket behandling er i henhold til loven defineret som den form for tvangsbehandling, der foregår, når patienten er indlagt på en psykiatrisk afdeling. Åben tvangsbehandling kan for eksempel foregå ambulantly. 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 (§ 3).

Efter § 6 kan en patient ifølge lægeerklæring holdes på afdelingen, indtil spørgsmålet om indlæggelse er afgjort af en læge. Hvis andre foranstaltninger ikke er tilstrækkelige, kan der anvendes den tvang, som er nødvendig for at forhindre patienten i at forlade den afdeling, hvor patienten opholder sig:

"En patient får, sedan vårdintyg har utfärdats, efter beslut av läkare hållas kvar på vårdinrättningen tills frågan om intagning har avgjorts. Om andra åtgärder inte är tillräckliga, får det tvång användas som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna den del av vårdinrättningen där patienten skall vistas, för att upprätthålla ordningen på inrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården. Om det är nödvändigt får patienten, sedan beslut om att hålla kvar denne har fattats, kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas för kontroll av att denne inte bär på sig egendom som anges i 21 § [...]"

Tvangsfiksering med mavebælte og fod- og håndremme kan anvendes (§ 6a og § 19), hvis der er umiddelbar fare for, at patienten skader sig selv eller andre. Tvangsfikseringen skal vare så kort tid som muligt. Se således § 6 a, hvorefter

"I sådana fall som anges i 19 eller 20 § får en patient som hålls kvar enligt 6 § kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning eller kortvarigt hållas avskild från de andra patienterna. Om patienten är under 18 år får dock, i sådana fall som avses i 19 a eller 20 a §, patienten spännas fast med bälte högst en timme och hållas avskild högst två timmar [...]"

Disse patienter kan desuden gives behandling mod deres vilje. Efter § 6 a gælder nemlig videre, at

”En patient som hålls kvar enligt 6 § får, om det finns en överhängande fara för patientens liv eller hälsa, ges nödvändig behandling. Beslut enligt denna paragraf fattas av legitimerad läkare. Chefsöverläkaren får besluta om förlängning av de tider som avses i första stycket under de förutsättningar som anges i 19-20 a §§.”

Efter § 19 gäller, at

”Om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning. Hälso- och sjukvårdspersonal ska vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd. Om det finns synnerliga skäl, får det beslutas att patienten ska hållas fastspänd längre än som anges i första stycket. Chefsöverläkaren beslutar om fastspänning. Inspektionen för vård och omsorg ska utan dröjsmål underrättas om beslut enligt andra stycket.”

Isolation (patienten holdes 'avskild från andra patienterna') kan användes, hvis patienten er aggressiv og generer andre patienter. En beslutning om isolation er kun gældende i otte timer, og beslutningen træffes af overlægen. Hvis det er nødvendigt med isolation over otte timer, skal Socialstyrelsen underrettes. Nærmere bestemmes det nemlig i lovens § 20, at

”En patient får hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Ett beslut om avskiljande gäller högst åtta timmar. Tiden för avskiljande får genom ett nytt beslut förlängas med högst åtta timmar. Om det finns synnerliga skäl, får ett beslut om avskiljande enligt första stycket avse en bestämd tid som överstiger åtta timmar. Chefsöverläkaren beslutar om avskiljande. Om en patient hålls avskild mer än åtta timmar i följd, ska Inspektionen för vård och omsorg utan dröjsmål underrättas om detta. En patient ska under den tid han eller hon hålls avskild stå under fortlöpande uppsikt av hälso- och sjukvårdspersonal”.

Selve indretningen af isolationsrummet findes beskrevet i Den Europæiske Torturkomité's seneste rapport fra komitéens besøg i Sverige (fodnote 1). Komiteen havde således

”nogle betænkeligheder med hensyn til indretningen af isolationsrummene, nemlig forrummet til selve isolationscellen, hvor personalet normalt sidder under isolationen af patienten, som ud over et vindue ind til selve isolationscellen også havde et stort (næsten gulv til loft, ca. 40

¹ 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) from 18 to 29 January 2021, side 39. Indretningen af isolationscellen blev kritiseret af komiteen

cm bredt) vindue ind til cellens toiletrum, hvilket gav personalet et helt ubegrænset udsyn til den isolerede patient, der brugte brusebadet eller toilettet".

Efter komiteens opfattelse

"påvirker en sådan ordning unødigt patienternes privatliv og værdighed. Udsigten ind til et sådant toiletrum bør normalt være sløret, fx ved at tildække vinduet med et rullegardin eller et gardin, som personalet undtagelsesvis kunne åbne efter behov ud fra en individuel vurdering af patientens risiko for selvskaade eller anden skade".

Komiteen anbefalede således, at de svenske myndigheder skulle træffe foranstaltninger for at imødegå dette problem, men konkluderede videre, at anvendelsen af tvangsmidler (herunder isolation) *ikke* virkede overdreven på de besøgte hospitaler og at anvendelsen af tvang var veldokumenteret. Komiteen bemærkede dog en fortsat bekymrende praksis, hvorefter læger, uanset tidligere anbefalinger fra komiteen, giver tilladelse til anvendelse af tvangsmidler telefonisk, uden faktisk at se og undersøge patienten.

Resumé af tvangsformer: Norge

Kort opsummeret kan der i psykiatrien i Norge anvendes tvangsindlæggelse, tvangsfiksering, gives behandling med tvang, foretages skærmning af patienter og isolation med kontinuert tilstedeværelse af personale. Tvang kan gennemføres såvel under døgnindlæggelse som uden for sygehus.

Norge

I Norge finder behandlingen sted på hospitalsafdelinger, særlige institutioner og i distriktskykiatriske centre under fire regioner. Den gældende psykiatrilovgivning udgøres af bl.a. Lov nr. 62 fra 2. juli 1999 om Psykisk Helsevern (Lov om etablering og gennemførelse af psykisk helsevern), som løbende er blevet ændret. I Norge kan der anvendes tvang på psykiatrisk afdeling og uden for de psykiatriske afdelinger, for eksempel på døgninstitutioner for psykisk syge. Tvangsobservation eller tvungen psykiatrisk behandling kan også foregå uden døgnophold på institution (§ 3-5). Tvangsobservation og tvungen psykiatrisk behandling uden døgnophold på institution kan alene omfatte påbud til patienten om at møde op til undersøgelse (observation) eller behandling (tvangpsykiatrisk behandling) (§ 3-5). *Institutionerne skal opfylde særlige krav og være godkendt af myndighederne* (se Psykisk Helsevernlovens Forskrift, § 24). Den norske lovgivning beskriver i detaljer betingelser og procedurer for anvendelse af tvang. I loven skelnes mellem *tvungen observation* og tvungen psykisk helsevern (se Psykisk Helsevernloven § 1-2, samt § 3-2 og § 3-3). I lovens § 1-2 er det beskrevet, at der med tvungen observation menes undersøgelse, behandling og pleje med det formål at afklare, om betingelserne for tvungen

psykisk helsevern foreligger, uden at der er givet samtykke (Patient- og Brugerrettighedslovens kapitel 4), mens der med tvungent psykisk helsevern menes den undersøgelse, behandling, pleje og omsorg som nævnt i 1. pkt., uden at der er givet samtykke. Ifølge Psykisk Helsevernsløven kan følgende tvangsmidler anvendes: Skærmning (§ 4-3), behandling uden samtykke (§ 4-4; behandling med lægemidler eller kosttilførsel ved svære spiseforstyrrelser). Desuden kan retten til at modtage besøg og post eller til at bruge telefon og computer begrænses (§ 4-5), ligesom der med tvang kan gennemføres undersøgelse af rum og ejendele (§4-6), kropsvisitation, konfiskation af stoffer og farlige genstande (§ 4-6), test til opdagelse af stofmisbrug (§ 4-7a), samt brug af tvangsmidler, såsom tvangsfiksering eller fysisk fastholdelse, isolation og korttidsvirkende lægemidler (§ 4-8). Skærmning og kriterierne for anvendelse heraf findes nærmere beskrevet i § 4-3 som følger:

”Dersom en pasients psykiske tilstand eller utagerende adferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig, kan den faglig ansvarlige bestemme at pasienten av behandlingmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter skal holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten. Det skal fattes vedtak hvis pasienten motsetter seg skjerming, eller hvis skjerming opprettholdes ut over 24 timer. Dersom pasienten overføres til skjermet enhet eller liknende som innebærer en betydelig endring av vedkommendes omgivelser eller bevegelsesfrihet, skal det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes ut over 12 timer. Vedtak om skjerming skal nedtegnes uten ugrunnet opphold. Vedtak kan bare treffes for inntil to uker om gangen. Vedtak om skjerming og om forlengelse av skjerming kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende. Kongen kan gi nærmere forskrifter om vilkårene for skjerming og gjennomføringen av den.”

Nærmere information om skærmningsmuligheden findes hos helsevern.no. Her beskrives skærmning som:

”en innskrenkning i pasientenes bevegelsesfrihet og selvbestemmelse som går utover det et opphold i tvungent psykisk helsevern ellers gir adgang til. Tiltaket regnes dels som et behandlingstiltak og dels som et tiltak for å skjerme andre pasienter. Skjerming er regulert i psykisk helsevernloven § 4-3 og innebærer, at pasienten holdes helt eller delvis adskilt fra medpasienter og fra personell, som ikke deltar i undersøkelse og behandling av, og omsorg for pasienten. Skjerming kan skje på pasientens rom eller på en skjermingsenhet. Skjerming kan besluttes av den faglig ansvarlige av behandlingmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter”.

Det forklares videre på myndigheden hjemmeside, at ”Norge er et av få land som bruker skjerming som et behandlingstiltak, prinsipielt adskilt fra isolering. Isolering defineres i psykisk helsevernloven som et tvangsmiddel, der pasienten er alene bak en stengt eller sperret dør, mens skjerming forutsetter tett oppfølging av

tilstedeværende helsepersonell” (fodnote 2). Loven giver også mulighed for anvendelse af ambulant tvang (eller tvungen opfølgning). Ifølge Helsevernlovens § 3-5, kan tvungen observation og psykiatrisk behandling nemlig foregå uden døgnophold på institution, hvor dette er et bedre alternativ for patienten. Ved vurderingen skal der også tages behørigt hensyn til pårørende, som patienten bor hos. Tvangsobservation og tvungent psykiatrisk sundhedsvæsen kan omfatte et påbud til patienten om at møde op til undersøgelse (observation) eller behandling (tvangspsykiatrisk behandling). Om nødvendigt kan patienten afhentes, og eventuelt kan denne afhentning ske med magt. Tvungent psykisk sundhedsvæsen uden døgnophold sker under ansvar af den institution, som er godkendt til den pågældende behandlingsform. Kriterierne for, at en person kan blive undergivet tvangsforanstaltninger er, at frivillig behandling har været forsøgt. Patienten skal have en alvorlig sindslidelse, og anvendelse af tvang skal med stor sandsynlighed føre til helbredelse (behandlingskriterium), eller patienten skal udgøre en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv (farekriterium) (sammenhold § 3-3, punkt 3a hhv. 3b).

Tvangsfiksering omfatter mekaniske midler, som begrænser patientens bevægelsesfrihed bl.a. bælte rundt om maven. Specielt skadeforebyggende tøj kan også anvendes. Ligeså er kortvarig fysisk fastholdelse mulig (§ 4-8, punkt d). Ved isolation forstås kortvarig anbringelse af patienten bag låst dør, uden at personalet er til stede. Isolation kan kun ske i specielle rum, der er særligt indrettede til dette. Patienten skal dog være under observation af en fast vagt under hele isolationen. Hjemlen findes som nævnt i § 4-8. I denne står der om anvendelse af tvangsmidler i institution til døgnophold, at tvangsmidler kun må anvendes mod patienten, når det er absolut nødvendigt for at forhindre, at denne skader sig selv eller andre, eller for at forhindre væsentlig skade på bygninger, tøj, inventar eller andet. Desuden fremgår af bestemmelsen et *mindstemiddelprincip*, idet tvangsmidler kun bør anvendes, når mere lempelige foranstaltninger har vist sig at være åbenlyst forgæves eller utilstrækkelige, ligesom der blandt tvangsmidler nævnes mekaniske anordninger, som forhindrer patientens bevægelsesfrihed, herunder bæltter og stropper samt skadeforebyggende specialbeklædning, kortvarig anbringelse bag en låst eller lukket dør uden personale til stede og kortvarig fastholdelse. Det beskrives endvidere, at patienter, som udsættes for tvangsforanstaltninger, løbende skal overvåges af plejepersonalet. Ved fastspænding i seng eller stol er der krav om, at plejepersonalet skal opholde sig i samme rum som patienten, medmindre patienten modsætter sig dette. Nærmere om 'isolasjon' forklares det hos helsevern.no, at

”ikke bare låst, men også stengt dør omfattes, innebærer at det skal fattes vedtak i akutte nødsituasjoner hvor døren blir holdt lukket mellom pasient og personale ved fysisk makt, ved hjelp av kloss, stol eller lignende. Også situasjoner der døren står på gløtt, men hvor pasienten er alene i rommet og ikke har mulighet til å forlate dette, har karakter av en slik fysisk atskillelse at tiltaket må anses som isolasjon.”

² <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykisk-helsevern/tvungent-psykisk-helsevern/#hvilke-former-for-tvang-brukes-innen-psykisk-helsevern>

Videre bemærkes det hos helsevern.no, at

"Dersom man må holde en pasient for å få iverksatt de øvrige tvangsmidlene (belter, kortidsvirkende legemiddel eller isolasjon), er det ikke nødvendig å treffe et eget vedtak om kortvarig fastholding. Vedtak om et av de øvrige tvangsmidlene må altså forstås slik at det også omfatter vedtak om holding for å kunne iverksette tvangsmidlene."

Den Europæiske Torturkomité's seneste rapport fra komitéens besøg i Norge er fra 2019 (fodnote 3). Til illustration af brugen af isolation i norsk psykiatri, kan bl.a. henvises til, at det af komitéen bemærkedes (s. 53), at

"en række mangler blev observeret [...]. For det første var tilsynet med patienter, som var udsat for tvangsfiksering (med en sygeplejerske til stede inde i stuen) eller isolation (med en sygeplejerske til stede i nærheden udenfor) ikke altid sammenhængende, men var i nogle tilfælde blevet afbrudt."

Videre om komitéens syn på tvangsfiksering henholdsvis isolation kan nævnes, at komitéen udtalte, at

"myndighederne skulle tage de nødvendige skridt for at sikre, at [...] enhver patient, der er udsat for tvangsfiksering eller isolation, nyder godt af kontinuerlig overvågning af et kvalificeret medlem af sundhedspersonalet. I tilfælde af tvangsfiksering bør personalet være permanent til stede i rummet for at opretholde en terapeutisk alliance med patienten og give ham/hende assistance. Hvis patienter holdes i isolation, kan personalet opholde sig uden for patientens stue (eller i et tilstødende rum med et forbindelsesvindue), forudsat at patienten fuldt ud kan se personalet, og denne løbende kan observere og høre patienten. Det er klart, at videoovervågning ikke kan erstatte konstant personaletilstedeværelse".

Desuden fastslog komitéen, at *"uanset om det drejer sig om tvangsfiksering eller isolation, skal den sygeplejerske, som holder patienten under observation, føre en kontinuert logbog eller manual over patientens tilstand (fx hvert 30 minutter)".*

³ Report to the Norwegian 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) from 28 May to 5 June 2018.

Resumé af tvangsformer: Holland

Kort opsummeret kan en psykiatrisk patient i Holland tvangsindlægges og tilbageholdes, fastholdes, tvangsfikseres, tvangsbehandles (herunder med medicin og ECT) og isoleres fra andre patienter med kontinuert opsyn.

Holland

Psykiatrisk behandling foregår i Holland på psykiatriske hospitaler, psykiatriske afdelinger, der er tilknyttet somatiske sygehuse eller universitetsklinikker, og på psykiatriske plejehjem. Der er offentlige og private retspsykiatriske klinikker. Anvendelsen af tvang i psykiatrien blev indtil 2020 reguleret i en lov om specialindlæggelse på psykiatriske hospitaler (BOPZ)(38). Ifølge BOPZ, Artikel 39 punkt 2, fastsattes de midler og foranstaltninger, der kunne anvendes ved bekendtgørelse. De tvangsmidler, som kunne anvendes med hjemmel i BOPZ opregnede således i bekendtgørelsen om tvangsmidler (Besluit middelen en maatregelen, Stb. 1993, 563; ophævet per 2020). I følge denne bekendtgørelses Artikel 2 kunne som midler og foranstaltninger jf. lovens § 39 bl.a. anvendes isolation ('afsondretted'; 'anbringelse af patient i aflåst, særligt indrettet rum med henblik på pleje og behandling'), tillige med tvangsfiksering ('begrænsning af en patients bevægelsesmuligheder'), tvangsmedicinering ('administration af medicin til en patient') og administration af væsker/ernæring.

I 2020 trådte lov om tvungent psykisk sundhedsvæsen i kraft (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, WVGZ). Lovens paragraf 3-2 hjemler tvangsindlæggelse. Kriterierne for, at en psykisk syg kan tvangsindlægges og undergives tvang er, at vedkommende udgør en fare for sig selv eller for andre (2-1-6). Der skal kort efter tvangsindlæggelse udfærdiges en behandlingsplan. Den behandlingsansvarlige læge skal herefter forsøge at opnå patientens informerede samtykke (2-1), og hvor dette ikke er muligt, kan lægen, såfremt patienten i øvrigt opfylder kriterierne for tvangsbehandling, iværksætte dette. Lægen skal straks underrette institutionens lægefaglige ledelse om sin beslutning. Denne skal herefter lave en second opinion, og såfremt den lægefaglige ledelse er enig med den behandlingsansvarlige læge, skal den lægefaglige ledelse lave en indstilling til Sundhedstilsynet, med angivelse af indikationen for behandlingen, beskrivelse af denne samt behandlingsvarigheden. Sundhedstilsynet påser herefter, at kriterierne for tvangsbehandling er til stede, og at den iværksatte tvangsbehandling er i overensstemmelse med god faglig standard eller nationale retningslinjer. Også reglerne om brug af tvangsmidler under indlæggelse findes i WVGZ. Således fremgår det af lovens artikel 3-2, punkt 2, at loven omfatter den behandling, som en sundhedsudbyder yder den pågældende, og som kan bestå af behandling, pleje, vejledning, beskyttelse, tryghed og obligatorisk pleje som nærmere anført. Mulige tvangsmidler omfatter begrænsning af bevægelsesfriheden, isolation ('insluiten'), observation, kontrol for tilstedeværelse af adfærdspåvirkende stoffer, krav om, at patienten gør eller ikke gør noget, begrænsning af patientens brug af kommunikationsværktø-

jer, administration af tvangsmedicin eller ufrivillig terapeutisk behandling (3-2-2; Waddington, 2020) (39). Endskønt det ikke fremgår direkte af WVGZ, så omfatter 'begrænsning af bevægelsesfriheden', fastholdelse og bæltefiksering (Regeling verplichte geestelijke gezondheidszorg af 02-09-2023).

En hyppig anvendt tvangsforanstaltning i Holland er isolation (tidligere eksplicit kaldet 'afzondering', efter 2020: 'inluiten'; paragraf 3-2). Der findes over 600 isolationsceller på de hollandske hospitaler. Isolation sker ved at låse patienten inde i et specielt designet rum, der er beklædt med sikkerhedsmateriale. Patienten har ikke kontakt med nogen udenfor, fraset når sygeplejersken kommer med mad og drikke eller kommer på besøg med henblik på observation. I hollandsk psykiatri bruges flere typer rum til isolation. Der er rum med forskelligt design, indretning, atmosfære og sikkerhedsniveauer, såsom afsondrede rum, isolationsrum, 'time out'-rum eller (strippede og aflåselige) soverum (40). Tidligere hollandske studier har vist store forskelle mellem afdelingerne i brugen (forekomst og varighed) af isolation. I en stor hollandsk undersøgelse af 12 psykiatriske behandlingssteder varierede brugen af isolation fra 116 til 948 episoder pr. 1000 indlæggelser (41). I et andet studie blandt 29 afdelinger på syv forskellige behandlingssteder varierede brugen af isolation fra 1 til 157 timer per 1000 sengetimer (38).

