



21-02-2025

MOD-2025-00096

rikfe@regioner.dk

Dagsorden for møde i Psykiatri- og Socialudvalget den 28. februar 2025

Deltagere: Jacob Klærke, Vibeke Gamst, Anne Christiansen Thilemann,
Anne Skau Styrishave, Dorte Vilhelmsen, Lone Mortensen,
Else Søjmark, Malou Skeel, Mette Bossen Linnet, Steen
Jakobsen, Susanne Due Kristensen, Bente Gertz, Grethe Olivia
Nielsson

Afbud:

Mødested: Psykiatriens Hus, Saxogade 14B, 9000 Aalborg

Indholdsfortegnelse

1 (Fortrolig)	4
2 (Offentlig) Godkendelse af åbent referat fra mødet den 5. december 2024	5
3 (Fortrolig)	5
4 (Fortrolig)	5
5 (Fortrolig)	6
6 (Offentlig) Status på forebyggelse af anvendelsen af tvang i psykiatrien	7
7 (Offentlig) Aftale om styrket akutpsykiatrisk hjælp	10
8 (Offentlig) Orientering om udmøntning af tre initiativer i rammeaftale af 2. maj 2024 om en langsigtet og bæredygtig udvikling af handicapområdet	13
9 (Offentlig) Status for 10-årsplanen for psykiatri og mental Sundhed og Aftale om bedre psykiatri	16
10 (Offentlig) Bedst for Os	19
11 (Offentlig) Psykiatriens Hus i Aalborg	21
12 (Offentlig) Meddelelser og gensidig orientering	23
13 (Offentlig) Eventuelt - åbent	24
14 (Fortrolig)	24

1 (Fortrolig)

2 (Offentlig) Godkendelse af åbent referat fra mødet den 5. december 2024

rikfe@regioner.dk
MOD-2025-00096

Resumé

Referatet blev sendt til udvalget via First Agenda den 16. december 2024.

Indstilling

*Det indstilles,
at udvalget godkender referatet*

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Referat - Åben (1744670 - MDR-2024-00036)

3 (Fortrolig)

4 (Fortrolig)

5 (Fortrolig)

6 (Offentlig) Status på forebyggelse af anvendelsen af tvang i psykiatrien

annbs@regioner.dk
EMN-2024-00591

Resumé

Der gives hermed en status for forebyggelse af anvendelsen af tvang i psykiatrien med afsæt i tre centrale initiativer på området:

- 1) Nedsættelsen af Task Force for forebyggelse af tvang i psykiatrien nedsat på baggrund af en partnerskabsaftale mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL indgået i 2024.
- 2) Offentliggørelsen af en ny model for monitorering af tvang.
- 3) Et fagligt arbejde med fokus på muligheden for at indføre alternative og mindre indgribende tvangsformer.

Indstilling

Det indstilles,
at Psykiatri- og Socialudvalget tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Task Force for forebyggelse af tvang i psykiatrien

I 2024 indgik Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Danske Regioner og KL "Aftale om mål for mindre tvang i psykiatrien (for perioden 2024-2030)". Målsætningen i aftalen er at reducere antallet af episoder med bæltefiksering, fastholdelse og akut beroligende medicin med tvang pr. 100.000 borgere med 30 %.

Med afsæt i partnerskabsaftalen er der nedsat en Task Force for forebyggelse af tvang i psykiatrien. Task Forcens opgaver drejer sig om vidensdeling, monitorering af udviklingen i tvang samt identificering af behovet for indsatser. En afgørende forskel fra den forrige partnerskabsaftale og Task Force er, at KL og kommunale repræsentanter nu indgår ligestillet i arbejdet. Task Forcen har særligt fokus på:

- At opnå større viden om forløb, der leder op til tvangsindlæggelser og potentialer i kommunale indsatser for forebyggelse af tvangsindlæggelser. Der er et analysearbejde i gang.
- Anvendelsen af tvang i børne- og ungdomspsykiatrien.

I kommissoriet for Task Force fremgår desuden, at hver region skal lægge en årlig plan for arbejdet med at forebygge og nedringe tvang. De første planer skal præsenteres til Task Force mødet i sommeren 2025. For at sikre, at

planerne belyser de relevante temaer, udarbejder Sundhedsstyrelsen et udkast til spørgsmål i samarbejde med regionerne.

Det første møde i Task Force blev afholdt før jul.

Ny model for monitorering af tvang

Ved udgangen af den sidste partnerskabsaftale for nedbringelse af tvang, blev det aftalt, at der skulle indføres en ny model for monitorering af tvang. Modellen blev offentliggjort før jul og den første monitoreringsrapport på baggrund af de reviderede indikatorer forventes offentliggjort i 2. kvartal 2025 efter en høring i regionerne. Psykiatri- og Socialudvalget vil blive orienteret om indholdet af rapporten.

Den nye model er centreret omkring partnerskabets målsætning om at nedbringe de mest indgribende tvangsformer: bæltefikseringer, akut beroligende medicin og fastholdelser. Monitorering af tvangsindlæggelser indgår ikke i modellen. Monitoreringen vil fremadrettet blive offentliggjort én gang årligt efter ønske fra regionerne.

Alternative tvangsformer

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet et udkast til et fagligt oplæg (vedlagt som bilag), hvor de har undersøgt muligheden for at anvende alternative og mindre indgribende tvangsformer med det formål at forebygge og mindske brugen af de mest indgribende tvangsformer. I notatet fremgår Sundhedsstyrelsens vurderinger af: 1) hvilke tiltag, der vil kunne reducere varigheden af tvangsfiksering og fastholdelser, 2) hvilke tvangsformer, der vil kunne anvendes i stedet for tvangsfiksering, fastholdelse og beroligende medicin med tvang samt 3) hvilke tiltag, der vil kunne reducere den tid, hvor patienten er i risiko for at blive udsat for tvangsfiksering, fastholdelse og beroligende medicin med tvang.

