Social- og Boligstyrelsen

# Det tværsektorielle forløb forud for en indlæggelse med tvang

Analyse

oktober 2026

Viden til gavn

Publikationen er udgivet af
Social- og Boligstyrelsen
Lerchesgade 35, 5
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00
E-mail: info@sbst.dk
www.sbst.dk

Udgivet oktober 2026

Download eller se rapporten på
www.sbst.dk.

Der kan frit citeres fra rapporten med angivelse af kilde.

Digitalt ISBN: 97887-85475-22-0

# Indholdsfortegnelse

**1. Sammenfatning ..... 4**

Opsummering af fund ..... 4

**2. Indledning ..... 7**

**3. Overblik over tvangsindlæggelser, målgruppe og aktører i det tværsektorielle samarbejde ..... 8**

Hvor mange og hvem tvangsindlægges? ..... 8

Samarbejdsaktører omkring borgerne ..... 19

**4. Udfordringer i det tværsektorielle samarbejde ..... 24**

Faglige tilgange og opgaveforståelser ..... 25

Informationsdeling og indhentning af samtykke ..... 36

Magtbeføjelser og forventninger til brug af magt ..... 44

Udskrivninger og genindlæggelser ..... 49

Overgang fra barn til voksen ..... 54

**5. Konkrete greb og organisatoriske løsninger i forebyggelse af tvangsindlæggelser ..... 57**

Konkrete greb og indsatser ..... 57

Organisatoriske rammer og løsninger ..... 63

**Litteraturliste ..... 69**

**Bilag 1: Metodebilag ..... 70**

**Bilag 2: Figurer ..... 73**

# 1. Sammenfatning

## Opsummering af fund

### Hvor mange og hvem tvangsindlægges?

Antallet af borgere, der tvangsindlægges, har været relativt stabilt i perioden 2020-2024 i et niveau lige omkring 2.500 personer om året. *I samme periode ses dog en markant stigning i andelen af borgere, der genindlægges med tvang inden for et år efter afslutning på deres indlæggelse.* Der er således tale om en markant stigning i antallet af borgere, som genindlægges med tvang kort tid efter udskrivelse fra psykiatrien.

Størstedelen af de borgere, som tvangsindlæggelses, er voksne over 18 år, og det er relativt få børn og unge under 18 år, der tvangsindlægges. *Flest borgere er mellem 18 og 29 år, når de indlægges med tvang første gang.* Da der indlægges et begrænset antal børn og unge med tvang om året, har mange faglige aktører omkring borgerne i forløbet op mod indlæggelse med tvang også begrænsede erfaringer med målgruppen og med tvangsindlæggelser for denne målgruppe. Dette betyder, at rapportens konklusioner omkring børn og unge skal tolkes i lyset af disse mere begrænsede erfaringer. Når det er sagt, er det dog i høj grad det samme udfordringsbillede som for voksne, rapporten tegner for børnene og de unge.

Når der ses på kønsfordelingen mellem børn, unge og voksne, som tvangsindlægges, ses der væsentlige forskelle. Blandt børn og unge omfatter størstedelen af tvangsindlæggelserne unge kvinder. Mens der for voksne er en nogenlunde ligelig kønsfordeling. Ligeledes ses der væsentlige forskelle på, hvilke diagnosegrupper der er de hyppigst forekommende hos børn og unge, hvor der hyppigst er tale om nervøse tilstande, følelsesmæssige forstyrrelser og udviklingsforstyrrelser, og hos voksne, hvor der hyppigst er tale om skizofreni, misbrug og nervøse tilstande.[1]

*Blandt både børn, unge og voksne finder størstedelen af tvangsindlæggelser sted på røde papirer (fareindikation) frem for gule papirer (behandlingsindikation).* Andelen af børn og unge, der tvangsindlægges på røde papirer, er dog væsentligt højere end andelen af voksne, der tvangsindlægges på røde papirer.

*Det er en væsentlig andel, 31 pct. af voksne og 38 pct. af børn og unge indlagt med tvang, som oplever at være indlagt med tvang gentagne gange.*

### Samarbejdsaktører omkring borgerne

Børn, unge og voksne, der indlægges med tvang, modtager i langt højere grad ydelser fra både social- og sundhedsområdet, og der er også i højere grad i kontakt med retsområdet (politi, retsvæsen og kriminalforsorgen), end andre dele af befolkningen. Omvendt er de i mindre grad i kontakt med uddannelsessystemet, og de deltager også i mindre grad aktivt på arbejdsmarkedet. Dette billede er særligt tydeligt for børn, unge og voksne, der genindlægges med tvang.

En væsentlig andel af målgruppen har således mange og hyppige kontakter med det offentlige. Det gælder både kontakter inden tvangsindlæggelsen, hvor der særligt er kontaktpunkter til ambulant psykiatrisk behandling, botilbud, botilbudsteams[2], børne- og ungehjem samt PSP

[1] En detaljeret beskrivelse af diagnosegrupperne findes i bilag 1: metodebilag.
[2] Udgående botilbudsteams er et behandlingstilbud målrettet personer på 18 år og derover, som bor på socialpsykiatriske botilbud eller botilbudslignende tilbud og har svære psykiske lidelser, komplekse udfordringer samt behov for samtidig psykiatrisk behandling, socialpsykiatriske indsatser og koordination på tværs af sektorer. (Sundhedsstyrelsen, 2024)

(samarbejde mellem politi, sociale myndigheder og psykiatri). Disse dele af det offentlige system vil således også være centrale i et forebyggelsesperspektiv. Dette gælder ligeledes i situationen omkring tvangsindlæggelsen, hvor en væsentlig andel af målgruppen har kontakt til praktiserende læger, betjente i beredskabet og psykiatrisk akutmodtagelse. Mens det særligt er psykiatrisk sengeafsnit, som har kontakt med borgeren under indlæggelsen og derved har en rolle i forhold til at forebygge en eventuel genindlæggelse.

### Forskellige opgaveforståelser og faglige tilgange

På tværs af de forskellige aktører er synet på tvangsindlæggelser, at *der altid vil være et behov for disse, selvom det er voldsomt indgribende for borgeren at blive indlagt uden samtykke.* Flere fremhæver, at det er vigtigt at nedbringe antallet af tvangsindlæggelser og gøre de indlæggelser, som er nødvendige *så skånsomme og forsvarlige* som muligt og ud fra etiske overvejelser. Der er enighed om, at dette kan gøres via et forbedret tværsektorielt samarbejde.

*Der er imidlertid forskellige syn og perspektiver på, hvornår det er relevant og nødvendigt at tvangsindlægge.* I ét perspektiv efterlyses muligheden for at kunne få tidligere hjælp i psykiatrien, herunder at kunne tvangsindlægge borgere tidligere, end hvad tilfældet er i dag. Et modsat perspektiv er, at tvang ikke er en behandling, som kan understøtte borgerens langsigtede bedring, men at det kan være en måde at få behandling på i en periode for at stabilisere borgerens tilstand. I dette perspektiv skal tvangsindlæggelsen være så kort som muligt og må ikke foretages ”for tidligt”, som en forebyggende foranstaltning, fordi det er indgribende i borgerens liv.

*En central udfordring i det tværsektorielle samarbejde er, at aktørerne oplever at have forskellige faglige tilgange samt konfliktende forståelser af hinandens opgaver.* Det giver usikkerhed om, hvor borgeren bedst får hjælp, eksempelvis når medarbejdere fra psykiatri og botilbud har forskellige opfattelser af, om borgerens udfordringer skal afhjælpes psykiatrisk eller pædagogisk.

Derfor oplever aktørerne, at de hver især arbejder ud fra forskellige faglige praksisser med forskellige mål for borgerne. For at kunne skabe et sammenhængende behandlingsforløb til gavn for borgeren, efterspørger de faglige aktører en bedre dialog, som skal øge forståelsen for hinandens faglige tilgange og sikre, at der arbejdes mod samme mål for borgeren.

### Barrierer i informationsdeling og indhentning af samtykke

Det er en væsentlig forudsætning for et bedre tværsektorielt samarbejde og dermed for mere effektiv forebyggelse, at de faglige aktører omkring borgerne har adgang til at dele relevante informationer. De faglige aktører oplever, at det kan være vanskeligt at indhente samtykke til informationsdeling fra borgerne i indlæggelsessituationen grundet borgernes tilstand og formen på det samtykkeskema, de skal anvende.

*Aktørerne oplever på forskellig vis, at der i samarbejdet er forskellige opfattelser af og regler for, hvilken information der reelt må deles mellem aktører.* Det er et ”benspænd” i forhold til at kunne dele den information, der sikrer borgeren det bedste forløb før, under og efter en tvangsindlæggelse. Tvivl og uklarhed om beføjelserne for informationsdeling kan særligt være en udfordring i forhold til at dele information, når borgere bevæger sig mellem sektorer. I overgange mellem sektorer er der særlige tidspunkter, hvor aktørerne oplever, at de mangler information, som er væsentlige for at arbejde forebyggende. Aktørerne peger på, at der arbejdes i forskellige IT-systemer, hvilket begrænser blandt andet betjente i beredskabets adgang til information om borgere i situationen omkring en tvangsindlæggelse. De oplever også, at GDPR-regler begrænser muligheden for at udveksle oplysninger fra psykiatrien til botilbud samt børne- og ungehjem i det ønskede omfang, fx i forbindelse med udskrivning.

### Forskelle i magtbeføjelser og forventninger til brug af magt

*Flere aktører oplever, at deres samarbejdspartnere ikke kender til deres lovgivningsmæssige rammer og beføjelser til at anvende tvang, og det kan skabe udfordringer i samarbejdet.* Børne- og ungehjem og botilbud oplever at blive mødt med en forventning fra øvrige aktører om, at de bør anvende mere magt, end de reelt kan og vil ud fra faglige hensyn. Det gælder særligt i samarbejdet med betjente i beredskabet og psykiatrien, hvilket kan udfordre samarbejdet. Desuden ønsker flere aktører – både personale på botilbud og i politiet – at kunne tvangsindlægge eller opretholde en tvangsindlæggelse i nogle situationer, hvor der ifølge medarbejdere i psykiatrien ikke er beføjelser til det i psykiatrilovgivningen.

### Kritisk udskrivningssituation og risiko for genindlæggelser

Når en borger udskrives, er det et kritisk tidspunkt i forhold til at sikre, at de får den rette hjælp og derigennem forebygger en eventuel genindlæggelse. *De fagprofessionelle aktører peger på, at der kan være nogle rammer og arbejdsgange i udskrivningssituationen, som vanskeliggør en tryg og problemfri udskrivning.* Udfordringer i udskrivningssituationen kommer blandt andet til udtryk, når psykiatrien oplever at mangle relevante tilbud at udskrive til.

Både fagpersoner på botilbud og i psykiatrien oplever udfordringer, når botilbud skal modtage en borger fra indlæggelse, hvor arbejdsgangene omkring udskrivningen gør det vanskeligt at sikre, at det rette personale og de rette ressourcer og kompetencer er til stede i modtagelsessituationen.

Andelen af borgere, der genindlægges med tvang inden for 30 dage, er høj blandt både voksne, børn og unge, men børn og unge bliver i højere grad genindlagt end voksne. *De borgere, som genindlægges, er generelt indlagt i kortere tid end andre borgere i den tvangsindlæggelse, som går forud for genindlæggelse.* Samlet set understøtter data de fagprofessionelle aktørers bekymringer for, at det kan øge risikoen for en genindlæggelse, når borgere udskrives hurtigt i forhold til borgerens tilstand eller muligheden for at etablere den rette støtte og indsats uden for indlæggelsen.

*Borgere på botilbud og anbragte på børne- og ungehjem har generelt kortere indlæggelser med tvang end andre borgere. Samtidig genindlægges de med tvang i større omfang end øvrige voksne, børn og unge inden for 30 dage efter udskrivning.* Samlet set kan det indikere, at borgere på botilbud samt børne- og ungehjem udskrives for hurtigt i forhold til andre patienter, der indlægges med tvang i psykiatrien. Data tyder på, at det kan give en øget risiko for, at de genindlægges med tvang.

### Sårbar overgang fra barn til voksen

Aktørerne oplever, at overgangen omkring det 18. år er et særligt sårbart tidspunkt for de unge. Her kan de skift, unge oplever, når de går fra børne og ungeområdet til voksenområdet i kommunalt- og psykiatrisk regi, udløse tvangsindlæggelser. Her viser opgørelser for de borgere, som har gentagne indlæggelser med tvang, at *det særligt er unge på 17, 18 og 19 år, som genindlægges med tvang.*

### Konkrete greb og indsatser

Nogle tvangsindlæggelser kan ifølge flere aktører forebygges med konkrete greb og indsatser, som koordineres i et tværsektorielt samarbejde.

Fleksible, frivillige indlæggelser – såsom *brugerstyrede indlæggelser og elektive indlæggelser, hvor indlæggelsen er planlagt i forvejen* – kan planlægges i et koordineret tværsektorielt samarbejde mellem aktører og forebygge tvangsindlæggelser.

Blandt aktørerne peges der på gode erfaringer med *databaserede tværsektorielle møder* om udvalgte borgerforløb. På sådanne møder om udvalgte borgerforløb får aktørerne viden om mønstre, tendenser og årsager til konkrete borgeres tvangsindlæggelser samt et øget kendskab til hinanden. Begge dele opleves at gavne det tværsektorielle samarbejde og som anvendelig ind i forebyggelsen af tvangsindlæggelser.

Endelig peges der på, at *forskellige former for undervisning og faglig opkvalificering øger aktørernes viden* om psykisk sårbare borgere og tvangsindlæggelser. Løbende faglig sparring og vejledning styrker forståelsen for samarbejdspartneres faglige tilgange og rammer.

**Organisatoriske rammer og løsninger**

Nogle aktører fra psykiatrien peger på, at *det kan være nemmere at etablere et vedvarende samarbejde på tværs af psykiatri og børne- og ungehjem, der har gentagne erfaringer med unge i målgruppen og et bredt kendskab til relevante diagnoser, hvilket ofte er de regionale tilbud.* De ser også fordele i, at når man arbejder inden for samme politiske og administrative struktur, fremmer det, at parterne arbejder mod samme mål og med den samme faglige tilgang.

*PSP-samarbejdet har ifølge flere aktører et potentiale i forhold til at forebygge tvangsindlæggelser for borgere, hvor der er behov for tværsektoriel koordinering.* Samarbejdet gør det muligt at opspore borgere, vidensdele mellem sektorer og igangsætte forebyggende indsatser. Samarbejdet kan ifølge aktørerne forbedres ved at se på eller udvide repræsentationen fra øvrige aktører på møderne. Der er også et potentiale i at blive bedre til, at væsentlig information fra PSP-samarbejdet kan nå ud til de medarbejdere, som ikke sidder med til PSP-møderne, men som møder borgerne og har mulighed for at forebygge tvangsindlæggelser.

# 2. Indledning

Social- og Boligstyrelsen har gennemført en analyse af forløb forud for indlæggelse med tvang i psykiatrien. Analysen er en del af et initiativ under aftalen om *En bedre psykiatri* (Regeringen og partierne, 2023). Målsætninger for nedbringelse af tvang og en styrket indsats for kvalitet og forebyggelse af tvang i psykiatrien er samtidig blandt anbefalingerne i det faglige oplæg til en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed.

## Afsæt for analysen

**Baggrund**

Med initiativet skal der gennemføres en undersøgelse, som skal øge viden og undersøge data ift. at belyse det tværsektorielle samarbejde og eventuelle generelle forhold i forløb, der fører til indlæggelser med tvang i psykiatrien. Dette er med henblik på at identificere og efterfølgende muliggøre en mere målrettet forebyggelse af indlæggelser med tvang.

I arbejdet med at forebygge og nedbringe tvang har der hidtil primært været fokus på tvang anvendt under indlæggelse. Patienter, der bliver indlagt med tvang, er imidlertid i øget risiko for at blive udsat for tvang under indlæggelse sammenlignet med frivillige indlæggelser. Af hensyn til at sikre et mere kvalificeret arbejde med at forebygge denne tvangsform, er der ifølge aftalen behov for at identificere og indsamle data om forløbet, der leder op til en tvangsindlæggelse (Initiativbeskrivelse Nedbringelse af tvang, 2023).

Undersøgelsen er gennemført i et samarbejde mellem Social- og Boligstyrelsen og Kommunernes Landsforening (KL) via Komponent. Der er gennemført to delanalyser:

Delanalyse 1: *Borgernes oplevelser af forløb med tvang i psykiatrien* (Komponent, 2026)

Delanalyse 2: *Det tværsektorielle forløb forud for en indlæggelse med tvang* (Social- og Boligstyrelsen, 2026)

Nærværende rapport præsenterer resultaterne af delanalyse 2.

**Analysen**

Med afsæt i initiativbeskrivelsen har delanalyse 2 til formål at belyse det tværsektorielle samarbejde og eventuelle generelle forhold i forløb forud for en tvangsindlæggelse i psykiatrien for børn, unge og voksne. Analysen har derfor et særligt fokus på at belyse forløb og forbyggende tiltag og indsatser, hvor aktørerne oplever, at der er et tværsektorielt forebyggelsespotentiale.

I analysen er der gennemført en målgruppeanalyse på baggrund af landspatientregisteret af borgere i alderen 0-69 år, som er indlagt mindst én gang med tvang i perioden 2020-2024. Der er indhentet registerdata fra Danmarks Statistik for at undersøge borgernes karakteristika, deres forløb samt deres kontakter til forskellige velfærdsområder op til indlæggelse med tvang. Dertil er der gennemført 28 interviews med aktører på tværs af sektorer for at belyse forebyggelsespotentialet i det tværsektorielle samarbejde. Aktørerne er medarbejdere og ledere fra børne- og ungehjem, botilbud, botilbudsteams, psykiatrien herunder sengeafsnit og psykiatrisk akutmodtagelse, politiets repræsentanter i PSP og betjente i beredskabet samt en almen praktiserende læge.[3]

# 3. Overblik over tvangsindlæggelser, målgruppe og aktører i det tværsektorielle samarbejde

I dette kapitel beskriver vi kort psykiatrilovens regulering af tvangsindlæggelse, herunder de indikationer psykiatriloven angiver for tvangsindlæggelse. Derudover giver vi et overblik over antallet af tvangsindlæggelser og genindlæggelser med tvang samt et overblik over, hvad der kendetegner tvangsindlagte borgere og aktører i det tværsektorielle samarbejde. Kapitlet beskriver:

- Hvornår borgere kan blive indlagt med tvang i psykiatrien, jf. psykiatriloven
- Overblik over, hvor mange og hvem der tvangsindlægges
- Samarbejdsaktører omkring borgerne

Konkrete udfordringer i det tværsektorielle samarbejde i forløbet op til en tvangsindlæggelse, beskriver vi i kapitel 4.

## Hvornår kan borgere blive indlagt med tvang?[4]

Tvang kan i henhold til psykiatriloven udelukkende finde sted i forbindelse med indlæggelse og behandling på psykiatrisk eller børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling på offentlige sygehuse.

[3] Se bilag 1: metodebilag

[4] Beskrivelsen af de lovgivningsmæssige rammer er hentet fra Sundhedsstyrelsen og psykiatriloven.

Frihedsberøvelse og anvendelse af anden tvang i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på en psykiatrisk afdeling, må kun finde sted efter reglerne i psykiatriloven (Sundhedsstyrelsen, 2025).

Tvang kan i nogle situationer være en nødvendig foranstaltning, og må kun finde sted, såfremt borgeren er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der må ligestilles hermed, og det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling. Det kan ske på:

1) Behandlingsindikation (gule papirer), hvor udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet eller
2) Fareindikation (røde papirer), hvor den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre. (psykiatriloven §5 2024) (Sundhedsstyrelsen, 2025)

Udøvelse af tvang skal altid finde sted under videst muligt hensyn til borgerens integritet og værdighed. Psykiatrilovens såkaldte mindste middels princip indebærer, at personalet på en psykiatrisk afdeling ikke må bruge tvang, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå borgerens frivillige medvirken. Derudover skal brugen af tvang stå i rimeligt forhold til det, som man forsøger at opnå – hvis mindre indgribende foranstaltninger er tilstrækkelige, skal man bruge dem (Sundhedsstyrelsen, 2025).

Psykiatriloven giver hjemmel til, at indlæggelse og behandling kan indledes eller fortsættes uden borgerens informerede samtykke. Tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse må dog kun finde sted, såfremt borgeren er sindssyg (psykotisk) eller befinder sig i en tilsvarende tilstand, og det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende af hensyn til borgerens helbred eller for at afværge nærliggende fare for borgeren selv eller andre (Sundhedsstyrelsen, 2025).

# Hvor mange og hvem tvangsindlægges?

**Boks 1: Analysens hovedpointer**

- Antallet af borgere, der tvangsindlægges, har været relativt stabil i perioden 2020-2023 i niveauet lige omkring 2.500 personer. I samme periode ses dog en markant stigning i andelen af borgere, der genindlægges med tvang indenfor et år efter afslutning på deres indlæggelse.
- Størstedelen af de borgere, som tvangsindlægges, er voksne over 18 år, og det er relativt få børn og unge under 18 år tvangsindlægges. Flest borgere er mellem 18 og 29 år, når de indlægges med tvang første gang.
- Når der ses på kønsfordelingen mellem børn, unge og voksne, som tvangsindlægges, ses der væsentlige forskelle. Blandt børn og unge omfatter størstedelen af tvangsindlæggelserne unge kvinder. Mens der for voksne er en nogenlunde ligelig kønsfordeling. Ligeledes ses der væsentlige forskelle på, hvilke diagnosegrupper der er de hyppigst forekommende hos børn og unge, hvor der hyppigst er tale om nervøse tilstande, følelsesmæssige forstyrrelser og udviklingsforstyrrelser, og voksne, hvor der hyppigst er tale om skizofreni, misbrug og nervøse tilstande.
- Blandt både børn og unge samt voksne er størstedelen af tvangsindlæggelser på røde papirer frem for gule papirer. Andelen af børn og unge, der tvangsindlægges på røde papirer, er dog væsentligt højere end andelen af voksne, der tvangsindlægges på røde papirer. Det kan hænge sammen med de hyppigst forekommende diagnosegrupper blandt de to målgrupper.
- En væsentlig andel af både voksne, børn og unge, som indlægges med tvang, oplever at være indlagt med tvang gentagne gange. Dog indlægges børn og unge i endnu højere grad gentagne gange med tvang end voksne.

### Antal tvangsindlæggelser og genindlæggelser i perioden 2020-2024

**Boks 2: Hovedpointer**

Antallet af borgere, der tvangsindlægges, har været relativt stabilt i perioden 2020-2023 i niveauet lige omkring 2.500 personer. I samme periode ses dog en markant stigning i andelen af borgere, der genindlægges med tvang indenfor et år efter afslutning på deres indlæggelse.

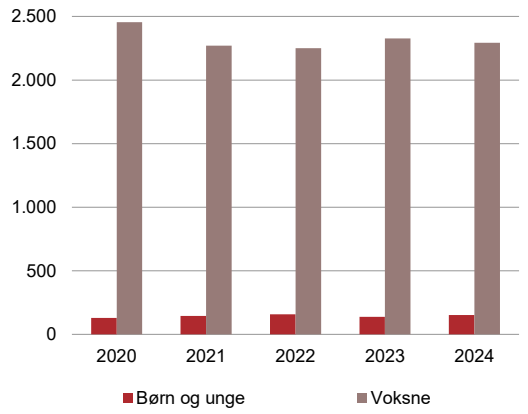
I perioden 2020 til 2024 *blev mere end 9.000 personer indlagt mindst én gang med tvang.* Antal årlige tvangsindlæggelser har været relativt stabilt gennem perioden varierende mellem 2.251 og 2.455 voksne årligt og 129 og 158 børn årligt, jf. figur 1.

Langt størstedelen af de borgere, som tvangsindlægges, er således voksne over 18 år.

*Der er en markant stigning i andelen af borgere, der genindlægges med tvang inden for et år i perioden 2020 til 2023.* Blandt de børn og unge, der blev indlagt med tvang i 2020, blev 24 pct. af dem genindlagt med tvang inden for et år. I 2023 var andelen steget til 41 pct. Blandt de voksne, der blev indlagt med tvang i 2020, blev 21 pct. genindlagt med tvang inden for et år. I 2023 var andelen steget til 30 pct, jf. figur 2.

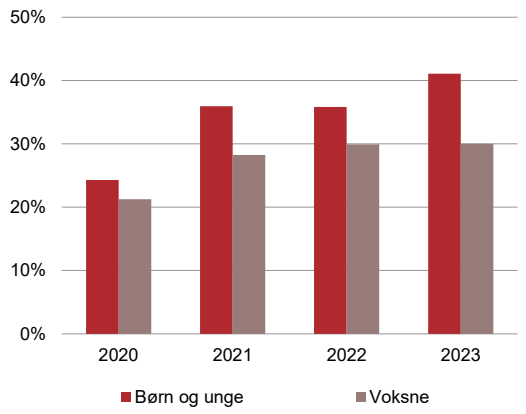
**Figur 1**

**Antal personer, der tvangsindlægges, opdelt på børn og unge og voksne, 2020-2024**




**Figur 2**

**Andel personer der genindlægges med tvang inden for et år, opdelt på børn og unge og voksne, 2020-2023**




**Anm.:** Alder er opgjort ved dato for indlæggelse med tvang. Børn og unge er defineret som personer under 18 år.
**Kilde:** Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata

Dette understreger vigtigheden af at se på potentialet for at forebygge tvangsindlæggelser og særligt genindlæggelser med tvang, når markant flere borgere genindlægges med tvang inden for et år.

### Aldersfordelingen for hvem der tvangsindlægges

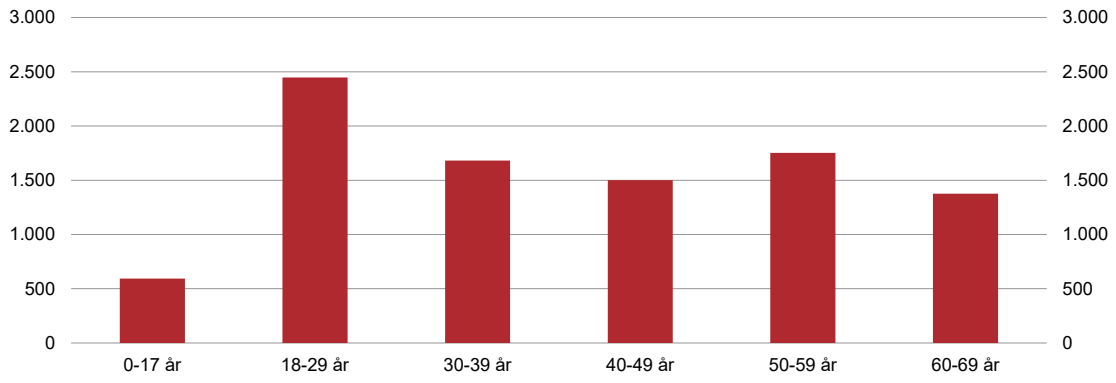
**Boks 3: Hovedpointer**

Flest borgere er mellem 18 og 29 år, når de indlægges med tvang første gang.

Når vi ser på, hvem der tvangsindlægges i perioden 2020 til 2024*, er flest borgere mellem 18 og 29 år, første gang de indlægges med tvang*, jf. figur 3.

**Figur 3**

**Antal personer, der tvangsindlægges, opdelt på alder, 2020-2024**




**Anm.:** Alder er opgjort ved dato for første indlæggelse med tvang i perioden 2020-2024.
**Kilde:** Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata

Relativt få børn og unge under 18 år tvangsindlægges. Det gælder alene 594 børn og unge i perioden 2020-2024. Blandt 0-17-årige børn og unge, der indlægges med tvang, er de fleste 15, 16 og 17 år, første gang de indlægges med tvang (se figur 17 i bilag 2). Det er derfor i højere grad unge teenagere end børn, som tvangsindlægges.