Resumé af tvangsformer: England

Kort opsummeret kan psykiatriske patienter i England tvangsindlægges, gives medicin (herunder beroligende) med tvang, de kan skærmes, der kan anvendes 'time-out' isolation og fastholdelse. Tvangsfiksering bør i udgangspunktet ikke anvendes.

England

UK udgøres af England, Wales, Skotland og Nordirland, som hver har sin lovgivning, også inden for det psykiatriske område. Der er psykiatriske afdelinger og hospitaler med tilhørende distriktspsykiatriske centre og opsøgende teams, men der findes også private hospitaler og klinikker. Den aktuelle lov om anvendelse af tvang i psykiatrien er fra 1983. Den er senest blevet revideret i 2007. Nedenstående har særligt fokus på lovgivningen i England. Det psykiatriske område detaljereguleres af det omfattende såkaldte fagkodeks ("code of practice" udgivet af det engelske Sundhedsministerium), der beskriver, hvorledes personer med psykiatriske lidelser bør behandles. Tvangsindlæggelse kan ske, hvis patienten lider af en alvorlig psykisk sygdom, som ud over psykose omfatter andre alvorlige mentale sygdomme. Herudover skal patienten være til fare for sig selv. Tvangsindlæggelse kan også ske for at beskytte andre mod overgreb fra patienten. Når en patient bliver tvangsindlagt, giver det implicit mulighed for tvangsbehandling med lægemidler. Tvangsbehandling kan finde sted på grundlag af fare eller på behandlingsindikation. Hvis kriterierne for tvangsbehandling er til stede, kan den behandlingsansvarlige starte tvangsbehandling, såfremt patienten, dennes værge og 'the Care Quality Commission', skriftligt

er blevet orienteret om baggrunden for tvangsbehandlingen, selve tvangsbehandlingen, samt den mulige behandlingstidslængde. Den behandlingsansvarlige læge skal udarbejde en behandlingsplan for tvangsbehandlingen. De forskellige tvangsmidler i psykiatrien i England er særligt udførligt regulerede. Centrale dokumenter er Human Rights Act 1998, the Mental Capacity Act 2005, Mental Health Act 1983 (som ændret i 2007; <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/contents>), relevante NICE guidelines og - som nævnt - ikke mindst fagkodeks (en 450 sider guideline for anvendelse af psykiatritvang, udstedt i henhold til Section 118 i the Mental Health Act 1983, se umiddelbart nedenfor).

Retningslinjerne for *tvangsindlæggelse* beskrives i fagkodeks' kapitel 14. Hjemlen findes i Mental Health Act Sections 2 og 3. *ECT med tvang* hjemles i Mental Health Act 1983, section 62(1A). Kapitel 24 i fagkodeks anviser retningslinjer for *medicinsk behandling af psykiatriske patienter under tvang* (jf. bl.a. Section 63 i Mental Health Act 1983), og ligeledes findes der retningslinjer for anvendelse af *beroligende medicin med tvang* i punkterne 26.91-26.102. Ifølge fagkodeks punkterne 26.75-26.87 bør *tvangsfiksering* kun anvendes i exceptionelle situationer, og når særlige krav er opfyldt. Ifølge fagkodeks punkt 26.2. kan anvendes en slags *skærmning* ('enhanced observation') og efter punkt 26.58 kan time-out og efter 26.69 *fysisk fastholdelse* ('physical restraint') ligeledes anvendes. Retningslinjer for *isolation* ("seclusion"; 'afsondrethed') findes i punkt 26.103. Isolation refererer ifølge fagkodeks til overvåget indespærring og isolation af en patient, væk fra andre patienter, i et område, som patienten er forhindret i at forlade, i situationer, hvor det er af umiddelbar nødvendighed med henblik på at begrænse patientens alvorlige adfærdsforstyrrelse på grund af risikoen for skade på andre. Fagkodeks indeholder en ret udførlig samling retningslinjer for anvendelsen af isolation, som tilsigter i videst muligt omfang at tage hensyn til patients sikkerhed både i fysisk-, psykisk- og juridisk henseende.

Overvejelser om anvendelsen af andre, mindre indgribende, tvangsformer i Danmark

Især brugen af tvangsfiksering i Danmark har været kritiseret gentagne gange fra bl.a. Den Europæiske Torturkomité (the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, CPT). Derfor tages der nedenfor udgangspunktet i denne tvangsform, den danske regulering heraf, og hvad der måtte være af relevante alternativer.

Som det findes beskrevet ovenfor i den korte gennemgang af Psykiatriloven, handler lovens kapitel 5 om 'Fiksering m.v.'. Om tvangsfiksering gælder ifølge § 14, stk. 1, at der som midler til tvangsfiksering alene må anvendes bælte, hånd- og fodremme samt handsker. Kriterierne for tvangsfiksering i kortere varende tid angives i bestemmelsens stk. 2, hvorefter

"Tvangsfiksering må kun anvendes kortvarigt og i det omfang, det er nødvendigt 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) øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang."

Om tvangsfiksering i længere tid beskrives det i bestemmelsens stk. 3, at *"En patient kan tvangsfikseres i længere tid end nogle få timer, når hensynet til patientens eller andres liv, førlighed eller sikkerhed tilsiger dette."* Desuden gælder efter lovens § 15, stk. 1, at *"Beslutning om tvangsfiksering og beslutning om, at der foruden bælte skal anvendes hånd- eller fodremme, træffes af overlægen, efter at denne har tilset patienten"* og efter stk. 2, at

"Ville det i et tilfælde som nævnt i § 14, stk. 2, nr. 1, af hensyn til patientens egen eller andres sikkerhed være uforsvarligt at afvente overlægens tilsyn, kan sygeplejepersonalet på egen hånd beslutte at fiksere den pågældende med bælte. Overlægen skal da straks tilkaldes og træffe afgørelse vedrørende anvendelsen af tvangsfiksering med bælte."

Der stilles efter § 16, stk. 1, krav om, at *"En patient, der er tvangsfikseret med bælte, skal have fast vagt"* og efter bestemmelsens stk. 2, at *"Den faste vagt skal udarbejde en objektiv beskrivelse af patientens aktuelle tilstand, mens patienten er tvangsfikseret med bælte"*. Løsning fra bæltfiksering fremgår ikke nærmere af hverken psykiatriloven eller tvangsanvendelses-bekendtgørelsen. Men beslutning om iværksættelse af tvangsfiksering efter § 14 er en lægelig beslutning (§ 15) lige som anvendelsen af anden tvang efter psykiatriloven er lægelige beslutninger. Og efter tvangsanvendelsesbekendtgørelsens § 16 skal der, så længe en tvangsfiksering opretholdes, foretages fornyet lægelig vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfikseringen, så ofte som forholdene tilsiger det, dog mindst 3 gange i døgnet, jævnt fordelt, efter at beslutningen om anvendelse af tvangsfiksering er truffet og lægens vurdering skal tilføres journalen. Dette kan efter omstændighederne betyde, at man må afvente løsning, til vurdering ved læge.

Nærmere regler om tvangsfiksering er fastsat efter Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, nr. 1075 af 27/10/2019, som den senest findes ændret ved bekendtgørelse om ændring af bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, nr. 189 af 23/02/2023. Reglerne om anvendelsen af tvangsfiksering findes fastsat i denne bekendtgørelses kapitel 2 om *"Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt"*. Her beskrives i § 13, at *"Tvangsfiksering må kun anvendes i det i lovens § 14, stk. 2, nævnte omfang"* (stk. 1), at *"Som midler til tvangsfiksering må alene anvendes bælte, hånd- og fodremme samt handsker"* (stk. 2), at *"Forud for den konkrete anvendelse af tvangsfiksering skal der foreligge en lægelig ordination, efter at overlægen har tilset patienten"*, (stk. 3), at

"Det er en forudsætning for den lægelige ordination, at overlægen på grundlag af patientens aktuelle tilstand har vurderet nødvendigheden af tvangsfiksering, og at anvendelse af andre"

midler, for eksempel øget tilsyn, har vist sig utilstrækkelig eller uigennemførlig som følge af patientens tilstand” (stk. 4),

og i stk. 5, at *”Beslutning om, at der foruden bælte skal anvendes hånd- eller fodremme, træffes af overlægen. I overlægens fravær kan beslutning træffes af en anden læge. I sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen”.*

I ganske særlige, akut opståede situationer, hvor det af hensyn til patientens eller andres sikkerhed ville være uforsvarligt at udsætte beslutningen om tvangsfiksering, kan sygeplejepersonalet på egen hånd gøre brug af tvangsfiksering med bælte (§ 14, stk. 1), og afgørelse herom træffes af ansvarshavende sygeplejerske eller dennes stedfortræder, eller undtagelsesvist af den sygeplejerske eller andet plejepersonale, der er til stede (stk. 2). Derefter skal den ansvarlige overlæge straks tilkaldes og denne skal træffe afgørelse om, hvorvidt det fortsat er påkrævet at tvangsfiksere. Der stilles efter § 15, stk. 1, krav om at *”En patient, der er tvangsfikseret med bælte, skal have fast vagt”.* Om sidstnævnte bestemmes i stk. 2, at *”En fast vagt er en hertil udpeget sygeplejerske, plejeperson eller andet kvalificeret personale, som ikke samtidig har andre arbejdsopgaver end at tage sig af den eller de bæltfikserede patienter”.* Den faste vagt skal som minimum hvert 15. minut, og så ofte som forholdene tilsiger det, udarbejde et notat med en observation af patientens aktuelle tilstand (stk. 3). Desuden skal tilsynet udføres under hensyntagen til patientens ønsker og med respekt for dennes værdighed og selvfølelse (stk. 4), og patienten skal have ret til et vist privatliv, når dette ikke er uforeneligt med hensynet til patientens sikkerhed (stk. 5).

I Den Europæiske Torturkomité's rapport til Danmark, bemærker komitéen, at komitéen i mange år har kritiseret den meget høje hyppighed - og lange varighed - af tvang på psykiatriske patienter i Danmark, herunder især mekanisk fastholdelse (altså tvangsfiksering med bælte og remme), som har steget støt over mange år og nåede højdepunkter i 2012 og 2013.⁴ Komitéen bemærker ligeledes, at tvangsfiksering i en vis udstrækning er blevet erstattet af brugen af fastholdelse og 'chemical restraints' (dvs. tvangsadministration af medicin med det formål at kontrollere en patients adfærd). Overordnet opfordrer komitéen derpå på det kraftigste til, at de danske myndigheder fortsætter bestræbelserne på at mindske brugen af tvangsfiksering på psykiatriske hospitaler, og at der udvises den største omhu for at sikre, at en reduktion i brugen af bæltfiksering ikke erstattes af et generelt øget brug af andre, tilsvarende eller mere tvangsmæssige midler, såsom beroligende tvangsmedicin. Der er med andre ord behov for reduktion af tvang, og når tvang på den psykiatriske afdeling er nødvendig - skal mindre indgribende tvangsmidler end tvangsfiksering (med bælte eller 'kemisk') anvendes.

Muligt mindre indgribende ('alternative') tvangsformer, som ikke er hjemlet i henhold til Psykiatriloven

⁴ Side 69 i 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) from 3 to 12 April 2019.

Nærmere om 'time-out' som mindre indgribende middel

I den norske Sivilombudsmands Temarapport 'Skjermning i Psykisk Helsevern - Risiko for Umenneskelig Behandling' fra 2018 henvises til CPT's rapport efter besøg i Holland i 2016, hvor brugen af 'time-out' celler i en retspsykiatrisk institution, ifølge temarapporten omtales som en *mere fleksibel* metode end isolation (fodnote 5). Om brugen i England af time-out, se desuden Report to the Government of the United Kingdom on the visit to the United Kingdom carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 17 to 28 September 2012 (side 47). Her beskrives 'time-out', hvortil der anvendes "stille rum". Sidstnævnte bruges af patienter i forbindelse med psykotiske episoder. Patienter kan enten anmode herom, men kan også placeres i et sådant rum af den afdelingsansvarlige psykiatriske sygeplejerske efter fx overfald på en medarbejder eller andre patienter eller et raseriudbrud med ødelæggelse af inventar. Under 'time-out' observeres patienterne altid af mindst to psykiatriske sygeplejersker, som forsøger at berolige personen ved at engagere vedkommende i en samtale, hvis det vurderes hensigtsmæssigt i situationen, eller som på anden måde forholder sig stille, men er til stede i rummet. Stillerummet er designet til at skabe en rolig og afslappet atmosfære og indeholder ingen møbler, bortset fra en polstret madras. Når teknikker til aggressionshåndtering ikke længere anses for nødvendige, kan det lave stimulusmiljø i rummet hjælpe med at fortsætte deeskalering.

Nærmere om isolation som mindre indgribende middel

Som det er nævnt ovenfor, gives der i henhold til Engelsk Fagkodeks (Code of Praxis, 2015; udstedt med hjemmel i Mental Health Act 1983) ret nøje retningslinjer for anvendelse af isolation, herunder i forhold til understøttelse af patientens velbefindende og rettigheder. Ifølge fagkodeks punkt 26.104 kan isolation, ud over at anvendes mod patientens vilje også bruges efter patientens accept eller anmodning (jf. alternative udtryk såsom 'terapeutisk isolation'). Sidstnævnte form for isolation skal omfattes af samme proceduremæssige retsgarantier (omtalt nedenfor). Ifølge punkt 26.105 bør isolationen kun foretages i et rum eller i lokaler, der er specifikt indrettet og udvalgt med henblik på formålet, og som ikke tjener nogen anden funktion på afdelingen. Isolation bør ifølge punkt 26.106 kun anvendes på hospitaler og i forhold til patienter tilbageholdt i henhold til loven, og hvis der opstår en nødsituation, der involverer andre patienter, må isolation kun anvendes som en sidste udvej, når det er nødvendigt for at forhindre skade på andre. I så fald bør der straks foretages en vurdering med henblik på om der er grundlag for frihedsberøvelse efter loven.

Det pointeres i punkt 26.107, at isolation ikke må bruges som en straf, en trussel eller på grund af mangel på personale, ligesom isolation ikke bør indgå som planlagt element i behandlingen, men alene som et middel til at håndtere skadende adfærd (27.108). Der skal foretages en vurdering af, om patienten udgør en risiko for

⁵ Sammenhold fx s. 45 øverst i Report to the Government of the Netherlands on the visit to the Netherlands carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 2 to 13 May 2016.

selvskade eller skade på andre, som opvejer enhver øget risiko for patientens sundhed eller sikkerhed ved isolationen, og det skal vurderes, om disse risici kan håndteres korrekt. I forbindelse med indretningen af isolationsrum m.v., skal det tages i betragtning, om rummet giver mulighed for kommunikation med patienten (evt. via samtaleanlæg), at der er begrænset indretning inkluderende seng, pude, madras og tæppe eller betræk, og der må ikke kunne konstateres nogen sikkerhedsrisici (27.109). Det fremgår endvidere, at vinduer i isolationsrum skal være forstærkede og give naturligt lys (hvor det er muligt, skal vinduet placeres, så det er muligt at se udenfor), bør have eksternt styret belysning, herunder hovedlys og dæmpet belysning om natten, skal have robuste døre, der åbner udad, og skal have eksternt styret varme og/eller aircondition, som gør det muligt at overvåge rumtemperaturen. Desuden bør værelser ikke have blinde vinkler, og ekstra observationsmuligheder bør være tilgængelige, hvor det er nødvendigt, lige som der skal være et ur synligt for patienten inde fra rummet, og lokaler skal have adgang til toilet og vaskefaciliteter.

Ifølge punkt 26.110 skal behandlingsstedet sikre en detaljeret politik og vejledning om brugen af isolation i overensstemmelse med de almindelige principper i fagkodeks. Der er krav om, at politikken både skal sikre patientens fysiske og følelsesmæssige sikkerhed og velbefindende og sikre, at patienten får den pleje og støtte, som er nødvendig under hensyntagen til isolationen. Politikken skal endvidere sikre et passende miljø, som tager hensyn til patientens værdighed og fysiske velbefindende, medarbejdernes roller og ansvar skal fastlægges, og der stilles krav til registrering, overvågning og gennemgang af brugen af isolation, samt eventuel opfølgning. Desuden gælder efter punkt 26.111 i fagkodeks, at isolation skal anvendes på den mindst restriktive måde og med størst mulig hensyntagen til patientens selvbestemmelse og situation. Fagkodeks betoner vigtigheden af fleksibilitet under forbehold af passende risikovurdering, omfattede mulighed for modtagelse af besøgende, kortere perioder med adgang til sikre udendørs områder og måltider i mere generelle områder af afdelingen. Flexibiliteten skal også give mulighed for at evaluere patientens tilstand, herunder graden af agitation uden dermed helt at afslutte isolationen.

Fagkodeks indeholder der på en flersidet beskrivelse af standardprocedurerne for iværksættelse af isolation. Ganske kort opsummeret jf. punkt 26.112 i fagkodeks, skal isolationen godkendes af en psykiater, og ellers skal der foreligge en lægeundersøgelse inden for en time eller uden forsinkelse, hvis personen ikke er kendt, eller der er en væsentlig ændring fra patientens sædvanlige præsentation. Desuden skal isolationsrummet være inden for konstant opsyn og mulighed for aflytning fra personalet, der skal dokumenteres/rapporteres personovervågning mindst hvert 15. minut, der skal finde sygeplejefaglig gennemgang sted af to sygeplejersker mindst hver anden time i hele isolationsperioden, og der skal fortsat være lægeundersøgelse mindst hver fjerde time indtil første gennemgang ved et tværfagligt team. Første interne, tværfaglige team skal foretage gennemgang på patienten, så snart det er praktisk muligt. Efter 8 timers konstant isolation eller 12 timers intermitterende isolation (inden for en 48 timers periode) skal der laves gennemgang ved et uafhængigt tværfagligt team. Det interne team skal gennemgå patienten to gange dagligt.

Refleksion

Der kan måske forsøges argumenteret for, at den tvangsfikserede patient allerede er isoleret på egen stue, forhindret i sin bevægelse, herunder i forhold til at forlade stuen, hvorfor det mindre i det mere, fortsat at være forhindret i at forlade stuen, om end med bevægelse inden for stuens område, alt andet lige må være mindre indgribende. I forlængelse af reglerne om skærmning og aflåsning af dørene kunne således overvejes, at udvide lovens kapitel 5 til fx at omfatte 'Arealbegrænsning, fiksering m.v.'. Som noget mindre indgribende end tvangsfiksering, kunne der i (eller forinden) lovens § 14 indføres bestemmelse om arealbegrænsning inkluderende 'time-out' og evt. ophold i aflåst rum (begge under tilstedeværelse af personale) (fodnote 6). En sådan justering ville som bi-effekt måske kunne tydeliggøre det mulige, (allerede) eksisterende misforhold mellem, at en patient kan være frihedsberøvet gennem tvangsfiksering, uden at være tvangsindlagt eller tilbageholdt efter § 5 eller § 10. Allerede i forbindelse med arealbegrænsningen kan det tages i overvejelse, om kriterierne for i det hele taget at frihedsberøve patienten efter §§ 5 og 10 er til stede, og om tvangstilbageholdelse på 24-timers (henholdsvis 48-timers) reglen kan finde anvendelse, hvis patienten giver udtryk for at ville udskrives fra afdelingen.