Regionerne har været inddraget i processen, og flere vurderinger er i tråd med regionernes anbefalinger. Det bemærkes, at indførelsen af alternative tvangsformer, kan øge den samlede registrerede anvendelse af tvang. Det skyldes, at der sandsynligvis vil blive anvendt flere forskellige former for tvang, før de mest indgribende tvangsformer anvendes. Oplægget er oversendt til Indenrigs- og Sundhedsministeriet og beslutning om den videre proces afventes.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Sundhedsstyrelsens vurdering - Reduktion af mest indgribende tvangsformer - 2025 (1753812 - EMN-2024-00591)

7 (Offentlig) Aftale om styrket akutpsykiatrisk hjælp

annbs@regioner.dk

EMN-2024-00398

Resumé

Som en del af 'Aftale om bedre psykiatri' (2023) har Sundhedsstyrelsen fået til opgave at beskrive en model for en psykiatrisk akuttelefon samt styrkede akutpsykiatriske tilbud.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet offentliggjorde d. 29. januar 2025, at regeringen har indgået en bred aftale om en ny psykiatrisk akuttelefon og styrkelse af akutte psykiatriske behandlingstilbud.

I tråd med Sundhedsstyrelsens og regionernes anbefalinger, er det besluttet at en psykiatrisk akuttelefon skal etableres ved at integrere psykiatrifaglighed i det eksisterende akutberedskab ved Akut Medicinsk Koordinering (AMK), der besvarer 1-1-2 opkald, og de regionale lægevagter. Til styrkelsen af akutte psykiatriske behandlingstilbud, beskriver aftalepartnerne, at regionernes eksisterende udgående akutpsykiatriske tilbud skal styrkes på tværs af landet.

Indstilling

Det indstilles,

at Psykiatri- og Socialudvalget tager orienteringen til efterretning

Sagsfremstilling

Som en del af 'Aftale om bedre psykiatri' (2023) har Sundhedsstyrelsen fået til opgave at beskrive en model for en national psykiatrisk akuttelefon samt styrkede akutpsykiatriske tilbud. I aftalen fremgår det, at: *"der skal udvikles en model for og implementeres en national psykiatrisk akuttelefon, og at der samtidig sker en opbygning og styrkelse af akutte psykiatriske behandlingstilbud, som akuttelefonen kan visitere til."*

Der har i regi af Sundhedsstyrelsen været nedsat en arbejdsgruppe, som har bidraget med rådgivning om etablering og drift af en psykiatrisk akuttelefon samt styrkelse af akutte psykiatriske behandlingstilbud. Repræsentanter fra regionerne og Danske Regioner har bidraget aktivt i arbejdsgruppen. Sundhedsstyrelsen har på baggrund af arbejdsgruppens input udarbejdet det faglige oplæg: *"Styrket akutpsykiatrisk hjælp - fagligt beslutningsoplæg til styrkelse af telefonisk indgang til akutpsykiatrisk hjælp og styrkelse af akutte behandlingsindsatser i den regionale psykiatri"*. Det faglige oplæg blev oversendt til Indenrigs- og Sundhedsministeriet i december 2024.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet offentliggjorde d. 29. januar 2025, at regeringen har indgået en bred aftale om styrket akutpsykiatrisk hjælp.

I tråd med Sundhedsstyrelsens og regionernes anbefalinger, er det besluttet at en psykiatrisk akuttelefon skal etableres ved at integrere psykiatrifaglighed i det eksisterende akutberedskab ved Akut Medicinsk Koordinering (AMK), der besvarer 1-1-2 opkald, og de regionale lægevagter. Det er positivt og medvirker til, at der kan etableres en reelt brugbar indsats. Samtidigt er det vigtigt ikke at undervurdere den betydelige implementeringsopgave, som venter regionerne, der skal have det anbefalede tilbud færdigimplementeret i løbet af 2026. For alle regioner vil det – i større eller mindre grad – kræve nye samarbejdsformer og organisering samt nye tekniske løsninger, kompetencer og ekstra bemanning.

Til styrkelsen af akutte psykiatriske behandlingstilbud, beskriver aftalepartnerne, at regionernes eksisterende udgående akutpsykiatriske tilbud skal styrkes på tværs af landet. Der beskrives yderligere etablering af en Akut Psykiatrisk Koordinator (APK)-funktion.

Sundhedsstyrelsens faglig oplæg og den politiske aftale er vedhæftet som bilag.

Økonomi

Der er i 2025 afsat 112,5 mio. kr. og fra 2026 og frem 150 mio. kr. årligt til implementering af den psykiatriske akuttelefon samt styrkelse af akutte psykiatriske behandlingstilbud. Midlerne afsættes til regionerne.

Udmøntningsaftalen vedr. styrket akutpsykiatrisk hjælp vil indgå i den samlede udmøntning af midler til den resterende del af 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed.

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Aftaletekst til ny national psykiatrisk akuttelefon (1753803 - EMN-2024-00398)
2. Fagligt oplæg - Styrket akutpsykiatrisk hjælp (1753802 - EMN-2024-00398)

8 (Offentlig) Orientering om udmøntning af tre initiativer i rammeaftale af 2. maj 2024 om en langsigtet og bæredygtig udvikling af handicapområdet

tga@regioner.dk
EMN-2023-00875

Resumé

Den 20. januar 2025 indgik Regeringen, Liberal Alliance, Det konservative Folkeparti og Radikale Venstre en aftale om udmøntning af tre initiativer fra rammeaftalen på handicapområdet. De tre initiativer er 1) effektivisering af socialtilsyn, 2) indførelse af en beløbsgrænse for alternative tilbud og 3) ændrede regler for at forblive på botilbud for ægtefæller til afdøde borgere med handicap.

Indstilling

Det indstilles,
at Psykiatri- og Socialudvalget tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

Regeringen, Liberal Alliance, Det konservative Folkeparti og Radikale Venstre har 20. januar 2025 indgået en aftale om udmøntning af tre initiativer fra "Rammeaftale af 2. maj 2024 om en langsigtet og bæredygtig udvikling af handicapområdet".

De tre initiativer er 1) effektivisering af socialtilsyn, 2) indførelse af en beløbsgrænse for alternative tilbud og 3) ændrede regler for at forblive på botilbud for ægtefæller til afdøde borgere med handicap.