For personer under 15 år er det som udgangspunkt indehaveren af forældremyndigheden, der kan give informeret samtykke til indlæggelse og behandling (Styrelsen for Patientsikkerhed, u.å.). Uanset det informerede samtykke foreligger der tvang, hvis personen er under 15 år og ikke selv har givet informeret samtykke til behandling og indlæggelse (sundhed.dk, 2025). Den unge kan derfor selv have en oplevelse af, at det er en tvangsindlæggelse, fordi samtykket er givet af forældrene. Det kan forklare de få tvangsindlæggelser for børn under 15 år, men der er en sandsynlighed for, at antallet af unge under 15 år, som selv oplever en indlæggelse som et tvangsindgreb, er højere.[5]

### Kønsfordeling og diagnosegrupper blandt tvangsindlagte voksne, børn og unge

**Boks 4: Hovedpointer**

Når der ses på kønsfordelingen mellem børn, unge og voksne, som tvangsindlægges, ses der væsentlige forskelle. Blandt børn og unge omfatter størstedelen af tvangsindlæggelserne unge kvinder. Mens der for voksne er en nogenlunde ligelig kønsfordeling. Ligeledes ses der væsentlige forskelle på, hvilke diagnosegrupper der er de hyppigst forekommende hos børn og unge, hvor der hyppigst er tale om nervøse tilstande, følelsesmæssige forstyrrelser og udviklingsforstyrrelser, og voksne, hvor der hyppigst er tale om skizofreni, misbrug og nervøse tilstande.

[5] Læs nærmere om aldersafgrænsningen i bilag 1: metodebilag.

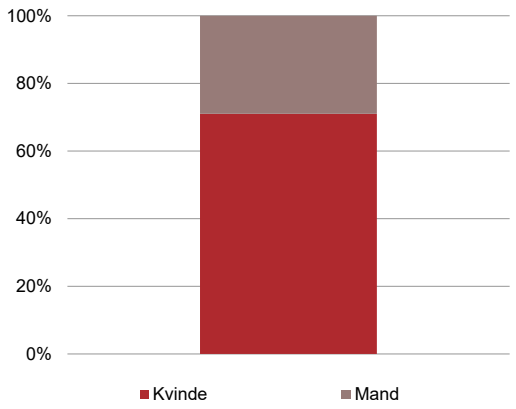
*Karakteristik for børn og unge*

Blandt børn og unge er det *i høj grad unge kvinder, der indlægges med tvang*. 71 pct. af de børn og unge, der indlægges med tvang i perioden fra 2020 til 2024, er unge kvinder, mens 29 pct. er unge mænd, jf. figur 4.

For børn og unge, der indlægges med tvang, er de *hyppigst forekommende diagnosegrupper nervøse tilstande, følelsesmæssige forstyrrelser samt udviklingsforstyrrelser*.[6] 60 pct. af de børn og unge, der påbegyndte en tvangsindlæggelse i perioden, var indlagt under diagnosegruppen *nervøse tilstande*, som blandt andet dækker over forskellige former for angst, jf. figur 5.

**Figur 4**

**Andel børn og unge, der tvangsindlægges, opdelt på køn, 2020-2024**




**Figur 5**

**Andel børn og unge, der tvangsindlægges, opdelt på diagnoser, 2020-2024**

**Anm.:** Andelen opdelt på diagnoser er opgjort ud fra samlet antal indlæggelser i perioden. Psykiatriske diagnoser er afgrænset ved diagnoser, der er registeret under tvangsindlæggelsen. Den samme person kan optræde med flere diagnoser ved samme tvangsindlæggelse og kan være indlagt mere end én gang i perioden. En detaljeret beskrivelse af diagnosegrupperne findes i bilag 1: metodebilag.
**Kilde:** Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata

Som citatet nedenfor illustrerer, genkender personalet på psykiatrisk sengeafsnit for børn og unge, at det særligt er unge med udviklingsforstyrrelser, som har svært ved at indgå i og forstå rammen i psykiatrien, og unge med følelsesmæssige forstyrrelser, som bliver tvangsindlagt.

*Der er lidt forskellige grupper, altså vi har en gruppe af unge selvskadende, som ofte har emotionelle eller adfærdsmæssige vanskeligheder/personlighedsforstyrrelser. Det er nok den gruppe, som vi hyppigst ser, bliver indlagt på tvang, og det er også dem, der meget hyppigt kommer ude fra kommunale og regionale bosteder. Så har vi nogen med mental retardering/autisme som ofte også bor på bosteder, men som simpelthen har svært ved at forstå den ramme, som de kommer ind i psykiatrien, og det kan også føre til tvang.*
*Leder, psykiatrisk sengeafsnit for børn og unge*

[6] En detaljeret beskrivelse af diagnosegrupperne findes i bilag 1: metodebilag.

Personalet fra børne- og ungehjem samt psykiatrisk sengeafsnit for børn og unge nævner dertil særligt selvskadende adfærd samt konsekvenserne ved spiseforstyrrelse som udløsende for en tvangsindlæggelse.

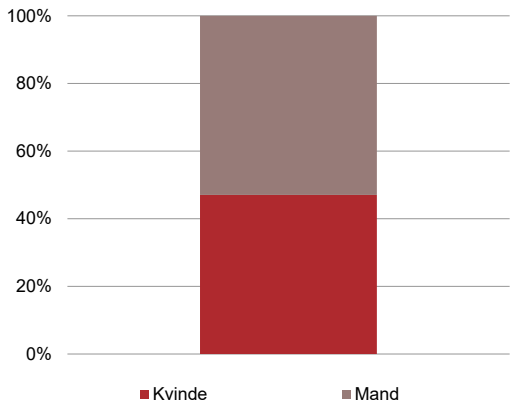
*Karakteristik for voksne*

*Blandt voksne er der en næsten ligelig kønsfordeling* blandt personer, der påbegynder en tvangsindlæggelse i perioden 2020 til 2024. 51 pct. af de borgere, der påbegyndte en tvangsindlæggelse i perioden, var mænd, mens 49 pct. var kvinder, jf. figur 6.

*Skizofreni, misbrug og nervøse tilstande* er blandt de hyppigst forekommende diagnosegrupper[7] hos voksne borgere, der indlægges med tvang. Halvdelen af de voksne (49 pct.), der påbegyndte en tvangsindlæggelse i perioden, var indlagt under diagnosegruppen 'skizofreni', jf. figur 7.

**Figur 6**

**Andel voksne, der tvangsindlægges, opdelt på køn, 2020-2024**




**Figur 7**

**Andel voksne, der tvangsindlægges, opdelt på diagnoser, 2020-2024**

**Anm.:** Andelen opdelt på diagnoser er opgjort ud fra samlet antal indlæggelser i perioden. Psykiatriske diagnoser er afgrænset ved diagnoser, der er registeret under tvangsindlæggelsen. Den samme person kan optræde med flere diagnoser ved samme tvangsindlæggelse og kan være indlagt mere end én gang i perioden. En detaljeret beskrivelse af diagnosegrupperne findes i bilag 1: metodebilag.
**Kilde:** Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata

Personale på tværs af voksenpsykiatri og botilbud genkender, at misbrug og skizofreni er nogle af de diagnosegrupper, som hyppigt ses i målgruppen. Det gælder for skizofrenipatienter særligt ved medicinstop, og for mennesker med misbrugsproblematik udløses tvangsindlæggelser ifølge aktørerne særligt af udadreagerende adfærd, medicinsvigt, psykoser eller vrangforestillinger, som citatet illustrerer.

[7] En detaljeret beskrivelse af diagnosegrupperne findes i bilag 1: metodebilag.

*Og så har vi jo patienter på botilbud, der er massivt misbrugende, der gentagne gange kommer ind på rød tvang på grund af udadreagerende adfærd. Nogle gange kombineret med medicinsk svigt, men det kan jo også være misbrug i sig selv, der aktiverer indlæggelser. Så det kan jo, hvad kan man sige, have mange årsager.*
*Medarbejder, psykiatrisk sengeafsnit for voksne*

### Udløsende faktorer for tvangsindlæggelser på gule og røde papirer

**Boks 5: Hovedpointer**

Blandt både børn og unge og voksne er størstedelen af tvangsindlæggelser på røde frem for gule papirer. Andelen af børn og unge der tvangsindlægges på røde papirer er dog væsentligt højere end andelen af voksne, der tvangsindlægges på røde papirer. Det kan hænge sammen med de hyppigst forekommende diagnosegrupper blandt de to målgrupper.

Når borgere tvangsindlægges, kan det enten gøres på såkaldte gule (behandlingsindikation) og/eller røde papirer (fareindikation) (psykiatriloven, 2024).

Der er *flere borgere, der kun indlægges på røde papirer end på gule papirer,* jf. figur 8. Blandt tvangsindlagte børn og unge er det 85 pct., der indlægges udelukkende på røde papirer, mens 9 pct. kun indlægges på gule papirer. For voksne indlægges 58 pct kun på røde papirer, mens 32 pct. kun indlægges på gule papirer.

**Boks 6: Faktaboks**

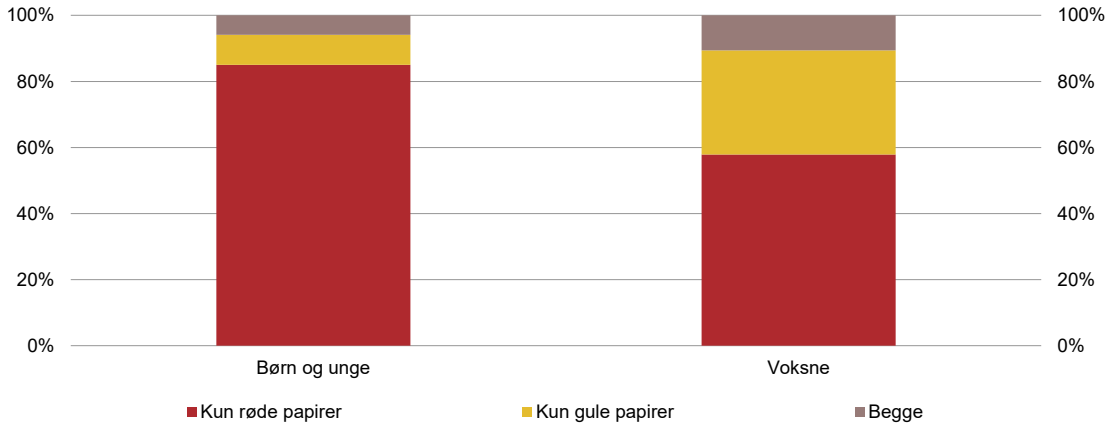
*Gule papirer:* udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden vil ellers blive væsentligt forringet.

*Røde papirer:* den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.

**Kilde:** Psykiatriloven §5, 2024.

**Figur 8**

**Andel personer, der tvangsindlæggelses, opdelt på børn, unge og voksne samt indlagt kun på røde papirer, indlagt kun på gule papirer eller begge indikationer, 2020-2024**




**Anm.:** En tvangsindlæggelse på røde papirer er defineret ved en registrering af startkoden AVTA1, mens en tvangsindlæggelse på gule papirer er defineret ved en registrering af startkoden AVTA2, jf. bilag 1: Metodebilag.
**Kilde:** Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata

I interviewundersøgelsen beskriver aktørerne, at det særligt er unge kvinder i affekt, der enten har selvskadende adfærd eller udtrykker, at de vil tage deres eget liv, som bliver indlagt på røde papirer, jf. citatet nedenfor. Det kan eksempelvis være, at tvangsindlæggelsen sker som konsekvens af, at selvskaden bliver livstruende. Unge med spiseforstyrrelse vil ifølge fagpersoner ofte blive tvangsindlagt på gule papirer, fordi sygedomsmønstret er gradvist eskaleret over tid gennem spise- eller drikkestop.

For borgere, der tvangsindlægges på baggrund af selvskade adfærd og konsekvenserne af en spiseforstyrrelse, oplever flere aktører, at borgerne i nogle tilfælde bevidst forsøger at udløse en tvangsindlæggelse. Et eksempel er, at tvangsindlæggelsen for nogle unge med spiseforstyrrelse kan fungere som 'bevis' på, at man er "god til sin spiseforstyrrelse", som bruges som valuta i onlinefællesskaber for unge med spiseforstyrrelser. Ligeledes tolker nogle faglige aktører det blandt andet som en særlig form for selvskadende adfærd, når unge mennesker eller voksne borgere fremprovokerer en tvangshandling fra politiet, psykiatrien eller somatikken. Det kan eksempelvis komme til udtryk ved et selvskade-by-proxy forløb, hvor borgeren modsætter sig behandling på den somatiske afdeling for at fremprovokere en tvangsindlæggelse eller bæltefiksering; eller når selve politiets gennemførelse af tvangsindlæggelsen bliver en del af selvskaden, når der bliver taget fat i borgeren, som tvinges med i politibilen. Nogle faglige aktører oplever også, at nogle borgere forsøger at fremprovokere en tvangsindlæggelse, fordi de ønsker, at ansvaret for at håndtere deres sygdom og krisesymptomer bliver taget fra dem selv og overdraget til professionelle aktører.

Omvendt oplever de faglige aktører, at en indlæggelse med tvang for en række andre borgere opleves som et overgreb, de bekæmper med alle kræfter. For en uddybende analyse af borgernes oplevelse af indlæggelse med tvang, henvises til delanalyse 1 *Borgernes oplevelser af forløb med tvang i psykiatrien* (Komponent, 2026).

*Blandt voksne indlægges en højere andel på gule papirer end blandt børn og unge.* Figur 6 viste, at skizofreni er den hyppigst forekommende diagnosegruppe hos voksne borgere der indlægges med tvang. 59 pct. af de voksne der påbegyndte en tvangsindlæggelse i perioden var indlagt under diagnosegruppen 'skizofreni'. Som citatet nedenfor også illustrerer, peger nogle

aktører på, at gul tvang ofte bruges enten ved borgere, som er blevet væsentligt dårligere eller i forbindelse med skizofreni, hvor borgeren stopper med at tage medicin (medicinsvigt) og bliver tiltagende psykotisk.

Det kan således være en forklaring på, hvorfor vi ser en større andel af tvangsindlæggelser på gule papirer blandt voksne end børn og unge, fordi den hyppigst forekommende diagnosegruppe blandt voksne er skizofreni, som oftest indlægges på gule papirer. Blandt de borgere, der på et tidspunkt er diagnosticeret med skizofreni i forbindelse med en indlæggelse med tvang, er den højeste andel (44 pct.) indlagt udelukkende på gule papirer i perioden. En lavere andel (39 pct) er indlagt kun på røde og de resterende på begge[8].

---

*Og jeg vil sige, at dem, som er på farlighedskriterie, der er det primært vores unge kvinder i en affekt. Trusler om selvmord eller har taget for mange tabletter eller andet. Og de gule på behandlingsindikation, der er det nok primært vores med dem lidt mere, nu er der ikke noget, der hedder en kronisk ledelse mere, men lidt mere vores psykoselidelser, den paranoide skizofreni med medicinsvigt igennem længere tid, og så er det vores ældre borgere, som over tid er blevet væsentligt forværret i deres tilstand. Det kan både også være somatisk tilstand men også psykiatrisk tilstand. Så vi er nødt til at få dem ind.*
*Leder, psykiatrisk akutmodtagelse*

---

### Antal genindlæggelser med tvang blandt børn, unge og voksne

**Boks 7: Hovedpointer**

En væsentlig andel af både voksne, børn og unge, som indlægges med tvang, oplever at være indlagt gentagne gange. Dog indlægges børn og unge i endnu højere grad gentagne gange med tvang end voksne.

*Der er en væsentlig del af de voksne samt børn og unge, der tvangsindlægges, som oplever at blive tvangsindlagt flere gange.* For perioden 2020-2024 blev knap fire ud af ti børn og unge (38 pct.) indlagt to gange eller mere med tvang. Blandt voksne var det tre ud af ti (31 pct.), der blev indlagt to gange eller mere med tvang, jf. figur 9.

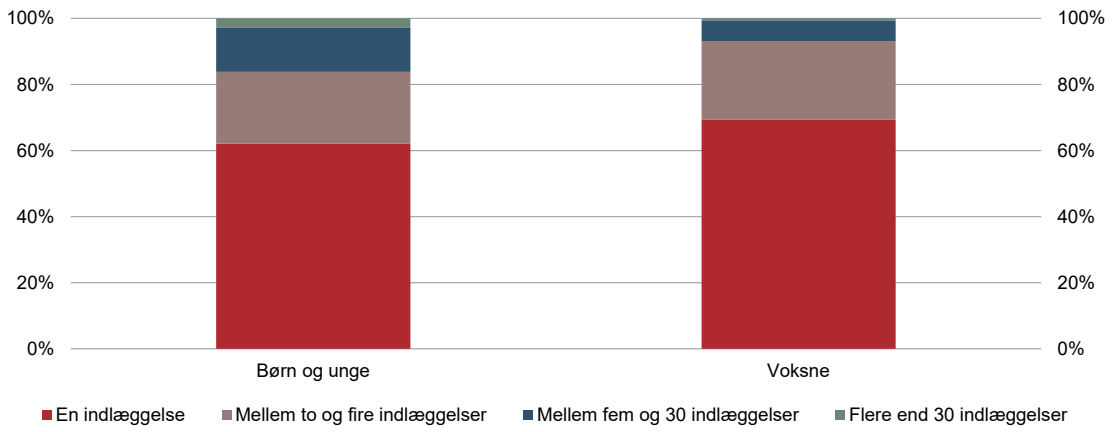
Børn og unge tvangsindlægges således gennemsnitligt flere gange end voksne.

Mens en højere andel af voksne end børn har mellem to og fire indlæggelser, er børn i højere grad end voksne indlagt mere end fem gange med tvang. En lille andel af børn og unge oplever at blive tvangsindlagt mange gange i perioden. Således blev 3 pct. af alle børn og unge (17 personer)indlagt med tvang mere end 30 gange i perioden.

[8] Se figur 22 i bilag 2.

**Figur 9**

**Andel børn, unge og voksne, der tvangsindlægges, opdelt på antal tvangsindlæggelser, 2020-2024**




**Anm.**: Opgørelsen er foretaget på baggrund af alle indlæggelser i perioden.
**Kilde**: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata

*For både børn, unge og voksne indlægges en stor andel kun én gang med tvang.* For voksne har 69 pct. kun én tvangsindlæggelse, og blandt børn og unge har 62 pct. kun én tvangsindlæggelse i perioden 2020-2024.

Aktører på feltet peger på, at det er særligt relevant at styrke det tværsektorielle samarbejde for at forebygge genindlæggelser. Det skyldes, at der i særdeleshed er et forebyggelsespotentiale, når en borger er kendt af systemet og oplever gentagne indlæggelser. Som nedenstående citat illustrerer, kan forløb med en enkelt indlæggelse være tilfælde, oftest udløst af en personlig krise, hvor borgeren ikke tidligere har haft kontakt til psykiatrien. Det kan eksempelvis være en tvangsindlæggelse efter et kriseudløst stofindtag. Det vil i de tilfælde være svært at forebygge tvangsindlæggelsen ved hjælp af et tværsektorielt samarbejde, fordi borgeren ikke i forvejen er kendt af alle i samarbejdet. Derimod vil der i genindlæggelsesforløb være potentiale for et tværsektorielt samarbejde, fordi borgeren kan være kendt af flere faggrupper.

*Så har vi en kategori, som ikke er relevant for den her [analyse]. Men vi har også nogen, hvor de sidder derhjemme, og så enten fordi de får taget stoffer eller drukket alkohol, eller der sker noget krisepræget, og så bliver de én gang indlagt på tvang. Som ikke har noget kendskab til psykiatrien. Og de har måske den ene indlæggelse, og så ser vi dem ikke igen, og det kan vi jo ikke rigtig forebygge, fordi vi har ikke noget kendskab til dem. Men dem har vi faktisk også en del af, hvor det sådan kommer lidt ud af det blå. Men oftest så er det i en form for krise. Altså at ægtefællen ikke vil være sammen med dem længere, eller der er sket ét eller andet.*
*Medarbejder, psykiatrisk sengeafsnit for voksne*

# Samarbejdsaktører omkring borgerne

**Boks 8: Analysens hovedpointer**

- Børn, unge og voksne, der indlægges med tvang, modtager i langt højere grad ydelser fra både social- og sundhedsområdet, og der er også i højere grad i kontakt med retsområdet (politi, retsvæsen og kriminalforsorgen), end andre dele af befolkningen. Omvendt er de i mindre grad i kontakt med uddannelsessystemet, og de deltager også i mindre grad aktivt på arbejdsmarkedet. Dette billede er særligt tydeligt for børn, unge og voksne, der genindlægges med tvang.
- En væsentlig andel af målgruppen har således mange og hyppige kontakter med det offentlige. Det gælder både kontakter inden tvangsindlæggelsen, hvor der særligt er kontaktpunkter til ambulant psykiatrisk behandling, botilbud, botilbudsteams, børne- og ungehjem samt PSP (samarbejde mellem politi, sociale myndigheder og psykiatri). Disse dele af det offentlige system vil således også være centrale i et forebyggelsesperspektiv. Dette gælder ligeledes i situationen omkring tvangsindlæggelsen, hvor en væsentlig andel af målgruppen har kontakt til praktiserende læger, betjente i beredskabet og psykiatrisk akutmodtagelse. Mens det særligt er psykiatrisk sengeafsnit, som har kontakt med borgeren under indlæggelsen, og derved har en rolle i forhold til at forebygge en eventuel genindlæggelse.

### Børn og unges kontakt til velfærdsområder ved første tvangsindlæggelse

**Boks 9: Hovedpointer**

Børn og unge, der indlægges med tvang, modtager i højere grad ydelser fra forskellige dele af vores velfærdssystem end øvrige børn og unge. De har højere kontakt til social-, sundheds- og retsområdet, mens de har lavere kontakt til uddannelses- og beskæftigelsesområdet. Dette billede er særligt tydeligt for børn og unge, der genindlægges med tvang.

*Børn og unge, der indlægges med tvang, modtager i højere grad ydelser fra forskellige dele af vores velfærdssystem end øvrige børn og unge*. Figur 10 sammenligner aktiviteter og ydelser blandt alle børn og unge, der indlægges med tvang første gang i 2023, med øvrige børn og unge.

Børn og unge, der indlægges med tvang, har i meget højere grad kontakt til *socialområdet* sammenlignet med øvrige børn og unge. 77 pct. modtager hjemmebaseret støtte, mens det gælder 4 pct. af børn og unge generelt. Blandt børn og unge, der indlægges med tvang, er 48 pct. anbragt på børne- og ungehjem (afrundet 0 pct. af øvrige børn og unge).

Foruden at tvangsindlagte børn og unge har kontakt til de psykiatriske sygehuse, har de også i højere grad kontakt til det *somatiske sygehusvæsen*. 61 pct. tvangsindlagte børn og unge havde kontakt til det somatiske sygehusvæsen (34 pct. af øvrige børn og unge). Som tidligere nævnt oplever aktørerne, at selvskadende adfærd og konsekvenserne af en spiseforstyrrelse i høj grad er en udløsende faktor for tvangsindlæggelser blandt børn og unge. Her kan der være behov for, at barnet eller den unge får behandling i somatikken.

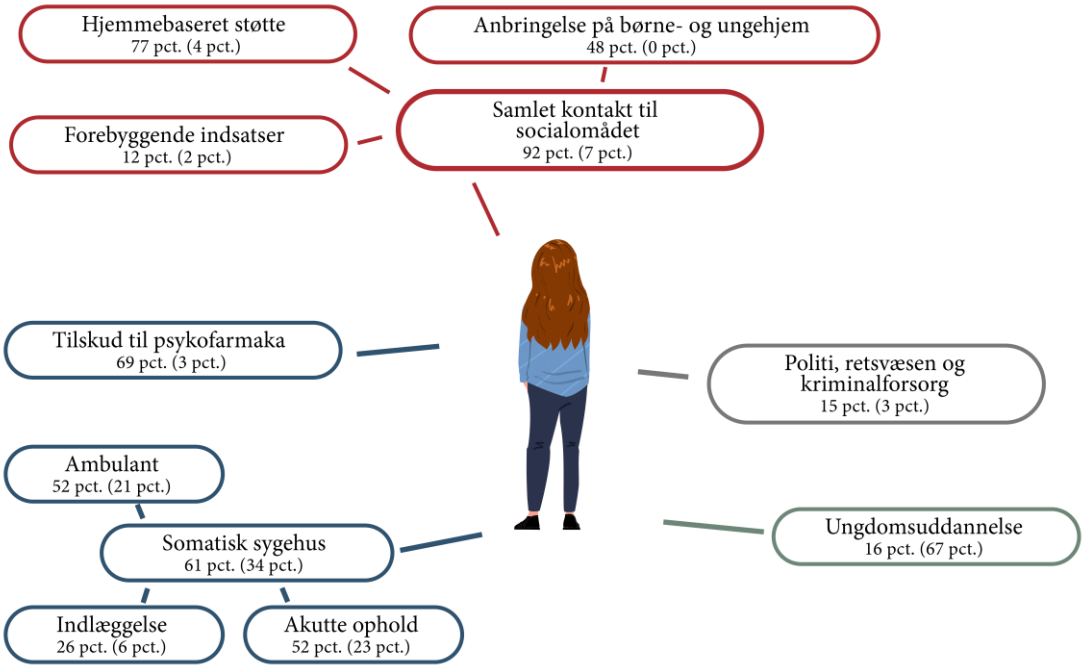
På *uddannelsesområdet* ses et lignende mønster, hvor børn og unge, der tvangsindlægges, har mindre kontakt til uddannelsesområdet end øvrige børn og unge. Kun 16 pct. af de

tvangsindlagte børn og unge, der er 16 år eller ældre, er i gang med en ungdomsuddannelse (67 pct. af øvrige børn og unge).

Endeligt har tvangsindlagte børn og unge mere kontakt til *politi, retsvæsen og kriminalforsorgen* end børn og unge generelt.15 pct. har modtaget en dom eller været fængslet (3 pct. af øvrige børn og unge i alderen 15-17 år).

**Figur 10**

**Kontakter til aktiviteter og ydelser blandt alle børn og unge, der tvangsindlægges første gang i 2023**




**Anm.**: Andelen med kontakt til politi, retsvæsen og kriminalforsorg er opgjort på baggrund af de børn og unge i målgruppen der er 15 år eller ældre. Andelen der er i gang med en ungdomsuddannelse er opgjort på baggrund af de børn og unge i målgruppen, der er 16 år eller ældre.
**Kilde**: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og den Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM

*Børn og unge, der gentagne gange indlægges med tvang, modtager i endnu højere grad ydelser fra velfærdssystemet* sammenlignet med de børn og unge, som kun tvangsindlægges én gang i perioden 2023 til 2024. Det bemærkes blandt andet, at flere børn og unge, der gentagne gange indlægges med tvang, er anbragt på børne- og ungehjem end de børn og unge, som kun tvangsindlægges én gang i perioden 2023 til 2024. Se figur 18 i bilag 2.

### Voksnes kontakt til velfærdsområder ved første tvangsindlæggelse

**Boks 10: Hovedpointer**

Voksne, der indlægges med tvang, modtager i højere grad ydelser fra forskellige dele af vores velfærdssystem end øvrige voksne. De har højere kontakt til social-, sundheds- og retsområdet end andre voksne. De er derudover længere fra beskæftigelse. Dette generelle billede ses i særlig grad for voksne, der genindlægges med tvang.

*Voksne, der indlægges med tvang, modtager også i højere grad ydelser fra forskellige dele af vores velfærdssystem end øvrige voksne.* Dette gælder både social-, beskæftigelses-, sundheds- og retsområdet. Figur 11 illustrerer aktiviteter og ydelser blandt voksne, der indlægges med tvang første gang i 2023, sammenlignet med øvrige voksnes kontakter.

Voksne, der indlægges med tvang, har i høj grad kontakt til *socialområdet*. Samlet modtager 54 pct. ydelser på socialområdet i samme år, de første gang indlægges med tvang, mens det gælder 4 pct. af øvrige voksne. 19 pct. modtager støtte i eget hjem (1 pct. af øvrige voksne), og 18 pct. har ophold på botilbud (1 pct. af øvrige voksne). 13 pct. af de tvangsindlagte voksne er i behandling for alkohol- og/eller stofmisbrug (1 pct. af øvrige voksne), mens 10 pct. er på §110 boform (0 pct. af øvrige voksne).

En højere andel af voksne (85 pct.), der indlægges med tvang, modtager også *indkomstoverførsler* sammenlignet med øvrige voksne (26 pct.).