Det turde fremgå af gennemgangen ovenfor, at der er omfattende inspiration at hente i andre landes lovgivninger i forhold til form, indhold og patientrettigheder ved alternativ lovgivning for tvang i psykiatrien. Hvorvidt det er anbefalelsesværdigt at inkludere tvangsformer fra udenlandsk lovgivning, vil bl.a. afhænge af, om en ny tvangsforanstaltning alene lægges til den totale mængde af tvang, og dermed risikerer at øge det totale forbrug af tvang, eller om det lykkes at implementere en mindre indgribende tvangsforanstaltning, som kan aflaste brugen af mere indgribende tvangsforanstaltninger, så som fx 'bæltefiksering'. En mulighed kunne måske være en tommelfingerregel om at fjerne (mindst) en tvangsform hver gang en ny lægges til. Herimod kan det forsøges argumenteret, at såvel patienter som personale kun kan være interesseret i mest muligt 'nuancerede' former for tvang, som bedst kan tilpasses den enkelte situation, alt sammen naturligvis under iagttagelse af mindste middels princippet.

⁶ Så bestemmelsen ville få indhold i retning af en stk. 1, hvorefter fx patienten kan beordres til ophold på patienten stue, evt. en stk. 2 hvorefter patienten skal befinde sig aflåst patientstue under konstant tilstedeværelse af personale, og derpå angivelse af tvangsfikseringsmidler, (stk. 3; fx "som midler til tvangsfiksering må alene anvendes bælte, hånd- og fodremme samt handsker") evt. kortvarigt og i det omfang, det er nødvendigt 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) øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang. Og stk. 5, at ovenstående kan anvendes i længere tid end nogle få timer, når hensynet til patientens eller andres liv, forlighed eller sikkerhed tilsiger dette.

Beskrivelse af internationale studier af mindst indgribende tvangsformer.

1.1. Patientperspektiv på mindst indgribende tvangsformer

Resumé

'Restriktive interventioner' (RI) i psykiatrien er kontroversielle. De defineres som indgreb, der kan krænke menneskerettigheder og inkluderer 'observation', 'isolation', 'fysisk fastholdelse', 'bæltefiksering' og 'akut beroligende tvangsmedicin'. Der er konsensus om at bruge disse foranstaltninger som en sidste udvej. Dog viser undersøgelser flere negative konsekvenser ved den stadig vedvarende brug. Formål: At gennemgå international forskning vedrørende psykiatriske patienters præferencer for forskellige RI som beskrevet ovenfor under indlæggelse på psykiatriske hospitaler. Metode: Der blev anvendt et 'integrative review' design. Resultater blev til på baggrund af kvantitative og kvalitative analyser. Resultater: 30 studier med i alt 5305 patienter fra 13 lande blev inkluderet. De undersøgte interventioner blev vurderet forskelligt af patienterne. Miljømæssige ændringer, kommunikation og andre faktorer påvirkede patienters præferencer. Derudover spillede alder, køn og tidligere erfaring med RI også en rolle. Konklusion: Flertallet af patienter foretrak 'observation', mens 'bæltefiksering' var den mindst foretrukne tvangsforanstaltning. Dog er der ikke en entydig 'mest foretrukket' intervention. Patientpræferencer for RI er komplekse og subjektive, påvirket af faktorer som miljø og kommunikation, men der synes at være et hierarki af præferencer, som klinikere og politikere bør være opmærksomme på.

Det efterfølgende afsnit omhandler patientperspektivet på, hvad der for dem opleves som mindst indgribende tvangsforanstaltninger set ift. brugen af 'Restriktive Interventioner' og bygger på en oversættelse og opsummering af følgende artikel:

(42) Camilla Rosendal Lindekilde, Martin Loch Pedersen, Søren Fryd Birkeland, Jacob Hvidhjelm, John Baker, Frederik Alkier Gildberg (2024). Mental health patients' preferences among restrictive Interventions: an integrative review. In *Journal of Psychiatric and Mental Health nursing*.

Anvendelsen af restriktive interventioner (RI) er kontroversiel både i almen psykiatri (11) og retspsykiatri (12). RI defineres som interventioner der, frit oversat; '[...] af den enkelte kan opfattes krænkende i forhold til menneskerettigheder og bevægelsesfrihed og inkludere; observation, isolation, manuel fastholdelse, bæltefiksering og akut beroligende tvangsmedicin' (1). Anvendelsen af RI beskrives i litteraturen overordnet som overtrædelser af patienters rettigheder og autonomi (7, 8, 23, 24), der kan forårsage fysisk og psykologisk skade på både personalet (20, 43), men særligt også patienterne (25, 26, 28, 29, 44). Derfor er der international konsensus

om, at sådanne interventioner kun bør anvendes som en sidste udvej til at håndtere situationer, hvor den psykiatriske patient gør eller er i overhængende fare for at gøre skade på sig selv eller andre (11, 32, 33). Eksisterende forskning har gentagne gange rapporteret skadelige virkninger ved brugen af RI (20, 28, 29). Her iblandt er registreret fysiske skader, smerter (20, 25, 26), og hjertestop, hvilket i enkelte tilfælde har forårsaget død (29). Ligeledes ses psykologiske konsekvenser rækkende fra angst, frygt og ydmygelse til posttraumatisk stresslidelse eller re-traumatisering (20, 25, 26). Kun et mindretal af patienter oplever brugen af RI beroligende og dermed positiv (26). Forekomsten af RI varierer betydeligt globalt. Fra 1,7% af de indlagte patienter på akutte psykiatriske afdelinger i Midt Norge (13) til 12,0% i Holland (45). Alene med hensyn til bæltefiksering er forekomsten rapporteret til at variere fra 0,9% i Holland til 44,2% i Japan (14). Om end anvendelsen af RI ser ud til at variere ganske meget globalt, og sådanne variationer muligvis kan forklares med variation i kultur, politik og lovgivning (6, 12, 15-19), er der samtidig enighed om, at brugen af RI er for høj (20, 21). I en dansk sammenhæng påpeger Sundhedsstyrelsen med de seneste tal på, at den samlede administration af 'bæltefiksering' og 'beroligende medicin med tvang' atter er stigende, og at særligt antallet af børn og unge berørt af en eller flere tvangsforanstaltninger er stigende (46). Sundhedsmyndigheder og organisationer inden for psykiatrien er enige om, at når RI anvendes, bør det være den mindst indgribende type (1, 30, 31). Dog synes der på nuværende tidspunkt ikke at være enighed om, hvad der betragtes som mindst indgribende RI (24). Der er især begrænset viden tilgængelig om patienters præferencer for RI, hvorfor denne del af rapporten gennemgår den eksisterende forskningslitteratur om psykiatriske patienters præferencer blandt RI under indlæggelse på et psykiatrisk hospital.

Formål

Formålet med denne undersøgelse er systematisk at gennemgå den internationale forskningslitteratur i forhold til præferencer hos psykiatriske patienter vedrørende forskellige eksisterende typer af RI under deres indlæggelse på psykiatriske hospitaler. Disse interventioner omfatter bæltefiksering, isolation, fastholdelse, akut beroligende tvangsmedicin og observation.

Metode

Der anvendes et 'integrative review' da tilgangen tillader inklusion af forskellige typer forskning og syntese af heterogene resultater (47, 48). Studiet fulgte Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis (PRISMA) vejledningen og blev registreret i PROSPERO (49). Litteratursøgningen blev afsluttet 17. aug. 2023 i følgende databaser: Embase Ovid, PsycINFO Ovid, CINAHL EBSCO, ProQuest Dissertations and Theses Global, Scopus Elsevier, and MEDLINE(R) ALL Ovid. Søgningen blev opdelt i tre blokke ved brug af de Booleske operatører "AND" og "OR" (48, 50). Emneord og fri tekst blev anvendt i søgningen og udvalgt ud fra forskningsspørgsmålene:

- 1.) Hvad karakteriserer den eksisterende forskningslitteratur ift. patienters præferencer blandt RI under indlæggelse på et psykiatrisk hospital, herunder metoder anvendt til at indfange psykiatriske patienters præferencer?

2.) Hvad kendetegner psykiatriske patienters præferencer blandt RI, og hvilke faktorer påvirker patienters præferencer vedrørende RI under indlæggelse på et psykiatrisk hospital?

Definitionen af RI blev baseret på NICE retningslinjer (Tabel 2).

Tvangsform	Definition
Restriktive interventioner (RI)	Interventioner der af den enkelte kan opfattes krænkende i forhold til menneskerettigheder og bevægelsesfrihed og inkludere; observation, isolation, fastholdelse, bæltefiksering og akut beroligende tvangsmedicin med tvang (1).
Bæltefiksering	Brugen af bælte, remme eller andet til at fiksere patienten og derved begrænse de fysiske bevægelsesmuligheder (16).
Isolation	Brugen af et aflåst rum til at isolere patienten fra omverden (16).
Fastholdelse	Patienten fastholdes fysisk af mindst en eller flere personalemedlemmer mhp. at begrænse patientens frie bevægelighed (37).
Akut beroligende medicin med tvang	Patienten får mod sin vilje akut beroligende medicin med tvang, typisk i form af intramuskulær injektion (37).
Observation	Patienten udsættes ufrivilligt for en intervention, hvor denne observeres af en sundhedsprofessionel, der er i konstant kontakt med brugeren for at sikre at brugerens sikkerhed og/eller andres sikkerhed (1).

Tabel 2. Oversigt 'Restriktive interventioner'

Studier på andre sprog end engelsk og skandinaviske sprog blev ekskluderet, ligesom oversigter der ikke eksplicit definerede RI. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) blev brugt til at vurdere kvaliteten af de inkluderede studier, idet der blev taget højde for studiernes forskellige design. Opsummerende kvantitative analyser sammen med kvalitative tematisk analyse blev anvendt til behandling af materialet. I det efterfølgende udrages alene fund, der besvarer Sundhedsstyrelsens spørgsmål om, hvordan psykiatriske patienter ifølge den internationale forskningslitteratur oplever RI i forhold til deres graduering alvorlighed og indgribenhed.

Resultat

Der blev inkluderet 30 undersøgelser fra seks videnskabelige databaser i studiet. Den samlede deltagerstørrelse i studierne udgjorde 5.305 psykiatriske patienter. De inkluderede studier stammede fra i alt 13 lande, primært Storbritannien (n=6), Tyskland (n=5) og USA (n=4). Af de 30 studier indsamlede 21 data kvantitativt. Elleve studier anvendte selvudviklede spørgeskemaer, og ti studier brugte validerede spørgeskemaer, i form af enten "Coercive Experience Scale (CES)" eller "Attitude to Containment Methods Questionnaire (ACMQ)". Ni studier indsamlede data via interviews. 'Isolation' var den mest undersøgte RI (n=22), efterfulgt af 'akut beroligende medicin med tvang' (n=16), 'bæltefiksering' (n=15), 'fysisk fastholdelse' (n=10) og 'observation' (n=7). Kun tre studier inkluderede data om børn og unge (51-53).

Af de 30 undersøgelser blev kun 9 vurderet til at være af høj kvalitet, mens 21 studier blev vurderet til at være af lavere kvalitet. Fem studier præsenterede uklare forskningsspørgsmål. Tre studier angav ikke udvælgelsesstrategi. Risikoen for non-response bias i 13 studier skyldtes manglende data om svarprocent og manglende årsager til non-response. Desuden angav to studier ikke hvorvidt det anvendte måleværktøj var valideret. Yderligere to kvalitative studier blev vurderet til at have lavere kvalitet på grund af mangel på sammenhæng mellem dataindsamling og fortolkning.

Kvantitativt og kvalitativt om patienters præferencer

En undergruppe bestående af 23 undersøgelser rapporterede både kvantitativt og kvalitativt om patienters præferencer:

- To studier undersøgte 'isolation' og 'fastholdelse', samt 'akut beroligende medicin med tvang' og 'isolation', hvor interventionerne var lige foretrukne.
- Otte studier rapporterede fund vedrørende 'observation', og i syv ud af disse studier blev 'observation' rangeret som den foretrukne RI af de fleste patienter.
- Tolv studier undersøgte 'bæltefiksering', der blev vurderet som den mindst foretrukne intervention af flertallet af deltagerne.
- 'Isolation' blev foretrukket frem for 'bæltefiksering' i otte ud af otte studier. Sammenlignet med enten 'isolation' eller 'bæltefiksering' alene, var 'akut beroligende medicin med tvang' den foretrukne intervention; dog blev 'akut beroligende medicin med tvang' samtidigt også vurderet som mindre acceptabel end 'isolation' i fire ud af seks studier.
- De to studier, der fokuserede på børne- og unge populationer, rapporterede begge, at de fleste patienter foretrækker 'isolation' frem for 'bæltefiksering'.

Faktorer der påvirker patienters præferencer blandt RI

Den tematiske analyse af faktorer, der påvirker patienters præferencer blandt RI, resulterede i to overordnede temaer: Anvendelsesprocessen af RI og patientkarakteristika. Anvendelsesprocessen af RI omfatter patienters opfattelser af procedurer i anvendelsen af RI, som har en positiv eller negativ indvirkning på deres præferencer: Herunder sub-temaerne: miljømæssige ændringer, kommunikation og andre faktorer. Patientkarakteristika omfatter egenskaber, der er forbundet med præferencer for RI og omfatter under-temaerne: alder, køn og tidligere erfaring med RI.

Miljømæssige ændringer

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 (51, 54-60).

Kommunikation

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. 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' (51, 55-58, 60, 61).

Andre præferencer

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. Når forskellige medarbejdere valgte forskellige typer af RI, følte patienter sig mere ængstelige på grund af den opfattede mangel på forudsigelighed i personalets valg. 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 fastholdeseteknikker, fx ved at fastholde patienter på en måde, der gjorde det lettere at trække vejret, og at 'fastholdelsen' måtte være så kort som muligt. 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.

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". 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 (57, 58, 62-70).

Patienters karakteristika

Alder

Fire studier fandt ingen signifikant sammenhæng mellem præferencer og alder. Et studie fandt, at ældre patienter udtrykte større generel accept af 'fastholdelse' ($r=.123$, $p<.001$), 'isolation' ($r=.083$, $p=.002$), og 'konstant observation' ($r=.105$, $p<.001$) (35, 52, 54, 67, 71).

Køn

Seks studier fandt ingen signifikant sammenhæng mellem præferencer for RI mellem kønnene (52, 54, 58, 65, 67, 71). 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 (35).

Tidligere erfaring

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. 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'. 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'. 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' (35, 65, 72-75).

Konklusion

Litteraturgennemgangen 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.

1.2. Personaleperspektiv på mindst indgribende tvangsformer

Resumé

Formål: Formålene med de efterfølgende litteraturstudier har blandt andet været at undersøge den eksisterende forskningslitteratur ift. sundhedsprofessionelles holdninger, attitude og oplevelse vedrørende tvang. Metode: Der blev gennemført forskellige typer af systematiske reviews med udgangspunkt i de mest almindelige databaser. Resultat: Sammenfattende viser studierne, at sygeplejersker ofte oplever komplekse følelser som frustration, hjælpeløshed og medlidenhed i forbindelse med tvangsforanstaltninger som isolation og bæltefiksering. Disse metoder anvendes primært til at håndtere vold, selvskade og for at sikre patientsikkerhed. Accepten af tvangsforanstaltninger er associeret med erfaring, køn og alder. Sygeplejersker med specifik erfaring i forhold til tvangsanvendelse er mere accepterende overfor brugen af tvangen og ligeledes viser særligt mænd og yngre personalemedlemmer højere grad af accept ift tvangsanvendelse. Holdninger varierer ligeledes i forhold til personalets oplevelse af personlig succes og grad af optimisme. Sygeplejersker søger alternative metoder, men finder tvangen nødvendig i visse situationer. I litteraturen observeres et paradigmeskift i forhold til brugen af tvang, hvor behandlingsparadigmet skifter mod et sikkerhedsparadigme. Tvang anses nu som et 'nødvendigt onde' for at opretholde sikkerhed for patienter og personale. Personalet er enige om nødvendigheden af tvang i visse situationer, men samtidig stræbes der efter mindre indgribende alternativer. I en bredere kontekst viser undersøgelser af sundhedspersonalets oplevelser ved anvendelse af tvangsforanstaltninger, kompleksiteten i beslutningsprocessen, den psykologiske påvirkning og behovet for praksisændringer. Der er en tydelig erkendelse af udfordringerne ved at bruge tvang, samtidig med et ønske om at forbedre metoder og minimere skade. Konklusion: Plejepersonalets holdninger til tvangsforanstaltninger i psykiatrien varierer. Der er sket et paradigmeskift fra at betragte tvang som terapeutisk, til at opfatte det som nødvendigt for at beskytte både patienter og personale. Undersøgelser om påvirkningen af plejepersonalets karakteristika er tvetydige, men personalets oplevelse af sikkerhed ser ud til at spille en rolle i at forebygge tvang. Anbefalinger for fremtidige programmer inkluderer medarbejdertræning i adfærdshåndtering, deeskalering og kommunikation, samt prioritering af psykologisk støtte til både patienter og personale. Fokus på at ændre holdninger hos sygeplejersker for at reducere anvendelsen af tvangsforanstaltninger bør være central i interventionsinitiativer.

Eftersom plejepersonalet, især dem med sygeplejefaglig baggrund, oftest initierer og anvender RI i psykiatrien (76, 77), fokuserer den internationale forskningslitteratur overvejende på personalets oplevelser i relation til sådanne grupper. Der blev udført en omfattende systematisk søgning efter eksisterende systematiske litteraturgennemgange inden for emnet i de elektroniske databaser PubMed og Epistemonikos. Søgeordene var udvalgt med inspiration fra eksisterende brede litteraturundersøgelser om brugen af RI i psykiatrien (42, 78) og blev opdelt i relevante blokke relateret til 'oplevelser', 'tvangsforanstaltninger' og 'psykiatriske kontekster'. Inklusionskriterierne omfattede litteraturgennemgange med en systematisk tilgang, der var formidlet på engelsk eller et skandinavisk sprog, og som rapporterede fund i relation til formålet. I det efterfølgende præsenteres personaleperspektivet på mindst indgribende tvangsforanstaltninger:

(79) Efterfølgende bygger på en oversættelse og opsummering af følgende artikel: Laukkanen, E., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O. and Kuosmanen, L. (2019), Psychiatric nursing staffs' attitudes towards the use of containment methods in psychiatric inpatient care: An integrative review. Int J Mental Health Nurs, 28: 390-406. <https://doi.org/10.1111/inm.12574>

Formål

Formålet med dette litteraturstudie var at identificere, analysere og syntetisere den tilgængelige forskning om psykiatrisk sygeplejepersonales holdning til tvangsforanstaltninger vedrørende indlagte psykiatriske patienter og deres behandling.

Metode

Der blev udført en litteratursøgning i databaserne CINAHL, Scopus og PsycINFO. Derudover blev referencelister i de identificerede studier gennemgået for yderligere relevant forskning. I alt blev 24 artikler, publiceret i perioden 2002-2017, udvalgt til yderligere analyse.

Resultaterne fordeler sig på tre komponenter:

Den affektive komponent ift. de sundhedsprofessionelles holdninger

Sygeplejersker udtrykker frustration, hjælpeløshed, fortrydelse, skyld og medlidenhed over for de berørte patienter, der udsættes for 'isolation' og 'bæltefiksering'.