Effektivisering af socialtilsyn

Initiativet indebærer en række ændringer af lovgivningen, som samlet set skal forenkle, målrette og effektivisere socialtilsynet, gøre tilsynet mere risikobaseret samt lette tilsynstrykket med 30 pct. Dette sker bl.a. ved at ophæve kravet om årlige tilsynsbesøg i alle tilbud og plejefamilier, reducere antallet af parametre i kvalitetsmodellen og indføre en binær kvalitetsscore ifm. godkendelse af tilbud. Den mere risikobaserede tilgang understøttes af en fælles risikomodel, som socialtilsynene skal udarbejde i forbindelse med de nye reglers ikrafttræden og opdatere løbende.

Konkret betyder det:

- Krav om årlige tilsynsbesøg i alle tilbud og plejefamilier ophæves. I stedet tilrettelægges socialtilsynet tilsynsbesøgene efter en risikobaseret tilgang. Tilbud, der ikke får besøg ud fra en risikobaseret tilgang, skal have besøg hvert tredje år, mens plejefamilier skal have tilsynsbesøg mindst hvert andet år. Tilsynsbesøg skal som

udgangspunkt være uanmeldte Anmeldte besøg skal anmeldes med maksimalt fire ugers varsel.

- Kvalitetsmodellen reduceres fra syv temaer til fem temaer med i alt ni kvalitetskriterier. Indikatorerne fjernes fra modellen, og kvaliteten måles fremover i en binær score (opfyldt/ikke-opfyldt).
- Socialtilsynets dialogforpligtelse præciseres for at sikre fortsat dialog mellem tilbud/plejefamilier og tilsyn om kvaliteten. Endvidere styrkes whistleblowerordningen med udbredelse af informationsmateriale og mulighed for at oplyse, at tilsynet er affødt af et whistleblower.
- Der fastsættes en fælles udgiftsramme for socialtilsynene, som reducerer de nuværende udgifter med 30 pct.

Lov om ændring af socialtilsynsloven m.v. (mere risikobaseret tilsyn, regelforenklinger m.v.) træder i kraft 1. januar 2026.

Indførelse af en beløbsgrænse for alternative tilbud

For borgere med betydelig og varigt nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, som har ret til frit valg i forbindelse med visitation til længerevarende botilbud eller visse botilbudslignende tilbud, indføres en beløbsgrænse på 10 pct. for alternative tilbud fra lovens ikrafttræden (juli 2025) til udgangen af 2027. Beløbsgrænsen tager udgangspunkt i den forhandlede pris, og skal ses i sammenhæng med det aftalte arbejde om en ny takstmodel, som skal skabe økonomisk gennemsigtighed, også på tværs af ejerformer, og styrke sammenhængen mellem kvalitet og økonomi samt forbedre kommunernes udgiftsstyring. Der vil blive oprette en kontrolenhed for at kontrollere takstfastsættelsen i konkrete tilfælde.

Ændrede regler for at forblive på botilbud for ægtefæller til afdøde borgere med handicap

Fra 1. juli 2025 kan kommunen sætte en tidsgrænse på tre måneder for retten til at forblive i et længerevarende botilbud for efterlevende ægtefæller, samlever eller registrerede partnere til afdøde borgere med handicap. De tre lovforslag er i høring 23. januar til 21. februar 2025.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

9 (Offentlig) Status for 10-årsplanen for psykiatri og mental Sundhed og Aftale om bedre psykiatri

jkv@regioner.dk
EMN-2020-00886

Resumé

Psykiatri – og Socialudvalget får på hvert møde en status for arbejdet med 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed og Aftale om bedre psykiatri. Dette senest på møde d. 5. december 2024. Evt. nyt i de forskellige indsatser er fremhævet i dagsordenen.

Den politiske aftale på baggrund af Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsens oplæg til rækkefølge og prioritering af anbefalingerne i styrelsernes faglige oplæg til en 10-årsplan for psykiatri og mental sundhed for årene 2025-2030 forventes at lande marts 2025.

Indstilling

Det indstilles,

*at Psykiatri- og Socialudvalget tager orienteringen til efterretning, og
at udvalget drøfter status for 10-årsplanen for psykiatrien og mental sundhed og Aftale om bedre psykiatri.*

Sagsfremstilling

Der har i regi af Sundhedsstyrelsen været afholdt seks møder i Nationalt råd for psykiske lidelser og mental sundhed. Næste møde i rådet afholdes den 13. maj 2025.

Rådet har på møde i foråret 2024 drøftet udkast til oplæg til rækkefølge og prioritering for indsatser 2025 – 2030. Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsen offentliggjorde, som udvalget tidligere er orienteret om, oplægget til rækkefølge og prioritering af anbefalingerne i styrelsernes faglige oplæg til en 10-årsplan for psykiatri og mental sundhed for årene 2025-2030 i september 2024.

Link til oplæg: <https://www.sst.dk/-/media/Nyheder/2024/Oplaeg-til-raekkefoelge-og-prioritering-af-anbefalinger-under-10-aarsplanen-september2024.ashx>

Oplægget, som styrelserne har sendt til Indenrigs- og Sundhedsministeriets departement, tager afsæt i regeringens prioritering af et fagligt løft af psykiatriområdet frem mod 2030. I oplægget indgår en tydelig prioritering af indsatser i de første tre år, mens der er indlagt mulighed for større fleksibilitet

i årene 2028-2030. Dette skyldes, at der ses et behov for en vis fleksibilitet til at prioritere midler til områder, hvor der viser sig særlige behov undervejs.

Det forventes, at der i marts 2025 indgås politisk aftale om initiativer for psykiatrien for årene 2025 – 2030. I Aftale om Sundhedsreform 2024 fremgår, at der i 2025 allokeres midler til kapacitetsløft i psykiatrien. Der allokeres 175 mio. kr. i 2025, hvoraf 150 mio. kr. er til børne- og ungdomspsykiatrien, men hvor en mindre del efter aftale med Indenrigs og Sundhedsministeriet kan anvendes i voksenpsykiatrien. 25 mio. kr. allokeres til kapacitetsløft af sociale akuttilbud i socialpsykiatrien.

Status for igangværende arbejde i 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed og Aftale om bedre psykiatri

I alle regioner følges arbejdet med 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed og Aftale om bedre psykiatri tæt, herunder implementering af tiltag samt medfølgende økonomi.

På alle fem prioriterende områder i 10-årsplanen for psykiske lidelser og mental sundhed er der fortsat fremdrift.