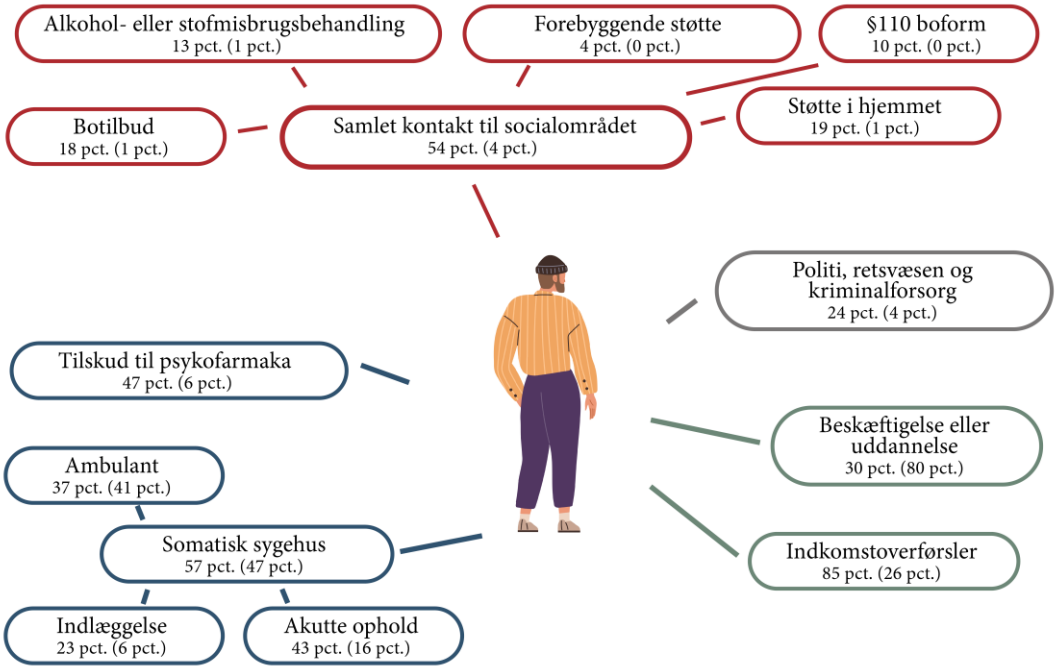
Lignende mønster ses, når vi kigger på *beskæftigelse og uddannelse*. En lavere andel af voksne (30 pct.), der indlægges med tvang, er i beskæftigelse og/eller uddannelse sammenlignet med øvrige voksne (80 pct.).

De har også i højere grad kontakt til det *somatiske sygehusvæsen* sammenlignet med øvrige voksne, idet 23 pct. er indlagt i samme år, hvor de første gang indlægges med tvang (6 pct af øvrige voksne). 43 pct. har et akut ophold i samme år som de første gang indlægges med tvang (16 pct. af øvrige voksne). Samtidig er det næsten halvdelen (47 pct.), der modtager tilskud til psykofarmaka blandt tvangsindlagte voksne (6 pct. af øvrige voksne).

Foruden kontakter til social-, beskæftigelses- og sundhedsområdet har knap hver fjerde (24 pct.) modtaget en *dom eller været fængslet* i samme år, som de første gang indlægges med tvang (4 pct. af øvrige voksne).

**Figur 11**

**Kontakter til aktiviteter og ydelser blandt alle voksne, der tvangsindlægges første gang i 2023**




**Anm.**: Andelen for øvrige voksne er opgjort på baggrund af voksne mellem 18 og 69 år, der optræder i befolkningsregisteret ved udgangen af 2023.
**Kilde**: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og den Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM

*Voksne, der gentagne gange indlægges med tvang, modtager i endnu højere grad ydelser fra velfærdssystemet* sammenlignet med de voksne, som kun tvangsindlægges én gang i perioden 2023 til 2024. Eksempelvis har flere voksne, der gentagne gange indlægges med tvang, kontakt til socialområdet i samme år, som de først indlægges, end de voksne, som kun tvangsindlægges én gang i perioden 2023 til 2024. Særligt for botilbud, støtte i eget hjem, herberg/forsorgshjem og stofmisbrugsbehandling er andelen af personer med kontakt højere blandt dem, der gentagne gange indlægges med tvang. Se figur 19 i bilag 2 for gennemgang af tal.

### Aktører i det tværsektorielle samarbejde og deres rolle i en tvangsindlæggelse

**Boks 11: Hovedpointer**

En væsentlig andel af målgruppen har mange og hyppige kontakter med det offentlige. Det gælder både kontakter inden tvangsindlæggelsen, hvor der særligt er kontaktpunkter til ambulant psykiatrisk behandling, botilbud, botilbudsteams, børne- og ungehjem samt PSP (samarbejde mellem politi, sociale myndigheder og psykiatri). Disse dele af det offentlige system vil således også være centrale i et forebyggelsesperspektiv. Dette gælder ligeledes i situationen omkring tvangsindlæggelsen, hvor en væsentlig andel af målgruppen har kontakt til praktiserende læger, betjente i beredskabet og psykiatrisk akutmodtagelse. Mens det særligt er psykiatrisk sengeafsnit, som har kontakt med borgeren under indlæggelsen, og derved har en rolle i forhold til at forebygge en eventuel genindlæggelse.

Nogle borgere, der indlægges med tvang i psykiatrien, har ikke haft kontakt med det offentlige før selve tvangsindlæggelsen. Andre borgere har derimod flere og hyppige kontakter med det offentlige. For den gruppe er det særligt relevant at se på, om og hvordan tvangsindlæggelser kan forebygges i det tværsektorielle arbejde. Det gælder i særlig grad for borgere, der genindlægges med tvang.

Oversigten i boks 12 nedenfor skitserer de aktører, som vi har interviewet i forbindelse med undersøgelsen. De er grupperet efter deres rolle i *tre typiske faser* i en tvangsindlæggelse:

- Den subakutte fase
- Situationen omkring tvangsindlæggelsen
- Den fase, hvor borgeren er blevet tvangsindlagt.

Placeringen af aktørerne i *faserne illustrerer et typisk* forløb, men kan variere fra sag til sag, for eksempel hvis borgeren allerede er indlagt på somatisk eller psykiatrisk afdeling. En praktiserende læge kan også indgå i det forebyggende arbejde, hvor de er opmærksomme på borgere, de har kendskab til, ligesom en botilbudsmedarbejder kan følge med borgeren og politi til psykiatrisk akutmodtagelse (PAM), hvor selve tvangsindlæggelsen pågår.

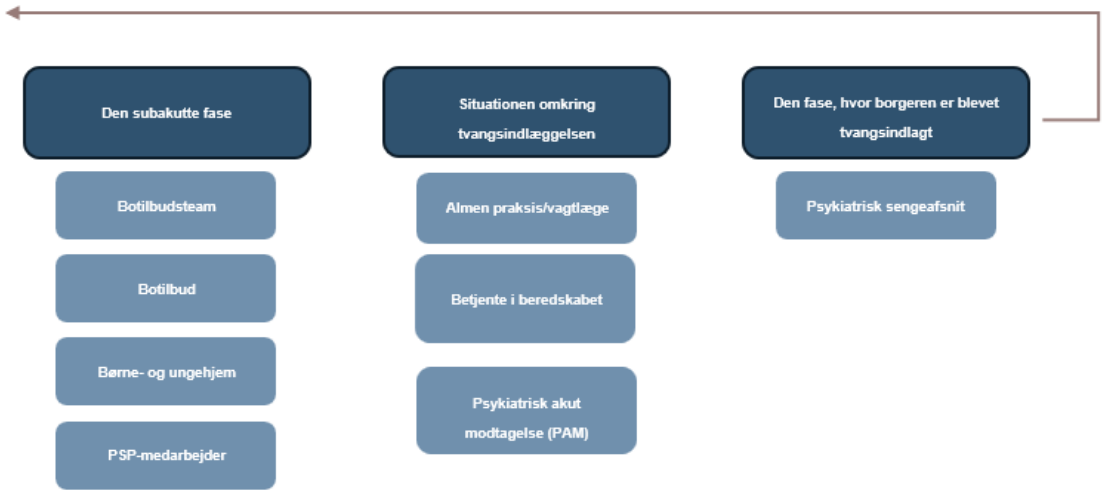
Med *den subakutte fase* menes, at der endnu ikke er opstået en akut tvangsindlæggelse, hvorfor der i denne fase er et potentiale for at forebygge, at tvangsindlæggelser sker. En relevant aktør i den subakutte fase er *botilbudsteam*, som yder rådgivning og sparring til medarbejdere på botilbud. Ligeledes er *botilbud og børne- og ungehjem* væsentlige aktører i fasen, fordi mange af borgerne i målgruppen har sin dagligdag her. Endeligt er *PSP-netværket* placeret i fasen subakut, fordi det er et samarbejde mellem medarbejdere fra politi, sociale myndigheder og psykiatri, hvor der eksempelvis kigges døgnrapporter igennem og deles viden om borgere, der kræver en ekstra opmærksomhed.

Den næste fase er *situationen omkring tvangsindlæggelsen.* Her er *almen praktiserende læge eller vagtlæge* placeret, da det er dem, som vurderer, om en tvangsindlæggelse er nødvendig, og udfærdiger en lægeerklæring. *Betjente i beredskabet* er dem, som henter og transporterer borgeren i forbindelse med tvangsindlæggelsen, og psykiatrisk akutmodtagelse (PAM) er dem, som modtager borgeren, hvorfor de også er placeret i situationen omkring tvangsindlæggelsen.

*Når borgeren er tvangsindlagt,* er det *psykiatrisk sengeafsnit,* som er den primære aktør. Så snart borgeren igen udskrives til eksempelvis botilbud eller børne- og ungehjem, begynder forløbet hen mod at forebygge en potentiel genindlæggelse med tvang. Netop derfor har psykiatrisk sengeafsnit også en rolle ind i at forebygge genindlæggelser, da de har mulighed for at sikre en god udskrivning, som minimerer risikoen for genindlæggelser.

**Boks 12**

**Oversigt over aktører i interviewundersøgelsen**




**Anm.**: Der er gennemført interviews med repræsentanter fra samtlige aktørgrupper, dog kun et enkelt interview med praktiserende læge, som derfor primært anvendes til baggrund. Læs mere i *Bilag 1: metodebilag.*

# 4. Udfordringer i det tværsektorielle samarbejde

I dette kapitel beskriver vi nogle af de udfordringer, som aktørerne peger på i det tværsektorielle samarbejde i forløbet op til en tvangsindlæggelse. Vi fremhæver udvalgte udfordringer, som går igen i flere interviews. Kapitlet beskriver:

- Faglige tilgange og opgaveforståelser
- Informationsdeling og indhentning af samtykke
- Magtbeføjelser og forventninger til brug af magt
- Udskrivning og genindlæggelse
- Overgange

Konkrete greb og organisatoriske rammer, som understøtter det tværsektorielle samarbejde, beskrives i kapitel 5.

# Faglige tilgange og opgaveforståelser

**Boks 13: Analysens hovedpointer**

- På tværs af aktører er synet på tvangsindlæggelser, at der altid vil være et behov for at kunne benytte disse, selvom det er voldsomt indgribende. Flere fremhæver, at det er vigtigt at nedbringe antallet af tvangsindlæggelser og gøre de indlæggelser, som er nødvendige, så skånsomme og forsvarlige som muligt og ud fra etiske overvejelser. Der er enighed om, at dette kan gøres via et forbedret samarbejde.
- Der er imidlertid forskellige syn på, hvornår det er relevant at tvangsindlægge. I ét perspektiv efterlyses muligheden for at få tidligere hjælp i psykiatrien, herunder at kunne tvangsindlægge borgere tidligere end hvad tilfældet er i dag. Et andet perspektiv er modsat, at tvangsindlæggelse ikke er en behandling, som skal understøtte borgerens langsigtede bedring, men det kan være en måde at få behandling på i en periode for at stabilisere borgerens tilstand. Derfor skal tvangsindlæggelsen være så kort som muligt og må ikke foretages "for tidligt", fordi det er indgribende i borgerens liv. De konkurrerende perspektiver udfordrer det tværsektorielle samarbejde, fordi de skal afvejes i det konkrete borgerforløb, hvor aktørerne kan opleve, at de ikke arbejder efter samme mål.
- En central udfordring i det tværsektorielle samarbejde er, at aktørerne oplever at have forskellige faglige tilgange samt konfliktende forståelser af hinandens opgaver. Det giver usikkerhed om, hvor borgeren bedst får hjælp, eksempelvis når medarbejdere fra psykiatri og botilbud har forskellige opfattelser af, om borgerens udfordringer skal afhjælpes psykiatrisk eller pædagogisk. Psykiatrimedarbejdere oplever, at øvrige aktører efterspørger, at nogle borgere får mere psykiatrisk hjælp, end medarbejderne vurderer fagligt meningsfuldt. De peger på, at efterspørgslen bunder i, at botilbuddet er utrygge på egne og på borgerens vegne ved at tage borgeren hjem.
- Derfor oplever aktørerne, at de hver især arbejder ud fra forskellige faglige praksisser med forskellige mål for borgerne. For at kunne skabe et sammenhængende behandlingsforløb til gavn for borgeren, efterspørger de faglige aktører en bedre dialog, som skal øge forståelsen for hinandens faglige tilgange og sikre, at der arbejdes mod samme mål for borgeren. Ellers kan der opstå misforståelser, hvor psykiatrimedarbejdere kan blive i tvivl om, hvorvidt den tilgang til borgeren, som anvendes på botilbud og børne- og ungehjem, skyldes manglende kvalitet.
- Aktørerne peger bredt set på, at dialog øger forståelsen for hinandens faglige tilgang, fordi det er afgørende for at skabe et sammenhængende behandlingsforløb at identificere fællesnævnerne og at forstå, hvorfor samarbejdspartnerne tilgår borgeren på en anderledes måde, end de selv gør.
- Aktørerne oplever generelt, at der har været en positiv udvikling i samarbejdet med politiet omkring tvangsindlæggelser. Der er forskellige eksempler på, at politiet både lykkes med at deeskalere men også at de uhensigtsmæssigt eskalerer situationen i forløbet op til en tvangsindlæggelse.

I dette afsnit beskriver vi, hvornår de forskellige aktører i samarbejdet kan være udfordret af, at der kan være forskellige opgaveforståelser og faglige tilgange.

### Forskellige syn på, hvornår det er relevant at anvende tvang i indlæggelsen

**Boks 14: Hovedpointer**

På tværs af aktører er synet på tvangsindlæggelser, at der altid vil være et behov for disse, selvom det er voldsomt indgribende. Flere fremhæver, at det er vigtigt at nedbringe antallet af tvangsindlæggelser og gøre de indlæggelser, som er nødvendige, så skånsomme og forsvarlige som muligt og ud fra etiske overvejelser. Der er enighed om, at dette kan gøres via et forbedret tværsektorielt samarbejde.

Der er imidlertid forskellige syn på, hvornår det er relevant at tvangsindlægge. I ét perspektiv efterlyses muligheden for at kunne få tidligere hjælp i psykiatrien, herunder at kunne tvangsindlægge borgere tidligere, end hvad tilfældet er i dag. Et andet perspektiv er modsat, at tvangsindlæggelse ikke er en behandling, som skal understøtte borgerens langsigtede bedring, men det kan være en måde at få behandling på i en periode for at stabilisere borgerens tilstand. Derfor skal tvangsindlæggelsen være så kort som muligt og må ikke foretages "for tidligt", fordi det er indgribende i borgerens liv. De konkurrerende perspektiver udfordrer det tværsektorielle samarbejde, fordi de skal afvejes i det konkrete borgerforløb, hvor aktørerne kan opleve, at de ikke arbejder efter samme mål.

Aktørerne peger samlet set på, at *der er potentiale for at forebygge tvangsindlæggelser gennem et forbedret samarbejde.* Trods et uforløst potentiale for at forebygge indlæggelser med tvang, er der på tværs af alle aktørerne en oplevelse af, at der altid vil være et behov for at kunne indlægge med tvang. Her fremhæves eksempelvis borgere, som er psykotiske, maniske, har stofudløste kriser eller er traumatiserede som situationer, hvor det kan være nødvendigt at anvende tvang. Læs mere om de lovgivningsmæssige rammer og indikationer for at kunne indlægge med tvang i kapitel 3.

Flere aktører udtrykker, at det er vigtigt dels at nedbringe antallet af tvangsindlæggelser, dels at gøre denne type indlæggelser så skånsomme og forsvarlige som muligt og ud fra etiske overvejelser, hvor de ikke kan undgås.

I nogle indlæggelsessituationer er det muligt at forebygge, at der bruges tvang, hvis aktørerne lykkes med at deeskalere ved hjælp af dialog i indlæggelsessituationen. Det kan i nogle tilfælde konvertere situationen til en frivillig indlæggelse frem for at anvende tvang, mens det i andre tilfælde vil bidrage til, at selve tvangsindlæggelse foregår på en mere skånsom måde.

Selvom aktørerne deler en overordnet ambition om at reducere omfanget af tvangsindlæggelser, er der forskellige syn på, hvornår det er relevant at anvende tvang i indlæggelsen. De forskellige syn går på tværs af aktørgrupper, og det vil derfor være en konkret afvejning i de konkrete borgerforløb, hvilket perspektiv aktørerne vejer tungest.

Et perspektiv er, at aktører – særligt fra botilbud samt børne- og ungehjem, men også fra politi og psykiatri – *efterlyser muligheden for at kunne få tidligere hjælp i psykiatrien herunder at kunne tvangsindlægge borgere tidligere, end hvad tilfældet er i dag.* Det kommer til udtryk eksempelvis, når aktørerne ønsker at kunne gennemføre tvangsindlæggelse hurtigere på gule papirer (behandlingsnødvendighed), før borgerens krisesituation eskalerer, og indlæggelsen bliver på røde papirer (fareindikation). De aktører oplever, at tvangsindlæggelser i nogle tilfælde gennemføres for sent, for voldsomt eller uhensigtsmæssigt, men de er ikke nødvendigvis modstandere af tvangsindlæggelser som et redskab til at håndtere krisesituationer hos borgere generelt.

*Det der med at kunne skride til og sige "okay, nu er vedkommende gået fem gange i aften, vi kan ikke få vedkommende ind og blive vurderet psykiatrisk, kan vi få lægen ud?" Eller kan politiet hjælpe med at få vedkommende vurderet og sige: "hun er til fare for sig selv, fordi hun bliver ved med at gå ud og forsøge at skære pulsåren over fire gange i aften". Eller selvskader så dybt, at der er risiko for, at det går galt, at man rammer en pulsåre. Det er det, jeg mener, at det er her, hvor nogle gange kan vi se, at skaden næsten skal ske, før der bliver handlet på det.*
*Leder, børne- og ungehjem.*

En medarbejder fra psykiatrien peger tilsvarende på, at der for nogle borgere er behov for at styrke samarbejdet med praktiserende læge og vagtlæge omkring en tidligere tvangsindlæggelse på gule papirer, jf. citatet nedenfor.

*Og så har vi jo selvfølgelig nogen, som er lidt mere kroniske i deres for eksempel skizofreni, hvor de efter noget tid ophører med medicinen, og hvor de så over tid bliver dårligere og dårligere. Og nogle af dem jo så ikke har sygdomsindsigt til, at de så kan se, at de har fået det så dårligt, at de skal indlægges. Og der er helt klart også noget samarbejde med privatpraktiserende læger og vagtlæger i forhold til, hvornår er det, altså nogen af dem kunne man måske have indlagt tidligere. Måske også at det var blevet en gul tvang, i stedet for at de bliver så dårlige, at det ender ud med, at det er en rød tvang. Og der er i hvert fald nogle gange, hvor man kan se, at systemet egentlig godt er opmærksom på, at den her patient får det dårligere og dårligere, fordi de jo faktisk er tilknyttet hjælp.*
*Medarbejder, psykiatrisk sengeafsnit for voksne*

Et andet perspektiv er, at *der ikke bør tvangsindlægges tidligere, fordi det er meget indgribende* at blive og være tvangsindlagt. Det bliver blandt andet pointeret, at tvang ikke er en behandling, som skal understøtte borgerens langsigtede bedring, men det kan være en måde at få behandling på i en periode for at stabilere borgerens tilstand. I dette perspektiv skal tvangsindlæggelsen være så kort som muligt og må ikke foretages "for tidligt", som en forebyggende foranstaltning, fordi det er indgribende i borgerens liv, og fordi det er uden for tvangsindlæggelsen i borgerens almindelige liv og rammer, at der skal arbejdes med borgerens mestring. Synet her er derfor, at alle former for tvangsindlæggelser på både røde og gule papirer skal nedbringes, være korte og foretages på en mild og forsvarlig måde, hvorfor en løsning ikke er at indlægge tidligere på gule papirer.

Det er vigtigt at understrege, at der er forskellige perspektiver på tvangsindlæggelsers varighed. Senere i analysen præsenteres perspektivet, at der i nogle situationer udskrives for hurtigt, og der mangler mulighed for at have længere indlæggelser (se kapitel 4 afsnit om: *Uenighed om, hvor borgeren bedst får hjælp* og *Udskrivninger og genindlæggelser*).

Der er således forskellige syn på, hvornår det er relevant at anvende tvang i indlæggelsen. I de forskellige syn stilles der spørgsmål ved tvangsindlæggelsens nødvendighed og funktion i borgernes samlede behandling, hjælp og støtte fra det offentlige system. De forskellige perspektiver kommer også til udtryk ved forskellige forståelser af hinandens ansvar og opgaver i borgerens forløb. Det viser vi i de kommende afsnit om politiets-, den pædagogiske- og psykiatriske opgave i forbindelse med tvangsindlæggelser. Det udfordrer det tværsektorielle samarbejde,

fordi aktørerne ikke altid oplever, at de er enige om hinandens rolle, opgave og ansvar i samarbejdet.

### Uenighed om, hvor borgeren bedst får hjælp

**Boks 15: Hovedpointer**

En central udfordring i det tværsektorielle samarbejde er, at aktørerne oplever at have forskellige faglige tilgange samt konfliktende forståelser af hinandens opgaver. Det giver usikkerhed om, hvor borgeren bedst får hjælp, eksempelvis når medarbejdere fra psykiatri og botilbud har forskellige opfattelser af, om borgerens udfordringer skal afhjælpes psykiatrisk eller pædagogisk. Psykiatrimedarbejdere oplever efterspørgsel fra øvrige aktører på, at nogle borgere får mere psykiatrisk hjælp, end de oplever, at det er fagligt meningsfuldt at give. De peger på, at efterspørgslen bunder i, at botilbuddet er utrygge på egne og på borgerens vegne ved at tage borgeren hjem.

Medarbejdere i psykiatrien oplever i deres samarbejdsrelationer, at de øvrige aktører efterspørger, at psykiatrien løser borgerens udfordringer.

De oplever blandt andet, at *botilbudsmedarbejdere kan efterspørge en længere indlæggelse,* fordi botilbuddene dels ikke har kapacitet eller kompetencer til at hjælpe borgeren og dels er utrygge ved at få borgeren tilbage på botilbuddet efter en tvangsindlæggelse. Dette kan både være tilfælde, hvor *botilbudsmedarbejdere er bekymrede for personalet og de øvrige beboere, hvis borgeren er udadreagerende, og der kan være en bekymring for borgerens egen sikkerhed.* Fra botilbudsmedarbejdernes synspunkt er det for eksempel, når de ikke længere oplever at kunne tage ansvar for borgerens tilstand, herunder hvis borgerens somatiske tilstand er truet. Det kan være, hvis en borger er gået i spisestop og er blevet så lavvægtig, at medarbejdere på botilbuddet ikke oplever at kunne tage ansvar for borgeren længere, hvorfor der er et ønske om, at psykiatrien tager over.

På samme måde oplever medarbejdere i psykiatrien, at børne- og ungehjem vil have psykiatrien til at tage et længerevarende ansvar for børn og unge, der bliver tvangsindlagt, end psykiatrien kan tilbyde. Efter psykiatrimedarbejdernes opfattelse skyldes det, at børne- og ungehjemmene ikke mener at have ressourcer til at kunne støtte den unge på samme måde som i psykiatrien.

Medarbejderne i psykiatrien mener, at det derimod er botilbuddene, der har den primære opgave med at sikre den struktur og de rammer, der gør, at borgeren ikke får en skadelig, risikabel eller udadreagerende adfærd og må tvangsindlægges eller genindlægges. Det ser aktørerne i psykiatrien som *en pædagogisk opgave.* Som citatet nedenfor illustrerer, betyder det, at botilbuds- og psykiatriske medarbejdere har forskellige forventninger til, hvornår der er behov for tvangsindlæggelse, og hvor længe der er behov for, at borgeren er tvangsindlagt.

*Men der er jo også nogle gange, hvor de [borgere] fx kan have været udadreagerende på bostedet. Der oplever vi, at personalet er utrygge ved at få borgeren hjem. Så selvom vi egentlig vurderer, at den tilstand er de ikke i længere, så er det enormt utrygt. Vi har også nogle af dem fx med autismediagnoser, hvor at de jo er blevet udadreagerende, fordi at de har brug for meget streng struktur, (…) og så krakelerer det for dem, fordi de ikke har kunnet opretholde den her struktur. Og der er nogle gange, hvor de [bosted] siger, det har været så voldsomt, så de mener ikke, at borgeren er klar til at komme hjem igen. Men den affekttilstand, de var i, da de var udadreagerende, er jo klinget af, og så kan vi ikke se, der er behov for den her akutindlæggelse længere. Så på den måde er der helt klart nogle steder, hvor vi ser det lidt forskelligt.*
*Medarbejder, psykiatrisk sengeafsnit for voksne*

Efter psykiatrimedarbejderes opfattelse har borgere med autisme brug for ro og stabilitet, som ikke kan gives på et akut sengeafsnit. Derfor peger de på, at forebyggelsen af, at borgeren igen bliver dårlig og udadreagerende ligger hos botilbudsmedarbejdere, som skal sikre den rette struktur og de rette rammer.

Denne forskellige opgaveforståelse mellem medarbejdere på botilbud og i psykiatrien kan medføre, at nogle borgere falder mellem to stole, hvor hverken botilbud/børne- og ungehjem eller psykiatri stiller med den rette hjælp. *Denne oplevelse deles også af aktører fra PSP-fora, som giver udtryk for, at psykiatrien og botilbud nogle gange skubber opgaven med borgeren frem og tilbage imellem sig.* Det illustrerer citatet nedenfor:

*Jeg oplever, at man mellem kommuner og psykiatri ofte er meget uenige om, hvilken indsats der skal til og hvilken tilgang, der skal være. Hvor at man måske godt kan bruge noget krudt på et PSP-møde på at sidde og skubbe lidt frem og tilbage, fordi kommunen måske siger, at det her er simpelthen ikke en socialpædagogisk opgave, og psykiatrien siger, at han er autist, han er ikke inden for rammen, det er ikke vores opgave (…). Hvornår er det kommunen, og hvornår er det psykiatrien, der er jeg ikke sikker på, at vi alle er enige om, hvad er hvis opgave. Men jeg er heller ikke altid sikker på, at der er viden nok omkring, hvilken ramme psykiatrien arbejder inden for og hvilken ramme, kommunerne arbejder inden for (…). Der opstår mange frustrationer omkring tvangsindlæggelser også internt i vores egen organisation (…), og der er der både manglende viden, men også manglende forståelse for, hvad kan hver virksomhed, og hvad kan vi hver især byde ind med.*
*Medarbejder, lokalpoliti og PSP- netværk*

### Forskellige faglige logikker og mål

**Boks 16: Hovedpointer**

Aktørerne oplever, at de hver især arbejder ud fra forskellige faglige praksisser med forskellige mål for borgerne. For at kunne skabe et sammenhængende behandlingsforløb til gavn for borgeren, efterspørger de faglige aktører en bedre dialog, som skal øge forståelsen for hinandens faglige tilgange og sikre, at der arbejdes mod samme mål for borgeren. Ellers kan der opstå misforståelser, hvor psykiatrimedarbejdere kan blive i tvivl om, hvorvidt den tilgang til borgeren, som anvendes på botilbud og børne- og ungehjem, skyldes manglende kvalitet på opholdsstederne.

Medarbejdere fra psykiatri, botilbud samt børne- og ungehjem peger på, hvordan de hver især kan opleve, at aktørerne arbejder ud fra en forskellig faglig praksis, som kan medføre, at aktørerne har forskellige mål for borgeren og dermed kan modarbejde hinanden.