Den adfærdsmæssige komponent ift. sundhedsprofessionelles holdninger

Studier viste, at de mest udbredte tvangsforanstaltninger omfatter 'fysisk begrænsning', såsom 'bæltefiksering', 'isolation' og brugen af 'p.n. medicin'. 'Isolation' og 'bæltefiksering' anvendes primært til at håndtere vold, selvskade og patientadfærd, samt med henblik på patientsikkerhed, opretholdelse af behandlingsregimer og for at minimere forstyrrelser for andre patienter. Disse tvangsforanstaltninger blev også anset for at sikre juridisk beskyttelse og opfyldelse af sygeplejerskernes ansvar for patientpleje. 'Isolation' blev opfattet som en løsning på situationer med trusler og er knyttet til afdelingskulturen. Nogle sygeplejersker mente, at 'bæltefiksering' udgjorde en måde at stoppe uro på afdelingen, og en betydelig del betragtede patientens generende

adfærd som årsagen til tvangen. Mangel på personale blev ikke opfattet som en grund til anvendelse af tvang, men manglende erfaring blandt personalet antages at bidrage til tvangsudøvelsen.

Sygeplejersker med megen erfaring i specifikke tvangsformer var imidlertid mere tilbøjelige til at opfatte disse metoder som sikre og omsorgsfulde sammenlignet med sygeplejersker med mindre erfaring. Personalet udviste forsigtighed ved brug af de mest restriktive (indgribende) metoder og foretrak mindre restriktive metoder, når det var muligt. Personalet syntes mest villige til at anvende restriktioner, når patienten udviser voldelig, aggressiv eller truende adfærd, tegn på selvskade eller selvmord. Studier indikerer, at mandlige personalemedlemmer og sygeplejersker med lavere viden og positive holdninger til 'isolation' og 'bæltefiksering' hyppigere anvender disse foranstaltninger. Mandligt personale havde større præference for 'isolation' end kvindeligt personale. På trods af etiske bekymringer vedrørende tvang forblev sundhedsprofessionelle tilhængere af at bruge 'isolation', og 'alternative foranstaltninger' blev sjældent overvejet, selvom sygeplejersker angav, at de altid søgte alternative metoder før brug af tvang.

Kognitive komponenter relateret til sundhedsprofessionelles holdninger

Et studie undersøgte sygeplejerskers holdninger til tvangsforanstaltninger og påviste, at sygeplejersker, der havde anvendt specifikke tvangsforanstaltninger, var mere tilbøjelige til at acceptere brugen af disse. Accepten af tvangsforanstaltninger havde også sammenhæng med personalets køn og alder, idet mandlige medarbejdere generelt udtrykte en højere grad af accept end deres kvindelige kolleger, og yngre personale var mere tilbøjelige til at acceptere tvangsforanstaltninger sammenlignet med ældre personale. Forskellige tvangsforanstaltninger blev vurderet, og resultaterne viste, at brugen af 'net-senge' blev betragtet som den tvangsforanstaltning med den laveste accept sammen med 'bæltefiksering' og 'isolation' (Eng: 'open area seclusion'), der ligeledes i et enkelt studie scorede lavest i accept. Foranstaltninger med en høj grad af tvang blev vurderet mindre accepteret sammenlignet med mindre indgribende tvangsforanstaltninger. Sundhedsprofessionelle var usikre på, om tvang skulle betragtes som krænkende over for patienten, men antog at tvang var nødvendig både for plejen og sikkerheden. Holdningerne var delte med hensyn til, om tvang kunne anses som behandling. Et studie viste, at sundhedsprofessionelle betragtede isolation som en passende behandlingsform, men anerkendte også brugen af mere omsorg som et brugbart alternativ.

Sygeplejersker med bl.a. lav udbrændthedsscore var mindre tilbøjelige til at støtte brugen af 'isolation'. Holdninger til 'bæltefiksering' var også varierede og afhang af niveauet af erfaring og deltagelse i tvangssituationer. Sygeplejersker havde en positiv holdning til 'fysisk fastholdelse', og nogle mente, at fysisk tvang (her oversat fra "restraint") var den eneste effektive måde at etablere et sikkert afdelingsmiljø og spare tid for både den berørte og andre patienter. Holdningerne blev også påvirket af, hvorvidt personalet opfattede aggression som dysfunktionel eller uønsket. Sygeplejersker med denne opfattelse var mere tilbøjelige til at acceptere brugen af 'bæltefiksering' og intramuskulær medicin. Der var også en positiv sammenhæng mellem provokation af

sygeplejepersonalet og accepten af 'bæltefiksering'. Studier viste en generel enighed blandt sygeplejersker og personale om, at 'fysisk tvang' (restraint oversat) udgør en betydelig emotionel belastning for patienterne, men anses for nødvendig i lyset af patienternes trusler og vold. Nogle sygeplejersker anså 'isolation' for at have en beroligende effekt, og at patienter ofte opførte sig "bedre" efter 'isolationen'. Dette forhold, hvor personalet observerede en positiv patientadfærd efter tvang, ser ud til at forklare tidligere fund om, at sygeplejersker har positive holdninger til 'isolation' og 'bæltefiksering'.

Konklusion

Tvangsanvendelse synes at være bredt accepteret, og sygeplejepersonalet overvejer sjældent alternative metoder til håndtering af patienters adfærd. Dog er holdningerne til tvangsforanstaltninger mere negative, hvilket støtter en nylig paradigmeskift i anvendelsen af tvang i psykiatrisk pleje. Det anbefales at fokusere på at ændre holdninger blandt psykiatriske sygeplejepersonaler for at reducere anvendelsen af tvang, hvilket kræver yderligere forskning om sygeplejepersonalets holdninger.

(80) Efterfølgende bygger på en oversættelse og opsummering af følgende artikel: Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, L. L., Latour, C., & de Haan, L. (2020). Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services-A systematic review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(4), 446-459. <https://doi.org/10.1111/jpm.12586>

Formål

Formålet var at opsummere litteraturen om sygeplejerskers holdning til tvang og indflydelsen af personalekarakteristika på tvangsanvendelsen.

Metode

Der blev gennemført søgninger i MEDLINE, Embase, PsycINFO og CINAHL Plus. Den indledende søgning resulterede i 7.517 referencer. Efter udvælgelsesprocessen blev 84 studier inkluderet. I det efterfølgende bringes alene en oversættelse og opsummering af første del ift. sygeplejerskers holdning til tvang, og i forhold til personalekarakteristik kan artiklens konklusion anvendes.

Resultater

Forfatterne af denne artikel mener at observere et paradigmeskift fra et behandlingsparadigme til et sikkerhedsparadigme vedrørende brugen af tvang. I behandlingsparadigmet tror man på, at patienter oplever terapeutiske fordele ved brug af tvang, mens sikkerhedsparadigmet fokuserer på troen om, at tvang kan have negative konsekvenser, men at det er nødvendigt for at opretholde sikkerheden for både patienter og personale. Tidligere litteratur omkring det terapeutiske paradigme fandt, at sygeplejersker anså 'isolation' som en beroligende og terapeutisk oplevelse, mens tvang blev betragtet som effektive interventioner for at beskytte patienternes værdighed. Sygeplejersker anså isolation af voldelige patienter som potentielt gavnlige for andre patienter

og mente, at 'isolation' havde en beroligende effekt på de isolerede patienter. Efter 2010 ses færre studier med støtte til et behandlingsparadigme, om end der fortsat findes studier, hvori sygeplejersker betragter tvangstiltag som beroligende for specifikke typer af patienter. Sikkerhedsparadigmet ser ud til at udvikle sig i litteraturen parallelt med behandlingsparadigmet, og har som omdrejningspunkt, at på trods af talrige følelsesmæssigt og negative oplevelser med tvang, så opleves brugen nødvendig for at kontrollere patienternes adfærd i farlige situationer. Nødvendigheden af isolation og andre tvangsformer i tilfælde af aggressiv patientadfærd, på trods af tvivl om den terapeutiske effekt, er blevet rapporteret af flere andre forfattere fra halvfemserne og frem.

Fra 2010 skiftede paradigmet mod tvangstiltag som et 'nødvendigt onde' snarere end et terapeutisk redskab, idet mange studier rapporterede, at sygeplejersker betragtede tvangstiltag som uønskede og skadelige, men nødvendige for at genoprette sikkerheden i tilfælde af aggressiv adfærd (17 studier i perioden 2009-2019). Forfatterne vurderer, at tvang overordnet er nødvendig til håndtering af farer på grund af patienters aggressive adfærd, og at dette ser ud til at være et nøgleelement i sygeplejerskers nuværende holdning.

I den anden del af litteraturgennemgangen observerede forfatterne studier af sygeplejepersonalets holdning, der omhandlede behovet for alternative interventioner for at opretholde sikkerheden for både patienter og personale på psykiatriske afdelinger. På trods af de negative konsekvenser frygtede sygeplejerskerne elimineringen af tvang som et redskab til at håndtere aggressiv adfærd og udtrykte bekymring for, at samfundet i fremtiden vil bebrejde dem for at bruge tvang og for de negative konsekvenser af ikke at bruge tvang. For at følge ambitionen om at mindske brugen af tvang i psykiatrisk sygepleje blev fokus rettet mod 'alternative interventioner'.

13 studier anerkendte, at sygeplejersker alene anså 'isolation' og 'fysisk fastholdelse' som en passende intervention som 'en sidste udvej', når andre interventioner havde fejlet. To studier pegede på, at fordi 'isolation' og 'bæltefiksering' har stor indvirkning på patienten, var sygeplejersker generelt bekymrede for patienternes trivsel, når de brugte disse interventioner. Fire studier viste, at sygeplejersker betragtede 'isolation' og 'tvangsmedicinering' som mindre indgribende og derfor mere acceptable end 'bæltefiksering'. Seks studier fandt, at sygeplejersker foretrak brugen af den mindst indgribende intervention, når de overvejede brugen af tvang såsom 'p.n. medicin' samt 'tæt observation' eller 'individuel rådgivning'.

Frekvensen i brugen af tvang påvirkede også opfattelsen af tvangsforanstaltningernes indgribenhed. Et studie viste, at de tre interventioner med mindst accept fra personalet var 'net-senge', 'bæltefiksering' og 'isolation' i et åbent område. Disse interventioner blev ikke ('net-senge' og 'bæltefiksering') eller sjældent ('åben-område isolation') brugt inden for psykiatrisk sundhedstjeneste i Storbritannien. De tre foranstaltninger med størst accept ('overførsel til PICU', 'p.n. medicin' og 'observation') blev betragtet som almindelig praksis. Et studie fandt, at sygeplejersker, der var involveret i brugen af 'isolation', havde færre etiske bekymringer ved brugen af 'isolation' end ikke-involverede fagfolk. Et studie fandt, at tilgængeligheden af en tvangsforanstaltning var

forbundet med accept af brugen af tvangsforanstaltningen. For eksempel var adgang til 'isoleringsrum' forbundet med større accept af 'isolation' som tvangsforanstaltning.

Samlet set betragtede sygeplejersker generelt 'isolation' og 'fysisk tvang' (oversat fra "restraint") som de mest indgribende interventioner, og gav udtryk for behovet for mindre indgribende alternativer for at reducere deres brug. Sygeplejerskers holdning til specifikke tvangsforanstaltninger synes mere positiv for interventioner, der bruges hyppigt i praksis.

Konklusion

Forskningen i indflydelsen af sygeplejerspersonalets karakteristika er meget tvetydig. Følelsen af sikkerhed og tryghed blandt sygeplejersker kan dog være et nøglebegreb i forebyggelsen af tvang. Sygeplejerskers holdning til tvang har ændret sig fra et terapeutiskparadigme til et sikkerhedsparadigme. Den nuværende holdning til anvendelse af tvang er ikke at behandle patienter, men at beskytte patienter og personale mod vold. Sygeplejersker betragter tvangstiltag som nødvendige foranstaltninger og udtrykker behov for mindre indgribende alternativer.

(81) Efterfølgende bygger på en oversættelse og opsummering af følgende artikel: Butterworth, H., Wood, L., & Rowe, S. (2022). Patients' and staff members' experiences of restrictive practices in acute mental health in-patient settings: systematic review and thematic synthesis. *BJPsych open*, 8(6), e178. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.574>

Formål

Formålet var at gennemføre en systematisk gennemgang af patienters og personalets oplevelser med tvangsforanstaltninger på akutte psykiatriske afdelinger.

Metode

Der blev udført en systematisk gennemgang og tematisk syntese af data fra 21 kvalitative studier identificeret gennem en systematisk søgning i databaserne PsycInfo, Embase og MEDLINE samt citationsøgning. Studierne dækkede en række tvangsforanstaltninger, herunder fysisk tvang, medicinsk tvang, bæltefiksering, isolation og frihedsberøvelse. I det efterfølgende oversættes dette med 'tvang', idet artiklen ikke skelner.

Resultater

De fire primære temaer ('behovet for restriktiv praksis', 'den psykologiske påvirkning', 'beslutningstagning' og 'at lave ændringer') og deres underliggende temaer fremkom fra de 11 studier, der udforskede personalets oplevelser med tvang.

Tema 1: Behovet for en restriktiv praksis

Dette tema blev identificeret i 9 ud af de 11 studier. De mest almindelige holdninger til, hvorvidt tvangsforan-

staltninger er nødvendige, afspejles i de tre underliggende temaer: Personalet opfattede brugen af tvangsforanstaltninger som 'en sidste udvej' efter at have prøvet alternative interventioner med det formål at 'undgå tvang'. Dog var den mest fremtrædende opfattelse, at 'tvang er uundgåelig'.

En sidste udvej: Flertallet af personalet frygtede tydeligt at skulle bruge tvang og var klar over, den magt de havde, og ønskede ikke at misbruge denne magt. De beskrev deres villighed til at prøve adskillige mindre restriktive alternativer, før de tyede til tvang.

Undgåelse af tvang: Personalet beskrev de mindre restriktive metoder, de forsøgte at anvende, før de tyede til de mere restriktive foranstaltninger. Dette inkluderede at flytte patienter til lavstimulerende områder, reducere risikoen, give dem valgmuligheder om, hvordan situationen blev håndteret, tale med patienterne om deres følelser og medicinering. Personalet var tilfredse, hvis de lykkedes med at undgå brugen af tvang.

Restriktion er uundgåelig: På trods af at flertallet af personalet støttede brugen af mindre restriktive alternativer, var den mest udbredte holdning, at tvangsforanstaltninger var uundgåelige. Studierne antydede, at personalet troede, at tvangsforanstaltninger var den eneste sikre måde at forhindre skade på afdelingen, og mange accepterede det som en væsentlig del af jobbet.

Tema 2: Den psykologiske påvirkning

Den psykologiske påvirkning af tvangsansværelsen blev udforsket i hvert enkelt studie. Administration af tvangsforanstaltninger var primært en negativ oplevelse for personalet, og mange beskrev de psykologiske konsekvenser heraf. Tre undertemaer opstod: 'ubehag', 'mentalt konflikt' og 'ingen at tale med'.

Ubekvæm: Personalet nød ikke at bruge tvang, da de anså det som stressende og ubekvæmt for alle involverede. Ofte rapporterede personalet om følelser af angst, frygt og tristhed i forbindelse med deres erfaringer, og disse følelser vedvarede efter tvangsansværelsen.

Mental konflikt: Personalet følte, at brugen af tvang ikke harmonerede med deres professionelle rolle. Dette var især gældende for sygeplejepersonalet, der følte sig overvældende, når de anvendte foranstaltninger, som ikke blev opfattet som omsorgsfulde eller terapeutiske. Dette førte ofte til følelser af skyld.

Ingen at tale med: Personalet rapporterede en markant mangel på støtte fra ledelsen efter deltagelse i tvangsansværelse. Enkeltpersoner beskrev det som udfordrende at finde nogen at tale med, der kunne forstå deres situation.

Tema 3: Beslutningstagning

Flere faktorer var afgørende i personalets beslutninger om at anvende tvang. De tre vigtigste faktorer var: 'risikovurdering', 'tilgængelighed af personale' og 'tilgængelighed af alternativer'.

Risikovurdering: Personalet var mere tilbøjelige til at anvende tvang, hvis de vurderede, at situationen udgjorde en høj risiko for patienten, andre i nærheden eller dem selv.

Tilgængelighed af personale: Studierne antydede, at tilgængeligheden og kompetenceniveauet hos personalet var den næstvigtigste faktor ved beslutningen om at bruge tvang. Adskillige personalemedlemmer oplevede stress og frustration, når de stod over for situationer med tvang på afdelingen, da det ofte resulterede i underbemanding.

Tilgængelighed af alternativer: Personalet rapporterede, at tvangsanvendelsen var forholdsvis sjælden på grund af vellykkede forebyggende strategier.

Tema 4: At foretage ændringer

Personalet udtrykte utilfredshed med at anvende tvang og bekymring over den psykologiske og fysiske skade, der kan påføres patienten, andre i nærheden og personalet selv. To undertemaer fremkom ud fra personalets forslag til, hvordan man kan forbedre og reducere tvangsanvendelsen: 'nogen at tale med' og 'et sikrere alternativ'. Nogen at tale med: At være involveret i tvangssituationer var ubehageligt og stressende for flertallet af personalet. De følte, at de ikke modtog tilstrækkelig støtte efter tvangsanvendelsen, og dem, der formåede at tale med nogen efter begivenheden, fandt det ikke altid hjælpsomt. Et sikrere alternativ: Personalet krævede et effektivt og sikrere alternativ til tvang. Nogle foretrak brugen af afslapningsteknikker, rådgivning eller konstant overvågning, men dette var ofte afhængigt af tilgængelighed og bemandingsniveauer. Studierne tyder på at personalet opfattede tvang som den eneste effektive mulighed ved forsøg på at kontrollere højrisikoadfærd.

Konklusion

Fremtidige programmer, der sigter mod at forbedre eller reducere 'restriktive praksisser', bør nøje overveje implementering af medarbejdertræning inden for adfærdshåndtering og deeskalationsteknikker, effektiv kommunikation mellem personale og patienter samt tilgængeligheden af alternative metoder samt tilbyde psykologisk støtte til både patienter og personale.

1.3. Børne- og ungeperspektiv på mindst indgribende tvangsformer

Det efterfølgende afsnit omhandler hvordan børn og unge oplever mindst indgribende tvangsforanstaltninger.

Resumé

Formålet med undersøgelseerne var at analysere holdningerne hos personale og unge patienter inden for det finske børne- og ungdomspsykiatriske område vedrørende forskellige tvangsforanstaltninger. Metoden involverede brug af Attitude to Containment Measures Questionnaire (ACMQ) på både personale og patienter. Dataindsamlingen blev udført i det Syd-Finlandske Hospitalsdistrikt, der inkluderede omkring 1,4 millioner indbyggere, herunder 55.061 unge i alderen 15-17 år. Hospitalsdistriktet havde i alt 15 enheder for finsktalende unge. Undersøgelsen omfattede alle 15-17-årige patienter, der var indlagt på disse enheder i løbet af en 6-måneders periode fra januar til juni 2011 (n=233). Af disse responderede 81. Kontrolgruppen bestod af 128 personalemedlemmer. Resultaterne viste, at personalet generelt udtrykte høj godkendelse vedrørende de 11 tvangsforanstaltninger, hvor 'bæltefiksering' blev betragtet som den mest effektive, og 'akut beroligende medicin med injektion' opnåede de højeste acceptabilitetsscorer. 'P.n. medicin' blev anset for at være den mest værdige og sikreste. Personalet udtrykte også høj parathed til at anvende "overførsel til en lukket specialist afdeling". De tre metoder med de højeste samlede godkendelsesrater var 'p.n. medicin', 'overførsel til lukket special afdeling' og 'bæltefiksering', mens 'net-seng' blev vurderet lavest. For patienterne viste resultaterne, at de var mere kritiske over for alle 11 tvangsforanstaltninger end personalet. De godkendte primært 'p.n. medicin', 'intermitterende' og 'time-out', mens de misbilligede 'net-senge', 'bæltefiksering', 'fastholdelse' og 'intramuskulær medicin'. Det bemærkes, at de otte patienter, der havde været udsat for 'bæltefiksering', vurderede metoden mere positivt end resten. Samlet set understreger undersøgelsen forskelle i holdninger mellem personale og patienter inden for det børne- og ungdomspsykiatriske område i Finland vedrørende anvendelse af tvangsforanstaltninger.