Det lettilgængelige behandlingstilbud i kommunerne til børn og unge i psykisk mistrivsel er under implementering. Forløbsbeskrivelser for børn, unge og voksne med psykoselidelser er offentliggjort, og der er i relation til handlingsplanen for forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg nedsat Rådet for selvmordsforebyggelse som har afholdt sit første møde, og der er ved at blive afklaret relevant monitorering ift. handlingsplanens initiativer. Desuden er der fortsat god fremdrift i etablering af de Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper, hvor der nu i alt er nedsat fem DMPG'er for hhv. skizofreni, depression, ADHD, bipolar lidelse og dobbeltdiagnose. Senest er det besluttet, at der skal etableres en DMPG for spiseforstyrrelse. Desuden arbejdes der på at beskrive, hvordan DMPG'erne kan blive forankret i en form for paraplyorganisation i stil med kræftområdet.

Også i forhold til Aftale om bedre psykiatri er der fremdrift. Dette blandt andet i forhold til det forberedende arbejde i regi af Sundhedsstyrelsen om hurtig opstart af behandling til børn og unge og tryk opfølgning efter endt forløb i psykiatrien, hvor det faglige oplæg er offentliggjort, bedre akut hjælp og større tryghed for medarbejderne samt forløbsbeskrivelse for børn og unge med autismespektrumforstyrrelser. For aftale om bedre akut hjælp se særskilt punkt på dagsordenen.

Sideløbende har et rådgivende udvalg for patientrettigheder i regi af Indenrigs og Sundhedsministeriet, udarbejdet mulige modeller for nye patientrettigheder i børne- og ungdomspsykiatrien. Danske Regioner afventer fortsat orientering om den videre proces fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

I arbejdet med forebyggelse af tvang i psykiatrien, er særligt tre udviklingsspor relevante. Som følge af partnerskabsaftalen mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet, KL og Danske Regioner er Task Force for forebyggelse af tvang nedsat. Heri indgår blandt andet en analyse af forløbet forud for tvangsindlæggelser.

Derudover er der udarbejdet en ny model for monitorering af tvang. Den første rapport baseret på de nye indikatorer udgives i 2. kvartal af 2025, og rapporterne vil fremover udgives én gang årligt. Den seneste udvikling er, at Sundhedsstyrelsen har offentliggjort notat om reduktion af de mest indgribende tvangsformer, som beskriver deres vurdering af alternative tvangsformer. Det er forelagt Indenrigs- og Sundhedsministeriet, og Danske Regioner afventer beslutning om videre proces. I andet dagsordenspunkt gives en mere detaljeret status for arbejdet med tvang.

I vedlagte detaljerede oversigt over initiativer ses status for de samlede initiativer. Desuden er der vedlagt opdateret skema for økonomi til indsatser.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Januar 25 Skema over indsatser i 10- årsplan og Aftale bedre psykiatri samt nye patientrettigheder_ (1753454 - EMN-2020-00886)
2. Oversigt over regionale midler til psykiatrien januar 2025 (1) (1753453 - EMN-2020-00886)

Resumé

Det 5-årige projekt Bedst for Os, som blev skudt i gang 1. september 2024, er forankret i psykiatrien i Region Nordjylland med blandt andet Aalborg-, Hjørring-, Mariagerfjord- og Thisted kommune som samarbejdspartnere.

Formålet med Bedst for Os er at sikre hurtigere og bedre behandling af børn og unge med psykiske problemer. Dette skal føre til udvikling af metoder, der vil kunne udbredes til flere af regionerne. Baggrunden for initiativet er en markant stigning i antallet af børn og unge, der lider af psykisk mistrivsel.

På udvalgmødet den 28. februar vil projektleder Anna Sofie Kjærgaard Hansen holde oplæg om projektet.

Indstilling

Det indstilles,
at Psykiatri- og Socialudvalget tager oplægget til efterretning og drøfter projektet.

Sagsfremstilling

I de seneste 10 år er andelen af børn og unge, der er i kontakt med børne- og ungdomspsykiatrien steget med mere end 50 procent, og 15 procent af alle børn og unge får en psykiatrisk diagnose, før de fylder 18 år. Udviklingen presser kommuner og sundhedsvæsen, og flere familier oplever, at der er lang ventetid på hjælpen til deres børn og unge, eller at de ikke får den rette hjælp.

Det 5-årige projekt Bedst for Os har til formål at komme med konkrete løsninger til, hvordan målsætningerne på det børne- og ungdomspsykiatriske område i den nationale 10-årsplan for psykiatrien kan nås. Projektet støttes med op til 150 millioner kroner af Novo Nordisk Fonden og 30 millioner kroner af Det Obelske Familiefond.

Bedst for Os er forankret i psykiatrien i Region Nordjylland, hvor fagprofessionelle aktører fra kommuner, skoler, praktiserende læger samt civilsamfundet vil arbejde tæt sammen for at forbedre hjælpen til børn og unge i psykisk mistrivsel og behandling.

Projektet har de fire nordjyske kommuner i Aalborg, Hjørring, Mariagerfjord og Thisted som primære kommunale partnere i projektet, men regionens

Øvrige kommuner bliver også inddraget, ligesom Aalborg Universitet er en central samarbejdspartner på forskningsdelen.

Bedst for Os har samarbejdspartnere fra de øvrige regioner på forskellige dele af projektet. Derudover vil Bedst for Os have et tæt samarbejde med andre relevante aktører på nationalt plan med henblik på, at projektet kan udbredes uden for Region Nordjylland efter projektperioden.

Der er etableret både et nationalt og et internationalt advisory board for Bedst for Os. Disse skal sikre, at Bedst for Os projektet bygger videre på den bedste eksisterende viden på området og at Bedst for Os spiller sammen med de øvrige initiativer i Danmark målrettet børn og unge i psykisk mistrivsel og med psykisk sygdom.

På udvalgsmødet vil projektleder Anna Sofie Kjærgaard Hansen holde oplæg om Bedst for Os.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

Resumé

Psykiatriens Hus i Aalborg er et samarbejde mellem Region Nordjylland og Aalborg Kommune. Samarbejdet har til formål at skabe sammenhæng i forløb for mennesker med psykisk sårbarhed. Målgruppen er borgere over 18 år, der bor i Aalborg Kommune og har kontakt til både kommunen og behandlingspsykiatrien.