En medarbejder i *psykiatrien oplever, at de i højere grad end på det specialpædagogiske felt arbejder med harm reduction* for eksempel i forhold til spisestop og rusmiddelforbrug. Her beskrives det, at harm reduction handler om at reducere niveauet af den problematiske adfærd frem for at udtrykke nultolerance, som psykiatrimedarbejdere oplever, at der kan være på botilbud samt børne- og ungehjem. Ifølge aktører i psykiatrien bliver medarbejdere på botilbud samt børne- og ungehjem utrygge og bekymrede for borgeren for hurtigt. Det ender efter deres oplevelse ofte med en tvangsindlæggelse, der kunne være undgået, hvis tilgangen havde været en anden end nultolerance. Som citatet nedenfor illustrerer, ønsker aktører i psykiatrien eksempelvis i nogle tilfælde, at aktører på botilbud samt børne- og ungehjem ser mere overordnet på borgerens tilstand fremfor at handle hurtigt på, at en ung her og nu har et misbrug eller spisestop.

Blandt psykiatrisk personale er der dog også en anerkendelse af, at det kan være svært for personale på botilbud at styre en harm reduction-tilgang ude på botilbuddene ved eksempelvis at acceptere misbrug af hash frem for hårde stoffer. Omvendt peger personale fra botilbud samt børne- og ungehjem på, at der kan være for høj tolerance i psykiatrien, og de har en oplevelse af, at det næsten skal gå galt, før der er mulighed for at få hjælp med en indlæggelse.

Der kan derfor være en forskellig faglig tilgang blandt personale i psykiatrien og på botilbud samt børne- og ungehjem i forhold til, hvordan de arbejder med borgerens problemer, og hvornår de hver især oplever, at en adfærd kræver tvangsindlæggelse.

---

*Vi kommer til at arbejde sådan lidt parallelt og har måske ikke helt den samme retning på, hvad vi egentlig arbejder hen imod, og det kan være svært i sig selv (…) Det kan for eksempel være, hvor går grænsen i forhold til misbrug? Vi arbejder måske lidt mere med harm reduction og prøver sådan at tilpasse, hvad kan den enkelte tåle, og hvordan kan vi prøve at arbejde med misbruget uden, at vi sætter den der grænse op, som jeg sagde. (…) Og vi har for eksempel haft nogen med, hvor de i perioder ikke har villet spise og drikke, hvor at personalet bliver meget bekymret ret tidligt ude på bostedet. Hvor at hver gang, de så har kontaktet lægen, så vil hun ikke indlægges, og så bliver det så med magt eller med tvang. Og der kan man sige, kan vi flytte den grænse, hvor de [bosted] kan arbejde længere tid med det, fordi hun jo også har perioder, hvor hun så spiser. Og man så ser på en overordnet tilstand i stedet for, hvor længe har hun ikke spist og drukket?*
*Medarbejder, psykiatrisk sengeafsnit for voksne*

---

Tilsvarende kan personale fra botilbud samt børne- og ungehjem opleve, at de i psykiatrien ikke arbejder i samme retning, som de fra et pædagogisk perspektiv ønsker. Personalet fra botilbud samt børne- og ungehjem efterspørger et samarbejde med psykiatrien, *hvor man i fællesskab lægger en samlet plan for borgerens behandling,* når borgeren er indlagt i psykiatrien.

På botilbud og børne- og ungehjem har personalet ofte forventninger om, at borgeren skal være i en udvikling hen mod et liv med mere deltagelse og ansvar over egen situation. Men de oplever i nogle tilfælde, at borgerens udvikling forværres under en indlæggelse. Casen nedenfor illustrer et eksempel, hvor borgeren efter tvangsindlæggelsen har fået et nyt ritual for medicinindtag. Her peger medarbejderen fra botilbuddet på, at den konkrete tilgang i psykiatrien modarbejder den plan om mestring, der arbejdes med på botilbuddet, fordi borgeren ikke længere kan tage medicinen selv. Det illustrerer dermed, hvordan den faglige tilgang i psykiatrien i nogle tilfælde er forskellig fra tilgangen på botilbud samt børne- og ungehjem, hvilket i dette tilfælde resulterer i, at aktørerne modarbejder hinanden. For en medarbejder fra et børne- og ungehjem er der en lignende oplevelse af, at personale i psykiatrien kan have et mere kortsigtet mål for øje, eksempelvis at få stabiliseret vægten, end personalet på børne- og ungehjemmet har, hvilket efter deres oplevelse i sidste ende kan komme til at betyde, at den unges funktionsniveau forværres.

**Boks 17:**
**Case-eksempel: Ritual for medicinindtag**

*Det er den samme unge pige, som bliver indlagt, og hun bliver også tvangstilbageholdt. Hun har jo nogle tvangstanker, nogle tvangshandlinger, og har altid været medicinsk samarbejdende. Men der sker noget under den her indlæggelse, hvor hun lige pludselig får svært ved at tage sin medicin, og det har angiveligt noget at gøre med hendes stemmer. Men mindstemiddelsprincippet træder i kraft her, fordi at personalet på sengeafsnittet vil gøre alt for, at hun frivilligt tager den her medicin. Så de får faktisk lavet et ritual med hende, og mange af hendes tvangshandlinger er ritualiserede - også hendes selvskade. Da hun kommer hjem fra indlæggelsen, der har hun lige pludselig fået et nyt ritual, som er stemmepræget, og hun kan ikke længere tage sin medicin, medmindre personalet hjælper hende med at tage det igennem et ritual. Det arbejder fuldstændig imod vores rehabiliterende, recovery-orienterede tilgang, fordi at nu kan hun ikke længere selv varetage den her funktion. Men de [psykiatrien] arbejder med mindstemiddelsprincippet, hun tager sin medicin, hun samarbejder omkring det (…), så er hun færdigbehandlet. Hvor vi herude på bostederne kan tænke, nej, hun er slet ikke færdigbehandlet, fordi det er ikke det, der er udfordringen. Det er ikke medicinen, der er udfordringen, det er noget helt, helt andet (…). Hvor jeg godt kunne have tænkt mig, at de [psykiatrien] måske havde drøftet det med os inden og hørt, hvad arbejder I hen imod? Hvad arbejder hun selv hen imod i sit liv og i sin proces? Så vi [psykiatrien] kan støtte op omkring den udvikling. Men hun blev færdigbehandlet.*
*Medarbejder, botilbud.*

Men der er også nogle medarbejdere fra psykiatrien, som fremhæver, at psykiatrien selv har fokus på, hvordan det sikres, at tvangsindlæggelsen ikke modarbejder borgerens udvikling mod mestring og øget funktionsniveau. Personale fra psykiatrien fremhæver nogle eksempler på, hvordan borgere kan blive dårligere under en indlæggelse, fordi psykiatrien tager ansvar fra dem. En leder i psykiatrien fortæller blandt andet om eksempler på, at borgerens selvmordsadfærd stiger, når borgeren indlægges, fordi det nu er de fagprofessionelle i psykiatrien, der tager ansvar for borgerens liv.

Et andet eksempel kommer til udtryk ved den konkrete behandling af spiseforstyrrelser med tvangssonde. I én region fortæller en aktør, at de kun anvender tvangssonde i absolut livstruende tilstand for netop at opretholde borgerens eget ansvar under tvangsindlæggelsen. Dette står i kontrast til langvarigt sondeberedskab, som der arbejdes med i andre regioner. Det kan betyde, at borgere, som skifter hospital i et længere forløb kan opleve meget forskellige tilgange i behandlingsforløbet.

---

*Vi har arbejdet under indlæggelse med minimumstvang, herunder også minimumssonde. Og mange af de piger, der kommer fra en anden region, de har været langvarigt indlagt og har været langvarigt på dét, vi kalder sondeberedskab. Det vil sige, at de får at vide, at hvis ikke du spiser, så får du sonde. Hos os arbejder vi anderledes. Vi giver kun sonde ved absolut livstruende tilstand, fordi der er en risiko for, at man kommer ind i et mønster med tvang, der ikke bringer bedring, og hvor pigen lægger det ansvar fra sig og dermed får sværere ved at komme ud i livet uden tvang. Så derfor informerer vi også patienterne og får bostederne til at hjælpe os med at informere dem om, at vi arbejder på en ny måde på det hospital, I kommer op til.*
*Leder, psykiatrisk sengeafsnit for børn og unge*

---

Selvom personale i psykiatrien kan være enig i, at det er ude på botilbuddene, at borgeren skal øve at mestre sit hverdagsliv, er der eksempler på, at personalet i psykiatrien oplever, at de krav, der stilles til borgeren på botilbuddene, bliver for høje. Det gælder eksempelvis krav om, at borgerne selv siger til, når de har det skidt.

På et børne- og ungehjem har personalet bevidsthed om, at aktører i psykiatrien og øvrige samarbejdspartnere kan opleve, at borgerne gives for meget ansvar i det pædagogiske arbejde.

---

*Og de [psykiatrien og somatikken] er jo forfærdet over at opleve for eksempel unge under 18 år, som kommer alene i taxa om natten og har slugt 10 barberblade og skal måske tage en bus hjem, fordi bostedet siger: "jamen vi arbejder lige på at øge deres eget ansvar eller give dem noget ansvar tilbage". Og der er jo noget i det, som lyder rigtigt, og så er det også noget, som man meget nemt kan misforstå, hvis man ikke er i det helt helt tætte samarbejde med psykiatrien og helt tæt forståelse om sagen. Fordi hvis man er under 18 år, så skal man i hvert fald være meget varsom med at tænke, at nu giver man ansvar ved, at de skal fragte og transportere sig selv om natten. (…) Men det hjælpsomme er jo, når man kan informere systemerne om det.*
*Medarbejder, børne- og ungehjem.*

---

Medarbejdere i psykiatrien oplever, at kvaliteten på de botilbud samt børne- og ungehjem de samarbejder med, varierer meget. Nogle medarbejdere i psykiatrien udtrykker bekymring for, om den nødvendige faglige kvalitet, der skal til for at undgå tvangsindlæggelser, er til stede på alle tilbud.

### Information og dialog mellem aktører

**Boks 18: Hovedpointer**

Aktørerne peger bredt set på, at dialog øger forståelsen for hinandens faglige tilgang, fordi det er afgørende for at kunne skabe et sammenhængende behandlingsforløb at identificere fællesnævnerne og forstå, hvorfor samarbejdspartnerne tilgår borgeren på en lidt anderledes måde end dem selv.

Medarbejdere fra både børne- og ungehjem og botilbud understreger vigtigheden af, at de informerer samarbejdspartnere om den faglige tilgang, de arbejder med. En medarbejder fra et børne- og ungehjem fortæller, at nysgerrighed på hinandens faglige bevæggrunde øger forståelsen og styrker samarbejdet mellem aktørerne.

At have indsigt i og dialog om hinandens tilgange, kan ifølge en medarbejder i psykiatrien gøre, at man bliver mere opmærksom på fællesnævnerne frem for forskellene. Det kan styrke samarbejdet mellem aktørerne og give et mere samstemt behandlingsforløb til gavn for borgeren, der både har perioder på og uden for hospitalet. Som det beskrives i nedenstående citat, behøver tilgangene i psykiatrien og på botilbuddene eller børne- og ungehjem ikke at være fuldstændig ens, idet der ligger forskellige målsætninger og opgaver i den behandlende og pædagogiske tilgang. Men det er ifølge medarbejderen afgørende at identificere fællesnævnerne og forstå, hvorfor samarbejdspartnerne tilgår borgeren på en lidt anderledes måde end dem selv for at kunne skabe et sammenhængende behandlingsforløb på tværs af sektorer.

**Boks 19:**
Læs i kapitel 5 om løsninger, hvordan psykiatri og botilbud i fællesskab kan samarbejde om anvendelsen af brugerstyrede senge og elektive indlæggelser.

---

*Altså, at der er et fagligt forum, hvor man ligesom aligner, fordi at de [bosted] står med den rehabiliterende indsats, og vi står med den behandlende indsats. Men der er altså nogle overlap, hvor vi skal tænke lidt på samme måde omkring de her piger, der er så destruktive i perioder af deres liv. Så det er bare vigtigt, at vi er samstemt, at vi forstår: hvorfor gør vi, som vi gør? Og at der er nogle fællesnævnere i den måde, vi gør tingene på. Tilgangen minder om hinanden. (…) Og det er en god ting, fordi så bliver der noget samstemthed, og pigerne bliver ikke så forvirrede.*
*Leder, psykiatrisk sengeafsnit for børn og unge*

---

Ligesom personalet på botilbud samt børne- og ungehjemmene i samarbejdet med psykiatrien kan opleve at have konfliktende faglige tilgange til borgeren, *kan samme udfordring gælde i samarbejdet med politiet*. Nogle botilbudsmedarbejdere oplever, at det er vigtigt også at informere politiet om, hvordan de arbejder for eksempel med den unges ansvar. Som case-eksemplet nedenfor viser, kan det i nogle tilfælde modarbejde det pædagogiske arbejde på botilbud samt børne- og ungehjem, hvis politiet ikke er informeret om hensigten. I eksemplet herunder vil politiet køre borgeren tilbage til børne- og ungehjemmet, selvom det pædagogiske personale har været i gang med at øve noget andet med den unge.

**Boks 20**
**Case-eksempel: Samarbejde mellem børne- og ungehjem samt politi**

*For eksempel hvis unge vil gå herfra, og ikke vil være her, så siger vi jo også, at vi følger ikke efter, og vi tilbageholder ikke nogen. Det vi gør, det er, at vi i fredstid arbejder benhårdt på at sige, når du nu får det svært, og du får lyst til at gå, kan vi så prøve at øve, at vi går den her rute? Alle de der ting arbejder vi så hårdt på og integrerer i dem som indre mekanismer, som så sidder fast, når de får det så opkørt og så svært. Vi har haft en ung efterlyst 10 gange, hun er gået, vi er bekymrede, hun vil selvskade, hun vil tage sit eget liv, politiet skal ud og finde hende, finder hende og kommer med hende. Så var vi faktisk på et tidspunkt nået dertil, hvor vi øvede, at når hun gik, så var det den her rute med kontakt, så kunne vi jo opleve at politiet spottede hende og kendte hende og holdt ind og tog hende med og kørte hende tilbage, og så måtte vi sige: "nej, lige nu er vi lige ved at øve noget andet, så i skal faktisk ikke komme med hende, når vi ikke har ringet og efterlyst".*
*Medarbejder, børne- og ungehjem*

### Samarbejde med politiet i den akutte indlæggelsessituation

**Boks 21: Hovedpointer**

Aktørerne oplever generelt, at der har været en positiv udvikling i samarbejdet med politiet omkring tvangsindlæggelser. Der er forskellige eksempler på, at politiet lykkes med enten at deeskalere, eller at de uhensigtsmæssigt eskalerer situationen i forløbet op til en tvangsindlæggelse.

Som tidligere nævnt har betjente i beredskabet sammen med den psykiatriske akutmodtagelse en central rolle i den helt akutte fase, hvor en borger tvangsindlægges i psykiatrien, fordi det er dem, som blandt andet bistår med transporten. Flere aktører peger på, at *der generelt har været en positiv udvikling i det tværsektorielle samarbejde med politiet* i den akutte tvangsindlæggelsesfase.

Der er dog forskellige oplevelser af, hvorvidt *politiet kan lykkes med at forebygge en tvangsindlæggelse i den akutte fase*. Betjente i beredskabet og øvrige samarbejdsaktører nævner flere eksempler på, at politiet lykkes med at få deeskaleret en tvangsindlæggelse, så den enten foregår mere skånsomt, eller hvor det lykkes at få borgeren til at gå med frivilligt. Når det lykkes, peger aktørerne på, at nogle betjente er dygtige til at være i øjenhøjde med borgerne og få etableret en god kontakt, jf. citatet nedenfor.

---

*Men det, vi har arbejdet rigtig meget med, og som vi har stor, stor glæde af, det er alt det, som politiet har med sig, fra de henter patienten, til de kommer ind. Alle de informationer er så vigtige for os. Og nogle gange er det bare én af betjentene, der har den bedste kontakt, og så bruger vi det. Så det er den, der har den bedste kontakt, der ligesom er den, der er tættest på patienten. Og det er nogle gange én af betjentene, og så er det sådan, det er.*
*Leder, psykiatrisk akutmodtagelse*

---

I den forbindelse peger betjentene selv på, at et forudgående kendskab til borgeren er en fordel, hvor betjentene har mulighed for at tale om det, som borgeren gerne vil tale om, og undgå det, der kan trigge borgeren.

Omvendt er der også eksempler på, at aktørernes forskellige forståelser af opgaven kan udfordre det tværsektorielle samarbejde, når en borger skal indlægges med tvang. Medarbejdere fra psykiatrisk akutmodtagelse samt børne- og ungehjem oplever, at betjente i beredskabet i nogle tilfælde kommer til at eskalere situationen. Det handler eksempelvis om, at politiet hurtigt anvender fysisk magt, hvor de griber ind og tager fat i borgeren.

Politiet oplever, at de tilkaldes til at varetage magtanvendelse, men samtidig fornemmer de, at deres samarbejdspartnere ser skævt til dem i situationer, hvor de anvender magt, som citatet nedenfor illustrerer.

---

*Vi bliver jo lidt den udøvende magt tit. Så (…) når de har problemer, der skal fastholdes, tvangsmedicineres, så kommer vi jo op, og så er det jo typisk, fordi at de ikke selv kan. Og der kan vi jo godt opleve, nogle gange, at der er mange omkring deroppe, og de må ikke bruge magt. Men vi er jo nødt til at gøre det nødvendige nogle gange, og der kan vi godt føle, nogle gange, at vi bliver kigget lidt skævt på (…) Og vi gør det jo på en måde, så vi passer bedst muligt på dem, vi arbejder med. Hvor de måske godt kan synes, det er lidt voldsomt nogle gange.*
*Betjent, beredskabet*

---

Aktørerne oplever, at der er kommet et øget fokus hos politiet på at have viden om de borgere, som typisk indlægges med tvang, fordi de fylder meget i politiets opgaver. En interviewperson fra psykiatrisk akutmodtagelse peger på, at det er vigtigt, at politiet får viden om psykisk sårbare målgrupper og har mulighed for at få sparring fra psykiatrien, så nogle af de eskalerende situationer kan undgås.

Betjente i beredskabet peger omvendt på, at det ikke er en del af politiets uddannelse at opnå indgående viden om psykiatriske målgrupper på trods af, at de er i berøring med målgruppen en stor del af deres arbejdstid. Betjente i beredskabet oplever også, at de i nogen tilfælde ikke kan medvirke til at forebygge en tvangsindlæggelse, da beslutningen om, at borgeren skal indlægges med tvang, efter deres oplevelse allerede er truffet, når politiet tilkaldes.

I politiet er der stor opmærksomhed på *politiets tidsforbrug i forbindelse med tvangsindlæggelsen.* Som citatet nedenfor illustrerer, kan en tvangsindlæggelse være en langsommelig proces, hvor politiet bruger mange timer på en enkelt tvangsindlæggelse. Selvom samarbejdet mellem politi og psykiatri ikke er udfordret i indlæggelsessituationen, kan de rammer, som politiet arbejder under, alligevel vanskeliggøre arbejdet.

---

*Altså det kan tage virkelig lang tid sådan en tvangsindlæggelse, også med vores kreds' geografi. (…) Man kan jo bruge næsten en 5-6 timer på en enkelt tvangsindlæggelse. (…) Så altså jeg synes, altså samarbejdet har jeg ikke personligt noget at sætte på i mit personlige møde med psykiatrien. Det er bare for mig en meget langsommelig proces.*
*Betjent, beredskabet*

---

Da politiet kan bruge lang tid på at transportere borgeren hen til tvangsindlæggelsen, er de opmærksomme på, at selve tvangsindlæggelsen skal gå så hurtigt som muligt. I en psykiatrisk akutmodtagelse har man netop gode erfaringer med at nedbringe ventetiden for politiet, når der foretages tvangsindlæggelser på gule papirer. Det sker blandt andet ved, at det ikke er lægen i psykiatrisk akutmodtagelse, der optager primære journaler, men at dette i stedet gøres af lægen på afsnittet i dagstid.

**Boks 22:**
PSP er etableret som et forum, der skal skabe sammenhæng og samarbejde mellem politiets, psykiatriens og kommunens arbejde. Her peger politiets repræsentanter i PSP netop på, at de oplever forummet give en større fælles forståelse af opgaven i selve PSP-samarbejdet. Det kan være en udfordring at udbrede den fælles forståelse til betjente i beredskabet og personale i psykiatrisk akutmodtagelse. Der er konkrete og gode erfaringer med for eksempel at justere procedurer og dermed reducere ventetiden for betjente i beredskabet; undervisningsdage hvor der øves cases og generelt videndeling og sparring fra psykiatrien til politiet.

**Læs mere om løsninger i kapitel 5.**

## Informationsdeling og indhentning af samtykke

Aktørerne oplever, at mulighederne for at informationsdele mellem sektorer kan være en udfordring i det tværsektorielle samarbejde i forløbet op til en tvangsindlæggelse.

I dette afsnit beskriver vi aktørernes egen oplevelse af den lovgivning, de opererer under, og den lovgivning de oplever, at deres samarbejdspartnere arbejder under.

Analysen viser, at der på nogle punkter er uklarhed og uenighed mellem aktørerne om, hvordan lovgivningen skal fortolkes. Analysen vil synliggøre de forskellige perspektiver, som aktørerne oplever i det tværsektorielle samarbejde, men ikke tage stilling til, om aktørernes fortolkning og beskrivelse af lovgivningen er juridisk korrekt.

**Boks 23: Analysens hovedpointer**

- Det er en væsentlig forudsætning for et bedre tværsektorielt samarbejde og dermed for mere effektiv forebyggelse, at aktørerne omkring borgerne har adgang til at dele relevante informationer. Aktørerne oplever, at det kan være vanskeligt at indhente samtykke til informationsdeling fra borgerne i indlæggelsessituationen grundet borgernes tilstand og formen på det samtykkeskema, de skal anvende.
- Generelt oplever aktørerne, at lovgivningen på visse punkter er uklar, hvilket skaber en usikkerhed om og forskellige fortolkninger af beføjelserne til at dele information. Derfor er der på nuværende tidspunkt et potentiale for informationsdeling, som ikke opnås.
- Tvivl og uklarhed om beføjelserne for informationsdeling kan særligt være en udfordring i forhold til at dele information imellem forskellige sektorer. Netop overgange mellem sektorer indebærer særlige tidspunkter, hvor aktørerne oplever, at de mangler information, som er væsentlig for at arbejde forebyggende. Aktørerne peger på, at der arbejdes i forskellige IT-systemer, hvilket begrænser blandt andet betjente i beredskabets adgang til information om borgere i situationen omkring en tvangsindlæggelse. De oplever også, at GDPR-regler begrænser muligheden for at udveksle oplysninger fra psykiatrien til botilbud samt børne- og ungehjem i det ønskede omfang.

### Indhentning af samtykke til informationsdeling

**Boks 24: Hovedpointer**

Det er en væsentlig forudsætning for et bedre tværsektorielt samarbejde og dermed for mere effektiv forebyggelse, at aktørerne omkring borgerne har adgang til at dele relevante informationer. Aktørerne oplever, at det kan være vanskeligt at indhente samtykke til informationsdeling fra borgene i indlæggelsessituationen grundet borgernes tilstand og formen på det samtykkeskema, de skal anvende.

Personale fra botilbud og psykiatrien fremhæver på forskellig vis, at det kan være vanskeligt at indhente samtykke i tvangsindlæggelsessituationen.

Nogle aktører oplever, at *borgerens tilstand kan være en udfordring* for at få deres samtykke i tvangsindlæggelsessituationen, hvis borgeren er paranoid eller på anden måde har forestillinger, som ikke stemmer overens med, hvad fagpersonerne oplever, jf. citatet nedenfor.

*Ja altså jeg vil sige, kan man gøre et eller andet ved samtykke. (…) Vi kan godt forvalte folks personfølsomme oplysninger, og vi kan godt forvalte, hvornår vi skal tale med hvem. Det er jo ikke alle, der kan det. Så jeg er også med på, at vi skal have nogle regler for, hvornår vi deler hvad. Og i de der sektorovergange, det er jo super vigtigt. (…) Det er rigtig svært at få samtykke fra nogle af de borgere, som lever deres HELT eget liv. Vi har også en borger, som har udviklet sit eget sprog. (…) Vi har prøvet at få alle mulige tolke på, og de siger: "Vi forstår hende heller ikke". Hun forstår udmærket dansk, hun forstår alt, men hun taler sit eget sprog. Og få et samtykke der... Det er bare for at give nogle billeder af, hvor svært det kan være at få lov til at tale sammen med dem, der kan være vigtige omkring et menneskes behov eller udvikling. Det er pisse svært.*
*Leder, botilbud for voksne*

Andre aktører peger på, at samtykkeskemaet er omstændigt at udfylde. Som citatet nedenfor illustrerer, er *samtykkeskemaet særligt vanskeligt at bruge i tvangsindlæggelsen*, fordi aktørerne ønsker at gøre indlæggelsen så skånsom som muligt. Det handler både om at foretage en hurtig tvangsindlæggelse, hvor borgeren ikke samtidig skal forholde sig til samtykkeskemaet, og det handler om at give borgeren tid til at falde til ro og se afdelingen, de skal være på. Derfor bliver det ofte ikke prioriteret at udfylde, når en tvangsindlæggelse pågår. I stedet bliver praksis, at der først indhentes samtykke dagene efter tvangsindlæggelsen, hvor der er etableret en kontakt til patienten, og hvor patienten er faldet til ro på afdelingen.

*Men en patient, der bliver tvangsindlagt, det er ikke dér, man går ud med samtykkeskemaet og siger: "Og i øvrigt...". Det er ikke dér, man gør det. Det gør man dagen efter, når patienten er faldet lidt ned, og man har fået god kontakt med patienten, der snakker man om samtykke. (…) Men det er ikke en prioritet, når man bliver tvangsindlagt. For os er det ikke. For os er det en prioritet, at det skal være så skånsomt for patienten som overhovedet muligt, og det skal ske så hurtigt som overhovedet muligt. De vil komme op på afdelingen, de vil lande i afdelingen og falde til ro oppe på afdelingen.*
*Leder, psykiatrisk akutmodtagelse.*

### Usikkerhed om informationsdeling

**Boks 25: Hovedpointer**

Generelt oplever aktørerne, at lovgivningen på visse punkter er uklar, hvilket skaber en usikkerhed om og forskellige fortolkninger af beføjelserne til at dele information. Derfor er der på nuværende tidspunkt et potentiale for informationsdeling, som ikke opnås.

I det tværsektorielle samarbejde, oplever aktørerne, at der er forskellige opfattelser af, hvilken information der kan deles. *Reglerne for, hvad der reelt må deles mellem aktører*, opleves som en udfordring. De peger på, at usikkerheden om, hvad forskellige aktører må vide, er et benspænd i forhold til at kunne dele den information, der sikrer borgeren det bedste forløb før, under og efter en tvangsindlæggelse, jf. citatet nedenfor.

*Hvem må vide [hvad] - må egen læge vide noget? Hvis man er paranoid, og man har en dårlig familierelation, jamen så er det altså ret meget, man skal gøres opmærksom på. Det oplever jeg som et benspænd, fordi jeg ved godt, det er rettigheder. Det er mine, dine og patientens rettigheder, det forstår jeg godt. Men når nu jeg bare gerne vil gøre det bedste, så kan det virke tungt nogle gange.*
*Leder, botilbudsteam*

Eksempelvis er der *forskellige fortolkninger af, hvilken information der kan deles* under retsplejeloven på tværs af politi og psykiatri. Samtidigt opleves det også, at retsplejelovens paragraf 115 (2025)[9] er uklar i forhold til, hvornår der må deles viden med aktører uden for samarbejdet mellem politi, psykiatri og kommune. Det kan eksempelvis være relevant at kontakte den praktiserende læge i tilfælde, hvor borgeren ikke længere er i aktiv behandling i psykiatrien, men hvor der stadig er en bekymring for borgerens mentale tilstand og funktionsniveau. I disse tilfælde kan deling af relevante og bekymringsbaserede oplysninger med den praktiserende læge ifølge en repræsentant fra politiet i PSP være afgørende for, at borgeren ikke efterlades uden sundhedsfaglig opfølgning. Den praktiserende læge kan på baggrund af disse oplysninger tage initiativ til kontakt, vurdere borgerens tilstand og sikre, at der iværksættes relevante tiltag, hvis borgerens psykiske tilstand vurderes at være alvorligt forværret. En repræsentant fra psykiatrien tilføjer, at en nyligt tilført paragraf 19f i psykiatriloven giver nogle styrkede beføjelser i forhold til informationsdeling i det akutte samarbejde, men at der mangler klarhed over beføjelserne for informationsdeling uden samtykke i det mere forebyggende arbejde.