En litteratursøgning afslører, at der kun eksisterer meget få studier omkring børn og unge og deres oplevelse af mindst indgribende tvangsformer. Den nyeste metasyntese af kvalitative studier med formålet om at sammenfatte børn og unges oplevelse af tvang fra 2023 af Henriksen and Øye (82) omhandler alene anbragte børn og unge, og skal derfor fortolkes i dette lys ift. den børne- og ungepsykiatri, som vi finder den i Danmark. Det kan dog bemærkes, at man fandt 35 artikler, og sammenfattende vedrørende tvang kan fremhæves at brugen af 'fysisk tvang', herunder 'fastholdelse' eller 'fysisk forflytning/guidning', er udbredt, især på lukkede institutioner. 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.

I forhold til studier omkring børn og unge og deres oplevelse af mindst indgribende tvangsformer skal to studier, om end af ældre dato, fremhæves Hottinen, Välimäki (83) og Hottinen, Välimäki (84).

(84) Efterfølgende resume og efterfølgende del bygger på en oversættelse og opsummering af følgende artikel: Hottinen, A., Välimäki, M., Sailas, E., Putkonen, H., Joffe, G., Noda, T., & Lindberg, N. (2012). Attitudes towards different containment measures: A questionnaire survey in Finnish adolescent psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 521-527. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01820.x

Formål

Formålet var at undersøge personalets holdninger til forskellige tvangsforanstaltninger inden for et finsk børne- og ungespsykiatrisk område. Hypotesen var, at personalemedlemmer, der arbejder med umyndige børn og unge, ville vurdere tvangsforanstaltninger med betydelig kritik (83).

Metode

Setting & undersøgelsespopulation

Studiet blev gennemført i det Syd-Finske hospitalsdistrikt, som har cirka 1,4 millioner indbyggere. Hospitalet omfatter syv lukkede afdelinger for finsktalende unge i alderen 13 til 17 år. I løbet af 2009 var der i alt 18.608 hospitalsdage og 613 behandlingsforløb. Undersøgelsen blev udført fra oktober 2009 til marts 2010 og omfattede sundhedspersonale inden for psykiatri, herunder sygeplejersker og læger (erfarne psykiatere/ungdomspsykiatere samt yngre psykiatere specialiseret i psykiatri/ungdomspsykiatri).

Instrument

Personalets holdninger blev undersøgt ved hjælp af Attitude to Containment Measures Questionnaire (ACMQ) (85). Spørgeskemaet nævner, definerer og illustrerer 11 restriktive interventioner (Tabel 3), hvor til respondenterne skal vurdere hver RI ift. acceptabilitet, effektivitet, sikkerhed for personalet, sikkerhed for patienterne, værdighed for patienterne og respondentens villighed til at anvende den pågældende metode (34). Spørgeskemaet indeholdt også spørgsmål om respondentens baggrund (alder, køn, uddannelse, erhverv, erhvervs erfaring), samt om respondenterne nogensinde havde anvendt de præsenterede foranstaltninger/interventioner.

Tvangsform	Definition
As-needed medication	Voluntarily accepted medication administered at the nurses discretion in addition to regular doses, by any route
Physical restraint	Physically holding the patient, preventing movement
Intermittent observation	An increased level of observation, of greater intensity than that which any patient generally receives, coupled with allocation of responsibility to an individual nurse or other worker, periodic checks at intervals
Seclusion	Isolated in a locked room
Time-out	Patient asked to stay in a room or area for a period of time, without the door being locked
IM	Intramuscular injection of sedating drugs administered without consent
PICU	Transfer to a specialist locked ward for disturbed patients
Mechanical restraint	The use of restraining straps, belts or other equipment to restrict movement
Constant observation	An increased level of observation, of greater intensity than that which any patient generally receives, coupled with allocation of responsibility to an individual nurse or other worker. Constant: within eyesight or arms reach of the observing worker at all times
Net-bed	Patient placed in a net bed enclosed by locked nets, which he or she is unable to leave
Open area seclusion	Isolated in a locked area, accompanied by nurses

Tabel 3: De 11 interventioner anvendt i studierne (Se Tabel 1 for dansk oversættelse)

Resultater

176 spørgeskemaer blev udsendt, og 129 blev returneret. Et spørgeskema blev ekskluderet pga. respondentens status som sygeplejestuderende. Dermed total 128 besvarelser med en svarprocent på 73%. Flertallet af respondenterne var kvinder, og 75% var sygeplejersker.

- 'Bæltefiksering' blev betragtet som den mest effektive, mens 'intramuskulær medicin (IM)' opnåede højeste acceptabilitetsscorer.
- 'P.n medicin' blev anset for at være den mest værdige og sikreste.
- Personalet udtrykte den højeste parathed ift. at anvende 'overførsel til en lukket specialist afdeling'.
- De tre metoder med de højeste samlede acceptater var 'p.n. medicin', 'overførsel til lukket specialafdeling' og 'bæltefiksering', mens 'net-seng' blev vurderet lavest.

- Sygeplejersker og læger viste generelt ens holdninger, dog var lægerne mere kritiske i deres mening om 'bæltefiksering' og 'konstant observation' (Skærmning) end sygeplejerskerne.
- Mænd havde en tendens til højere accept over for alle typer tvang, med signifikante forskelle for 'IM medicin' og 'bæltefiksering'.
- Sammenligning mellem aldersgrupper og erfaringsniveauer viste begrænset statistisk signifikans, hvor kun den samlede accept for 'net-seng' var signifikant forskellig mellem aldersgrupperne.
- Der blev ikke fundet signifikante forskelle i besvarelse baseret på erfaring med børne- og ungepsykiatri.

Konklusion

Generelt ser sygeplejersker og læger inden for den finske ungdomspsykiatri ud til at have højere niveauer af accept af alle de 11 tvangsmæssige foranstaltninger sammenlignet med deres kolleger inden for voksenpsykiatrien i Storbritannien og Holland, som er undersøgt i andre studier med ACMQ. Det bemærkes at konklusionen ikke følger formålet.

(86) Den efterfølgende gennemgang bygger på en oversættelse og opsummering af følgende artikel: Anja Hottinen, Maritta Välimäki, Eila Sailas, Hanna Putkonen, Grigori Joffe, Toshie Noda, Nina Lindberg, (2012) Underaged Patients' Opinions Toward Different Containment Measures: A Questionnaire Survey in Finnish Adolescent Psychiatry, Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 10.1111/jcap.12006, 25, 4, (219-223),

Formål

At undersøge indlagte børn og unge patienters holdninger til forskellige tvangsforanstaltninger og sammenligne dette med personalets holdninger. Hypotese var, at de indlagte børn og unge ville have forbehold over for de fleste tvangsforanstaltninger og være langt mere kritiske end personalet.

Metode

Data blev indsamlet i det Syd-Finlandske Hospitalsdistrikt, som omfatter cirka 1,4 millioner indbyggere, hvoraf 55.061 var i alderen 15-17 år på undersøgelsestidspunktet. Hospitalsdistriktet havde i alt 15 enheder for finsktalende unge. Populationen omfattede alle 15-17-årige patienter, der var indlagt på disse enheder i løbet af den 6-måneders undersøgelsesperiode fra januar til juni 2011 (n=233). Kontrolgruppen bestod af 128 personalemedlemmer (se ovenstående undersøgelse).

Instrument og analyse

Som i ovenstående studie.

Setting

Den behandlingsansvarlige vurderede, om patienten var sammenhængende og følelsesmæssigt stabil nok til at give informeret samtykke og udfylde spørgeskemaet. Ud af 233 patienter accepterede 81 (35%) patienter med

en gennemsnitsalder på 16,3 år (SD 0,79) at udfylde spørgeskemaet. Der blev ikke bedt om personlige oplysninger ud over alder og køn.

Resultat

Børne- og unge patienter var mere kritiske over for samtlige 11 tvangsforanstaltninger end personalet, dog var forskellen ikke statistisk signifikant for 'net-senge' og 'konstant observation' (skærmning). De tvangsforanstaltninger, der havde mest accept fra de mindreårige patienter, var 'behovs-medicinering (p.n)', 'Intermitterende observation' og 'time out'. Deltagerne var mindst accepterende over for 'net-senge', 'bæltefiksering', 'fastholdelse' og 'intramuskulær medicin'. Dog rapporterede otte patienter, som havde været udsat for bæltefiksering, at være mere positive over for denne tvangsforanstaltning end resten af respondenterne.

Konklusion

Børn og unge gav udtryk for modvilje mod for b.la. 'net-senge', 'bæltefiksering', 'fastholdelse' og 'intramuskulær medicin', hvis anvendelse blev anset for 'almindelig' i psykiatrisk praksis. Deres holdninger afveg markant fra personalets.

1.4. Pårørendeperspektiv på mindst indgribende tvangsformer

Resumé

Formålet med undersøgelsen var at sammenligne vurderinger af almindeligt anvendte tvangsmidler mellem patienter, sundhedspersonale og pårørende. En gruppe bestående af 435 patienter, 372 sundhedspersonale og 230 pårørende udfyldte 'Attitudes to Containment Measures Questionnaire' (ACMQ) spørgeskemaet. Undersøgelsen viste, at patienter var mest afvisende over for tvangsforanstaltninger, efterfulgt af pårørende og sundhedspersonalet. Alle deltagergrupper var afvisende over for især 'net-seng', mens 'beroligende medicin med tvang' blev vurderet mest forskelligt. Pårørende og patienter vurderede denne foranstaltning som den fjerde mindst accepterede tvangsforanstaltning, mens sundhedspersonale rangerede den som den ottende mindst accepterede. Sammenligninger mellem pårørende og sundhedspersonale viste også variation i vurderingerne af 'isolation' og 'bæltefiksering'. Kun 'behandling på psykiatrisk lukket specialafdeling' viste ingen signifikant forskel mellem pårørende og sundhedspersonale.

Det efterfølgende afsnit omhandler pårørende perspektivet på, hvordan de oplever mindst indgribende tvangsforanstaltninger. En litteratursøgning identificerede få eksisterende studier omkring pårørende og deres oplevelse af mindst indgribende tvangsformer. Dog skal et nyere studie fra 2018 med brug af 'Attitudes to Containment Measures Questionnaire' fremhæves, idet man her inkluderede pårørende som respondenter.

(74) Efterfølgende bygger på en oversættelse og opsummering af følgende artikel: Reisch, T, Beeri, S, Klein G., Meier, P, Pfeifer P., Buehler E., Hotzy F., Jaeger M. (2018) Comparing Attitudes to Containment Measures of Patients, Health Care Professionals and Next of Kin. *Frontiers in Psychiatry*. V 9. DOI.10.3389/fpsy.2018.00529

Formål

Formålet med denne undersøgelse var at sammenligne, hvordan patienter, sundhedspersonale og pårørende vurderede almindeligt anvendte tvangsforanstaltninger.

Metode

En population bestående af 435 patienter, 372 sundhedspersonale og 230 pårørende fuldførte spørgeskemaet Attitudes to Containment Measures Questionnaire (ACMQ). Dette standardiserede spørgeskema målte graden af accept eller afvisning af 11 forskellige tvangsmidler.

Resultater

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 ac-

cepterede 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.

Konklusion

Patienter, sundhedspersonale og pårørende var mest negative over for 'net-seng'. 'Intramuskulær medicin med tvang' viste den største forskelle i direkte sammenligning mellem sundhedspersonale og patienter samt mellem sundhedspersonale og pårørende.

Internationale erfaringer med implementering af "mindre indgribende tvangsformer"

Resumé

En litteratursøgning i PubMed, CINAHL og APA PsycINFO identificerede umiddelbart ingen systematiske reviews om "mindre indgribende tvangsformer." Tre interessante perspektiver blev dog identificeret: 1) Nogle praksisser anvendes som tvang i vestlige lande, men ikke i dansk psykiatri. Ændringer i lovgivningen om eksempelvis "medicin efter behov" kunne betyde, at det formelt betragtes som mindre indgribende tvang. 2) Der findes studier af lovgivning og procedureændringer ift. tvang, som viser reduktion af brugen af indgribende metoder som for eksempel 'bæltefiksering'. Ændringer i dansk lovgivning kunne potentielt mindske brugen af sådanne tvangsformer. 3) Psykiatrisk personale ønsker mindre indgribende alternativer, men der er uenighed om, hvad der betragtes som mindre indgribende. Tydelige retningslinjer er nødvendige for at sikre en mere skånsom anvendelse af tvangsforanstaltninger i Danmark.

Det efterfølgende afsnit omhandler internationale erfaringer med implementering af mindre indgribende tvangs-

foranstaltninger. En litteratursøgning i databaserne PubMed, CINAHL og APA PsycINFO har ikke givet nyligt relevante systematiske reviews i relation til internationale erfaringer og afledte effekter ved indførelse af ”mindre indgribende tvangsformer” i tillæg til allerede eksisterende tvangsformer. Dog skal opmærksomheden henledes på tre interessante perspektiver i relation til emnet, som dukkede op i forbindelse med litteraturstudiet, hvilket vil blive beskrevet nedenfor:

1. Som tidligere beskrevet findes der praksisser, der hyppigt anvendes som tvangsforanstaltninger i vestlige lande (34, 35), men hvor der i dansk psykiatrisk praksis enten ikke er lovhjemmel til anvendelsen, eller hvor praksissen ikke defineres som tvang (87). Et eksempel på det sidste er ’medicin efter behov’, hvor patienten frivilligt accepterer medicinindtaget, der administreres efter sygeplejerskens skøn. Ifølge National Institute of Health and Care Excellence (88) skal anvendelsen af denne praksis ses som en del af en strategi, der skal deeskalere eller forebygge potentielt voldelig eller aggressiv adfærd. Der kan være situationer, hvor omstændighederne omkring brugen af medicin efter behov er uklare. Derudover kan der opstå en uformel tvang, hvis patienten mere eller mindre direkte presses til at tage medicin for at undgå formaliseret tvang eller reelt ikke giver dem et frivilligt valg (89, 90). Brugen af beroligende medicin efter behov varierer i det hele taget internationalt og kan muligvis opstilles i flere varianter med mulighed for indbyrdes graduering: i. frivillig peroral indtagelse af beroligende efter tilbud (ikke tvang), ii. (i udgangspunktet peroral) indtagelse af beroligende efter besked om at beroligende behandling findes fagligt indikeret men som patienten verbalt har erklæret sig uenig i (tvang), iii. indtagelse af beroligende efter besked om at beroligende behandling findes fagligt indikeret og besked om at personalet ellers vil gennemtvunge medicinering med beroligende (tvang), iv. (i udgangspunktet) injektion af beroligende efter patienten verbalt har modsat sig medicinering (tvang), v. injektion af beroligende efter patienten fysisk har modsat sig medicinering (tvang).
2. I flere lande bliver lovgivning og procedurer i relation til tvang løbende justeret, hvor for eksempel brugen af konkrete tvangsforanstaltninger forbydes eller besværliggøres og studier peger på at dette potentielt kan mindske brugen af tvang (91-94). Et eksempel på dette er blevet synliggjort i et nyligt systematisk review (91). Af de 41 inkluderede studier, publiceret i perioden (1999-2023), rapporterede ni studier om juridiske eller proceduremæssige ændringer, der vedrørte anvendelsen og vurderingen af brugen af ’bæltefiksering’ med henblik på at sikre korrekt brug af denne foranstaltning (91). Dette var eksempelvis ’revision af konkret lovgivning på et bredere samfundsniveau’ eller ’implementering af obligatoriske godkendelses- eller vurderingsprocedurer’ på hospitalsniveau. Derudover blev der rapporteret om ’optimeret og standardiseret monitorering og evaluering’ af de forskellige procedurer knyttet til brugen af ’bæltefiksering’, hvilket kunne fremme refleksion og forbedre kvaliteten af den pleje og sikkerhed, der tilbydes patienter, personale og organisationer (ibid.). Syv studier rapporterede betydelige sammenhænge mellem ændringer i lovgivningen/policy og anvendelsen af ’bæltefiksering’. Både forekomsten af bæltefiksering og tid tilbragt i ’bæltefiksering’ blev reduceret i alle studier (91). Med dette som eksempel, kan der peges på at en ændring i lovgivning eller procedurer eksempelvis

vedrørende brugen af 'bæltefiksering' potentielt kan reducere brugen af en tvangsforanstaltning (95, 96).

3. Psykiatrisk personale har i flere studier udtrykt et behov for 'mindre indbringende alternativer' til eksisterende tvangsforanstaltninger, og et systematisk review analyserede forslag fra psykiatrisk personale til mindre indgribende tvangsformer (80). Personalet havde et ønske om 'mere milde indgreb' (Eng: "more 'gentle' interventions"), hvor en måde at forbedre tvangsansværelsen på var at gøre den mere 'human'. For eksempel kunne 'isolationsrum' "gøres mere behagelige" (Eng: "making the seclusion room more comfortable") (s. 450 (80)). Derudover anså personalet kun 'isolation' og 'fiksering' som "en sidste udvej", når alle andre muligheder havde fejlet. Deltagerne var dog ikke enige om, hvornår der var tale om "en sidste udvej" og sidstnævnte begreb må således indtil videre fremstå som uklart. Ligeså var der uenighed om, hvilke praksisser var mindst indgribende (80). Endelig havde personalet en mere positiv holdning til tvangsforanstaltninger, hvis det var foranstaltninger, som de selv havde brugt og som blev anvendt ofte i psykiatrisk praksis.

1.5. Foreløbige danske resultater

Det efterfølgende afsnit gennemgår *nogle nye danske undersøgelser af patienters og sundhedspersonales rangering og opfattelse af mindst indgribende tvangsformer.*

Patientperspektiv på mindst indgribende tvangsformer

Resumé

Formålet var i en spørgeskemaundersøgelse at undersøge, i hvilken grad psykiatriske patienter opfatter specifikke restriktive interventioner som indgribende, og hvilke restriktive interventioner de rangerer som mindst indgribende. **Præliminære konklusion: Indsamling af data er stadig igangværende og analysen viser et øjebliksbillede foretaget på dele af datasættet.** De første analyser 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 tvangsforanstaltning i Danmark, hvor til største delen svarer 'ja', hvorimod tilslutningen til isolation er mindre. Resultaterne peger også på, at kvinder og personer med egen erfaring med tvangsforanstaltninger, finder alle former for tvangsforanstaltninger mere indgribende.

Det efterfølgende bygger på en oversættelse og opsummering af følgende artikel: Lindekilde, CR., Gildberg, FA, Hvidhjelm, J. Baker, J., Birkeland, SF. (2024) Preliminary findings: Danish Mental Health Service Users perceptions: What is least intrusive of restrictive interventions? - A cross-sectional survey.).

Formål

Formålet var at undersøge danske psykiatriske patienters opfattelse af indgribenheden af forskellige tvangsformer.