Psykiatri- og Socialudvalgets møde den 28. februar 2025 afholdes i Psykiatriens Hus i Aalborg. Efter det ordinære udvalgsmøde vil leder af Psykiatriens Hus Mette Holm Larsen berette om og vise rundt i huset.

Indstilling

Det indstilles,
at Psykiatri- og Socialudvalg tager orienteringen til efterretning.

Sagsfremstilling

1. februar 2024 åbnede Psykiatriens Hus i Aalborg, der er blevet til i et samarbejde mellem Aalborg Kommune og Psykiatrien i Region Nordjylland.

Målet med Psykiatriens Hus er, at borgere med psykisk sygdom i komplekse forløb med mange aktører får en inddragende, sammenhængende og koordineret indsats af høj kvalitet.

Målgruppen for Psykiatriens Hus er borgere over 18 år bosiddende i Aalborg Kommune, der har samtidig kontakt til kommunen og behandlingspsykiatrien. Borgerne har moderate symptomer og moderat funktionsnedsættelse og er i længerevarende komplekse behandlingsforløb, hvor der er mange aktører fra forskellige sektorer involveret. Det er funktionsniveauet og kompleksiteten i forløbet - og ikke diagnosen - der er afgørende for, hvorvidt borgeren tilhører målgruppen for Psykiatriens Hus i Aalborg.

Med en fysisk samling af dele af den psykiatriske og kommunale indsats i Psykiatriens Hus i Aalborg har man ønsket, at borgere oplever en bedre koordinering mellem relevante tilbud i de to sektorer. En ønsket sidegevinst er derudover, at kommunen og behandlingspsykiatrien får bedre indblik i hinandens kerneopgaver samt udvikler et fælles sprog.

På udvalgsmødet den 28. februar vil leder af Psykiatriens Hus Mette Holm Larsen orientere om projektet, herunder:

- Baggrunden for etablering af Psykiatriens Hus
- Målgruppen for Psykiatriens Hus
- Aktiviteter i Psykiatriens Hus
- Status efter det første år, herunder:
 - Evaluering af de visiterede forløb
 - Brugerrådet i Psykiatriens Hus

Efter oplægget vil der være rundvisning i huset.

Vedlagt som baggrundsmateriale er *Notat vedr. etablering af Psykiatriens Hus* (godkendt af Aalborg Byråd og Regionsrådet).

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

1. Baggrundsnotat vedr. Psykiatriens Hus (1754593 - EMN-2022-00567)

12 (Offentlig) Meddelelser og gensidig orientering

rikfe@regioner.dk

MOD-2025-00096

Resumé

-

Indstilling

*Det indstilles,
at*

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

13 (Offentlig) Eventuelt - åbent

rikfe@regioner.dk
MOD-2025-00096

Resumé

-

Indstilling

*Det indstilles,
at*

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Bilag

14 (Fortrolig)

Bilag Titel:	Referat - Åben
Dagsordens titel	Godkendelse af åbent referat fra mødet den 5. december 2024
Dagsordenspunkt nr	2
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



12-12-24

MDR-2024-00036

Rikke Felby

Referat fra møde i Psykiatri- og Socialudvalget den 5. december 2024

Deltagere: Jacob Klærke, Vibeke Gamst, Anne Skau Styrishave, Dorte Vilhelmsen, Else Søjmark, Malou Skeel, Mette Bossen Linnet, Steen Jakobsen, Susanne Due Kristensen, Bente Gertz, Grethe Olivia Nielsson

Afbud: Anne Thilemann, Lone Mortensen

Deltagere fra sekretariatet: Camilla Hersom, Thomas I. Jensen, Anne Sofie Bæk-Sørensen, Julie Kjærgaard

Indholdsfortegnelse

1 (Fortrolig)	3
2 (Offentlig) Godkendelse af åbent referat fra mødet den 8. november 2024	4
3 (Offentlig) Aftale om sundhedsreform	5
4 (Fortrolig)	6
5 (Offentlig) Status for 10-årsplanen og Aftale om bedre psykiatri	7
6 (Offentlig) Temadrøftelse om udsatteområdet	11
7 (Offentlig) Udkast til mødeplan for 2025	15
8 (Offentlig) Meddelelser og gensidig orientering	17
9 (Offentlig) Eventuelt - åbent	19
10 (Fortrolig)	20

1 (Fortrolig)

MDR-2024-00036

2 (Offentlig) Godkendelse af åbent referat fra mødet den 8. november 2024

Rikke Felby
MDR-2024-00036

Resumé

Referatet blev sendt til udvalget via First Agenda den 15. november 2024.

Indstilling

*Det indstilles,
at udvalget godkender referatet*

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger

Udvalget godkendte referatet.

Bilag

1. Referat - Åben (1737482 - MDR-2024-00035)

3 (Offentlig) Aftale om sundhedsreform

Julie Kjærgaard
EMN-2022-00567

Resumé

Den 15. november 2024 blev Aftale om sundhedsreform præsenteret af regeringen og Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre.

Indstilling

Det indstilles,
at Psykiatri- og Socialudvalget drøfter sundhedsreformaftalen med afsæt i udvalgets fokusområder.

Sagsfremstilling

Regeringen og Danmarksdemokraterne, Socialistisk Folkeparti, Det Konservative Folkeparti og Radikale Venstre offentliggjorde den 15. november 2024 deres aftale om sundhedsreform.

Udvalgets drøftelse bør tage afsæt i de områder som vedrører psykiatri- og socialområdet. Sidestilling og sammenlægning af somatik og psykiatri vil blive behandlet under næstkommende punkt på dagsordenen.

Link til [Aftale om sundhedsreform 2024 her](#).

Vedhæftet som bilag er kort opsummering af de punkter, hvor aftalen adskiller sig fra regeringens udspil ift. psykiatri- og socialområdet.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger

Udvalget drøftede relevante elementer i Aftale om sundhedsreform 2024. Udvalgets drøftelse kredsede særligt om de nye sundhedsråd og de heri indlejrede potentialer og udfordringer. Det blev drøftet, hvordan sundhedsrådene skal operere, og hvordan socialområdet skal løftes i rådene. Vigtigheden af, at rådene samarbejder blev pointeret og generelt blev behovet for sparring og koordination internt og på tværs af regioner fremhævet.