Medarbejdere fra politiet oplever, at det i høj grad er personafhængigt, om de kan få adgang til væsentlig information. De peger blandt andet på, at medarbejdere i politiet med netværk fra PSP-samarbejdet har nemmere ved at få adgang til oplysninger kontra medarbejdere i vagtcentralen, som ikke har samme personlige kontakt ind i psykiatrien

**Boks 26:**
Læs i kapitel 5 om, hvordan udvekslingen af oplysninger i PSP-samarbejdet kan være en løsning.

Analysen viser, at der ikke er ens fortolkning blandt aktørerne af, *hvad rammerne er for udveksling af information inden for PSP-samarbejdet*. En repræsentant fra politiet i PSP oplever det som en hindring, at personale fra psykiatrien ikke må udveksle somatiske oplysninger til politiet, men kun psykiatriske oplysninger, selvom det kan være relevant for en patrulje at vide, at en person er hjertepatient eller andet.

Slutteligt illustrerer nedenstående citat et perspektiv, hvor *selve usikkerheden om lovgivningen og hvad, der må deles, medfører, at aktørerne handler forskelligt* i forhold til, hvad de deler af information. Ofte bliver enkelte aktørers faglige vurdering og fortolkning styrende for, hvad der deles, hvilket for nogle aktører i psykiatrien kan betyde, at de bliver forbeholdne i forhold til at dele information.

[9] § 115. stk. 1: Politiet kan videregive oplysninger om enkeltpersoners rent private forhold til andre myndigheder, hvis videregivelsen må anses for nødvendig af hensyn til politiets samarbejde med de sociale myndigheder og social- og behandlingspsykiatrien som led i indsatsen over for socialt udsatte personer (PSP-samarbejdet). Stk. 2: I samme omfang som nævnt i stk. 1 kan en myndighed videregive oplysninger om enkeltpersoner til politiet og andre myndigheder, der indgår i de former for samarbejde, som er nævnt i stk. 1

*Det er noget, de oftest støder på oppe i Vagtcentralen, når man ringer ud. Det er ikke noget, jeg støder på (…). Men dem, som der måske ikke lige ved, hvor man skal ringe hen til, som ringer til nogen, der ikke har den viden omkring, hvad man rent faktisk godt må dele for at forebygge en persons ve og vel, de kan nogle gange godt blive skræmt af vores GDPR-lovgivning, og så må man sige, det må jeg ikke oplyse om, men hvor vi har brug for at få den oplysning for at hjælpe borgeren. Så det kan godt være en udfordring. Og igen, det er ikke fra mit eget perspektiv, men jeg hører tit om det fra vores vagtcentral, der kan være udfordret dér.*
*Medarbejder, lokalpoliti og PSP-netværk*

Selvom rammerne for, hvilken information der kan deles i regi af PSP, kan være uklar, nævnes PSP alligevel som et forum, der understøtter mulighederne for informationsdeling på tværs af kommune, psykiatri og politi. Som citatet nedenfor viser, er der i den forbindelse en opmærksomhed på, at forummet ikke udnyttes til at dele information om borgeren, som ikke er afgørende for behandlingen af sagen. PSP-fora skal bruges i de tilfælde, hvor der er reelt behov for koordinering.

*Det, vi til gengæld virkelig har prøvet ret ihærdigt at rydde op i, er, at vi tilbage i 2017-2018 stykker, før vi ligesom fik lavet et nyt kommissorie, havde nogle udfordringer med, at man nogle gange brugte PSP til, når borgerne ikke ville give samtykke mellem kommune og psykiatri. Når borgerne ikke ville give samtykke til, at psykiatrien talte med kommunen, så kunne de finde på at tage den op i PSP (…) Og det har vi lukket ret meget ned for, og sagt PSP skal ikke være en kattelem for, at I kan udveksle oplysninger. Det skal være fordi, der reelt er behov for en koordinering. Og at der er en bekymring for noget, der står her. Det skal være need to know, og ikke nice to know. Fordi i nogle tilfælde kan det være et ønske om, at vi skulle bare egentlig vide, hvor mange timer han havde i den der 85-støtte.*
*Medarbejder, politiansat og PSP-netværk*

### Informationsdeling i forbindelse med borgerens overgang mellem sektorer

**Boks 27: Hovedpointe**r

Tvivl og uklarhed om beføjelserne for informationsdeling kan særligt være en udfordring i forhold til at dele information imellem forskellige sektorer. Netop overgange mellem sektorer indebærer særlige tidspunkter, hvor aktørerne oplever, at de mangler information, som er væsentlig for at arbejde forebyggende. Aktørerne peger på, at der arbejdes i forskellige IT-systemer, hvilket begrænser blandt andet betjente i beredskabets adgang til information om borgere i situationen omkring en tvangsindlæggelse. De oplever også, at GDPR-regler begrænser muligheden for at udveksle oplysninger fra psykiatrien til botilbud samt børne- og ungehjem i det ønskede omfang.

Tvivl og uklarhed om beføjelserne for informationsdeling kan særligt være en udfordring i forhold til at dele information i sektorovergange. Vi peger på særlige tidspunkter i forløbet, hvor aktørerne oplever, at de mangler information som kunne have en potentielt forebyggende karakter.

*Psykiatriens tavshedspligt om indlæggelse*

Aktører i politiet og i psykiatrien peger på, at det kan være særligt udfordrende i samarbejdet mellem psykiatrien og de øvrige sektorer*, når psykiatrien henviser til tavshedspligten* i forhold til at informere om, hvorvidt de har tvangsindlagt en person.

Som citatet nedenfor viser, gælder udfordringen med psykiatriens tavshedspligt blandt andet i tilfælde, hvor politiet står i en situation med en akut bekymring for en borger. Det er udfordrende, fordi politiet potentielt står i en situation, hvor de ikke har mulighed for at få information om, hvor borgeren befinder sig, hvis borgeren er tvangsindlagt. Det kan besværliggøre og forlænge deres arbejde med at sikre, at ingen kommer til skade, hvis de har en bekymring for at vedkommende kunne være til fare for sig selv eller andre.

---

*Altså, vi opererer under retsplejeloven paragraf 115, og det fungerer rigtig godt. Men der er altid nogen, som er lidt låste i det, ikke i PSP-regi men igen, hvis man står i en akutopgave med en akutborger, så kan man godt blive mødt af en psykiatri, der vil sige: "Jeg kan ikke svare dig på noget om vedkommende er indlagt," eller et eller andet, hvor vi skal have akut fat i en, fordi de har det rigtig dårligt.*
*Medarbejder, politiansat og PSP-netværk*

---

Aktører peger på, at den udfordring også gælder over for de pårørende, hvor psykiatrien har tavshedspligt om en patients tvangsindlæggelse, jf. citatet nedenfor. Da politiet er forpligtet til at informere de pårørende, vil de pårørende derfor opleve, at forskellige aktører opererer under hver deres lovgivning.

---

*Der er i hvert fald én stor udfordring, når et menneske bliver tvangsindlagt, så er politiet forpligtet til at informere de pårørende. Når vi har patienter, der er indlagt, så har vi 100% tavshedspligt, så en mor kan blive ringet op og får at vide, at din datter er lige blevet tvangsindlagt, så ringer hun her, og vi siger: "Det kender vi ikke noget til." Kæmpe problem. Vi må ikke udtale os om, hvem vi har indlagt. Og politiet har lige sagt: "Din datter er blevet tvangsindlagt på [hospitalet}.*
*Leder, psykiatrisk akutmodtagelse*

---

*Baggrundsinformation til beredskabet i forbindelse med tvangsindlæggelser*

En anden hindring for informationsdelingen er, at aktørerne arbejder i *forskellige systemer, hvilket blandt andet begrænser betjente i beredskabets adgang til information* om de borgere, de rykker ud til.

Nogle betjente i beredskabet forklarer, at de kan slå CPR-nummer op på telefonen og se historik på borgeren i form af tidligere sigtelser, men ikke hændelser i øvrigt. De kan heller ikke tilgå information fra andre instanser. Det betyder samlet set, at betjente i beredskabet som oftest ikke har viden om den pågældende borger, hvis det ikke er én, de personligt har mødt før. Her fortæller betjente i beredskabet, at det kan være relevant at vide, om personen før har været udadreagerende, og derudover om der er bestemte ting, som vedkommende kan lide at tale om, eller som trigger vedkommende.

Betjente i beredskabet peger på, at det *begrænser deres mulighed for at arbejde forebyggende, når de ikke har adgang til relevante informationer*.

Som nævnt ovenfor er der dog forskellige opfattelser af, hvorvidt betjente i beredskabet har potentiale for at forebygge tvangsindlæggelser i den akutte fase. Nogle aktører vurderer, at betjente i beredskabet i nogen grad kan understøtte forebyggelsen af tvangsindlæggelsen gennem dialog, som kan understøtte en frivillig indlæggelse. Til hinder for, at dette sker i praksis, peger en betjent i beredskabet på, at de er presset af øvrige opgaver. Derfor anses tvangsindlæggelsen som en sag, der skal ekspederes hurtigt, hvor deres rolle er at forestå transporten, uden at nogen kommer til skade, hvis den pågældende borger er udadreagerende.

Nogle betjente i beredskabet har derfor den opfattelse, at forebyggelse af tvangsindlæggelser er en opgave i PSP-regi. De argumenterer for, at når beredskabet er kaldt ud, så er det fordi, der er sket noget, som gør det akut, hvormed forebyggelse ikke længere er muligt. I den opfattelse af beredskabets opgave, vil det i den akutte håndtering af borgere med psykiske vanskeligheder *overvejende være informationer om farlighed, som politiet opfatter som vigtige*. Som citatet nedenfor viser, handler det primært om at sikre sig hurtig og nem information, som kan give patruljen de bedste præmisser for, at situationen ikke bliver farlig for dem selv eller borgeren.

---

*De fleste af de informationer [som er relevant at få fra vagtcentralen], vil jeg jo kalde informationer, som jo er for vores egen interesse, kan man sige, for vores egen beskyttelse i forhold til, at vi ikke er interesseret i at komme til skade heller. Det er jo mest det. Så jeg ville sige nej, altså jeg synes at der, hvor man forebygger tvangsindlæggelser, det er i PSP-regiet, det er forebyggende, fordi når vi står der som beredskab, så er der jo ligesom sket et eller andet, der gør, at vi bliver nødt til at tage en beslutning ikke?*
*Betjent, beredskabet*

---

Omvendt har politiets repræsentanter i PSP en oplevelse af, at der et *uforløst forebyggende potentiale i informationsdeling til betjente i beredskabet*. Det bakkes op af enkelte eksempler fra betjente i beredskabet, hvor man er lykkedes med at forebygge en tvangsindlæggelse.

I de situationer, hvor det lykkes at forebygge tvangsindlæggelser, forklarer betjente fra beredskabet, at de anvender baggrundsinformation og tidligere kendskab til borgeren, som sikrer, at man kan deeskalere situationen.

Da beredskabet ikke altid har mulighed for at sikre, at betjenten, der kommer ud, har forudgående kendskab til borgeren, er betjentene afhængige af den information, de får fra vagtcentralen og den information, de kan søge hurtigt og effektivt i deres egne systemer, da det ofte skal gå stærkt. Derfor peger nogle fra beredskabet på, at det vil være gavnligt for dem at have informationer om borgernes udfordringer bredt set herunder også diagnoser. Det er ifølge politiet afgørende, at den information ville være nemt tilgængelig for dem.

Betjente fra beredskabet beskriver, at de tekniske muligheder for at få hurtig adgang til relevante informationer under udrykninger endnu er begrænsede, hvilket gør det svært i akutte situationer at anvende den relevante viden. Tilsvarende beskriver en medarbejder fra beredskabet, at der anvendes begrænset information fra PSP i den akutte opgavevaretagelse, jf. citatet nedenfor.

*I: Hvis nu en borger figurerer på en PSP-liste, hvornår i sådan et forløb vil du få den information? Hvis du får den.*

*Som det ser ud lige nu, er det faktisk ikke noget [jeg får]. Det har jeg svært ved lige at sige, om det er vores vagtcentral, eller det er generelt dem, der sidder med PSP... At det er lidt noget samarbejde, der skal være der, fordi det er noget, der skal tastes i et system, så det fremgår, når man slår den her person op, så kommer det frem, og de så kan give det videre til patruljerne. Men som udgangspunkt er det ikke noget, vi har.... I hvert fald ikke noget, jeg har kendskab til, som vi har brugt særlig meget, desværre.*
*Betjent, beredskabet*

**Boks 28:**
Samlet set ligger der et uforløst potentiale i forhold til vidensdeling fra politiets repræsentanter i PSP til betjente i beredskabet, hvor PSP ellers gennem netværk til de øvrige aktører har adgang til øget viden, der kunne være til gavn i de akutte situationer og ikke blot på et tidligere forebyggende stadie.

**Læs mere om løsninger i kapitel 5.**

*Lovgivning og forskellige dokumentationssystemer til informationsdeling*

Informationsdeling mellem psykiatrien og botilbud samt børne- og ungehjem kan være udfordret både før en indlæggelse, men også ved udskrivninger, hvilket kan være relevant i forhold til forebyggelse af, at borgeren genindlægges med tvang.

Et perspektiv blandt de faglige aktører er, at *GDPR-regler udfordrer* dem, og at der i nogle tilfælde ikke kan udveksles oplysninger fra psykiatrien til botilbud samt børne- og ungehjem i det ønskede omfang, jf. citatet nedenfor. Det bliver samtidig fremhævet, at GDPR-regler i nogle tilfælde indebærer, at alle ikke har adgang til den unges sag i ligeligt omfang, hvilket kan besværliggøre samarbejdet. Når en borger udskrives fra en indlæggelse i psykiatrien, har botilbudsmedarbejdere eksempelvis et ønske om information fra sengeafsnittet, som de ikke altid oplever at få. Det kan være, hvis der har været ændringer i borgerens medicin, som har betydning for, at borgeren kommer godt i gang med at indtage sin medicin ude på botilbuddet, så et eventuelt medicinsvigt ikke resulterer i en ny tvangsindlæggelse.

En anden årsag til, at informationsdeling mellem psykiatri og botilbud kan være udfordret, er, at der anvendes forskellige *platforme for dokumentation*, hvilket både er udfordrende fra sektor til sektor og når en borger skifter region. Som citatet nedenfor illustrerer, kan det besværliggøre arbejdet, at aktørerne arbejder i forskellige platforme, fordi det gør processen for informationsdeling mere omstændig og besværlig.

*Vi har jo egentlig behov for at dele mere information, end vi har mulighed for, og hvordan sikrer vi det, uden at vi bryder GPDR? Man kan sige, sundhedsplatformen kan jo dele nogle informationer til egen læge og til hjemmeplejen, det er jo super fint. Men det kan den jo ikke til bostederne, og hvis vi skal sende det afsted der, så skal vi sikre os, at det er via sikker mail, og så er der nogen, der skal trække det ud fra Sundhedsplatformen og skal sende det. Og hvordan sikrer vi så, at de også overholder, at det bliver slettet og alle de her ting? Så jeg vil sige, det er i hvert fald en stor modspiller. Der kunne det have været rart, at man havde det samme system, hvor vi ligesom havde alle oplysninger tilgængeligt på en eller anden måde. Det samme problem er jo, hvis vi får en over fra [en anden region], så kan vi jo intet se om deres historik, selvom det egentlig er velbeskrevet.*
*Medarbejder, psykiatrisk sengeafsnit for voksne*

Her nævnes koordinationsplaner som et relevant tværsektorielt redskab i samarbejdet, fordi det kan bruges til at tale om og samarbejde omkring de patienter, som er mest udsatte. Eksempelvis peger aktørerne på, at de ved brug af koordinationsplaner kan dele informationer og aftaler vedr. udskrivning uden patient-samtykke. En koordinerende medarbejder i psykiatrien fortæller også, at hvis en borger flytter, giver koordinationsplanen tilmed mulighed for at tage kontakt til den modtagende kommune og orientere kommunens gadeplansmedarbejdere om vedkommende.

## Magtbeføjelser og forventninger til brug af magt

I dette afsnit beskriver vi, hvordan aktørerne oplever beføjelserne til at anvende tvang overfor borgere under de lovgivningsmæssige rammer, de hver især arbejder under. Vi gennemgår nogle af de samarbejdsflader, hvor aktørerne har forskellige oplevelser og forventninger til andres beføjelser til at anvende magt samt hvordan det kan udfordre samarbejdet.

Det er ikke et formål med analysen at klarlægge, hvad der er en korrekt fortolkning af lovgivningen, men derimod at synliggøre de forskellige perspektiver på beføjelserne til at anvende magt, samt hvilken betydning det har for samarbejdet i forløbet op til en tvangsindlæggelse.

En gennemgående pointe på tværs af aktørerne er, at de oplever, at deres samarbejdspartnere ikke kender til de lovgivningsmæssige rammer og beføjelser til at anvende tvang, som de hver især arbejder under. Det kan skabe udfordringer i samarbejdet.

**Boks 29: Analysens hovedpointer**

- Børne- og ungehjem og botilbud oplever at blive mødt med en forventning fra øvrige aktører om, at de bør anvende mere magt, end de reelt kan og vil. Det gælder særligt i samarbejdet med betjente i beredskabet og psykiatrien, hvilket kan udfordre samarbejdet.
- Desuden ønsker flere aktører – både personale på botilbud og i politiet – at kunne tvangsindlægge eller opretholde en tvangsindlæggelse i nogle situationer, hvor der ifølge medarbejdere i psykiatrien ikke er beføjelser til det i psykiatrilovgivningen.

### Forventninger til botilbud og børneungehjems brug af magt

**Boks 30: Hovedpointer**

Børne- og ungehjem og botilbud oplever at blive mødt med en forventning fra øvrige aktører om, at de bør anvende mere magt, end de reelt kan og vil. Det gælder særligt i samarbejdet med betjente i beredskabet og psykiatrien, hvilket kan udfordre samarbejdet.

Børne- og ungehjem oplever at blive mødt med *en forventning fra øvrige aktører om, at de kan anvende mere magt, end de reelt kan og vil.* Det handler både om, at de ikke har beføjelser til det under barnets lov og om, at de ikke har et ønske om det ud fra de pædagogiske principper, de arbejder med. Læs mere om den faglige tilgange i afsnittet: *Faglige tilgange og opgaveforståelser.*

En af de samarbejdsrelationer, der kan være særligt udfordrede, er samarbejdet med betjente i beredskabet, som arbejder under andre lovgivningsmæssige beføjelser. Her fortæller medarbejdere fra forskellige børne- og ungehjem om tilfælde, hvor betjente i beredskabet har overvejet at anmelde personalet på børne- og ungehjemmet for at undlade at bruge magt, hvilket betjente i beredskabet anser for værende nødvendigt. Eller tilfælde, hvor betjente i beredskabet har sendt en underretning til kommunen om en kritik af personalets håndtering af den unge. Citatet nedenfor illustrerer ét eksempel på dette, hvor politiet netop har nogle forventninger til, hvordan personalet på børne- og ungehjemmet bruger magt op til en tvangsindlæggelse, men som personalet på børne- og ungehjemmet ikke mener at kunne anvende, fordi de arbejder under en anden lovgivning end politiet. Som citatet også illustrerer, kan det opleves særdeles udfordrende for samarbejdet, hvis politiet ser det som et svigt af den unge og dermed begynder at modarbejde personalet på børne- og ungehjemmet.

**Boks 31:**
Efter at have modtaget underretningen i det konkrete eksempel, planlægger børne- og ungehjemmet et samarbejdsmøde med politiet og sagsbehandler fra kommunen, hvor de sammen taler hændelsesforløbet igennem. Det opleves hjælpsomt i forhold til skabe forståelse for hinandens arbejdsgange og perspektiver på forløbet, hvor børne- og ungehjemmet synliggør, hvad deres arbejdsgang er, før de tilkalder politiet.

**Læs mere om løsninger i kapitel 5.**

---

*Altså vi har jo også oplevet politimænd, som kommer herud (…) og så bliver de rasende på vores personale og siger: "I står fandme bare der og kigger på, at den unge har det så dårligt, så tag dog ved dem og sig, de ikke skal gå (…)". Altså det har politiet jo sagt, at de vil anmelde vores personale for at undlade at handle. Og vi er jo nødt til at sige: "jamen altså, hvis en ung bare, "bare", skærer for selvskaden, og det ikke er livstruende, så må vi faktisk ikke gribe ind, men i det sekund, vi tænker, hov, nu bliver det faktisk så farligt, man kan dø, så må vi jo gribe ind og gøre noget. Og sværere endnu er det jo med unge over 18 år, hvor det kun er nødret og nødhverve, men som man ikke må bruge som en fast pædagogisk strategi.*
*Medarbejder, børne- og ungehjem*

---

Efterspørgslen fra betjente i beredskabets efter, at børne- og ungehjem eller botilbud udfører magtanvendelser, bunder ofte i en frustration over, hvorvidt deres samarbejdspartnere har udtømt alle muligheder, før de tilkalder politiet. Det bliver en frustration for betjente i beredskabet, fordi betjentene oplever et pres og en travlhed omkring deres opgaver generelt, som bliver endnu større, når de også pålægges denne opgave. Som citatet nedenfor illustrerer, handler det ikke kun om, at politiet efterspørger, at børne- og ungehjem eller botilbud anvender mere magt. Det handler lige så meget om, at de forsøger sig med andre tilgange til den unge, inden politiet kontaktes.

---

*(…) Og der kan vi jo godt opleve nogle gange, at der er mange omkring deroppe, og de må ikke bruge magt. Men vi er jo nødt til at gøre det nødvendige nogle gange. Og der kan vi godt føle nogle gange, at vi bliver kigget lidt skævt på. Og vi kan også måske nogle gange føle lidt at: "Okay, altså, I må godt nok ikke bruge magt, men kunne man ikke forsøge at undgå, at der er nogen, der går fra stedet eller stikker af, eller kunne man prøve en anden tilgang i forhold til tvangsmedicinering, inden man kontaktede politiet?". Fordi vi bruger rigtig meget tid.*
*Betjent, beredskabet*

---

Udover den frustration i sidste instans har resulteret i, at politiet enten har anmeldt personalet eller sendt en underretning til kommunen, påvirker også det tværsektorielle samarbejde løbende. Flere medarbejdere fra børne- og ungehjem fremhæver eksempelvis en stor frustration, når de oplever enten at få skæld ud, når de kontakter politiet, eller de oplever, at der bliver stillet spørgsmålstegn ved, om de kan finde ud af deres arbejde. Det er alt sammen udfordringer i samarbejdet, som bunder i, at politiet har nogle forventninger til, at medarbejdere fra børne- og ungehjem kan anvende magt overfor de unge, som de ikke oplever at have beføjelser til, jf. barnets lov. Personalet peger på, at der med hjemmel i barnets lov skal være virkelig gode årsager til at udføre magtanvendelser, og der opleves dermed at være en stor diskrepans til de lovgivningsmæssige beføjelser, politiet arbejder under.

Foruden dette, oplever botilbud samt børne- og ungehjem også, at *psykiatrien kan have forventninger til deres brug af magt, som de ikke kan eller vil indfri.* Et botilbud fremhæver, at de ikke har mulighed for at afprøve og anvende samme tiltag, som de anvender i psykiatrien. Forventningerne til brug af magt kommer dog ikke kun fra medarbejdere i psykiatrien og politiet. Der er også eksempler på, at der er oplevelser af, at den praktiserende læge eller sociale døgnvagt kommer med forslag til tiltag, som børne- og ungehjem ikke oplever, at de kan gøre brug af.

---

*Jeg har i hvert fald hørt fra psykiatrien: "Jamen kan I ikke lave magtanvendelser hos jer?" (griner), som sådan et greb. Jo. Det kan vi godt, men det er jo den sidste, sidste, sidste udvej. Og det er kun i en tilspidset situation, hvor vi simpelthen ikke kan gøre andet, at vi gør det. Så jeg vil sige magteanvendelsesreglerne er nok dem, hvor der kunne være den største forventning i et samarbejde (…). Altså magtanvendelse er jo ikke noget, vi sådan har som pædagogisk tilgang.*
*Leder, botilbud for voksne*

---

Flere medarbejdere fra børne- og ungehjem samt botilbud understreger, at der dels er nogle lovgivningsmæssige begrænsninger ift. magtanvendelser, som gør, at de må mindre end personale fra psykiatrien. Samtidig ønsker personalet på børne- og ungehjem samt botilbud generelt at arbejde pædagogisk forebyggende frem for at anvende magt.

Flere aktører oplever således, at forskellige lovgivningsmæssige rammer i serviceloven/barnets lov og psykiatriloven giver konfliktende forventninger til, hvordan samarbejdspartnere kan agere.

### Indlæggelsesmuligheder og tvangstilbageholdelse

**Boks 32: Hovedpointer**

Flere aktører – både personale på botilbud og i politiet – ønsker at kunne tvangsindlægge eller opretholde en tvangsindlæggelse i nogle situationer, hvor der ifølge medarbejdere i psykiatrien ikke er beføjelser til det i psykiatrilovgivningen.

Medarbejdere i psykiatrien oplever en efterspørgsel fra deres samarbejdspartnere på at kunne indlægge med tvang i et øget omfang. Tilsvarende efterspørger personale på både botilbud samt børne- og ungehjem, at der i nogle tilfælde kan ske indlæggelse hurtigere enten som en frivillig indlæggelse eller på gule papirer, inden det udvikler sig til de røde papirer. Det skyldes et ønske om, at en *indlæggelse kan fungere forebyggende, inden der sker en forværring af en tilstand.* Citatet nedenfor illustrerer, at medarbejdere fra botilbud samt børne- og ungehjem oplever at sidde med en viden om, at en indlæggelse potentielt kunne virke forebyggende og afgørende for, at en tilstand ikke bliver forværret. Det skyldes, at en indlæggelse indebærer et miljøskifte, hvor borgeren skærmes for stimulans, hvilket for nogle borgere kan give ro. Men psykiatrien oplever i de tilfælde, hvor indlæggelsen er forebyggende, ikke at have hjemmel til at kunne indlægge med tvang.

---

*Fordi jeg har oplevet så mange gange at stå med enormt meget viden om en borger, hvor jeg bare ved, at den her indlæggelse, det ville være så godt af forskellige årsager. Men de [psykiatrien] indlægger ikke vedkommende, fordi vedkommende ikke er til fare for sig selv eller for andre (…). Den måde psykiatrien arbejder på, som er altså mindstemiddelsprincippet, det er jo såvel også ganske, ganske fint og fornuftigt. Nogle gange så arbejder det bare lidt imod [forebyggelsesperspektivet]. (…) Nogle gange så har vi en anden form for viden, end de har, hvor vi nærmest river os i håret for, at de kan indlægge vedkommende. Det kunne for eksempel være, fordi vi ved at et miljøskifte, hvor der ikke er nogen krav, hvor væggene de er hvide, hvor der ikke er noget stimulans bare i fem dage ville kunne være afgørende. Hvor at de ikke har hjemmel nok til at indlægge vedkommende.*
*Medarbejder, botilbud for voksne*

---

Samme forventning om at bruge magt inden en tilstand eskalerer kan personalet på botilbud eller børne- og ungehjem have til politiet og til praktiserende læger. En medarbejder fra et børne- og ungehjem beskriver eksempelvis i citatet nedenfor, hvordan politiet nogle gange ikke kan tvangsindlægge en ung eller få en psykiatrisk vurdering af den unge ved brug af magt, fordi de kun kan handle og agere, hvis der er sket noget. Medarbejderen peger på, at hvis alle samarbejdspartnere omkring den unge kan se, at det er nødvendigt, at politiet bruger magt, så kunne det i nogle tilfælde være gavnligt, hvis politiet havde lovhjemmel til at gøre det.