Metode

Dette er et tværsnitstudie baseret på en landsdækkende dansk spørgeskemaundersøgelse. Undersøgelsen blev udført i tre faser: udvikling af spørgeskema, pilottest og udsendelse af spørgeskema. Udviklingen af spørgeskemaet foregik i samarbejde med nuværende og tidligere psykiatriske patienter samt eksperter inden for psykiatriområdet. En invitation til at deltage i pilottest af spørgeskemaet blev delt gennem sociale medier, pilottest blev gennemført med to personer med psykiatri-erfaring og justeringer blev foretaget baseret på deres feedback. Undersøgelsen blev derefter yderligere testet af eksperter inden for psykiatriområdet. Spørgeskemaet

inkluderede spørgsmål om deltageres tidligere erfaringer med tvangsforanstaltninger og spørgsmål om hvor indgribende tvangsforanstaltninger opfattedes målt på en 0-10 visuel analog skala (VAS), samt om 'skærmning til egen stue' og 'isolation' fremadrettet bør være tvangsforanstaltninger i Danmark. I tillæg blev deltagerne også bedt om at rangere tvangsforanstaltninger fra mest til mindst indgribende. Invitation til deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen blev sendt via e-boks, med et personligt link til den webbaserede platform REDCap, hvor spørgeskemaet udfyldtes elektronisk. 10.000 deltagere blev tilfældigt udvalgt ud fra specifikke diagnoser og tidligere indlæggelse på psykiatrisk hospital. 8.275 personer var registreret med e-boks og modtog invitation til at deltage hhv. d. 4. og 15. januar 2024.

Resultater

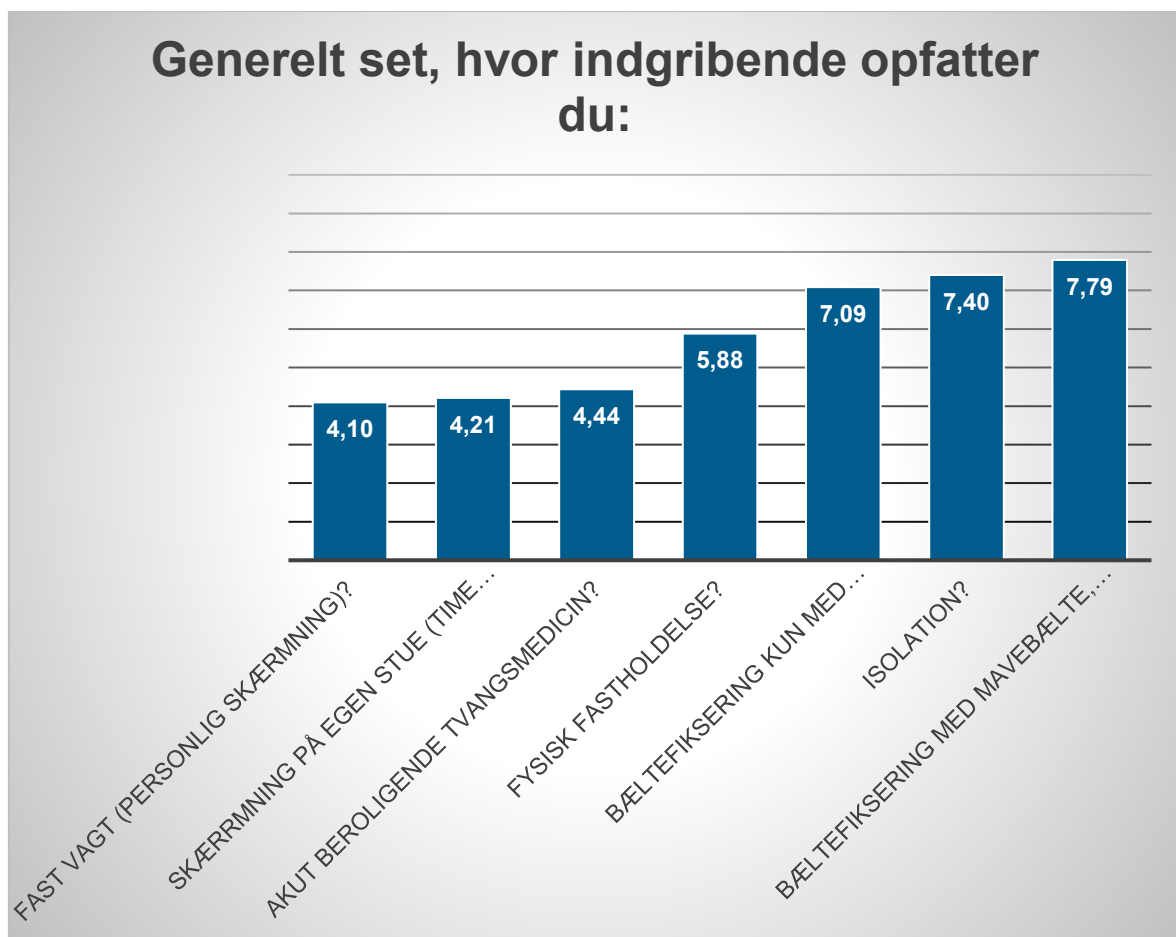
I alt besvarede 938 ud af 8.235 personer hele spørgeskemaet (Svarprocent (SP) 11,34%). 1.325 personer har delvist besvaret spørgeskemaet (SP 16,01%). Karakteristika på personer der har besvaret og delvist besvaret spørgeskemaet ses i tabel 4.

Karakteristik	Respondenter % (n=1.325)
Køn	
Mænd	40,5% (537)
Kvinder	59,5 (788)
Alder	Range 19-95 år, mean 47,8 år, median - 49.0 år
Afdeling for seneste indlæggelse*	(n=934)
Retspsykiatrisk afdeling	1,2 (16)
Almen psykiatrisk afdeling	67,3 (892)
Ønsker ikke at oplyse	2,0 (26)
Indlæggelse frivillig eller under tvang**	(n=892)
Frivillig indlæggelse	55,1 (730)
Tvangsindlæggelse	10,3 (136)
Ønsker ikke at oplyse	2,0 (26)
Erfaring med tvangsforanstaltning	
Akut beroligende tvangsmedicin	20,0 (265)

Fysisk fastholdelse	17,3 (1007)
Personlig skærmning	21,1 (280)
Bæltefiksering kun med mavebælte	8,0 (106)
Bæltefiksering med mavebælte, hånd og/eller fodremme	8,2 (108)

Tabel 4: Respondent karakteristika

Figur 1 illustrerer spørgeskemadeltagernes opfattelse af indgribenheden af de forskellige tvangsforanstaltninger på en skala fra 0 (slet ikke indgribende) - 10 (ekstremt indgribende).



Figur 1: Psykiatriske patienters opfattelse af i hvilken grad tvangsforanstaltninger er indgribende fordelt på gennemsnitlige VAS-værdier.

De foreløbige data (ikke præsenteret i tabellen) peger på, at kvinder vurderede tvangsforanstaltningerne som mere indgribende end mænd. Ligeså vurderede deltagere med (egen) erfaring med én eller flere tvangsforanstaltninger, at tvangsforanstaltningerne var mere indgribende end deltagere uden erfaring med tvangsforanstaltninger.

På spørgsmålet om 'skærmning til egen stue' (time out) bør være en alternativ tvangsforanstaltning i Danmark svarede 49,5% (n=503) 'Ja', 15,6% (n=159) 'Nej' og 34,9% (n=355) svarer 'Ved ikke'. Figur 2 viser patienternes holdning til tilføjelse af 'skærmning til egen stue' som tvangsforanstaltning fordelt på erfaring med tvangsforanstaltninger.

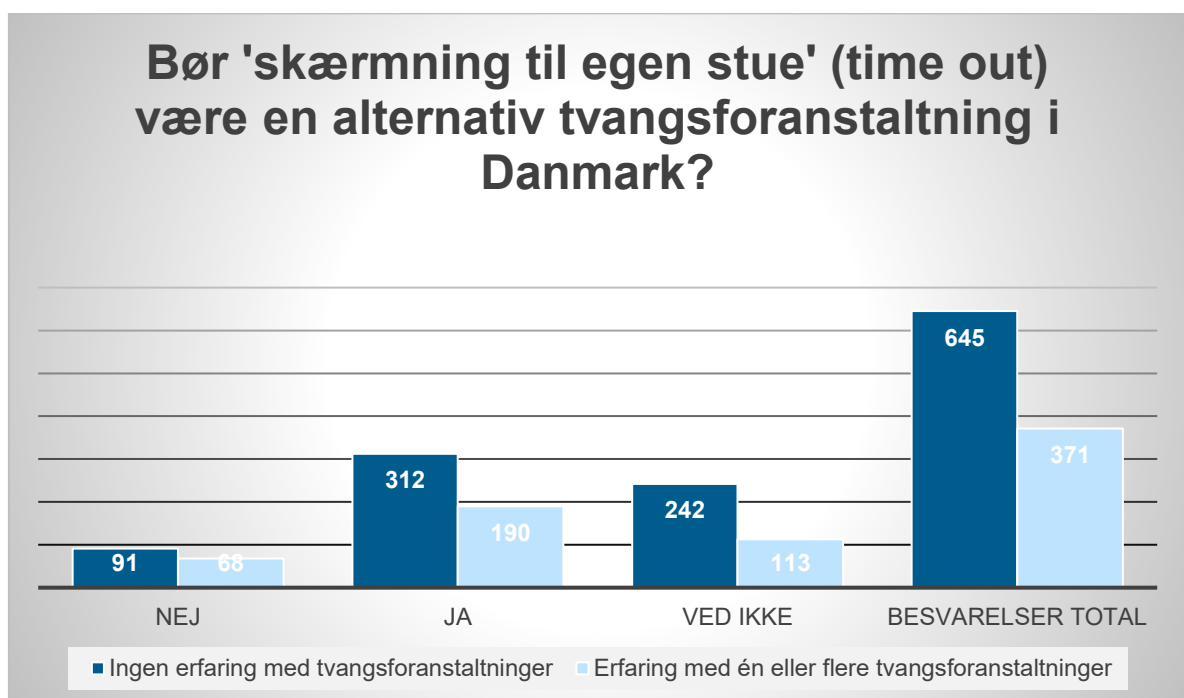


Fig. 2 Timeout

På spørgsmålet om 'isolation' bør være en alternativ tvangsforanstaltning i Danmark svarede 53,8% (n=515) 'Nej', 20% (n=192) svarede 'Ja', og 26,2% (n=251) svarede 'Ved ikke'. I figur 3 illustreres deltagernes holdning til tilføjelse af isolation som tvangsforanstaltning fordelt på egen erfaring med tvangsforanstaltninger.

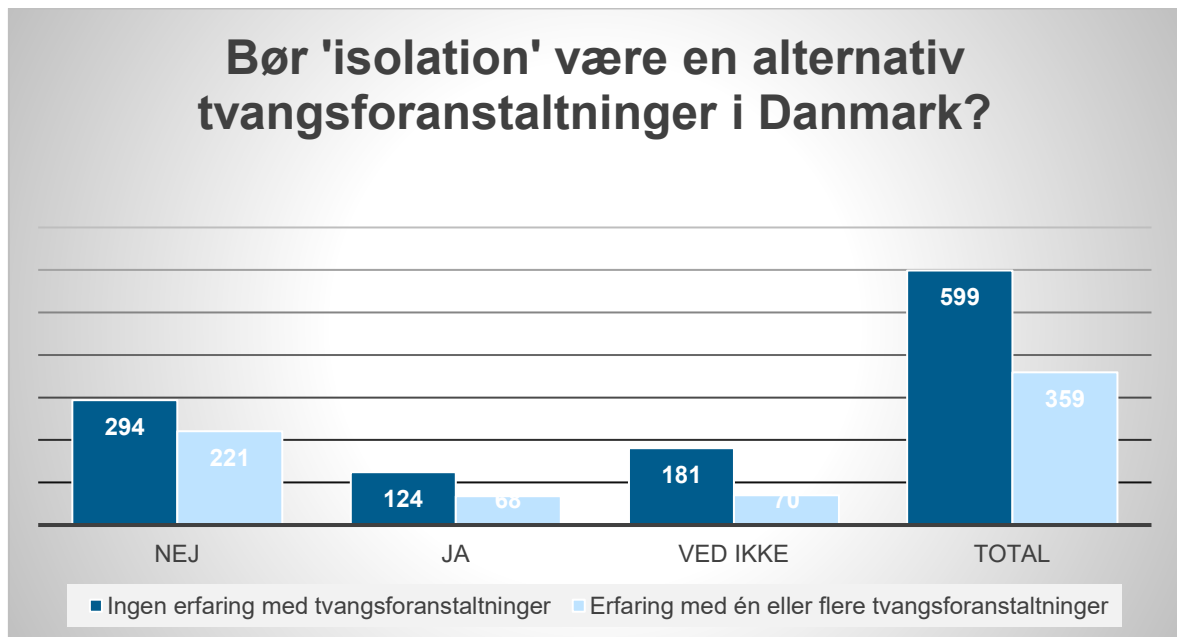


Fig. 3 Isolation

Konklusion

Indsamling af data er stadig igangværende og analysen er alene foretaget på dele af datasættet. Spørgeskemaundersøgelsen påpeger lige som tidligere internationale studier, 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, hvortil 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.

Resumé

Ved brugen af tvang bør tvangsforanstaltninger anvendes med fokus på at vælge de mindst indgribende foranstaltninger først. Manglende viden om tvangs forskellige indgribenhed og manglende retningslinjer kan imidlertid betyde, at personalet på psykiatriske afdelinger selv må beslutte, hvilke foranstaltninger der skal bruges først. Formål: Undersøgelsens hypotese var, at fortolkningen af princippet om mindst indgribende foranstaltning i klinisk praksis afspejles i rækkefølgen af anvendte tvangsforanstaltninger. Metode: For tvangsepisoder rapporteret fra 2011-2016 blev rækkefølgen af 12 lovlige tvangsforanstaltninger i Danmark undersøgt. Logistiske regressionsmodeller blev brugt til at vurdere, hvilken type tvang der blev anvendt først. Resultat: Studiet omfattede 153.197 episoder blandt 17.796 patienter. Tvangsforanstaltninger var statistisk signifikant forskelligt fordelt mellem kønnene. For mænd var 'Bæltefiksering' ofte det første valg, kun overgået af tvangstilbageholdelse. For kvinder blev tvangstilbageholdelse, tvangsernæring, behandling af somatiske tilstande med tvang, døraflåsning og tæt observation anvendt før bæltefiksering. Analysen viste, at visse foranstaltninger, generelt vurderet som mindre indgribende, blev mindre hyppigt brugt som den første tvangsmæssige foranstaltning, især over for mænd og yngre patienter. Undersøgelsen peger således i retning af, at de tvangsforanstaltninger, der betragtes som mindst indgribende, kun delvist implementeres som de første i klinisk praksis. Dette ses især hos mænd og yngre patienter, hvilket antyder, at der kan være uoverensstemmelse mellem mindstemiddel princippet og praksis i valget af tvangsforanstaltninger.

(96)Den efterfølgende del bygger på en oversættelse og opsummering af følgende artikel: Linkhorst, T., Birkeland, S. F., Gildberg, F. A., Mainz, J., Torp-Pedersen, C., & Bøggild, H. (2022). Use of the least intrusive coercion at Danish psychiatric wards: A register-based cohort study of 131,632 first and subsequent coercive episodes within 35,812 admissions. *International Journal of Law and Psychiatry*, 85, 101838. doi://doi.org/10.1016/j.ijlp.2022.101838

Såfremt brugen af tvangsforanstaltninger anses for nødvendige, skal mindst indgribende foranstaltninger bringes i anvendelse først af respekt for patientens autonomi og i et forsøg på at minimere potentiel skade. Europarådet peger på at mennesker med psykiske lidelser har ret til det mindst indgribende middel af hensyn til deres eget og andres sikkerhed og helbred. Psykiatriloven i Danmark reflekterer dette i Psykiatrilovens mindste-middel-princip. Imidlertid foreligger der begrænset vejledning i selve Psykiatriloven. I en undersøgelse blandt myndigheder i 11 europæiske lande hvori otte tvangsforanstaltninger blev rangeret efter indgribenhed (6) blev "time out" og "konstant observation" generelt betragtet som de mindst indgribende. De resterende foranstaltninger var der ikke enighed om. Manglende tydelighed i retningslinjer fra myndighederne betyder, at personalet på psykiatriske afdelinger selv må beslutte, hvilke foranstaltninger der skal bruges først, hvilket omvendt må antages i en vis udstrækning at afspejle deres forståelse af mindste-middel princippet.

Formål

Hypotesen bag denne undersøgelse var, at fortolkningen af mindstemiddel princippet i klinisk praksis afspejles

i rækkefølgen af anvendelse af tvangsforanstaltninger, som de findes indrapporteret til de nationale tvangsregistre. Således at den første anvendte foranstaltning i forhold til en given indlagt patient må opfattes som mindre indgribende i forhold til de følgende foranstaltninger og beskrive gradueringen af tvangsforanstaltninger i klinisk praksis.

Metode

For tvangsepisoder rapporteret til det nationale administrative register i perioden 2011-2016 blev rækkefølgen af 12 i Danmark lovlige tvangsforanstaltninger under hver indlæggelse undersøgt.

Resultat

Sample: Studiet inkluderede 153.197 episoder blandt 17.796 unikke patienter over 18 år (54,4% mænd med median alder på 44 år og 45,6% kvinder med median alder på 48 år). Flertallet af patienter havde kun én indlæggelse, men enkelte havde over 50 indlæggelser. Medianantallet for tvangsepisoder på tværs af alle indlæggelser var tre for begge køn. Medianen for tiden mellem indlæggelse og den første tvangsepisode var fire dage for mænd og seks dage for kvinder.

Fordeling af tvangsforanstaltninger ift. køn: Kvinder blev oftere udsat for 'fysisk fastholdelse' og 'akut beroligende tvangsmedicin'. Mænd blev oftere udsat for 'tvangsindlæggelse', 'tvangstilbageholdelse', 'tvangsbehandling' og 'bæltefiksering'. Fordelingen af tvangsmæssige foranstaltninger efter køn var statistisk signifikant.

Første episode og efterfølgende episoder: 'Bæltefiksering' var ofte det første valg for begge køn. 'Akut beroligende tvangsmedicin (IM)' blev mest brugt som tvangsforanstaltning i efterfølgende episoder for både mænd og kvinder.

Tvangstilbageholdelse blev oftere brugt som den første type for både mænd og kvinder. 'Tvangsernæring', 'tvungen behandling af somatisk sygdom', 'låsning af døre' og 'skærmning' blev mere hyppigt brugt som de første for kvinder. Blandt mænd var 'låsning af døre', 'tvangsbehandling af somatisk lidelse' og 'tvangsernæring' ikke statistisk signifikant forskellig fra 'bæltefiksering', mens alle andre typer ('ECT med tvang', 'tvangsbehandling', 'brug af handsker/remme', 'skærmning', 'fysisk fastholdelse' og 'akut beroligende medicin med tvang') blev anvendt mindre hyppigt blandt de første episoder sammenlignet med 'bæltefiksering'.

'Tvangstilbageholdelse' og 'låsning af døre' blev brugt hyppigere som den første tvangsforanstaltning sammenlignet med 'bæltefiksering'. 'Fysisk fastholdelse', 'brug af handsker/remme' og 'akut beroligende medicin med tvang' blev brugt mindre hyppigt som de første episoder for begge køn og alle aldersgrupper.

Ved analyse begrænset til første indlæggelse finder man tilsvarende, at tvangstilbageholdelse blev brugt før 'bæltefiksering'. 'Aflåsning af døre' for kvinder var anvendt som første type og de resterende tvangsforanstaltninger var enten non-signifikante forskellige fra 'bæltefiksering' eller anvendt senere ('fysisk fastholdelse' og

'beroligende tvangsmedicin (intramuskulær injektion)'. I analyser begrænset til "dag 2 af indlæggelse og senere" ses samme variationer i signifikans for nogle af foranstaltningerne: Hos kvinder blev 'fysisk fastholdelse' brugt før 'bæltefiksering'. Hos mænd blev kun 'tvangstilbageholdelse' og 'låsning af døre' brugt før 'bæltefiksering'.