Bilag

1. Sundhedsreformen ift. psykiatri og socialområdet (1740088 - EMN-2022-00567)

4 (Fortrolig)

EMN-2024-01122

5 (Offentlig) Status for 10-årsplanen og Aftale om bedre psykiatri

Josefina Hindenburg Krausing
EMN-2020-00886

Resumé

Psykiatri- og Socialudvalget orienteres løbende om status for arbejdet med 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed og Aftale om bedre psykiatri. Dette senest på møde d. 8. november 2024. Det er begrænset, hvad der er sket siden sidst ift. udvikling i 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed og Aftale om bedre psykiatri. Evt. nyt i de forskellige indsatser er fremhævet i dagsordenen.

På alle fem prioriterende områder i 10-årsplanen for psykiske lidelser og mental sundhed er der fremdrift. Desuden er der fremdrift i indsatser i regi af Aftale om en bedre psykiatri.

De politiske forhandlinger om Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsens oplæg til rækkefølge og prioritering af anbefalingerne i styrelsernes faglige oplæg til en 10-årsplan for psykiatri og mental sundhed for årene 2025-2030 er udskudt til primo 2025.

Indstilling

Det indstilles,

*at Psykiatri- og Socialudvalget tager orienteringen til efterretning, og
at udvalget drøfter status for 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed og Aftale om bedre psykiatri.*

Sagsfremstilling

Der har i regi af Sundhedsstyrelsen været afholdt fem møder i Nationalt råd for psykiske lidelser og mental sundhed. Næste møde er i december 2024. Rådet har på møde i foråret drøftet udkast til oplæg til rækkefølge og prioritering for indsatser 2025 – 2030.

Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsen har, som udvalget tidligere er orienteret om, offentliggjort et oplæg til rækkefølge og prioritering af anbefalingerne i styrelsernes faglige oplæg til en 10-årsplan for psykiatri og mental sundhed for årene 2025-2030. Link til oplæg: <https://www.sst.dk/-/media/Nyheder/2024/Oplaeg-til-raekkefoelge-og-prioritering-af-anbefalinger-under-10-aarsplanen-september2024.ashx>

Oplægget, som styrelserne har sendt til Indenrigs- og Sundhedsministeriets departement, tager afsæt i regeringens prioritering af et fagligt løft af psykiatriområdet frem mod 2030. I oplægget indgår en tydelig prioritering af indsatser i de første tre år, mens der er indlagt mulighed for større fleksibilitet i årene 2028-2030. Dette skyldes, at der ses et behov for en vis fleksibilitet til at prioritere midler til områder, hvor der viser sig særlige behov undervejs.

Det forventes nu, at der indgås politisk aftale om initiativer for psykiatrien for årene 2025 – 2030 primo 2025. I Aftale om Sundhedsreform 2024 fremgår, at der i 2025 allokeres midler til kapacitetsløft i psykiatrien. Der allokeres 175 mio. kr. i 2025, hvoraf 150 mio. kr. er til børne- og ungdomspsykiatrien, men hvor en mindre del efter aftale med Indenrigs og Sundhedsministeriet kan anvendes i voksenpsykiatrien. 25 mio. kr. allokeres til kapacitetsløft af sociale akuttilbud i socialpsykiatrien.

Status for igangværende arbejde i 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed og Aftale om bedre psykiatri

I alle regioner følges arbejdet med 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed og Aftale om bedre psykiatri tæt, herunder implementering af tiltag samt medfølgende økonomi.

På alle fem prioriterende områder i 10-årsplanen for psykiske lidelser og mental sundhed er der fortsat fremdrift. Lettilgængeligt behandlingstilbud i kommunerne til børn og unge i psykisk mistrivsel er under implementering. Forløbsbeskrivelser for børn, unge og voksne med psykoselidelser er offentliggjort, og der er offentliggjort en handlingsplan for forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg. Der er nu i relation til handlingsplanen for forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg nedsat et råd (Rådet for selvmordsforebyggelse), som erstatter det Nationale Partnerskab for forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg, som har haft virke fra 2017-2024. Rådet, som skal følge initiativerne i handlingsplanen, har et første møde i december 2024.

Desuden er der fortsat god fremdrift i etablering af de Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper, hvor der nu i alt er nedsat fem DMPG'er for hhv. skizofreni, depression, ADHD, bipolar lidelse og dobbeltdiagnose og senest er det besluttet, at der skal etableres en DMPG for spiseforstyrrelse. Endvidere er det i styregruppen for DMPG-arbejdet, som består af de fem regionale lægefaglige direktører i psykiatrien, Danske Regioner og RKKP, besluttet, at invitere forpersonerne fra Børne og Ungdomspsykiatrisk Selskab og Dansk Psykiatrisk Selskab med ind i styregruppen, således at selskaberne knyttes tættere til DMPG-arbejdet.

Også i forhold til Aftale om bedre psykiatri er der fremdrift. Dette blandt andet i forhold til det forberedende arbejde i regi af Sundhedsstyrelsen om hurtig opstart af behandling til børn og unge, opfølgning efter endt forløb i psykiatrien, bedre akut hjælp og større tryghed for medarbejderne samt forløbsbeskrivelse for børn og unge med autismespektrumforstyrrelser.

Sideløbende har et rådgivende udvalg for patientrettigheder i regi af Indenrigs og Sundhedsministeriet, udarbejdet mulige modeller for nye patientrettigheder i børne- og ungdomspsykiatrien. Danske Regioner afventer fortsat orientering om den videre proces fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Der er d. 14. november 2024 i øvrigt indgået aftale om fordeling af den nationale forskningsreserve for 2025. Her indgår, at der som opfølgning på det faglige oplæg til en 10-årsplan for psykiatri og mental sundhed afsættes 150 mio. kr. til forskning i psykiatri herunder forebyggelse, tidlig indsats, effektive og virksomme metoder til behandling m.m. Midlerne udmøntes af Danmarks Frie Forskningsfond.