*(…) politiet bliver nok også nogle gange spillet skakmat, fordi de ikke har lovhjemmel til at gøre noget, fordi der ikke er sket noget. Men hvis alle, altså samarbejdspersoner omkring den unge, kan se, at her er det så galt, at så politiet kunne sige: "okay, vi vælger altså at køre ind og få en vurdering i psykiatrien, selvom vedkommende måske ikke ønsker det, men for at sikre os."*
*Leder, børne- og ungehjem*

Fra psykiatriens side er der en opmærksomhed på, at psykiatrilovgivningen stiller nogle krav og regler, som ikke altid korresponderer med den opfattelse, som andre aktører har. Som citatet nedenfor illustrerer, handler det eksempelvis om, at der på tværs af medarbejdere fra psykiatri, kommune og politi kan være forskellige forståelser af, hvad det vil sige at tvangstilbageholde og tvangsindlægge borgere. Aktørernes kendskab til og opfattelse af psykiatrilovgivningen kan derfor udfordre samarbejdet både i forløbet op til en tvangsindlæggelse og i forbindelse med udskrivning.

*Jeg vil sige, at der kan være noget i, hvornår taler vi om i psykiatrilovens forstand, at her er grundlag for tvangstilbageholdelse? Her er grundlag for tvangsindlæggelse? Og hvornår tænker man som kommunal myndighed, som civilsamfund, som alle mulige andre, at det bør der være. Altså, den der forståelse af helt specifikt psykiatrisk, hvad er det vi er inde over, når vi siger, at vi kan tilbageholde et ungt menneske mod deres vilje, altså tvangstilbageholde et ungt menneske. Så forståelsen giver selvfølgelig nogle udfordringer.*
*Medarbejder, psykiatrisk sengeafsnit for børn og unge*

Psykiatriens medarbejdere oplever, at andre aktører ikke har viden om, hvad der ifølge psykiatriloven skal til for at kunne tvangsindlægge. De oplever, at manglende viden kan forsinke processen i en tvangsindlæggelse og føre til en afvisning i psykiatrisk akutmodtagelse. Et eksempel på dette er, at vagtlægen ikke ved, at han/hun ifølge psykiatriloven skal fysisk ud og vurdere borgeren, inden der kan ske tvangsindlæggelse, men hvor vedkommende alene udarbejder gule papirer ud fra en anden aktørs beskrivelse. Det vil lede til en afvisning af tvangsindlæggelsen i psykiatrien.

Andre gange oplever medarbejdere fra psykiatrien både *manglende forståelse* fra botilbudsmedarbejdere og fra politiet om, hvad *psykiatrilovens regler er for udskrivning og indlæggelse*. De oplever, at politiet ofte stiller spørgsmålstegn ved, at medarbejdere i psykiatrien udskriver en borger, som umiddelbart efter skal hentes af politiet igen og tvangsindlægges på ny. Læs mere om udskrivninger og genindlæggelser i næste kapitel.

# Udskrivninger og genindlæggelser

I dette afsnit beskriver vi aktørernes perspektiver på udskrivning og indlæggelseslængde samt risikoen for genindlæggelser. Dette sammenligner vi med opgørelser fra registerdata.

**Boks 33: Analysens hovedpointer**

- Når en borger udskrives, er det et kritisk tidspunkt i forhold til at sikre, at de får den rette hjælp og derigennem forebygger en eventuel genindlæggelse. Aktørerne peger på, at der kan være nogle rammer og arbejdsgange i udskrivningssituationen, som vanskeliggør en tryg og problemfri udskrivning. Udfordringer i udskrivningssituationen kommer blandt andet til udtryk, når psykiatrien oplever at mangle relevante tilbud at udskrive til, eller når botilbud skal modtage en borger fra indlæggelse, men hvor arbejdsgangene omkring udskrivningen gør det vanskeligt at sikre den rette bemanding og ressourcer i modtagelsessituationen.
- Andelen af borgere, der genindlægges med tvang indenfor 30 dage, er høj blandt både voksne, børn og unge, men børn og unge bliver i højere grad genindlagt end voksne. Blandt de borgere, der genindlægges med tvang, indlægges størstedelen på røde papirer.
- De borgere, som genindlægges, er generelt indlagt i kortere tid end andre borgere i den tvangsindlæggelse, som leder op til genindlæggelse. Som forklaringer på dette, peger aktørerne både på, at borgere udskrives hurtigt, og at nogle rammer og arbejdsgange vanskeliggør udskrivningssituationen, hvilket kan øge risikoen for en genindlæggelse.
- Borgere fra botilbud samt børne- og ungehjem har generelt kortere indlæggelser med tvang end andre borgere. Samtidig genindlægges de i større omfang end øvrige voksne, børn og unge indenfor 30 dage. Samlet set kan det indikere, at borgere på botilbud samt børne- og ungehjem udskrives for hurtigt i forhold til andre patienter, der indlægges med tvang i psykiatrien.

  Data tyder på, at det kan give en øget risiko for, at de genindlægges med tvang.

### Udfordringer i udskrivningen og betydningen for genindlæggelser

**Boks 34: Hovedpointer**

Når en borger udskrives, er det et kritisk tidspunkt i forhold til at sikre, at de får den rette hjælp og derigennem forebygger en eventuel genindlæggelse. Aktørerne peger på, at der kan være nogle rammer og arbejdsgange i udskrivningssituationen, som vanskeliggør en tryg og problemfri udskrivning. Udfordringer i udskrivningssituationen kommer blandt andet til udtryk, når psykiatrien oplever at mangle relevante tilbud at udskrive til, eller når botilbud skal modtage en borger fra indlæggelse, men hvor arbejdsgangene omkring udskrivningen gør det vanskeligt at sikre den rette bemanding og ressourcer i modtagelsessituationen.

Aktørerne er enige om, at *udskrivningen er et kritisk tidspunkt i forhold til at sikre, at borgeren får den rette støtte efter indlæggelsen*, hvilket kan forebygge at borgeren må genindlægges med tvang.

Når en borger der bor på botilbud eller børne- og ungehjem genindlægges kort tid efter indlæggelsen, kan det skyldes, at rammer og arbejdsgange kan vanskeliggøre en god udskrivning til botilbud. I tilfælde hvor udskrivningen foregår meget hurtigt, kan det være vanskeligt for medarbejdere på botilbud at få den information, de har brug for. Det kan eksempelvis være information om borgerens medicinindtag, som medarbejderne skal bruge for at kunne tilrettelægge hjemkomsten af borgeren, jf. citatet nedenfor. Det kan også være tilfælde, hvor udskrivningen foregår på tidspunkter, hvor botilbuddet har lav bemanding, som også gør det sværere at sikre en god modtagelse af borgeren og dermed forebygge en eventuel genindlæggelse med tvang.

---

*Det kan være en borger, der har været indlagt, og så bliver meldt at komme hjem. Bare et konkret eksempel: Lørdag morgen får vi at vide, han kommer hjem i eftermiddag, og det er jo så også der, hvor vi har lav bemanding i weekenderne. Men sådan er det jo. Det kan vi jo ikke sige nej til, og det gør vi heller ikke. Men så tager vi så imod borgeren, men borgeren får så ikke medicin med. Altså det er et kæmpe problem, for vi har jo ikke noget apotek her hos os. Altså borgeren skal jo ligesom have sin egen medicin, og hvis der er lavet nogen medicinændringer i en indlæggelse, så det er meget vigtigt, at man får det med. Og det er en kilde til stor fejl. Og det synes jeg er et problem.*
*Leder, botilbud for voksne*

---

På den anden side oplever medarbejdere fra psykiatrien, at der ikke altid er et relevant tilbud at udskrive borgeren til. De fremhæver eksempelvis et tilfælde, hvor borgeren er opsagt fra botilbuddet under indlæggelsen. Netop dette gør det også vanskeligt for medarbejdere i psykiatrien at forberede den gode udskrivning, hvis borgerne ikke længere har kendskab til og har viden om, hvad der skal ske uden for indlæggelsen.

## Risiko for genindlæggelser med tvang

**Boks 35: Hovedpointer**

Andelen af borgere, der genindlægges med tvang indenfor 30 dage, er høj blandt både voksne samt børn og unge, men børn og unge bliver i højere grad genindlagt end voksne. Blandt de borgere der genindlægges med tvang, indlægges størstedelen på røde papirer.

De borgere, som genindlægges, er generelt indlagt i kortere tid end andre borgere i den tvangsindlæggelse, som leder op til genindlæggelse. Som forklaringer på dette, peger aktørerne både på, at borgere udskrives hurtigt, og at nogle rammer og arbejdsgange vanskeliggør udskrivningssituationen, hvilket kan øge risikoen for en genindlæggelse.

Borgere fra botilbud samt børne- og ungehjem har generelt kortere indlæggelser med tvang end andre borgere. Samtidig genindlægges de i større omfang end øvrige voksne, børn og unge indenfor 30 dage. Samlet set kan det indikere, at borgere på botilbud samt børne- og ungehjem udskrives for hurtigt i forhold til andre patienter, der indlægges med tvang i psykiatrien.

Data tyder på, at det kan give en øget risiko for, at de genindlægges med tvang.

Aktørerne er enige om, at *udskrivningssituationer er vigtige med henblik på at forebygge en eventuel genindlæggelse.* Udskrivningen kan være særligt sårbar i samarbejdet mellem psykiatrien samt botilbud og børne- og ungehjem, hvor der er forskellige forventninger til de rammer og arbejdsgange, samarbejdspartnere arbejder under. Nogle af de rammer og arbejdsgange blev gennemgået ovenfor.

På tværs af aktørgrupperne uden for psykiatrien er oplevelsen, at *borgere udskrives for tidligt fra psykiatrien.* Dels i forhold til borgernes tilstand, og dels ift. at være klar med den rette indsats efter udskrivning. Det er en oplevelse, som særligt gælder blandt personalet på botilbud og i politiet, men som i nogle tilfælde genkendes blandt medarbejdere inden for psykiatrien.

Personale i psykiatrien peger på, at det i nogle tilfælde handler om de lovgivningsmæssige krav til, hvad det kræver at fastholde en tvangsindlæggelse (se kapitel 4 afsnit om: *Informationsdeling og indhentning af samtykke*) samt psykiatriens forståelse af, hvad deres opgave er med patienten (se kapitel 4 afsnit om: *Faglige tilgange og opgaveforståelser*). Omvendt er der blandt aktørerne en bred opfattelse af, at udskrivninger også handler om begrænsede sengepladser og en presset psykiatri, hvor der må prioriteres mellem patienterne og deres behov.

Disse aktører giver udtryk for, at konsekvensen af en hurtig udskrivning kan være, at borgeren inden for en kort periode genindlægges med tvang, og at dette særligt gælder for den del af målgruppen, som bor på botilbud eller børne- og ungehjem, jf. figur 15.

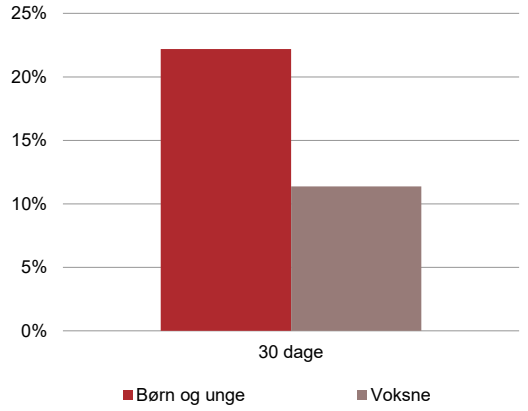
### *Andel genindlæggelser for voksne, børn og unge*

Ser vi på data for genindlæggelser, er *andelen af personer der genindlægges med tvang inden for 30 dage høj blandt både voksne samt børn og unge,* jf. figur 12. Vi har tidligere beskrevet, at mange borgere bliver indlagt mere end én gang (se kapitel 3 afsnit om: *Antal genindlæggelser med tvang blandt børn, unge og voksne*). Foruden at borgere indlægges flere gange, sker det i mange af tilfældene også inden for kort tid, her defineret som 30 dage.

Desuden ser vi, at *børn og unge i højere grad end voksne bliver genindlagt med tvang inden for kort tid.* Blandt børn og unge bliver 22 pct. genindlagt med tvang senest 30 dage efter udskrivning. For voksne bliver 11 pct. genindlagt med tvang senest 30 dage efter udskrivning fra en indlæggelse med tvang.

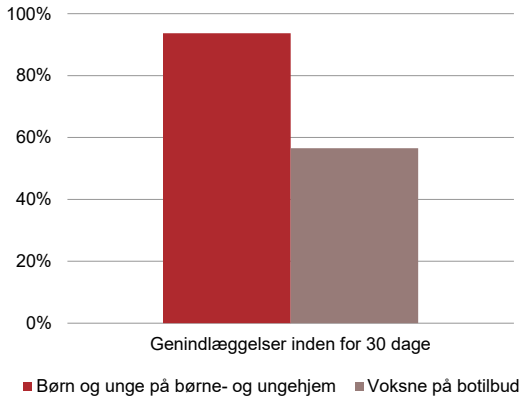
**Figur 12**

**Andel personer, der genindlægges med tvang inden for 30 dage, opdelt på børn og unge og voksne, 2020-2023**




**Figur 13**

**Andel personer, der genindlægges med tvang inden for 30 dage, og som har ophold på botilbud eller børne- og ungehjem i perioden op til eller under indlæggelse med tvang, 2020-2023**




**Anm.**: Andel der genindlægges er opgjort på baggrund af afsluttede forløb og kun indlæggelser til og med 2023, så vi kan se om der er en genindlæggelse i 2024.
**Kilde**: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata

*Størstedelen af de voksne, som genindlægges, er voksne, som har ophold på botilbud i perioden op til eller under tvangsindlæggelsen*, jf. figur 13. Ud af alle voksne, som genindlægges med tvang inden for 30 dage, er 57 pct. af dem voksne på botilbud.

*Næsten alle de børn og unge, som genindlægges inden for 30 dage, vil være anbragt på børne- og ungehjem i perioden op til eller under tvangsindlæggelsen*, jf. figur 13. Ud af alle børn og unge, som genindlægges med tvang inden for 30 dage, er 94 pct. af dem anbragt på børne- og ungehjem.

*Andel genindlæggelser opdelt på røde og gule papirer*

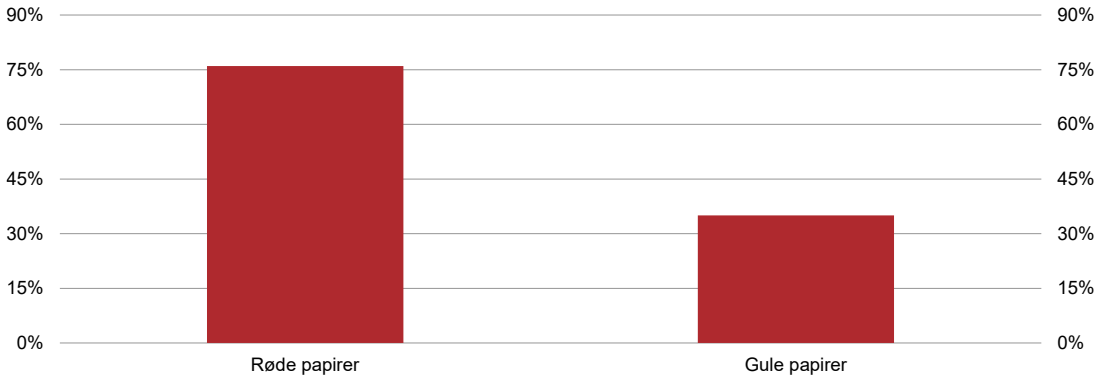
*Blandt de borgere der genindlægges med tvang, indlægges størstedelen på røde papirer*, hvilket betyder, at borgeren er til fare for sig selv eller andre.

76 pct. af de borgere, der genindlægges indenfor 30 dage, indlægges i perioden mindst én gang med tvang på røde papirer. Mens 35 pct. af dem, der genindlægges med tvang, i perioden indlægges mindst én gang på gule papirer, jf. figur 14.

For en stor del af borgerne er der altså umiddelbart ikke sket en bedring siden seneste tvangsindlæggelse, eftersom mange borgere fortsat genindlægges på røde papirer. Som tidligere beskrevet ser nogle aktører en indlæggelse på gule papirer som en forebyggelse af en tvangsindlæggelse på røde papirer. Det indebærer, at en genindlæggelse på gule papirer kan tolkes som en øget opmærksom på borgerens tilstand inden den akutte forværring. Når størstedelen fortsat genindlægges på røde papirer inden for 30 dage, kan det være en indikation på, at borgeren ikke har været klar til at blive udskrevet første gang, eller at den rette støtte og indsats ikke er etableret uden for indlæggelsen.

**Figur 14**

**Andel, der tvangsindlægges på hhv. røde og gule papirer blandt de personer, der genindlægges med tvang, inden for 30 dage, 2020-2023**




**Anm.**: Andelen, der genindlægges, er opgjort på baggrund af afsluttede forløb og omfatter kun indlæggelser til og med 2023. Denne afgræsning gør det muligt at undersøge hvorvidt en person genindlægges med tvang i 2024. En tvangsindlæggelse på røde papirer er defineret ved en registrering af startkoden AVTA1, mens en tvangsindlæggelse på gule papirer er defineret ved en registrering af startkoden AVTA2 i Landspatientregistret, jf. bilag 1: Metodebilag Da man kan være genindlagt med tvang inden for 30 dage mere end én gang i perioden, kan de enkelte personer være indlagt på både røde og gule papirer i perioden. Derfor summer de to andele ikke til 100 pct.
**Kilde**: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata

*Indlæggelseslængde og risiko for genindlæggelse blandt voksne, børn og unge*

Indlæggelseslængden for børn og unge er generelt kortere end voksne. Den gennemsnitlige indlæggelsestid blandt børn og unge er ca. 9,5 dage. Blandt voksne er den gennemsnitlige indlæggelsestid ca. 15,5 dage, jf. figur 15. Særligt for *dem, som genindlægges inden for 30 dage, kan vi se, at de gennemsnitligt er indlagt i kortere tid i den tvangsindlæggelse, som leder op til genindlæggelse,* sammenlignet med indlæggelsestiden for alle tvangsindlæggelser, jf. figur 15. Den største forskel ses for de voksne, fordi de i gennemsnit har en længere indlæggelse.

Samlet set understøtter data aktørernes bekymringer for, at *når borgere har korte indlæggelser og udskrives hurtigt, kan det øge risikoen for en genindlæggelse*.

Når vi ser på indlæggelseslængden blandt borgere på botilbud samt børne- og ungehjem bliver mønstret tydeligere. Voksne, der bor på botilbud, er generelt indlagt i kortere tid med tvang end andre voksne. Ligeledes er anbragte på børne- og unge hjem generelt indlagt i kortere tid end andre børn og unge, jf. figur 15. Flere aktører udtrykker bekymring for, at netop de borgere udskrives for tidligt. En medarbejder fra psykiatrien fortæller, at man i psykiatrien kan have en tendens til at udskrive borgere fra botilbud tidligere end andre borgere, fordi psykiatrien har en forventning om, at borgeren kommer tilbage til et døgnbemandet tilbud, hvor der er bedre ressourcer til at støtte op om borgeren. Vores undersøgelse viser, at denne forventning ikke altid er berettiget, da en borger ifølge de faglige aktører kan have ganske få støttetimer, selvom fx et botilbud er døgnbemandet.

Vi ser samtidig, at *blandt de borgere, som genindlægges inden for 30 dage, er særligt borgere fra botilbud og børne- og ungehjem gennemsnitligt indlagt i kortere tid op til genindlæggelsen* end øvrige voksne, børn og unge, som genindlægges inden for 30 dage.

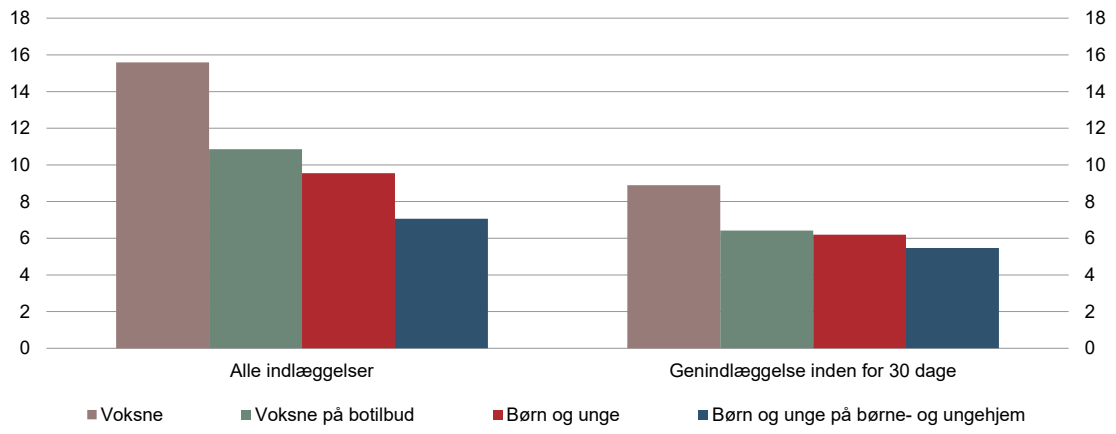
Vi ser derfor hyppige genindlæggelser særligt blandt de borgere, som bor på botilbud eller børne- og ungehjem. En forklaring kan være, at den målgruppe har større psykiske

vanskeligheder end den øvrige del af målgruppen, hvorfor de også har behov for flere indlæggelser. Som nævnt har borgere fra botilbud eller børne- og ungehjem også kortere indlæggelser end den resterende del af målgruppen, jf. figur 15. Det er særligt tilfældet blandt de borgere på botilbud eller børne- og ungehjem, som genindlægges inden for 30 dage, da de har en endnu kortere indlæggelseslængde op til genindlæggelsen.

Data indikerer, at der er en *risiko for, at borgere på botilbud samt børne- og ungehjem udskrives for hurtigt i forhold til andre patienter, der indlægges med tvang i psykiatrien. Data tyder på, at det kan give en øget risiko for, at de genindlægges med tvang* inden for 30 dage.

**Figur 15**

**Gennemsnitligt antal dage med tvangsindlæggelse, hhv. alle indlæggelser og for indlæggelserne umiddelbart inden en genindlæggelse med tvang inden for 30 dage, opdelt på voksne, voksne på botilbud, børn og unge samt børn og unge med ophold på børn- og ungehjem og voksne på botilbud, 2020-2024.**




**Anm.**: Det gennemsnitlige antal dage indlagt er opgjort på baggrund af de indlæggelser, der er afsluttet senest i 2024.
**Kilde**: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata

# Overgang fra barn til voksen

**Boks 36: Analysens hovedpointer**

- Aktørerne oplever, at overgangen omkring det 18. år er et særligt sårbart tidspunkt for de unge. Her kan de skift, unge oplever, når de går fra børne og ungeområdet til voksenområdet i kommunalt og psykiatrisk regi, udløse tvangsindlæggelser.
- Særligt unge på 17, 18 og 19 år genindlægges med tvang.

Det er som tidligere beskrevet langt overvejende anbragte børn og unge, som er i risiko for at blive indlagt med tvang. Disse unge oplever omkring det 18. år en overgang, som er et sårbart og kritisk tidspunkt ifølge børne- og ungehjem samt børne- og ungdomspsykiatrien.

*I den overgang sker flere skift for de anbragte unge*, som går fra børne- til voksenområdet i kommunalt- og psykiatrisk regi. Som citatet nedenfor illustrerer, indebærer det eksempelvis et skift i de forskellige tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien versus voksenpsykiatrien, hvilket kan gøre overgangen svær for unge både op til, under og efter en indlæggelse med tvang. Dette øger behovet for koordinering i det tværsektorielle samarbejde.

I de tilfælde, hvor overgangen til voksenlivet betyder et skift i bopæl, eksempelvis et skift til botilbud, kan dette samtidig medføre et skift i region. Overgange med regionsskifte stiller endnu større krav til koordination mellem regionerne. Det kan være særligt udfordrende, da der kan være regionale forskelle i psykiatriens opgaveforståelse og faglige tilgange, hvilket kan resultere i forskellige behandlingsforløb (se kapitel 4 afsnit om: *Faglige tilgange og opgaveforståelser*).

---

*(…) så er det også et sted, hvor vi ser, at det er meget, meget svært for den unge at skulle rykke til voksenpsykiatrien, fordi de rykker jo både ambulant- og sengeafsnitsmæssigt (…). Der er forskellige tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien og så voksenpsykiatrien, og det er nogle nye mennesker, de skal lære at kende. Der ser vi altså også, at det er svært for dem både op til, under selve overgangen, men også i særdeleshed bagefter. Og det prøver vi at have nogle samarbejder med voksenpsykiatrien om, hvordan vi kan give den bedste overgang, men det er helt klart, at det er sådan noget, som er vigtigt, at der står alle steder, at vi skal have gode forberedte, koordinerede forløb og særlige overgange for de unge.*
*Leder, psykiatrisk sengeafsnit for børn og unge*

---

Blandt aktørerne peges der på, at netop disse samtidige skift udgør en særlig risiko for, at den unge bliver tvangsindlagt, som følge af de forandringer, den unge møder.

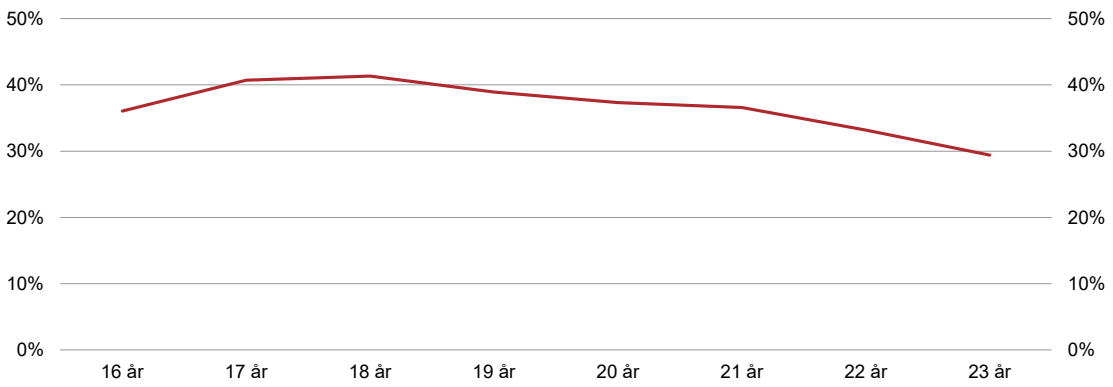
*Særligt unge på 17, 18 og 19 år genindlægges med tvang*, jf. figur 16. 41 pct. af alle der indlægges første gang i perioden som 17-årige, har gentagne tvangsindlæggelser. Samme andel gælder for dem, som første gang de indlægges er 18 år, mens 39 pct. af dem som indlægges første gang som 19-årige, har gentagne tvangsindlæggelser.

Efter det 18. år har kurven en nedadgående tendens, hvor 29 pct. af alle, der indlægges første gang som 23-årige, har gentagne tvangsindlæggelser.

Stigningen i andelen af gentagne indlæggelser omkring 17, 18 og 19 år, viser, at det særligt er op til og umiddelbart efter overgangen omkring det 18. år, at der er en øget andel af genindlæggelser. Om det netop skyldes den overgang, som de unge oplever omkring det 18. år, kan vi ikke konkludere med sikkerhed.

**Figur 16**

**Andel, der har gentagne indlæggelser med tvang, opdelt på alder, 2020-2024**




**Anm.**: Alder er opgjort ved dato for første indlæggelse med tvang i perioden 2020-2024. Andel med gentagne tvangsindlæggelser dækker over personer der i perioden fra 2020-2024 har været indlagt mere end én gang med tvang.
**Kilde**: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata

For at imødekomme det svære skift, som unge kan opleve, når de fylder 18 år, illustrerer eksemplet nedenfor, at der på et af børne- og ungehjemmene er gode erfaringer med, at den unge kan komme i udslusningslejlighed på samme matrikel, når de fylder 18 år. Det betyder, at den unge kan blive i den trygge base og ikke skal skifte børne- og ungehjem samtidigt med de øvrige skift, den unge oplever, såsom ny sagsbehandler og nye behandlere i psykiatrien.