Konklusion

De tvangsforanstaltninger, der normalt betragtes som mindst indgribende i litteraturen, bruges kun i vis grad først. For eksempel anvendes 'låsning af døre' og 'skærmning' hos kvinder før 'bæltefiksering'. Hos mænd og yngre patienter anvendes 'bæltefiksering' ofte før andre tvangsforanstaltninger som 'skærmning', 'fysisk fastholdelse' og 'akut beroligende tvangsmedicin', der generelt vurderes som mindre indgribende end 'bæltefiksering', mindre hyppigt før f.eks. 'bæltefiksering'.

Personaleperspektiv

Resumé

Ved brugen af tvang bør de mindst indgribende tvangsforanstaltninger anvendes først. Et studie undersøgte personalers graduering af forskellige typer tvang på en skala fra 1-100. Der indgik 132 personaler ud af 601 inviterede. Tvangsfiksering blev generelt opfattet som mest indgribende. Andre tvangsformer, som aktuelt ikke er lovlige i Danmark, såsom 'isolation' og især 'time-out', blev gradueret som væsentligt mindre indgribende.

Den efterfølgende del bygger på en oversættelse og opsummering af følgende artikel: (97) Søren Birke-land, Frederik Alkier Gildberg, Ellen Boldrup Tingleff, Martin Loch Pedersen, Camilla Lindekilde, Lars Morsø, Søren Bie Bogh (2024) Perceptions Among Mental Health Professionals Regarding the Intrusiveness of Coercive Measures: A Danish Regional Survey. *Journal of Forensic Nursing*. DOI: 10.1097/JFN.0000000000000524

Der er kun begrænset viden om, hvilke typer tvang, sundhedsprofessionelle i psykiatrien vurderer som mindre indgribende end andre.

Formål

At undersøge sundhedspersonales opfattelse af indgribenheden af forskellige psykiatriske tvangsforanstaltninger og at undersøge om disse opfattelser varierer med uddannelsesbaggrund og psykiatrisk kontekst (almen vs retspsykiatri).

Metode

Procedure

Studiet anvendte en internetbaseret spørgeskemaundersøgelse blandt sundhedsprofessionelle på tre psykiatriske hospitaler i Region Syddanmark. Deltagerne, herunder læger, sygeplejepersonale (inkl. assistenter) og pædagogisk personale (inkl. assistenter), blev inviteret gennem administrative arbejdsmail-lister. Invitationen blev udsendt den 20. april 2023, med påmindelser den 4. maj og 18. maj, hvorefter undersøgelsen blev afsluttet. Der indsamledes demografiske oplysninger såsom køn, alder, psykiatriområde, års psykiatrisk erfaring, arbejdssted og uddannelsesbaggrund. Deltagerne blev bedt om at vurdere indgribenheden af forskellige tvangstiltag ved hjælp af en VAS-skala fra 0 til 100. Seksten forskellige tvangstiltag blev præsenteret, herunder tvangsformer ifølge dansk lovgivning og enkelte andre (at beordre patienten til at gå til deres patientstue, time-out, og isolation, som er bredt anvendt i andre lande)(98) (se Tabel 4).

Type tvang	Juridisk reference
Bæltefiksering med remme	§ 14 og § 17 (Anvendelse af fysisk magt udtalt)
Bæltefiksering med fysisk magtanvendelse	§ 14 og § 17
Electroconvulsive therapy med fysisk magtanvendelse	§ 12 og Bekendtgørelse 1075, § 8 og § 17
Tvangsernæring med fysisk magtanvendelse	§ 12 og Bekendtgørelse 1075, § 7, og § 17
Tvangsmedicin med fysisk magtanvendelse	§ 12 og § 17
Fysisk magtanvendelse og fastholdelse	§ 17
Tvangsindlæggelse	§ 5
Isolation	Ikke tilladt i alm. psykiatri jf. dansk lovgivning
Bæltefiksering uden fysisk magtanvendelse	§ 14
Patient sikkerheds fiksering (bælte fiksering fx demencia)	§ 18
Tvangsernæring uden fysisk magtanvendelse	§ 12 og Bekendtgørelse 1075, § 7
Observation	§ 18 d
Tvangsmedicin uden fysisk magtanvendelse	§ 12
Kropsvisitation (påklædt)	§ 19 d

Electrokostimulation uden fysisk magtanvendelse	§ 12 og Bekendtgørelse 1075 § 8
Personalet sender patienten på egen stue	Ikke tilladt iflg. dansk lovgivning

Table 5. De 16 forskellige tvangstiltag i undersøgelsen

Resultater

I alt deltog 132 ud af 601 inviterede sundhedsprofessionelle hvilket gav en svarprocent på 22%. Flertallet af respondenterne var kvinder (70.5%) og en stor andel af respondenterne havde en alder på 50 år og derover (43.9%).

De forskellige former for fiksering inkl. "bæltefiksering med og uden remme", med og uden "fysisk magtanvendelse" og "fastholdelse" blev generelt opfattet som mest indgribende. I modsatte ende fandtes "time-out" som den mindst indgribende tvangsforanstaltning. I tabel 5 præsenteres den opfattede indgribenhed for hver tvangsforanstaltning i forhold til profession.

	Lægepersonale N=24	Plejepersonale N=97	Pædagogisk personale N=11	p-værdi
Bæltefiksering med remme	91 (85-97)	92 (74-100)	92 (61-99)	0.92
Bæltefiksering med fysisk magtanvendelse	84.5 (78-95)	90 (71-100)	86 (65-95)	0.72
Electroconvulsive terapi med brug af fysisk magtanvendelse	90 (78.5-99.5)	89 (70-100)	90 (50-97)	0.81
Tvangsernæring med brug af fysisk magtanvendelse	84 (69.5-96.5)	89 (70-100)	80 (75-93)	0.58
Tvangsmedicinering med brug af fysisk magtanvendelse	78 (62.5-90)	82 (70-97)	75 (50-92)	0.22
Fysisk magtanvendelse og fastholdelse	72 (52.5-90)	87 (71-97)	67 (63-92)	0.21
Tvangsindlæggelse	71.5 (50-90)	70 (50-90)	50 (46-80)	0.53
Isolation	66.5 (50-85)	60 (50-90)	85 (67-97)	0.15
Bæltefiksering uden fysisk magtanvendelse	71 (61-84.5)	65 (45-83)	24 (20-74)	0.016
Patient sikkerheds fiksering (bæltefiksering ved fx demens)	50 (35.5-71.5)	50 (24-68)	16 (2-68)	0.21
Tvangsernæring uden fysisk magtanvendelse	62 (39-79)	50 (25-56)	23 (3-44)	0.004

Observation	50 (29.5-76)	50 (25-56)	26 (18-50)	0.083
Tvangsmedicinering uden fysisk magtanvendelse	50 (37.5-75.5)	45 (22-60)	20 (5-50)	0.004
Body search (dressed)	24.5 (16.5-50)	40 (20-50)	28 (5-62)	0.44
Electroconvulsive terapi uden fysisk magtanvendelse	66 (38-79.5)	29 (8-50)	13 (4-22)	<0.001
Skærmning til stue på personalets foranledning	34.5 (15.5-53.5)	25 (17-50)	19 (6-25)	0.12

Tabel 6. Sundhedsprofessionelles opfattelse af tvangsforanstaltningernes indgribenhed

Som det fremgår af tabel 5, så opfatter de forskellige sundhedsprofessionelle tvangsforanstaltningernes indgribenhed nogenlunde ens, uden nogen statistisk signifikant forskel. Der var dog nuancer, idet læger særligt havde en tendens til at opfatte 'bæltefiksering uden fysisk magtanvendelse', 'tvangsernæring uden fysisk magtanvendelse', 'tvangsmedicinering uden magtanvendelse' og 'ECT uden fysisk magtanvendelse' som mere indgribende end deres kollegaer. I tabel 6 ses en sammenligning af opfattelsen af indgribenhed blandt retspsykiatrisk personale ift. almenpsykiatrisk personale. Der kunne ikke påvises nogen signifikant forskel.

	Retspsykiatri	Almenpsykiatri	p-værdi
	(n=68), Median (IQR)	(n=64), Median (IQR)	
Bæltefiksering med remme	93 (72.5-100)	91.5 (83-99.5)	0.89
Bæltefiksering med fysisk magtanvendelse	85.5 (68-100)	90 (78-98)	0.41
Electroconvulsive terapi med brug af fysisk magtanvendelse	90 (69.5-100)	89 (77-98)	0.81
Tvangsernæring med brug af fysisk magtanvendelse	84.5 (70-99)	88 (71-99.5)	0.52
Tvangsmedicinering med brug af fysisk magtanvendelse	80 (66.5-96)	81 (69.5-96)	0.72
Fysisk magtanvendelse og fastholdelse	80 (61.5-94)	89 (69.5-95)	0.28
Tvangsindlæggelse	65.5 (50-84.5)	70 (47.5-90)	0.92
Isolation	68.5 (50-93)	62 (50-90)	0.66
Bæltefiksering uden fysisk magtanvendelse	60 (40-80.5)	69 (50-89)	0.22

Patient sikkerheds fiksering (bæltefiksering ved fx demens)	50 (26-71.5)	40 (20-71)	0.35
Tvangsernæring uden fysisk magtanvendelse	43 (23-57.5)	50 (34-65)	0.09
Observation	50 (25.5-50)	42.5 (20.5-63.5)	0.63
Tvangsmedicinering uden fysisk magtanvendelse	40 (22-55)	50 (27-65)	0.55
Body search (dressed)	36 (20-52.5)	31 (15.5-50)	0.29
Electroconvulsive terapi uden fysisk magtanvendelse	29.5 (10.5-50)	33.5 (10-70)	0.44
Skærmning til stue på personalets foranledning	26 (16.5-50)	24 (15-50)	0.81

Table 7 Oplevet indgribende af tvangstiltag blandt personale inden for retspsykiatri og almen psykiatri

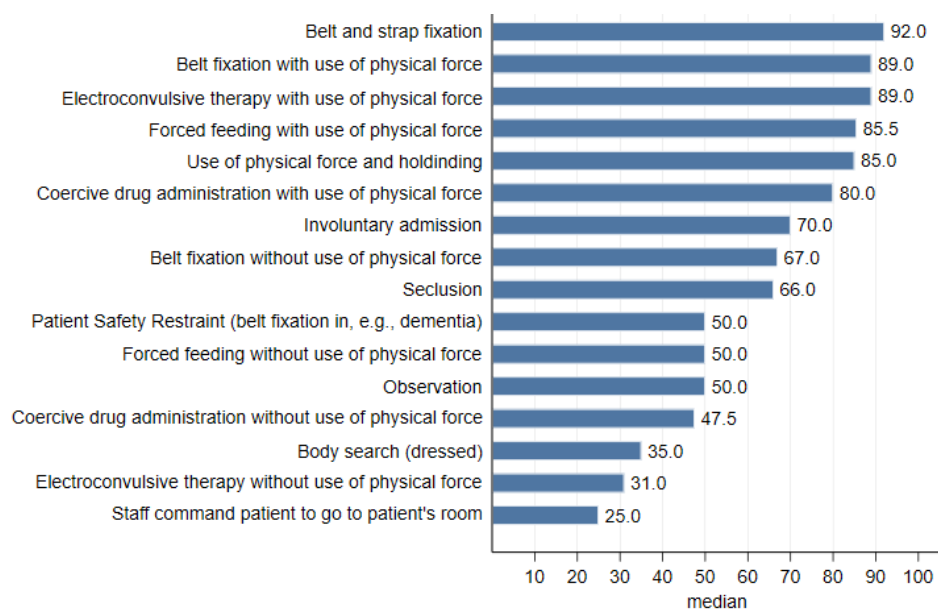


Fig. 4 illustrerer personalets vurdering af de forskellige tvangsforanstaltningers indgribenhed, hvor 0 repræsenterer mindst indgribende og 100 mest indgribende.

Konklusion

Undersøgelsen peger på, at psykiatrisk personale anser 'bæltefiksering' som den mest indgribende tvangsforanstaltning, hvorimod 'kropsvisitering' og 'skærmning' opfattes som mindst indgribende. 'Isolation', som ikke er lovlig i Danmark, blev anset for at være mindre indgribende end 'bæltefiksering'.

Konklusion

Den begrænsede forskningsbaserede viden tillader ikke stærke konklusioner i spørgsmålet om psykiatriske tvangsformers indgribenhed. Det er dog ikke rapportens formål i øvrigt at vurdere styrken af den eksisterende evidens, men derimod at afdække viden på området. Sammenfattende findes det i rapporten, at:

Generelt set er der omfattende inspiration at hente i andre landes lovgivninger i forhold til udformningen af mulige alternativer til den nuværende danske model. Hvorvidt disse alternativer er anbefalelsesværdige, kan bl.a. afhænge af, om nye tvangsformer f.eks. blot lægges til de allerede eksisterende tvangsindgreb i Danmark med risiko for bl.a. at øge den totale anvendelse af tvang, eller om det kan lykkes at aflaste brugen af andre tvangsformer, herunder tvang, som vurderes mere indgribende.

De internationale studier, som omhandler patientperspektivet på tvang, synes overvejende at pege på, at patienter foretrækker 'observation' frem for eksempelvis 'bæltefiksering'. Dog er der ikke en entydig 'mest foretrukken' tvang. Faktorer som miljø og kommunikation kan påvirke præferencerne. Patientpræferencer for tvangsforanstaltninger er komplekse og subjektive, men i denne rapport er forsøgt opstillet et tentativt hierarki, hvorefter f.eks. bæltefiksering rangerer blandt de mest indgribende tvangsmidler.

Fra et personaleperspektiv viser internationale studier, at sundhedsprofessionelles holdninger til tvangsforanstaltninger varierer. Der er sket et paradigmeskift fra at betragte tvang som terapeutisk til at opfatte det som nødvendigt i nogle særlige situationer for at beskytte både patienter og personale. Undersøgelser af betydningen af sygeplejepersonalets karakteristika er tvetydige, men personalets oplevelse af sikkerhed ser ud til at spille en rolle vedrørende forebyggelse af tvang.

Anbefalinger for fremtidige reduktionsstrategier inkluderer medarbejdertræning i adfærdshåndtering, deeskalering og kommunikation, samt prioritering af psykologisk støtte til både patienter og personale. Litteraturen peger på, at der i fremtidige interventionsinitiativer bør være særligt fokus på at ændre holdninger hos sygeplejersker med henblik på at reducere anvendelsen af tvangsforanstaltninger.

Fra et børne- og ungeperspektiv antyder den sparsomme internationale forskning (to studier fra Finland), at sygeplejersker og læger inden for børne og unge området generelt ser ud til at have højere niveauer af accept for alle de 11 undersøgte tvangsforanstaltninger sammenlignet med deres kolleger inden for voksenpsykiatrien. Derimod giver de unge udtryk for modvilje mod visse tvangsforanstaltninger ('net-seng', 'bæltefiksering', 'fastholdelse' og 'intramuskulær medicin'). Børns og unges perspektiver afviger med andre ord fra personalets.

Fra et pårørende-patientperspektiv påpeger den sparsomme internationale forskning, at patienter er den mest afvisende gruppe over for tvangsforanstaltninger, efterfulgt af pårørende, meden sundhedspersonale er mest

accepterende over for tvang. Alle grupper afviste først og fremmest 'net-seng', mens 'intramuskulær medicin med tvang' havde den største forskel i rangering. Pårørende og patienter vurderede denne foranstaltning som den fjerde mest ufavorable tvangsforanstaltning, mens sundhedspersonale rangerede den som den ottende. Kun 'behandling på en lukket specialafdeling' viste ingen signifikant forskel mellem pårørende og sundhedspersonale.

I forhold til internationale erfaringer med implementering af 'mindre indgribende tvangsformer' kunne der ikke identificeres nogen systematisk internationale litteraturstudier ved søgningen. Tre interessante perspektiver blev dog identificeret: 1) Ændringer i lovgivningen med hensyn til definitionen af eksempelvis 'medicin efter behov' kunne betyde, at det formelt betragtes som mindre indgribende tvang. 2) Der findes studier af lovgivningsmæssige og procedureændringer vedrørende tvang, som viser reduktion af brugen af indgribende foranstaltninger som fx 'bæltefiksering' efter ændring. Ændringer i dansk lovgivning kunne potentielt medføre en nedsættelse i brugen af sådanne tvangsformer. Tydelige retningslinjer er nødvendige for at sikre en reduktion og mere skånsom anvendelse af tvangsforanstaltninger i Danmark. 3) Psykiatrisk personale ønsker mindre indgribende alternativer, men der er uenighed om, hvad der betragtes som mindre indgribende. Tydelige retningslinjer er nødvendige for at sikre en mere skånsom anvendelse af tvangsforanstaltninger i Danmark.

Foreløbige danske resultater peger på, at de tvangsforanstaltninger, der i litteraturen betragtes som mindst indgribende, kun i vis udstrækning bruges først. For eksempel anvendes 'låsnings af døre' og 'tætte observationer' hos kvinder før 'bæltefiksering'. Derimod anvendes tvangsforanstaltninger som 'tætte observationer', 'fysisk fastholdelse' og 'akut beroligende tvangsmedicin', der generelt vurderes som mindre indgribende end 'bæltefiksering', mindre hyppigt som den første tvangsforanstaltning sammenlignet med 'bæltefiksering'. Dette er især tydeligt hos mandlige og yngre patienter. Ligeledes har en ny dansk undersøgelse vist, at ansatte i psykiatrien samstemmende anser 'bæltefiksering' som mest indgribende, hvorimod 'visitering' og 'observation' blev opfattet som de mindst indgribende foranstaltninger. 'Isolation', som ikke er lovlig i almenpsykiatrien i Danmark, blev ikke anset for at være lige så indgribende som 'bæltefiksering'. Foreløbige resultater fra en igangværende ny dansk spørgeskemaundersøgelse blandt tidligere indlagte psykiatriske patienter viser, lige som tidligere internationale studier, 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, hvortil største delen svarer 'ja', hvorimod største delen svarer 'nej' til om isolation bør være en alternativ tvangsform i Danmark. Resultaterne viser også, at kvinder og personer der har personlig erfaring med tvangsforanstaltninger, finder alle tvangsforanstaltninger signifikant mere indgribende.

Samlet set fremhæver rapporten kompleksiteten af vurdering af indgribenheden af tvangsforanstaltninger og understreger behovet for yderligere forskning og klare retningslinjer for at sikre den mest skånsomme anvendelse af tvangsforanstaltninger i Danmark.

Anbefalinger

Følgende anbefalinger skal ses sammenhængende med ovenstående konklusioner og i lyset af den sparsomme evidens på området. Vores anbefalinger er udformet ud fra SSTs ønske om en faglig vurdering og denne følger dels den internationale litteratur, i det omfang, det er muligt f.eks. ift. afsnittet vedr. psykiatriens personale og dels international konsensus hentet fra internationale netværk EViPRG og FOSTREN. Deraf som følger:

1. Indførelse i Danmark af nye tvangsformer kan potentielt føre til samlet øget tvangsanvendelse og dermed potentielt forringe forholdene for patienter, pårørende og personale. Derfor anbefaler vi omhyggelig og nøje overvejelse, førend der besluttes ændringer af Dansk lovgivning om tvang i psykiatrien.
2. Vores anbefaling er at fokusere på generel reduktion af tvang i alle former og øge brugen af alternativer til tvangsforanstaltninger. For at opnå dette anbefaler vi øget investering i personaleuddannelse og fokus på implementering og kvalitetssikring, herunder:
 - A. En opgradering af sygeplejefaglige special- og efteruddannelser, således at disse afspejler eksisterende forskning og viden på området, herunder fokusere på forebyggelse af tvang, alternative interventioner og implementering. Uddannelsen bør struktureres med tydelig didaktik og evaluering af viden, færdigheder og kompetencer på minimum masterniveau. For at sikre et ensartet niveau og for at sikre en høj grad af kvalitet funderet i eksisterende forskning og viden anbefaler vi ekstern akkreditering af kliniske special- og efteruddannelser og at dette foretages af eksperter med det højeste niveau af viden, færdigheder og kompetencer inden for feltet. Samtidigt kan det overvejes, om også andre faggrupper behøver opgradering i forhold til spørgsmålet om anvendelse af tvang, herunder læger, som spiller en vigtig rolle i forbindelse med iværksættelsen af de enkelte tvangsindgreb.
 - B. Vi anbefaler, at samtlige danske institutioner, der anvender tvang, årligt gennemgår et eksternt tilsyn. Formålet med dette er bl.a. at fastholde institutioners på deres ansvar for at nedbringe tvang. Tilsynet bør derfor også fungere som en rådgivende og vejledende funktion i forhold til kvalitetssikring på et højt fagligt niveau. Det er vigtigt for at sikre en overbevisende kvalitet, at tilsynet foretages af eksperter med det højeste niveau af viden, færdigheder og kompetencer inden for feltet.