I vedlagte detaljerede oversigt over initiativer ses status for de samlede initiativer.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger

Psykiatri - og Socialudvalget tog orienteringen til efterretning. Udvalget blev derudover orienteret om arbejdet med en national psykiatrisk akuttelefon og styrkelse af de regionale psykiatriske akuttilbud, som indgår i Aftale om en bedre psykiatri (2023). Akuttelefonen skal ifølge aftalen gradvist implementeres i 2025, og der er afsat 3,0 mio. kr. i 2024, 113,3 mio. kr. i 2025,

150,0 mio. kr. i 2026 og 150,6 mio. kr. i 2027 til initiativet. Heraf er 150 mio. kr. varige.

Sundhedsstyrelsens udkast til fagligt oplæg, anbefaler at eksisterende akutlinjer styrkes med psykiatrifaglighed, og at dertilhørende eksisterende telefonnumre/indgange anvendes, fremfor at oprette en særskilt, ny akuttelefon, med nyt nummer og en parallel driftsorganisation. Det er i overensstemmelse med regionernes anbefalinger. Yderligere anbefaler sundhedsstyrelsen at styrke akutte indsatser i regionerne herunder udgående funktioner.

Sundhedsstyrelsens udkast forventes oversendt til Indenrigs- og Sundhedsministeriets departement før jul, hvorefter det er forventningen, at ministeren vil tage stilling til Sundhedsstyrelsens anbefaling.

Bilag

1. november 2024 Skema over indsatser i 10- årsplan og Aftale bedre psykiatri samt nye patientrettigheder_ (1739412 - EMN-2020-00886)

6 (Offentlig) Temadrøftelse om udsatteområdet

Julie Kjærgaard
EMN-2022-00567

Resumé

Nogle af samfundets mest udsatte borgere lever med hjemløshed, psykisk sårbarhed og misbrugsproblemer. Der er tale om borgere med komplekse udfordringer, som ofte ikke passer ind i de almindelige systemer.

I regionalt regi er vi i kontakt med målgruppen i forbindelse med både somatiske og psykiatriske sundhedstilbud samt indsatser på socialområdet, og har derfor også kendskab til de udfordringerne, som er forbundet med, at indsatserne er placeret i forskellige sektorer.

Et regeringsudvalg er netop nu i slutprocessen med at udforme en politik, der skal styrke de mest udsattes mulighed for et bedre og mere værdigt liv, og skabe en vej ind i fællesskabet.

Kira West, formand for Rådet for Socialt Udsatte, holder på udvalgsområdet oplæg om, hvad rådet finder særligt afgørende for gruppen af de allermest udsatte borgere.

Indstilling

Det indstilles,

at Psykiatri- og Socialudvalget drøfter, hvordan regionerne kan være med til at løfte opgaven med de mest udsatte borgere.

Sagsfremstilling

Der er borgere, der af forskellige grunde har behov for støtte og behandling men som ikke passer ind i de almindelige systemer. Regionerne har berøring med målgruppen af udsatte borgere inden for både somatik, psykiatri og socialområdet. Blandt andet gennem:

- Dobbeldiagnosetilbuddet
- Udgående og opsøgende indsatser
- F-ACT og OPUS
- Flexklinikken
- De sikrede institutioner
- Tværsektorielle samarbejder med civilsamfundet

Regionerne har derfor også kendskab til udfordringerne forbundet med, at indsatserne for denne målgruppe er placeret i forskellige sektorer og forankret i forskellige lovkomplekser. Alle regioner har udsatteråd, som blandt andet er med til at identificere problemstillinger i det tværsektorielle samarbejde og dermed understøtte arbejdet med at skabe sammenhængende indsatser for borgerne.

Regeringens bebudede politik for de allermest udsatte

Det fremgik af regeringsgrundlaget, at regeringen ønsker at lægge grundstenene til en ny og værdig politik for de allermest udsatte – en såkaldt værdighedsreform. Et regeringsudvalg er i gang med dette arbejde.

Tidligere Social- og boligminister Pernille Rosenkrantz-Theil inviterede i det indledende udvalgsarbejde en bred række aktører til rundbordsdrøftelse i december 2023. På mødet var der mulighed for at dele perspektiver på de centrale udfordringer, som de mest udsatte møder, samt give input til mulige løsninger. Fra Danske Regioner deltog næstformand i Psykiatri- og Socialudvalget Vibeke Gamst. På bagkant af mødet sendte Danske Regioner input til udvalgsarbejdet og invitation til videre drøftelse heraf. Bidraget er vedlagt som bilag. Her pointeredes det blandt andet, at regionerne er klar til stå for et specialiseret døgnbehandlingstilbud til gravide med rusmiddelforbrug.

Regeringsudvalget er på nuværende tidspunkt i slutprocessen af deres arbejde med at udforme politikken. Der er ikke noget nyt om værdighedsreformen i den netop præsenterede finanslov for 2025. Men i regeringens finanslovsforslag er der afsat 100 millioner kroner i 2025, 150 millioner kroner i 2026 og 200 millioner kroner årligt herefter til den nye socialpolitik, der skal skabe bedre muligheder for de mest udsatte borgere, der for eksempel lever med hjemløshed, psykisk sårbarhed og misbrugsproblemer.

SSA-reserven

SSA-reserven, er en pulje, som Folketingets partier årligt udmønter for de næste fire år. Midlerne gives til social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet mv., og ordførere fra alle partier er med i forhandlinger om, hvordan midlerne skal bruges.

Den 14. november 2024 indgik regeringen, Socialistisk Folkeparti, Danmarksdemokraterne, Liberal Alliance, Det Konservative Folkeparti, Enhedslisten, Radikale Venstre og Alternativet aftale om fordelingen af reserven på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet. Der er midler til blandt andet hjemløse, mennesker udsat for vold, handicapområdet, øget sundhed i almene boligområder og adoptionsområdet.