**Boks 37:**
**Case-eksempel: Udslusningslejlighed**

*Jeg ville bare ønske i virkeligheden, at der var mange flere bosteder, der havde mulighed for det, vi har fået. (…) Vi har fået bygget nogle lejligheder, der gør, at de kan få sådan et mellemtrin og faktisk komme ud i en udslusningslejlighed hos os, på vores matrikel. Så når de runder det 18. år., som også er et meget svært år for dem, så kan de se frem til, at for det første så behøver de ikke nødvendigvis at skifte opholdssted. Det kan jo være svært dét her med at skifte over til en ny sagsbehandler, nye behandlere, ny psykiatri. Men så kan vi i de fleste tilfælde få lov at blive som en fast tryg base, de stadigvæk har, og hjælpe dem igennem.*
*Medarbejder, børne- og ungehjem*

# 5. Konkrete greb og organisatoriske løsninger i forebyggelse af tvangsindlæggelser

Del 2 af analysen har klarlagt, at der flere steder i det tværsektorielle samarbejde i forløbet op til tvangsindlæggelse er udfordringer. I denne del 3 af analysen fremhæver vi udvalgte – mulige – konkrete greb og organisatoriske løsninger i det tværsektorielle samarbejde, der kan understøtte det gode forløb op til og potentielt forebygge en tvangsindlæggelse. Kapitlet beskriver:

- Konkrete greb og indsatser
- Organisatoriske rammer og løsninger

## Konkrete greb og indsatser

**Boks 38: Analysens hovedpointer**

- Fleksible, frivillige indlæggelser – såsom brugerstyrede indlæggelser og elektive indlæggelser – kan planlægges i et tværsektorielt samarbejde mellem aktører og forebygge tvangsindlæggelser.
- De faglige aktører peger desuden på gode erfaringer med databaserede tværsektorielle møder om udvalgte borgerforløb. På sådanne møder om udvalgte borgerforløb får aktørerne viden om mønstre, tendenser og årsager til konkrete borgeres tvangsindlæggelser samt et øget kendskab til hinanden. Begge dele opleves at gavne det tværsektorielle samarbejde og som anvendelig ind i forebyggelsen af tvangsindlæggelser.
- Endelig peges der på, at forskellige former for undervisning og faglig opkvalificering øger aktørernes viden om psykisk sårbare borgere og tvangsindlæggelser. Løbende faglig sparring og vejledning styrker forståelsen for samarbejdspartneres faglige tilgange og rammer.

### Samarbejde om brugerstyrede senge og elektive indlæggelser

**Boks 39: Hovedpointer**

Fleksible, frivillige indlæggelser – såsom brugerstyrede indlæggelser og elektive indlæggelser – kan planlægges i et tværsektorielt samarbejde mellem aktører og forebygge tvangsindlæggelser.

For at forebygge tvangsindlæggelser, fremhæver både medarbejdere fra psykiatrien og botilbud et potentiale i at kunne etablere *frivillige, fleksible indlæggelser såsom elektive indlæggelser og brugerstyrede senge*. Selvom de indlæggelsesformer er et tilbud fra psykiatrien, peger flere aktører på, at det er velfungerende, når de planlægges *i et koordineret samarbejde* mellem fx borger, psykiatri og botilbud.

*Der er potentiale i at forebygge tvangsindlæggelser eller genindlæggelser*, fordi som case-eksemplet nedenfor viser, kan personalet anvende brugerstyrede senge og elektive indlæggelser, hvor indlæggelsen er planlagt i forvejen til at arbejde med mestringsstrategier og lære borgeren at mærke og agere på egne behov. De fleksible indlæggelser er en måde, hvorpå aktørerne kan samarbejde omkring, at borgeren i et passende tempo kan tage ansvar for eget liv og komme tættere på at leve et selvstændigt liv. Dette kan ellers være en udfordring i skift mellem rammerne i tvangsindlæggelsen hos psykiatrien og dagligdagen på botilbuddet.

**Boks 40:**
**Case-eksempel: Elektive indlæggelser og brugerstyrede senge**

*I den brugerstyrede indlæggelse har patienten en kontrakt, hvor der står, at patienten kontakter afsnittet i forhold til indlæggelse. Det som patienterne så arbejder med dér, apropos ansvar, det er egentlig at lære at mærke efter: hvornår er det, jeg har brug for en aflastende indlæggelse. Det er de ikke ret gode til i starten (…). Den elektive indlæggelse er egentlig for at forebygge selvskade, det kan den brugerstyrede også være, men det er egentlig os, der bestemmer, at du kommer her de her dage. Det er også ofte dér, hvor vi oplever, at den personlighedsforstyrrede...de er ikke meget for at tage ansvar. Så vi hjælper dem ind i at komme her, og kan arbejde med deres mestringsstrategier, blandt andet at tage ansvar på sigt.*
*Medarbejder, børne- og ungehjem*

Aktørerne peger på, at det ikke kun er i samarbejdet mellem psykiatrien og botilbud, at elektive indlæggelser og brugerstyrede senge kan forebygge tvangsindlæggelser. En medarbejder fra psykiatrien beskriver for eksempel, at PSP-medarbejdere kan bidrage til, at politiet er med i et samarbejde om at udarbejde brugerstyrede kontrakter. Som citatet nedenfor illustrerer, er det *afgørende for, at politiet kan bidrage til frivillige indlæggelser, at de har viden om en sådan aftale om en brugerstyret seng* og ved, hvad de kan fortælle borgeren i en tilspidset situation. Det kan deeskalere en situation og konvertere en voldsom indlæggelse til en frivillig indlæggelse.

---

*Og vi kan jo også skrive politiet ind fx i vores brugerstyrede kontrakter i fredstid, så inviterer vi jo politiet med ind. Det vil sige, at når politiet står ude ved én af dem, som vi plejer at tvangsindlægge på baggrund af selvmordsadfærd eller trusler omkring det (…), så kan de sige: "kan vi ikke lige køre dig ind til det afsnit, hvor de kender dig så godt, og de står klar til [at hjælpe]". Og de kan ringe ind til os og sige: "kan vi komme ind med vedkommende?".*
*Leder, psykiatrisk akutmodtagelse*

---

### Tværsektorielle møder om enkelte borgerforløb

**Boks 41: Hovedpointer**

Blandt de faglige aktører peges der på gode erfaringer med *databaserede tværsektorielle møder* om udvalgte borgerforløb. På sådanne møder om udvalgte borgerforløb får aktørerne viden om mønstre, tendenser og årsager til konkrete borgeres tvangsindlæggelser samt et øget kendskab til hinanden. Begge dele opleves at gavne det tværsektorielle samarbejde og som anvendelig ind i forebyggelsen af tvangsindlæggelser.

Brugerstyrede senge og elektive indlæggelser er også nogle af de gode greb, der kan blive drøftet, når aktørerne mødes *på tværsektorielle samarbejdsmøder. Den mødeform opleves generelt anvendelig ind i forebyggelsen af tvangsindlæggelser*.

Koordinerende medarbejdere i psykiatrien faciliterer på forskellig vis tværsektorielle møder for at styrke de enkelte borgerforløb med konkret fokus på at forebygge tvangsindlæggelser.

Fællesnævneren for den type møde er, at der tages udgangspunkt i data på CPR-niveau omkring tvangsindlæggelser og genindlæggelser. Som case-eksemplet nedenfor illustrerer, arbejdes der eksempelvis et sted med at *analysere på forløb for borgere*, som har været indlagt med tvang mere end fire gange inden for en bestemt periode. Her indkalder den koordinerende medarbejder i psykiatrien til et møde på 15 minutter én gang ugentligt. Aktører omkring det enkelte forløb kan deltage og videregive deres viden om, hvad der ledte op til tvangsindlæggelsen. Erfaringerne blandt aktørerne er, at de i fællesskab kan opnå læring ved at blive skarpe på mønstre, som leder til tvangsindlæggelsen, hvilket kan forebygge det i fremtiden. Foruden dette er erfaringerne, at de får mulighed for at *lære hinanden at kende* på tværs af sektorer, får etableret et fagligt kendskab og en lyst til at være fælles om løsningerne.

Et udfald af det tværsektorielle møde er, at der i fællesskab findes en løsning for borgeren. Det kan for eksempel være, at borgeren tilbydes en brugerstyret seng eller elektiv indlæggelse. Men det kan også være et springbræt til, at der i fællesskab aftales, at der er behov for et længerevarende og mere dybdegående møde.

**Boks 42:**
**Case-eksempel: Ugentlige tværsektorielle møder**

*Møderne er nede på CPR-niveau, og det er jo også den anden koordinerende medarbejder og jeg, der udelukkende står for det. Tvangsindlagte patienter med en tværsektoriel tilknytning, har vi de her meget kortvarige møder ugentligt. Vi har 15 minutter, hvor vi inviterer tværsektorielle samarbejdspartnere med og det bosted, det kan være § 85, det kan være egen læge. Nogle situationer har vi faktisk også haft kontaktpersoner fra politiet med, og det er for, om vi kan få noget fælles læring? Det er jo uden patienten her. Kan vi få øje på mønstre, tendenser, kan vi i fællesskab få øje på noget, der kan nedbringe tvang på en lang bane? Jo, nogle gange får vi øje på, hvorfor vedkommende bliver indlagt hver fredag kl. 17 eller kl. 22? Hvorfor er der hyppigere indlæggelser i ferieperioder? At man kan få øje på sådan nogle mønstre, tendenser, og man kan kigge på, "nå jamen, der går vi måske fra at være to til at være én medarbejder". Der kan jo være sådan nogle læringer i det. Og nogle gange har vi de rigtig, rigtig gode analyser, hvor vi tænker, "wow, ja, sådan kunne man også se på det". Og andre gange, så kan man sige, "jamen nej, vi kan nok ikke gøre andet end den her sammenhæng. Men tak fordi I kom". Og det er jo igen det her med, jo flere gange vi ser hinanden - kendskab giver venskab. Vi møder op, vi er fælles. Jeg synes, det er rigtig fedt, når folk prioriterer de her møder. Selvom vi nogle gange siger, okay, det var ikke fordi, vi fik særlig meget nyt ud af det, men vi fik set hinanden i øjnene igen. Vi fik lige hver vores perspektiv, og så fik vi måske aftalt, at vi har brug for et netværksmøde. Vi er nødt til at have et dyberegående møde, så det kan også være springbræt til, at vi får aftalt nogle fremadrettede møder, at vi får den gode planlægning.*
*Medarbejder, psykiatrisk sengeafsnit for voksne*

Citatet nedenfor illustrerer et andet eksempel, hvor *borgeren involveres* i et lignende tværsektorielt møde. Denne type møde igangsættes tilsvarende af, at en koordinerende medarbejder ser på *data for tvangsindlæggelser og genindlæggelser,* udvælger et borgerforløb og indkalder aktører omkring borgeren og borgeren selv til et møde. Det fremhæves her, at det er afgørende, at borgeren selv er deltagende på mødet og har mulighed for at dele deres oplevelse af eget forløb og deres udløsende faktorer for (gen)indlæggelse og eventuelle løsningsforslag. Borgerens deltagelse skal dog ske ud fra borgerens egne præmisser, da det er en udsat målgruppe.

---

*For mig er det fuldstændig afgørende, at patienten er med til mødet, så vi kan høre deres perspektiv på deres eget forløb. Både i forhold til baggrunden for tvangs- eller genindlæggelse, men især også på løsningsforslag, og hvad er det, der fylder hos patienterne. Vi kan ikke sidde fagprofessionelt alene (…) og nå frem til nogle løsningsforslag. Patientens perspektiv er absolut omdrejningspunktet. Så må jeg også lægge hånden på hjertet og sige, at i nogle samtaler er det rigtig svært for patienten at være til stede, fordi det er nogle svære patientforløb. Nogle gange deltager de i det første kvarter. Andre gange deltager de kortere tid, og nogle formår absolut at sidde der igennem hele mødet. Men vi gør vores yderste for at få patientens perspektiv i spil, det er det, der er hele formålet.*
*Medarbejder, psykiatrien*

---

Ifølge den koordinerende medarbejder har denne type møde det særskilte formål at forebygge tvangsindlæggelser, og derfor forbereder ambulatoriet og sengeafsnittet sig til mødet ved at genlæse journalen for at se, hvad der har ledt op til tvangsindlæggelsen eller genindlæggelsen. Øvrige deltagere på mødet afhænger af det specifikke forløb men kan eksempelvis være chef-lægen, akutmodtagelsen, botilbud, den kommunale sagsbehandler og pårørende. Udfaldet af det tværsektorielle møde varierer afhængigt af den enkelte patient og patientens ønsker, da patienten selv er deltagende i at snakke om fremadrettede løsningsforslag. Det kan eksempelvis være aftaler om VUM-udredning, skift af botilbud, skift af egen læge, køb eller brug af en fibervest.

Erfaringerne fra de tværsektorielle møder er, at der udover de konkrete aftaler for den enkelte borger, kommer et *større kendskab til hinanden*, jf. citatet nedenfor. Flere aktører fremhæver, at det i sig selv er til gavn for det tværsektorielle samarbejde som helhed. Det styrker samarbejdet, når de får indblik i hinandens arbejdsformer og vilkår, samt forstår hinandens rammer, handlemuligheder samt faglige tilgange og synspunkter. Læs mere uddybende om de forskellige faglige tilgange, der er på spil i forløbet op til en tvangsindlæggelse i kapitel 4 i afsnittet om: *Faglige tilgange og opgaveforståelser*.

---

*Det er lige så meget det her, at vi mødes ofte. Nogle af dem, som er med til mødet er måske afdelingsledere, og så er der nogle medarbejdere med, og på den måde styrker vi jo vores samarbejde, fordi vi kender hinanden. Og jeg tænker da også, at vi lærer jo også, det er nok mest i forhold til socialpsykiatrien: hvad er deres vilkår? Og det samme kan også være ude på bostederne. Vi siger jo nogle gange: "hvorfor gør I ikke det... og vi skal altid…". Og det samme siger de til os, ikke? Hvor vi jo nok i virkeligheden ikke kender deres hverdag. Det kunne vi da nok blive bedre til.*
*Medarbejder, psykiatrisk sengeafsnit for voksne*

---

### Undervisning, rådgivning og sparring

**Boks 43: Hovedpointer**

Forskellige former for undervisning og faglig opkvalificering øger aktørernes viden omkring psykisk sårbare borgere og tvangsindlæggelser. Løbende sparring og vejledning øger forståelsen for samarbejdspartneres faglige tilgange og rammer.

Der er forskellige eksempler på, hvordan undervisning, rådgivning og sparring på forskellig vis kan øge aktørernes kompetencer og viden om tvangsindlæggelser.

Flere fortæller, at de har gode erfaringer med *undervisnings- eller træningsdage som en måde at videreudvikle eller opretholde deres kompetencer* i arbejdet med tvangsindlæggelser. Der er flere eksempler på at psykiatrisk sengeafsnit, psykiatrisk akutmodtagelse og botilbudsteams laver undervisning, sidemandsoplæring og tværsektorielle kurser for at styrke håndteringen af borgere med psykiske udfordringer. Det giver både mulighed for at få praktisk oplæring og opkvalificering, det giver en større tværsektoriel forståelse, og det bidrager til at opbygge relationer.

I nogle eksempler har undervisningen en *forebyggende karakter.* Citatet nedenfor illustrerer et eksempel, hvor botilbudsteams underviser medarbejdere på botilbud i håndtering af konkrete problemstillinger såsom selvskadende adfærd. Formålet er at øge botilbudsmedarbejdernes viden om og kompetencer til at kunne handle i de fremtidige, konkrete situationer.

*Vi gør også meget i, at vi tager ud og underviser i selvskade. Så hvis det er, at botilbuddet har brug for, at vi kommer ud og vidensdeler med dem i forhold til at håndtere nogle meget konkrete problemstillinger, så gør vi gerne det, sådan at de måske bedre kan håndtere det, hvis de ser det hos en borger, som måske ikke lige hører til vores kategori, men har nogle ting, der skal være lidt fokus på. Så vi vil rigtig gerne vidensdele, og vi vil rigtig gerne hjælpe.*
*Medarbejder, botilbudsteam*

Andre gange indebærer undervisningen *praksisnær sidemandsoplæring og støtte i akutte situationer.* Formålet er, at læringen foregår i konkrete situationer, hvilket gør det virkelighedsnært og derigennem opkvalificerer aktører til fremtidige situationer. Et eksempel på dette er, at medarbejdere fra psykiatrisk akutmodtagelse laver sidemandsoplæring hos somatiske kollegaer, når der er udadreagerende borgere i somatikken. Som citatet nedenfor illustrerer, sikrer det, at somatiske kollegaer er klædt på til opgaven, og det lærer dem, hvordan de skal håndtere den type af borgere fremadrettet. Et andet eksempel er, at medarbejdere fra psykiatrien tilbyder at komme med politiet på vagt og derigennem støtter politiet i, hvordan de skal håndtere den gruppe af patienter, de møder.

*Men [vi] lærer somatiske kollegaer at håndtere den type patienter. Der er rigtig meget undervisning, men det er også rigtig meget at komme over og stå lige ved siden af vores kolleger kl. 02 om natten, når der er en patient, der er udadreagerende. Så kommer der personale fra mig, som er det, de er allokeret til, de er ansat af tilsynet, det er dét, de laver. Og så kommer de over og giver fuldstændig sidemandsoplæring i forhold til, hvordan håndterer man dén her patienttype. Hvordan gør man, når en patient er opkørt? Helt lavpraktisk, hvordan placerer man sig i rummet, så man ikke kommer til skade osv.*
*Leder, psykiatrisk akutmodtagelse*

Endeligt kan det være *fælles tværsektoriel undervisning.* Det kan eksempelvis være tværsektorielle konsulenter, som holder oplæg på temadage til arrangementer med aktører på tværs af mange sektorer. Det kan være oplæg om alt fra fagpersonalets forståelse af lovgrundlag, brugen af redskaber, sundhedsplatformen, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner, ledelse af netværksmøder mv. Som citatet nedenfor illustrerer, øger det nysgerrigheden og forståelsen for hinanden på tværs af sektorer. Et tilsvarende eksempel er en medarbejder fra psykiatrien, som fortæller, at de på tværs af blandt andet somatikken, psykiatri, politi og præhospitalet to gange årligt får fælles undervisning med udgangspunkt i de patientforløb, som fylder allermest.

*Det [fælles tværsektoriel undervisning] kan netop det, at det giver en øget indsigt i de to forskellige sektorer. Jeg oplever, faktisk en kæmpe stor nysgerrighed på hinanden. (…) Og så sidder de sammen hele formiddagen og lærer om et fælles redskab, hvor perspektiverne kommer fra begge sektorer, og hvor der også er plads til at sige: "Men når jeg ringer til region, så tager de aldrig telefonen." Så kan region sige: "Jamen, hvad er det egentlig for et nummer, du ringer på, fordi vi tager den da hver dag." Så på den måde er der nogle dialoger og nogle perspektiver, der åbner sig, når*

*vi sidder i samme rum.*
*Medarbejder, psykiatrien*

---

Udover at undervisnings- og træningsdage er en måde, hvorpå aktørerne kan blive opkvalificeret, peger flere på, hvordan *løbende sparring og vejledning også er gode greb til at udvikle aktørernes kompetencer*. Det handler blandt andet om at bruge sparring og vejledning til at øge vidensniveauet om tvangsindlæggelser.

Både medarbejdere fra botilbudsteams og på botilbud fortæller eksempelvis om, at en vigtig del af botilbudsteamsene netop er, at de underviser og sparrer med botilbud i emner som selvmordsforsøg, søvnhygiejne, selvskade og spiseforstyrrelser. Andre peger på at botilbudsmedarbejdere vejleder ved at hjælpe med at vurdere, om der er behov for indlæggelse eller om alternative metoder kan afprøves først. Blandt medarbejdere i psykiatrien er der derfor en forventning om, at botilbudsteams vil højne den psykiatrifaglige viden på botilbuddene gennem vejledning og sparring.

Flere af interviewpersonerne har dog ikke konkrete erfaringer med botilbudsteams, da det på interviewtidspunktet (forår/sommer 2025) endnu ikke er udrullet i hele Danmark. Tilgængeligheden af botilbudsteams er derfor meget forskellig landet over. De erfaringer, som denne rapport har fremhævet, handler derfor også om det potentiale, som nogle aktører mener, at der er i botilbudsteams.

Et andet eksempel på løbende sparring er, at medarbejdere fra børne- og unge sengeafsnit tilbyder sparring til medarbejdere på botilbud. Det gør de både i form af en udadrettet funktion, hvor de kører ud til et botilbud og yder sparring. Eller i form af en rådgivningstelefon som enten den unge eller botilbudsmedarbejdere kan ringe på for at få sparring.

Der er blandt de faglige akrtører mange eksempler på, hvordan både undervisning, løbende sparring og vejledning kan give en større tværsektoriel forståelse og øge vidensniveauet blandt forskellige aktører. Der er dog stadig et ønske om at højne vidensniveauet hos eksempelvis den praktiserende læge, politi og i enkelte tilfælde den kommunale sagsbehandler. Dette skal også ses i lyset af ønsket om at højne særligt den praktiserende læges og politiets viden om og forståelse for tvangsindlæggelser, som blev belyst i afsnittet om faglige tilgange og opgaveforståelse.

## Organisatoriske rammer og løsninger

Udover konkrete gode greb, så har interviewundersøgelsen også peget på, at der er nogle særlige organisatoriske rammer og løsninger, der understøtter det gode tværsektorielle samarbejde i forløbet op til tvangsindlæggelser.

**Boks 44: Analysens hovedpointer**

- Nogle aktører fra psykiatrien peger på, at det kan være nemmere at etablere et vedvarende samarbejde på tværs af psykiatri og børne- og ungehjem, der har gentagne erfaringer med unge i målgruppen og et bredt kendskab til relevante diagnoser, hvilket ofte er de regionale tilbud. De ser også fordele i, at når man arbejder inden for samme politiske og administrative struktur, fremmer det, at parterne arbejder mod samme mål og med den samme faglige tilgang.
- PSP-samarbejdet har ifølge flere aktører et potentiale i forhold til at forebygge tvangsindlæggelser for borgere, hvor der er behov for tværsektoriel koordinering. Samarbejdet gør det muligt at opspore borgere, vidensdele mellem sektorer og igangsætte forebyggende indsatser. Samarbejdet kan ifølge aktørerne forbedres ved at se på eller udvide repræsentationen fra øvrige aktører på møderne. Der er også et potentiale i at blive bedre til, at væsentlig information fra PSP-samarbejdet kan nå ud til de medarbejdere, som ikke sidder med til PSP-møderne, men som møder borgerne og har mulighed for at forebygge tvangsindlæggelser.

### Organisering af børne- og ungehjem samt børne- og ungepsykiatri

**Boks 45: Hovedpointer**

Nogle aktører fra psykiatrien peger på, at det kan være nemmere at etablere et vedvarende samarbejde på tværs af psykiatri og børne- og ungehjem, der har gentagne erfaringer med unge i målgruppen og et bredt kendskab til relevante diagnoser, hvilket ofte er de regionale tilbud. De ser også fordele i, at når man arbejder indenfor samme politiske og administrative struktur, fremmer det, at parterne arbejder mod samme mål og med den samme faglige tilgang.

Det er *centralt for det gode samarbejde, at aktørerne deler en fælles opgaveforståelse*. Det oplever de aktører, som arbejder målrettet med at skabe en sammenhængende indsats. Her peger flere medarbejdere fra psykiatriske børne- og unge sengeafsnit blandt andet på, at et samarbejde med regionale børne- og ungehjem opleves særligt velfungerende.

Det skyldes ifølge interviewpersonerne, at der er *samme organisatoriske fundament*, hvorfor begge parter i højere grad føler sig forpligtede til at arbejde mod det samme mål, fordi de arbejder ud fra samme forståelse af opgaven. Det handler blandt andet om, at man er organisatorisk forpligtet til at samarbejde om at nedbringe tvangsindlæggelser. Som citatet nedenfor illustrerer, handler det også om, at når aktørerne arbejder ud fra den samme forståelse af de unge og deres psykiatriske udfordringer, oplever de, at det bliver nemmere at lave et samlet tilbud på tværs af sektorer, fordi alle har samme forståelse af målgruppen og hvilken retning der arbejdes i.

*Regionale bosteder er typisk store enheder med høj faglighed og også med en stor bredde i forhold til, hvilke unge de kan tage ind. Så det spænd, der er over psykopatologien og spiseforstyrrelser til autisme, til skizofreni og sådan noget, der er der en stor viden bredt set, og det gør også, at når vi taler sammen, så kan vi have det samme udgangspunkt for, hvordan vi skal tænke "hjælp" til de unge. (…) Det hjælper også til, at hvis der er nogen, der har brug for noget undervisning osv., så kan vi faktisk bringe det i spil, fordi vi kan undervise inden for de samme områder og have den samme røde tråd i forhold til at kunne give noget videre til andre samarbejdspartnere.*
*Leder, psykiatrisk sengeafsnit for børn og unge*

Medarbejderne fra de psykiatriske børne- og unge sengeafsnit peger desuden på, at en fordel ved regionale børne- og ungehjem er, at det typisk er større enheder, som både rummer en bred faglighed men også en bredere målgruppe af borgere. Det ses som en fordel i samarbejdet, at de regionale børne- og ungehjem har flere unge i målgruppen i risiko for tvangsindlæggelse. Det gælder eksempelvis både borgere med spiseforstyrrelser, autisme og skizofreni. I stedet for at sengeafsnittet skal etablere et bilateralt samarbejde med mange forskellige kommunale børne- og ungehjem, kan medarbejderne fra de psykiatriske sengeafsnit etablere en fast form for samarbejde med faste samarbejdsmøder med medarbejdere fra de regionale børne- og ungehjem. Her kan det drøftes, hvordan man arbejder med de forskellige borgere.

I kontrast hertil kan medarbejderne fra de psykiatriske børne- og unge sengeafsnit opleve, at samarbejdet med de kommunale børne- og ungehjem og private anbringelsessteder kan være mere sjældent og derfor vanskeligt at etablere og fastholde, jf. citatet nedenfor. Dels fordi der er et stort antal kommunale og private børne- og ungehjem, hvormed det er vanskeligt at etablere en fast form for bilateralt samarbejde med alle. Dels fordi målgruppen på enkelte kommunale børne- og ungehjem er bredere, hvor kun enkelte borgere eksempelvis har autisme, ADHD og personlighedsforstyrrelse. Det kan derfor være svært at få et vedvarende samarbejde, hvis sengeafsnittet har én patient på hvert børne- og ungehjem, og der går flere år, før de har endnu et samarbejde med børne- og ungehjemmet om et andet borgerforløb.

Uanset om psykiatrien samarbejder med regionale, private eller kommunale børne- og ungehjem, understreges vigtigheden af undervisning og et etableret samarbejde for mindre børne- og ungehjem med få tvangsindlæggelser.

*Grundlæggende set, så er der rigtig mange gode bosteder, det vil jeg bare lige sige til en start. Men det der med, at det er svært at skabe et samarbejdsforum, som kører over lang tid med måske 50 forskellige kommunale bosteder, det kan man ikke. Og så er deres bredde i forhold til psykopatologi, den er også mere begrænset, fordi der er nogen, de har mest autisme og ADHD, så er der nogen, der kan tage noget med personlighedsforstyrrelser. Så det er også den enkelte patient, som vi har, dem har vi så måske kun én af ude på et bosted. Og det gør jo, at den kontinuitet i samarbejdet, den kan vi ikke have på samme måde, fordi når vi er færdige med det forløb, så kan det være, at der går tre år, inden vi skal tale med dem igen i forbindelse med et andet patientforløb.*
*Leder, psykiatrisk sengeafsnit for børn og unge*

### Tværsektorielt samarbejde mellem politi, sociale myndigheder og psykiatri (PSP)

**Boks 46: Hovedpointer**

PSP-samarbejdet har ifølge flere aktører et potentiale i forhold til at forebygge tvangsindlæggelser for borgere, hvor der er behov for tværsektoriel koordinering. Samarbejdet gør det muligt at opspore borgere, vidensdele mellem sektorer og igangsætte forebyggende indsatser. Samarbejdet kan ifølge aktørerne forbedres ved at se på eller udvide repræsentationen fra øvrige aktører på møderne. Der er også et potentiale i at blive bedre til, at væsentlig information fra PSP-samarbejdet kan nå ud til de medarbejdere, som ikke sidder med til PSP-møderne, men som møder borgerne og har mulighed for at forebygge tvangsindlæggelser.