Referenceliste

1. NICE. Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings National Institute for Health and Care Excellence (NICE)2015 [Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/chapter/1-recommendations>].
2. Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto AM, Lönnqvist J, Kaltiala-Heino R, et al. Who are the restrained and secluded patients: a 15-year nationwide study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(11):1087-93.
3. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;45(9):889-97.
4. Gaskin CJ, Elsom SJ, Happell B. Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: Review of the literature. *Br J Psychiatry*. 2007;191(4):298-303.
5. Beghi M, Peroni F, Gabola P, Rossetti A, Cornaggia CM. Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. *Rivista di psichiatria*. 2013;48(1):10-22.
6. Bak J, Aggernæs H. Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries. *Nordic journal of psychiatry*. 2012;66(5):297-302.
7. Gildberg FA, Fristed P, Makransky G, Moeller EH, Nielsen LD, Bradley SK. As Time Goes By: Reasons and Characteristics of Prolonged Episodes of Mechanical Restraint in Forensic Psychiatry. *J Forensic Nurs*. 2015;11(1):41-50.
8. Birkeland S, Gildberg FA. Mental health nursing, mechanical restraint measures and patients' legal rights. *The open nursing journal*. 2016;10(1):8-14.
9. Mueser KT, Penn DL, Addington J, Brunette MF, Gingerich S, Glynn SM, et al. The NAVIGATE Program for First-Episode Psychosis: Rationale, Overview, and Description of Psychosocial Components. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 2015;66(7):680-90.
10. Elwyn G, Lloyd A, May C, van der Weijden T, Stiggelbout A, Edwards A, et al. Collaborative deliberation: A model for patient care. *Patient Educ Couns*. 2014;97(2):158-64.
11. Steinert T. An International Perspective on the Use of Coercive Measures. In: Völlm B, Nedopil N, editors. *The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care: Legal, Ethical and Practical Challenges*. Cham: Springer International Publishing; 2016. p. 87-100.
12. Hui A, Middleton H, Vollm B. The uses of coercive measures in forensic psychiatry: A literature review. *The use of coercive measures in forensic psychiatric care: Legal, ethical and practical challenges*. 2016:151-84.
13. Reitan SK, Helvik A-S, Iversen V. Use of mechanical and pharmacological restraint over an eight-year period and its relation to clinical factors. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2018;72(1):24-30.
14. Noorthoorn E, Lepping P, Janssen W, Hoogendoorn A, Nijman H, Widdershoven G, et al. One-year incidence and prevalence of seclusion: Dutch findings in an international perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2015;50(12):1857-69.
15. Raboch J, Kalisová L, Nawka A, Kitzlerová E, Onchev G, Karastergiou A, et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatr Serv*. 2010;61(10):1012-7.
16. Bowers L, Alexander J, Simpson A, Ryan C, Carr-Walker P. Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Educ Today*. 2004;24(6):435-42.

17. Wynaden D, Chapman R, McGowan S, Holmes C, Ash P, Boschman A. Through the eye of the beholder: To seclude or not to seclude. *Int J Ment Health Nurs*. 2002;11(4):260-8.
18. Jacobsen TB. Involuntary treatment in Europe: different countries, different practices. *Current opinion in psychiatry*. 2012;25(4):307-10.
19. Laiho T, Hottinen A, Lindberg N, Sailas E. Staff attitudes towards seclusion and restraint in forensic settings. The use of coercive measures in forensic psychiatric care: Legal, ethical and practical challenges. 2016:231-40.
20. Goulet M-H, Larue C, Dumais A. Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review. *Aggression & Violent Behavior*. 2017;34:139-46.
21. McLaughlin P, Giacco D, Priebe S. Use of coercive measures during involuntary psychiatric admission and treatment outcomes: Data from a prospective study across 10 European countries. *PLoS One*. 2016;11(12).
22. The Danish Health Data Authority. Tvang i psykiatrien 2023 [Available from: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/find-tal-og-analyser/tal-og-analyser/psykiatri/tvang-i-psykiatrien>].
23. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Eighth ed. New York: Oxford University Press; 2019.
24. Chieze M, Clavien C, Kaiser S, Hurst S. Coercive Measures in Psychiatry: A Review of Ethical Arguments. *Frontiers in psychiatry*. 2021;12:790886-.
25. Aguilera-Serrano C, Guzman-Parra J, Garcia-Sanchez JA, Moreno-Küstner B, Mayoral-Cleries F. Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review. *Canadian journal of psychiatry*. 2018;63(2):129-44.
26. Cusack P, Cusack FP, McAndrew S, McKeown M, Duxbury J. An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(3):1162-76.
27. Johnson, Hall LH, Berzins K, Baker J, Melling K, Thompson C. Mental healthcare staff well-being and burnout: A narrative review of trends, causes, implications, and recommendations for future interventions. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(1):20-32.
28. Hui A. Least restrictive practices: an evaluation of patient experiences. Univeristy of Nottingham & Nottinghamshire Healthcare NHS; 2017.
29. Kersting XAK, Hirsch S, Steinert T. Physical harm and death in the context of coercive measures in psychiatric patients: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*. 2019;10(6):400.
30. WHO. Policies and practices for mental health in Europe: meeting the challenges 2008 [Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107366>].
31. Johnston JM, Sherman RA. Applying the Least Restrictive Alternative Principle to Treatment Decisions: A Legal and Behavioral Analysis. *The Behavior Analyst*. 1993;16(1):103-15.
32. Duxbury J, Baker J, Downe S, Jones F, Greenwood P, Thygesen H, et al. Minimising the use of physical restraint in acute mental health services: The outcome of a restraint reduction programme ('REsTRAIN YOURSELF'). *Int J Nurs Stud*. 2019;95:40-8.
33. Curtis P, Hillier B, Souster R, Sethi F. Coercive Measures in General Adult and Community Settings. In: Völlm B, Nedopil N, editors. *The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care: Legal, Ethical and Practical Challenges*. Cham: Springer International Publishing; 2016. p. 103-34.
34. Bowers L, van der Werf B, Vokkolainen A, Muir-Cochrane E, Allan T, Alexander J. International variation in containment measures for disturbed psychiatric inpatients: A comparative questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2007;44(3):357-64.
35. Whittington R, Bowers L, Nolan P, Simpson A, Neil L, Whittington R, et al. Approval ratings of inpatient coercive interventions in a national sample of mental health service users and staff in England. *Psychiatr Serv*. 2009;60(6):792-8.

36. Baker J, Berzins K, Canvin K, Benson I, Kellar I, Wright J, et al. Non-pharmacological interventions to reduce restrictive practices in adult mental health inpatient settings: the COMPARE systematic mapping review. 2021;9:5.
37. Völlm B, Nedopil N. Introduction. In: Völlm B, Nedopil N, editors. *The Use of Coercive Measures in Forensic Psychiatric Care: Legal, Ethical and Practical Challenges*. Cham: Springer International Publishing; 2016. p. 1-6.
38. Janssen WA, Noorthoorn EO, Nijman HL, Bowers L, Hoogendoorn AW, Smit A, et al. Differences in seclusion rates between admission wards: does patient compilation explain? *The Psychiatric quarterly*. 2013;84(1):39-52.
39. Waddington L. Legal regulation and policy on the use of restraint and coercive measures in health care institutions in the Netherlands. 2020. p. 141-68.
40. van der Schaaf PS, Dusseldorp E, Keuning FM, Janssen WA, Noorthoorn EO. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2013;202:142-9.
41. Janssen WA, van de Sande R, Noorthoorn EO, Nijman HL, Bowers L, Mulder CL, et al. Methodological issues in monitoring the use of coercive measures. *Int J Law Psychiatry*. 2011;34(6):429-38.
42. 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.
43. Paradis-Gagné E, Pariseau-Legault P, Goulet M-H, Jacob JD, Lessard-Deschênes C. Coercion in psychiatric and mental health nursing: A conceptual analysis. *Int J Ment Health Nurs*. 2021;30(3):590-609.
44. Abderhalden C, Hahn S, Bonner YDB, Galeazzi GM. Users' Perceptions and Views on Violence and Coercion in Mental Health. In: Richter D, Whittington R, editors. *Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management*. New York, NY: Springer New York; 2006. p. 69-92.
45. Noorthoorn E, Lepping P, Janssen W, Hoogendoorn A, Nijman H, Widdershoven G, et al. One-year incidence and prevalence of seclusion: Dutch findings in an international perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015;50(12):1857-69.
46. Sundhedsstyrelsen. Monitorering af tvang i psykiatrien - Opgørelse for perioden 1. januar 2022 - 31. december 2022. KBH. : Sundhedsstyrelsen; 2023.
47. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.
48. Remington R, Toronto CE. *A Step-by-Step Guide to Conducting an Integrative Review*. 1. 2020;1; ed. Cham: Springer International Publishing; 2020.
49. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71.
50. De Brún C, Pearce-Smith N, De Brún C. *Searching Skills Toolkit : Finding the Evidence*. Somerset, UNITED KINGDOM: John Wiley & Sons, Incorporated; 2014.
51. Norris MK, Kennedy CW. The view from within: how patients perceive the seclusion process. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 1992;30(3):7-13.
52. Vishnivetsky S, Shoval G, Leibovich V, Giner L, Mitrany M, Cohen D, et al. Seclusion room vs. physical restraint in an adolescent inpatient setting: patients' attitudes. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*. 2013;50(1):6-10.
53. Hottinen A, Valimaki M, Sailas E, Putkonen H, Joffe G, Noda T, et al. Underaged patients' opinions toward different containment measures: A questionnaire survey in Finnish adolescent psychiatry. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2012;25(4):219-23.
54. Soliday SM. A comparison of patient and staff attitudes toward seclusion. *The Journal of nervous and mental disease*. 1985;173(5):282-91.
55. Meehan T, Vermeer C, Windsor C. Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*. 2000;31(2):370-7.

56. El-Badri S, Mellso G. Patient and staff perspectives on the use of seclusion. *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*. 2008;16(4):248-52.
57. Keski-Valkama A, Koivisto AM, Eronen M, Kaltiala-Heino R. Forensic and general psychiatric patients' view of seclusion: A comparison study. *J Forens Psychiatry Psychol*. 2010;21(3):446-61.
58. Haw C, Stubbs J, Bickle A, Stewart I. Coercive treatments in forensic psychiatry: a study of patients' experiences and preferences. *The journal of forensic psychiatry & psychology*. 2011;22(4):564-85.
59. Larue C, Dumais A, Boyer R, Goulet M-H, Bonin J-P, Baba N. The experience of seclusion and restraint in psychiatric settings: perspectives of patients. *Issues Ment Health Nurs*. 2013;34(5):317-24.
60. Steinert T, Birk M, Flammer E, Bergk J. Subjective distress after seclusion or mechanical restraint: one-year follow-up of a randomized controlled study. *Psychiatr Serv*. 2013;64(10):1012-7.
61. Faschingbauer KM, Peden-McAlpine C, Tempel W. Use of Seclusion: Finding the Voice of the Patient to Influence Practice. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2013;51(7):32-8.
62. Gallop R, McCay E, Guha M, Khan P. The experience of hospitalization and restraint of women who have a history of childhood sexual abuse. *Health Care Women Int*. 1999;20(4):401-16.
63. Jones P, Kroese BS. Service users' views of physical restraint procedures in secure settings for people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*. 2007;35(1):50-4.
64. Lyng MC, Dixen ST, Johansen KS, Düring SW, U.-Parnas A, Nordgaard J. Patients' experiences with physical holding and mechanical restraint in the psychiatric care: an interview study. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2022:1-9.
65. Georgieva I, Mulder CL, Wierdsma A. Patients' preference and experiences of forced medication and seclusion. *Psychiatr Q*. 2012;83(1):1-13.
66. Dack C, Ross J, Bowers L. The relationship between attitudes towards different containment measures and their usage in a national sample of psychiatric inpatients. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012;19(7):577-86.
67. Krieger E, Moritz S, Weil R, Nagel M. Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. *Psychiatry research*. 2018;260:478-85.
68. Sheline Y, Nelson T. Patient choice: deciding between psychotropic medication and physical restraints in an emergency. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 1993;21(3):321-9.
69. Naber D, Kircher T, Hessel K. Schizophrenic patients' retrospective attitudes regarding involuntary psychopharmacological treatment and restraint. *Eur Psychiatry*. 1996;11(1):7-11.
70. Georgieva I, Mulder CL, Whittington R. Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions. *BMC Psychiatry*. 2012;12:54.
71. Guzmán-Parra J, Aguilera-Serrano C, García-Sánchez JA, García-Spínola E, Torres-Campos D, Villagrán JM, et al. Experience coercion, post-traumatic stress, and satisfaction with treatment associated with different coercive measures during psychiatric hospitalization. *Int J Ment Health Nurs*. 2019;28(2):448-56.
72. Hui A. The use of coercive measures in a high secure hospital: expressions of institutional and emotional work 2015.
73. Veltkamp E, Nijman H, Stolker JJ, Frigge K, Dries P, Bowers L. Patients' Preferences for Seclusion or Forced Medication in Acute Psychiatric Emergency in the Netherlands. *Psychiatric services (Washington, DC)*. 2008;59(2):209-11.
74. Reisch T, Beer S, Klein G, Meier P, Pfeifer P, Buehler E, et al. Comparing Attitudes to Containment Measures of Patients, Health Care Professionals and Next of Kin. *Frontiers in Psychiatry*. 2018;9:529.
75. Mielau J, Altunbay J, Gallinat J, Heinz A, Bermpohl F, Lehmann A, et al. Subjective experience of coercion in psychiatric care: a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive methods and their justification. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2016;266(4):337-47.

76. Riahi S, Thomson G, Duxbury J. An integrative review exploring decision-making factors influencing mental health nurses in the use of restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2016;23(2):116-28.
77. Pedersen ML, Gildberg FA, Laulund R, Jørgensen K, Tingleff EB. Nurses' clinical decision-making in the use of rapid tranquillization in adult mental health inpatient settings: An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2023;32(5):1274-88.
78. Pedersen ML, Gildberg F, Baker J, Damsgaard JB, Tingleff EB. Ethnic disparities in the use of restrictive practices in adult mental health inpatient settings: a scoping review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2023;58(4):505-22.
79. Laukkanen E, Vehviläinen-Julkunen K, Louheranta O, Kuosmanen L. Psychiatric nursing staffs' attitudes towards the use of containment methods in psychiatric inpatient care: An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2019;28(2):390-406.
80. Doedens P, Vermeulen J, Boyette LL, Latour C, de Haan L. Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services-A systematic review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2020;27(4):446-59.
81. Butterworth H, Wood L, Rowe S. Patients' and staff members' experiences of restrictive practices in acute mental health in-patient settings: systematic review and thematic synthesis. *BJPsych Open*. 2022;8(6):e178.
82. Henriksen A-K, Øye C. The ambiguities of coercion: Mapping adolescents' experiences of coercion in institutional everyday life. *Children & Society*. 2023;37(5):1376-91.
83. Hottinen A, Välimäki M, Sailas E, Putkonen H, Joffe G, Noda T, et al. Attitudes towards different containment measures: a questionnaire survey in Finnish adolescent psychiatry. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012;19(6):521-7.
84. Hottinen A, Välimäki M, Sailas E, Putkonen H, Joffe G, Noda T, et al. Underaged Patients' Opinions Toward Different Containment Measures: A Questionnaire Survey in Finnish Adolescent Psychiatry. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2012;25(4):219-23.
85. Bowers L, Alexander J, Simpson A, Ryan C, Carr-Walker P. Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. *Nurse Educ Today*. 2004;24(6):435-42.
86. Hottinen A, Välimäki M, Sailas E, Putkonen H, Joffe G, Noda T, et al. Underaged patients' opinions toward different containment measures: a questionnaire survey in Finnish adolescent psychiatry. *J Child Adolesc Psychiatric Nurs*. 2012;25.
87. Ministry of the Interior and Health of Denmark. [Declaration of the act on the use of coercion in mental health and related matters]. Viborg: Retsinformation; 2022 [Available from: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/185>].
88. National Institute for Health and Care Excellence. *Violence and Aggression: Short Term Management in Mental Health, Health and Community Settings*. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2015.
89. Pelto-Piri V, Kjellin L, Hylén U, Valenti E, Priebe S. Different forms of informal coercion in psychiatry: a qualitative study. *BMC Res Notes*. 2019;12(1):787.
90. Pedersen ML, Gildberg FA, Laulund R, Jørgensen K, Tingleff EB. Nurses' clinical decision-making in the use of rapid tranquillization in adult mental health inpatient settings: An integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2023;n/a(n/a).
91. Pedersen ML, Gildberg FA, Baker J, Tingleff EB. A systematic review of interventions to reduce mechanical restraint in adult mental health inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2023;00:1-18.
92. Flammer E, Steinert T. Association Between Restriction of Involuntary Medication and Frequency of Coercive Measures and Violent Incidents. *Psychiatr Serv*. 2016;67(12):1315-20.

93. Lau S, Brackmann N, Mokros A, Habermeyer E. Aims to Reduce Coercive Measures in Forensic Inpatient Treatment: A 9-Year Observational Study. *Front Psychiatry*. 2020;11:465.
94. Smith GM, Altenor A, Altenor RJ, Davis RH, Steinmetz W, Adair DK, et al. Effects of Ending the Use of Seclusion and Mechanical Restraint in the Pennsylvania State Hospital System, 2011-2020. *Psychiatr Serv*. 2023;74(2):173-81.
95. The Council of Europe's Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. 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) from 3 to 12 April 2019. Strasbourg: The Council of Europe; 2020.
96. Linkhorst T, Birkeland SF, Gildberg FA, Mainz J, Torp-Pedersen C, Boggild H. Use of the least intrusive coercion at Danish psychiatric wards: A register-based cohort study of 131,632 first and subsequent coercive episodes within 35,812 admissions. *Int J Law Psychiatry*. 2022;85:101838.
97. Birkeland S, Gildberg FA, Tingleff EB, Pedersen ML, Lindekilde C, Morsø L, et al. Perceptions Among Mental Health Professionals Regarding the Intrusiveness of Coercive Measures: A Danish Regional Survey. *Journal of Forensic Nursing*. 2024:10.1097/JFN.0000000000000524.
98. Van Der Merwe M, Muir-Cochrane E, Jones J, Tziggili M, Bowers L. Improving seclusion practice: implications of a review of staff and patient views. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2013;20(3):203-15.

Graduering af tvang i psykiatrien

Undersøgelse og kortlægning af gradueringspraksis blandt patienter, pårørende, børn og unge samt personale i psykiatrien ift. brug af tvang

Gildberg, FA., Pedersen, ML, Lindekilde, C., Baker, J., Birkeland, S
Retspsykiatrisk Forskningsenhed Middelfart (RFM), Institut for Regional
Sundhedsforskning, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk
Universitet

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

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-638-8

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Januar 2025