I PSP-samarbejdet drøftes sårbare borgere, hvor der er behov for *tværsektoriel koordinering mellem politi, sociale myndigheder og psykiatri* for at sikre borgeren den rette hjælp. PSP-netværkene består af medarbejdere, som repræsenterer de deltagende myndigheder, herunder politi, sociale myndigheder og psykiatri.

Sociale myndigheder og psykiatri deltager med repræsentanter, som varierer meget mellem PSP-netværk. I nogle politikredse er PSP-netværkene koordineret af en PSP-koordinator. Koordinatoren kan medvirke til at hver lokalt PSP-netværk er optimalt sammensat i forhold til deltagere, skabe vidensdeling på tværs af PSP-netværk, assistere med at skabe ledelsesmæssigt engagement i netværkene og bidrage med særlig faglig viden omkring netop psykiatri og sociale myndigheder. En PSP-koordinator beskriver, at der ikke er en bestemt sammensætning af PSP-deltagere, som er optimal, men at mange faktorer kan påvirke, om netværket fungerer optimalt.

Netop *de øvrige aktørers repræsentation i PSP-netværkene, kan være en kilde til frustration*. Nogle repræsentanter fra politi med erfaring fra PSP oplever, at medarbejdere fra psykiatri ikke er tilstrækkelig repræsenteret eller engagerede i PSP-møder. I nogle netværk deltager psykiatere fra psykiatrien, mens andre netværk har socialsygeplejersker som repræsentanter fra psykiatrien. Politiets repræsentanter i PSP efterspørger deltagelse af læger fra psykiatrien i PSP-netværket og på PSP-møderne, men har samtidig en oplevelse af, at en presset psykiatri gør, at der ikke er ressourcer til at deltage i et forpligtende PSP-samarbejde. Samme oplevelse gør sig gældende i forhold til samarbejdet med den sociale myndighed, hvor politiets repræsentanter i PSP savner repræsentanter, som har reel beslutningskraft. Derudover savner de, at de øvrige repræsentanter også byder ind med borgere, som kan drøftes på PSP, da de oplever, at det ofte er repræsentanter fra politiet, som tager emner op.

Politiets repræsentanter fra PSP-netværket, oplever, at *PSP er et forum, som forebygger tvangsindlæggelser eller gør tvangsindlæggelser mere skånsomme*. Netop fordi det tværsektorielle samarbejde opsporer borgerne tidligere og gør det muligt at undgå, at situationer eskalerer, jf. citatet nedenfor.

---

*Jeg ser helt sikkert, at vores samarbejde er forebyggende i forhold til en tvangsindlæggelse. Jeg tror, eller jeg er slet ikke i tvivl om, at rigtig mange tvangsindlæggelser bliver undgået, fordi vi netop har vores samarbejde. Vi fanger dem tidligere end dér, hvor det er eskaleret, når vi har det her samarbejde, når kommunen er med, og når distriktspsykiatrien er ind over og får en heads up på, at nu er deres borgere, som de har tilknyttet, truffet i det og det. De giver jo også besked videre til de relevante behandlere, som de har tilknyttet ind i distriktspsykiatrien.*
*Medarbejder, lokalpoliti og PSP-netværk*

---

*En af mulighederne for at forebygge tvangsindlæggelser gennem PSP sker ved, at politiet får øje på en forværring hos nogle borgere*, som er ukendt for de sociale myndigheder og psykiatri.

Politiet har mulighed for at identificere forværring hos borgeren, som de sociale myndigheder og psykiatri ikke kender til, idet de håndterer henvendelser fra bekymrede naboer, henvendelser om voldsom adfærd i gadebilledet og henvendelser fra borgere, der generelt er utrygge. En medarbejder i lokalpolitiet eksemplificerer, hvordan de kan blive bekendt med en forværring i borgerens mentale tilstand, inden en eventuel tvangsindlæggelse er nødvendig.

Politiets repræsentanter i PSP-netværket oplever et stort potentiale gennem PSP-samarbejdet ved opsporing og drøftelse af forværring hos borgere, som falder mellem to stole, og som ikke nødvendigvis bliver opsporet i andet regi. En borger vil dog sjældent komme på PSP-møder, hvis borgeren er indlagt i psykiatrien, fordi det så ofte konkluderes, at de er i relevant behandling.

Netop dette rationale oplever politiet uhensigtsmæssigt i et forebyggelsesperspektiv. En repræsentant fra politiet i PSP ønsker, at der var ressourcer til at drøfte og følge op på flere borgere i PSP-regi, også selvom antagelsen er, at de er grebet af psykiatrien ved indlæggelsen.

*En anden mulighed for at forebygge tvangsindlæggelser er, at der er særlige muligheder for at informationsdele i regi af PSP*. I psykiatrien, hvor der kan være lang tid mellem ambulante aftaler, eller hvor borgere kan være afsluttede til egen læge, kan det være vigtig information, at en borger er udeblevet fra andre offentlige instanser gennem længere tid. PSP-forummet kan også bekræfte en bekymring for en borger og medvirke til, at der igangsættes en handling. Sådan beskriver en medarbejder fra psykiatrien det i citatet nedenfor.

---

*Så har vi vores PSP, og der synes jeg faktisk, vi har gode muligheder for at få drøftet noget af det her, vidensdele eller informationsdele. Altså: "vi er lidt bekymrede inde hos os, vi ved det og det", og jobcenteret og socialrådgivere kan jo også sige: "jeg er faktisk vældig bekymret" eller "de er ikke troppet op, vi har ikke set vedkommende i to måneder, er der nogen, der ved noget?"*
*Leder, psykiatrisk akutmodtagelse*

---

Derudover beskriver en repræsentant fra politiet med erfaring fra PSP-samarbejdet, at de oparbejdede relationer i netværket gør det nemmere at få relevant information om borgernes situation, eller (hurtigere) at afgøre om det er lovligt at få den konkrete information fra andre sektorer. Den information bruges netop til gavn for samarbejdet med vagtcentralen, som ellers kan have svært ved at indhente information, som de har brug for til at tilrettelægge og koordinere en indsats for at sikre, at borgeren får den rette hjælp og støtte. Som tidligere nævnt kan der dog ligge et uforløst potentiale i forhold til at sikre, at betjente i beredskabet får adgang til væsentlig information fra PSP.

*En tredje mulighed for at forebygge tvangsindlæggelser er, at PSP-møder giver mulighed for at foretage tværorganisatoriske vurderinger* af borgerens situation og på tværs af politi, sociale myndigheder og psykiatri beslutte en fælles handling.

På PSP-møder drøftes borgerne i det tværorganisatoriske forum. Møderne giver mulighed for at se borgerens situation fra nye vinkler, skabe nye støtte- eller behandlingstiltag og sikre, at alle parter er orienterede om planen og mulighederne heri. Repræsentanter fra politiet med erfaring fra PSP oplever, at det er relevant at dele den viden, der ligger hos psykiatri, sociale myndigheder og politi, så alle møder borgeren med en bedre og tværfaglig funderet forståelse af vedkommendes situation, jf. citatet nedenfor.

---

*Jamen altså i bund og grund handler det jo om, at man er parat til at hjælpe hinanden, når vores forskellige fagligheder, eller hvad skal man sige, har brug for det. Hvis vi sidder i en situation med borgere, hvor vi er bekymrede for en eskalerende adfærd, kriminalitetsmæssigt, så er det rart at vide, jamen har den her person noget psykisk, vi skal være opmærksomme på, når vi kommer ud på bopælen? Eller kan der være en årsag til, at personen er, som han er. Så det giver jo også en forståelse. Og der har vi en god måde at så vendt folk på i vores netværk, fordi det er fortroligt inden for retsplejelovens §115. Så de hjælper os med ligesom at fortælle: "jamen vi kender den her person i psykiatrien og dét og dét, og I skal være opmærksomme på dét, og han har tilsyn fra den og den myndighed".*
*Medarbejder, lokalpoliti og PSP-netværk*

---

# Litteraturliste

Regeringen og partierne (24/11-2023). *En bedre psykiatri - hurtigere behandling til børn og unge, bedre akut hjælp og større tryghed for medarbejderne.* Aftale. Lokaliseret d. 9/3-2026 fra: https://www.ism.dk/nyheder/2023/november/aftale-om-loeft-af-psykiatrien-i-2024-sikrer-mere-kapacitet-og-bedre-hjaelp-til-boern-og-unge-

Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. [Psykiatriloven], LBK nr. 1045 af 18/09/2024, Lovtidende A (2024).
https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2024/1045

Bekendtgørelse af lov om rettens pleje [Retsplejeloven], LBK nr. 1298 af 07/11/2025, Lovtidende A (2025).
https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2025/1298.

Komponent (2026). *Borgernes oplevelser af forløb med tvang i psykiatrien.*

Styrelsen for Patientsikkerhed (u.å.). *Informeret samtykke for børn og unge.*
Lokaliseret d. 8/1-2026 fra: https://stps.dk/sundhedsfaglig/ansvar-og-retningslinjer/patienters-retsstilling/informeret-samtykke/boern-og-unge

Sundhedsstyrelsen (14/8-2024). *Faglige rammer for udgående botilbudsteams i den regionale psykiatri***.** Lokaliseret d.8/4 2026 fra: https://www.sst.dk/udgivelser/2024/Faglige-rammer-for-udgaaende-botilbudsteams-i-den-regionale-psykiatri

Sundhed.dk (11.01.2025). *Tvangsindlæggelser, voksne og unge fra 15 år.*
Lokaliseret d. 8/1-2026 fra: https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/hovedstaden/almen-praksis/patientbehandling/patientforloeb/forloebsbeskrivelser-icpc/p-psykisk/voksne/tvangsindlaeggelser-voksne/

Sundhedsstyrelsen (28/11-2025). *Tvang i psykiatrien*. Lokaliseret d. 6/3-2026 fra:
https://www.sst.dk/vidensbase/sygdomme-og-behandling/psykiske-lidelser/tvang-i-psykiatrien

# Bilag 1: Metodebilag

## Analysedesign og datakilder

Analysen af forløb forud for indlæggelser med tvang i psykiatrien er gennemført i følgende trin:

**Formulering af analysespørgsmål med afsæt i eksisterende viden fra forskning og praksis**

Der er formuleret analysespørgsmål med afsæt i eksisterende litteratur om tvangsindlæggelser samt på baggrund af workshops afholdt med interessenter fra kommune og region. Deltagerne omfattede fx koordinatorer, socialrådgivere, læger, socialpædagoger fra psykiatrien, ledere og medarbejdere på botilbud eller børne- og ungehjem, sygeplejersker og tværsektorielle medarbejdere.

Desk researchen tager afsæt i litteratur fra de nordiske lande og går 10 år tilbage. Der har været fokus på litteratur, som afdækker forløb forud for tvangsindlæggelser samt det tværsektorielle samarbejde. Interessenterne har derudover peget på litteratur samt videregivet deres erfaringer og perspektiver på forebyggelsespotentialet.

**Registerbaseret målgruppeanalyse**

For at beskrive de borgere, der indlægges med tvang i psykiatrien, er der gennemført en målgruppeanalyse på baggrund af landspatientregisteret af borgere i alderen 0-69 år, som er indlagt mindst én gang med tvang i perioden 2020-2024. Der er koblet registerdata fra Danmarks Statistik på for at undersøge borgernes karakteristika, deres forløb samt deres kontakter til forskellige velfærdsområder op til indlæggelse med tvang. Afgrænsningen op til 69 år skyldes, at vi på baggrund af en ressourcevurdering ikke medtager den ældste del af målgruppen. Vores analyse dækker derfor ikke demensområdet, som rummer særlige udfordringer og løsningsmuligheder, der ligger uden for denne analyses fokus.

Målgruppen er afgrænset ved personer, som påbegyndte en tvangsindlæggelse i perioden 2020-2024 (kun LPR3 data indgår), og har en gyldig bopæl i Danmark på starttidspunkt for tvangsindlæggelsen. Analysen ser alene på det offentligt finansierede sygehus, og der ses bort fra data fra de retspsykiatriske afdelinger.

Tvangsindlæggelse er defineret ved følgende koder: AVTA1, AVTB1, AVTA2 og AVTB2.

Psykiatriske diagnoser er afgrænset ved diagnoser, der er registreret enten samtidig med tvangsindlæggelsens starttidspunkt eller under tvangsindlæggelsen.

Følgende diagnosegrupper er opgjort ud fra ICD-10.

- ’Nervøse tilstande’ er afgrænset ved diagnosegruppen F40-49 ’Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer’.
- ’Følelsesmæssige forstyrrelser’ er afgrænset ved diagnosegruppen F90-98 ’Adfærds- og følelsesmæssig forstyrrelse opstået før voksenalderen’.
- ’Udviklingsforstyrrelser’ er afgrænset ved diagnosegruppen F80-89 ’Psykiske udviklingsforstyrrelser’.
- ’Tilsigtet selvbeskadigelse’ er afgrænset ved diagnosegruppen DX60-DX84 ’Forsætlig selvbeskadigelse’.
- ’Affektive lidelser’ er afgrænset ved diagnosegruppen F30-39 ’Affektive lidelser’.
- ’Skizofreni’ er afgrænset ved diagnosegruppen F20-29 ’Psykoserne specielt skizofreni’.

- ’Personlighedsforstyrrelse’ er afgrænset ved diagnosegruppen F60-69 ’Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd’.
- ’Spiseforstyrrelser’ er afgrænset ved diagnosegruppen F50-59 ’Adfærdsændringer forbundne med fysiske og fysiologiske faktorer’.
- ’Misbrug’ er afgrænset ved diagnosegruppen F10-16,18-19 ’Sindslidelser som følge af misbrug af alkohol eller stoffer’ samt ’Psykisk lidelse eller forstyrrelse forårsaget af brug af tobak’.
- ’Mental retardering’ er afgrænset ved diagnosegruppen F70-79 ’Mental retardering (åndssvaghed)’.

**Kvalitativ undersøgelse med interviews fra udvalgte aktører**

*Udvælgelse af informanter*

Med afsæt i den kvantitative målgruppeanalyse samt viden fra desk researchen og interessentworkshops, blev den kvalitative undersøgelse designet ud fra nogle udvalgte målgruppetypologier for derigennem at udvælge relevante informanter.

Målgruppeanalysen viste, at det blandt børn og unge var interessant at tale med børne- og ungehjem grundet den markant høje andel af anbragte unge i målgruppen. Den voksne målgruppe blev opdelt i to: voksne på botilbud og voksne med risiko for dom. De tre målgruppetypologier blev derfor 1) børn og unge der er anbragt, 2) voksne på botilbud og 3) voksne i risiko for at få en dom.

Ud fra disse typologier blev der gennemført interviews med børne- og ungehjem, botilbud og botilbudsteams samt repræsentanter fra politiet i PSP (samarbejde mellem politi, sociale myndigheder og psykiatri).

Derudover har vi på baggrund af viden om det generelle forløb op til en tvangsindlæggelse udvalgt aktører til interviewundersøgelsen, som altid er involveret i en tvangsindlæggelse. Det gælder betjente i beredskabet, psykiatrisk akut modtagelse (PAM) og psykiatrisk sengeafsnit samt med almen praktiserende læge.

*Gennemførsel af interviews*

Der er i alt gennemført interviews med 28 informanter. På børne- og ungeområdet er der gennemført tre interviews fra hhv. to regionale børne-og ungehjem og et privat børne- og ungehjem, samt med fire repræsentanter fra børne- og ungepsykiatriens sengeafsnit.

Da der som tidligere nævnt er relativt få tvangsindlæggelser på børne- og ungeområdet, har det i interviewundersøgelsen været svært at rekruttere personale fra børne- og ungehjem med erfaringer om tvangsindlæggelser. På de børne- og ungehjem, vi har talt med, er det forskelligt, hvor stor erfaring medarbejderne har med tvangsindlæggelser. Men vi har forsøgt at udvælge aktører, som har mest mulig erfaring med tvangsindlæggelser. Dette kan give en potentiel bias i den målgruppe, som informanterne udtaler sig om, hvis nogle af børne- og ungehjemmene særligt har erfaringer med nogle specifikke diagnosegrupper, som vil være dem, som tvangsindlægges oftest. En anden potentiel bias består i, at informanterne har et særligt fokus på samarbejdet mellem regionale børne- og ungehjem samt børne- og ungepsykiatrien. Derfor er der en begrænsning i forhold til, hvor stort det kvalitative erfaringsgrundlag blandt aktørerne på børne- og ungeområdet er, fordi der er en risiko for, at erfaringerne med tvangsindlæggelser er samlet på få hænder. Det gælder både at få børne- og ungehjem reelt har erfaringer med tvangsindlæggelser; eller at de har specialiseret sig inden for få diagnosegrupper, som begrænser den erfaring de kan have med forskellige tvangsindlæggelser.

På voksenområdet er der foretaget interviews med to informanter fra botilbud, tre informanter fra botilbudsteams, fire repræsentanter fra politiet i PSP og to fra voksenpsykiatriens sengeafsnit.

På tværs af børne- og voksenområder, er der derudover gennemført tre interviews med koordinerende medarbejdere fra psykiatrien samt tre interviews med den psykiatriske akutmodtagelse. Dertil er der gennemført tre interviews med betjente fra beredskabet samt ét med en praktiserende læge, der derfor primært anvendes til baggrundsviden.

Blandt interviewpersonerne er det forskelligt, hvor ofte de oplever tvangsindlæggelser. Nogle aktører oplever ofte tvangsindlæggelser blandt de borgere, de arbejder med, mens andre oplever det sjældent. Det afhænger eksempelvis af vedkommendes funktion og arbejdsområde. Psykiatrisk akutmodtagelse og betjente i beredskabet har stor berøring med tvangsindlæggelser; mens sengeafsnit, botilbudsteam, botilbud samt børne- og ungehjem har varierende berøring; og almen praksis har sjældent berøring med tvangsindlæggelser. Nogle informanter taler derfor ud fra et stort erfaringsgrundlag med tvangsindlæggelser, mens andre har færre erfaringer.

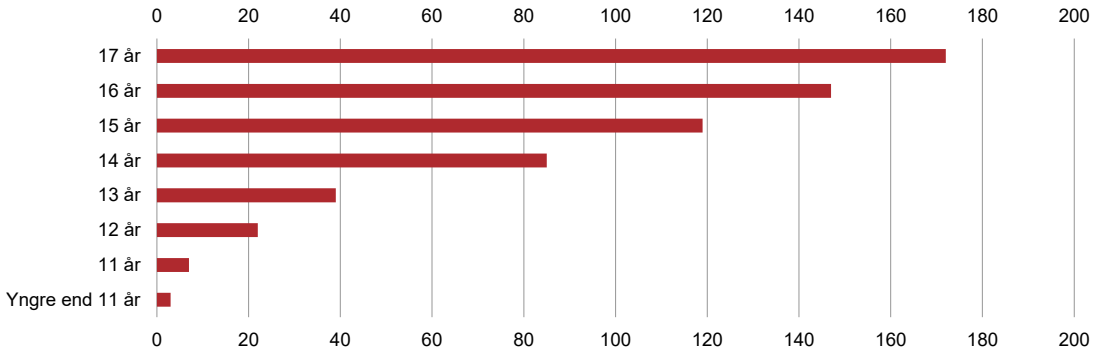
Alle interviews er gennemført som semistruktureerede interviews på video eller telefon i foråret 2025.

Lyden fra interviewene er optaget, og en første transskription af interviewene er foretaget med Open AI's Whisper værktøj. Dernæst er lydoptagelsen gennemlyttet for at foretage rettelser og korrektur i teksten. Efterfølgende har vi kodet manuskripterne og opstillet interviewdata i kvalitative displays mhp. meningskondensering og tematisk analyse. Vi har anvendt displays til at sikre, at variationen i interviewdata er repræsenteret i rapporten. Formuleringer som 'flere informanter fortæller' betyder, at en oplevelse går igen, men at udsagnet ikke nødvendigvis gælder alle interviewpersoner eller alle fem kommuner. De anvendte citater er gengivet under hensyntagen til interviewpersonernes anonymitet. Nogle steder har vi korrigeret tekstens ordlyd, hvis citatet kunne bryde med anonymiteten eller være svært at forstå. Vi har også forkortet citater ved at fjerne eksempelvis ufuldstændige sætninger. Tre punkter (…) angiver, at teksten er forkortet.

# Bilag 2: Figurer

**Figur 17**

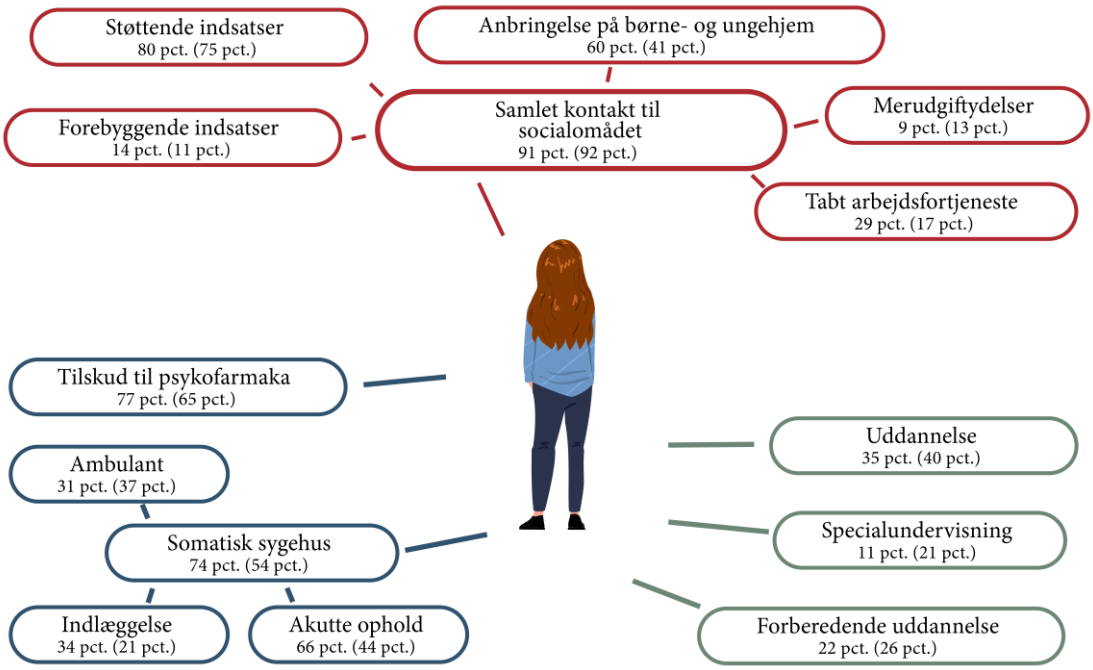
**Antal børn og unge, der tvangsindlægges, opdelt på deres alder første gang de indlægges med tvang, 2020-2024**




**Anm.**: Alder er opgjort ved dato for indlæggelse med tvang.
**Kilde**: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata

**Figur 18**

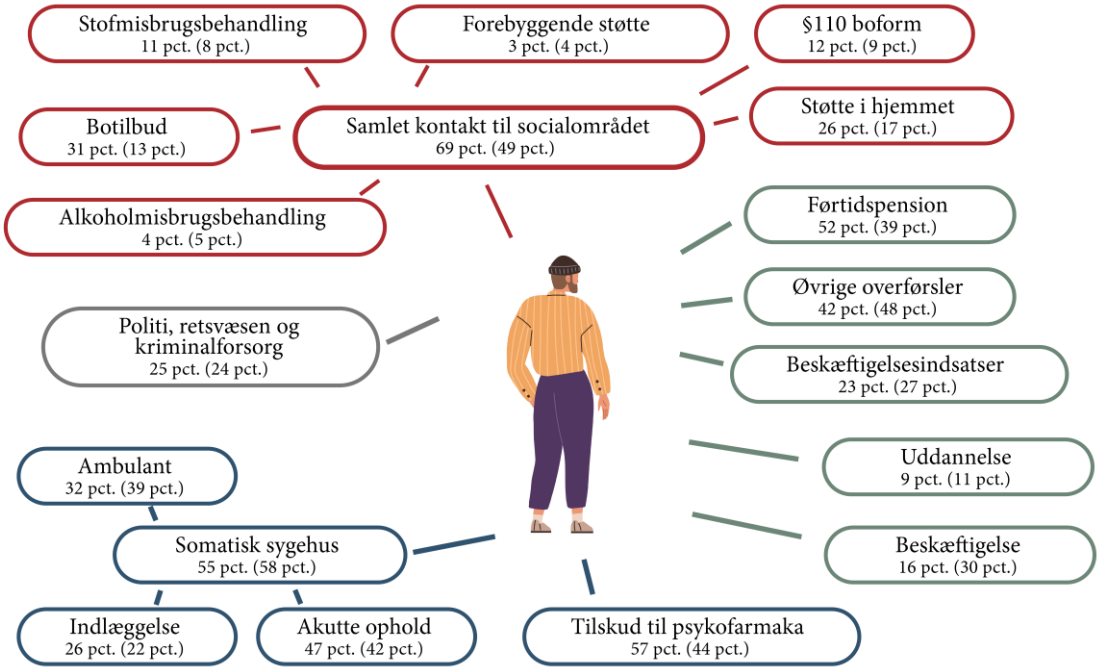
**Kontakter til ydelser og aktiviteter blandt børn og unge, der tvangsindlægges første gang i 2023, opdelt på, om de genindlægges med tvang i perioden 2023-2024**




**Anm.**: Personer der kun er indlagt én gang i perioden er angivet i parentes. Andelen, der er i gang med en ungdomsuddannelse, er opgjort på baggrund af de børn og unge i målgruppen, der er 16 år eller ældre.
**Kilde**: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og den Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM

**Figur 19**

**Kontakter til ydelser og aktiviteter blandt de voksne der tvangsindlægges første gang i 2023, opdelt på, om de genindlægges med tvang i perioden 2023-2024**



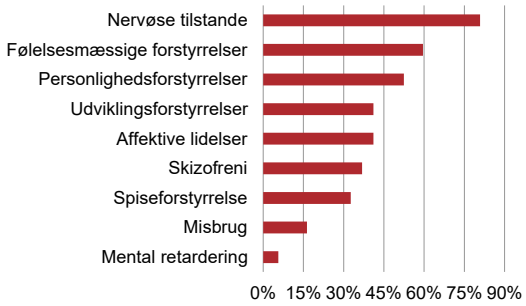

**Anm.**: Personer der kun er indlagt én gang i perioden er angivet i parentes.
**Kilde**: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata og den Socialøkonomiske Investeringsmodel, SØM

**Figur 20**

**Andel børn og unge, der tvangsindlægges, og i forbindelse med mindst én indlæggelse er diagnosticeret med følelsesmæssige forstyrrelser, opdelt på diagnoser, 2020-2024**

**Figur 21**

**Andel børn og unge, der tvangsindlægges, og i forbindelse med mindst én indlæggelse er diagnosticeret med tilsigtet selvbeskadigelse, opdelt på diagnoser, 2020-2024**




**Anm.**: Andelen opdelt på diagnoser er opgjort ud fra samlet antal indlæggelser i perioden. Psykiatriske diagnoser er afgrænset ved diagnoser, der er registeret under tvangsindlæggelsen. Den samme person kan optræde med flere diagnoser ved samme tvangsindlæggelse og kan være indlagt mere end én gang i perioden. En detaljeret beskrivelse af diagnosegrupperne findes i bilag 1: metodebilag.
**Kilde**: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata

**Figur 22**

**Andel voksne, der i forbindelse med en tvangsindlæggelse mindst én gang er diagnosticeret med skizofreni, opdelt på indlagt kun på røde papirer, indlagt kun på gule papirer eller begge indikationer, 2020-2024**

**Anm.**: En tvangsindlæggelse på røde papirer er defineret ved startkoden AVTA1, mens en tvangsindlæggelse på gule papirer er defineret ved startkoden AVTA2. Psykiatriske diagnoser er afgrænset ved diagnoser, der er registeret under tvangsindlæggelsen. En detaljeret beskrivelse af diagnosegrupperne findes i bilag 1: metodebilag.
**Kilde**: Egne beregninger på Danmarks Statistiks registerdata

Social- og Boligstyrelsen

Social- og Boligstyrelsen
Lerchesgade 35, 5
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00

www.sbst.dk