Der gives blandt andet penge til disse initiativer:

- Omkring 100 mio. kr. til de allermest udsatte borgere, som lever på gaden og ofte har et misbrug og psykiske problemer. Der gives eksempelvis midler til sociale viceværter, der kan støtte mennesker i hjemløshed, der flytter i egen bolig.
- Omkring 65 mio. kr. til voldsudsatte. Blandt andet til Lev Uden Vold og til ambulant behandling.
- Knap 50 mio. kr. specifikt til sundhedsindsatser i almene boligområder, der skal bekæmpe ulighed i sundhed.
- Omkring 70 mio. kr. til handicapområdet – blandt andet til servicehundene til personer med psykiske handicap og til en handlingsplan for uddannelse og beskæftigelse for mennesker med handicap

[Se aftaleteksten her](#)

Rådet for Socialt Udsatte

Rådet for Socialt Udsatte er nedsat af socialministeren og har som uafhængigt råd til formål at rådgive regeringen og Folketinget om, hvordan social udsathed kan forebygges og afhjælpes.

Fokus for rådets arbejde er mennesker, der enten lever i, eller er i risiko for at ende i social udsathed. Eksempelvis mennesker, der lever i eller på kanten til hjemløshed, lever med afhængighed af stoffer, alkohol eller gambling, lever med psykiske lidelser, salg af sex, og/eller langvarig arbejdsløshed og fattigdom. Særligt når disse optræder i kombination og kræver nye løsninger på tværs af fagområder.

Kira West, Formand for Rådet for Socialt Udsatte, holder oplæg om, hvad rådet finder særligt afgørende for gruppen af de allermest udsatte borgere.

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger

Udvalget drøftede, hvordan man fra regional side kan være med til at styrke indsatsen for de mest udsatte borgere.

Med udgangspunkt i oplæg fra Kira West, formand for Rådet for Socialt Udsatte, blev metoden ACT og dennes sammenhæng med FACT drøftet. Herunder fyldte spørgsmålet om, hvordan samarbejdet på tværs af sektorer styrkes. Yderligere drøftede udvalget de mange udgående initiativer, der igangsættes og muligheden for at tænke disse ind i sundhedsrådene.

Det blev besluttet, at der følges op på teamdrøftelsen på et udvalgsmøde i det kommende år. Her ønsker udvalget en oversigt over FACT og ACT og forskellene på de to modeller. Derudover skal opfølgningen indeholde en drøftelse af, hvad økonomien i de nye sundhedsråd muliggør, og hvordan gruppen af de mest udsatte kan indtænkes i sundhedsrådenes arbejde. Endelig ønskes der en videre drøftelse af, hvordan udsatte-fagligheden kan styrkes.

I First Agenda under 'Øvrigt materiale' uploades:

- Slides fra Rådet for Socialt Udsatte
- Erfaringsopsamling på botilbudsteams.

Bilag

1. Danske Regioners input til udarbejdelse af en ny politik for de allermest udsatte (1739325 - EMN-2022-00567)

7 (Offentlig) Udkast til mødeplan for 2025

Julie Kjærgaard
EMN-2022-00567

Resumé

Udvalget er tidligere blevet orienteret om mødedatoer for 2025. En plan for udvalgsbesøg i tre regioner er skitseret herunder.

Indstilling

Det indstilles,

at Psykiatri- og Socialudvalget tager udkastet til mødeplan for 2025 til orientering.

Sagsfremstilling

Herunder udkast til mødeplan for 2025

Fredag den 28.februar 2025

Besøg i Region Nordjylland

Torsdag den 24.april 2025

Danske Regioner, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø

Fredag den 20.juni 2025

Besøg i Region Midtjylland

Torsdag den 4.september 2025

Danske Regioner, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø

Fredag den 31.oktober 2025

Besøg i Region Hovedstaden

Torsdag den 4. december 2025

Danske Regioner, Dampfærgevej 22, 2100 København Ø

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger

Udvalget tog udkastet til orientering.

Det blev besluttet, at Danske Regioner undersøger, om mødet den 24. april kan flyttes, da der er overlap med møde i Løn- og Praksisudvalget. Et eventuelt flyt af møde vil blive sendt i høring i udvalget forud for en endelig kalenderændring.

Endelig blev det noteret, at Mette melder afbud til møde den 20. juni 2025 og er nødt til at gå tidligt til mødet i september 2025.

Bilag

8 (Offentlig) Meddelelser og gensidig orientering

Rikke Felby
MDR-2024-00036

Resumé

-

Indstilling

Det indstilles,
at Psykiatri- og Socialudvalget tager orienteringspunkterne til efterretning

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger

Danske Regioners formandskab skal mødes med Social- og boligministeren
Udvalget blev orienteret om, at Danske Regioners formandskab skal mødes med den nye Social- og boligminister Sophie Hæstorp Andersen.

Opsigelse fra Carelink psykiatri

Udvalget blev orienteret om, at Carelink psykiatri har opsagt deres aftaler med Danske Regioner på matriklerne i Viborg, Kolding og Roskilde.

Carelink psykiatri har opgjort antallet af patienter hos dem ved opsigelse til ca. 930 – primært børn og unge henvist fra børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Udvalget blev orienteret om, at der er en proces i gang med at sikre alle patienter videre forløb. Danske Regioner har dagligt kontakt med Carelink Psykiatri, Hejmdal Privathospital, de regionale psykiatrier, sundhedsplanlægning og visitationsenheder.

Bilag

9 (Offentlig) Eventuelt - åbent

Rikke Felby
MDR-2024-00036

Resumé

-

Indstilling

*Det indstilles,
at*

Sagsfremstilling

-

Økonomi

Ingen bemærkninger

Sekretariatets bemærkninger

Ingen bemærkninger

Kommunikation

Ingen bemærkninger

Beslutninger

.

Bilag

10 (Fortrolig)

MDR-2024-00036

Bilag Titel:	Sundhedsstyrelsens vurdering - Reduktion af mest indgribende tvangsformer - 2025
Dagsordens titel	Status på forebyggelse af anvendelsen af tvang i psykiatrien
Dagsordenspunkt nr	6
Bilag nr	1
Antal bilag:	1

Sundhedsstyrelsens
vurdering

Reduktion af mest indgribende tvangsformer

Reduktion af mest indgribende tvangsformer

Sundhedsstyrelsens vurdering

© Sundhedsstyrelsen, 2025

Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

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

Design og layout: Sundhedsstyrelsen

Udgivet af Sundhedsstyrelsen
Januar 2025

Indholdsfortegnelse

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

1. Læsevejledning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Resumé

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

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

Sundhedsstyrelsens overordnede vurderinger

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

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

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

Derfor kan følgende overvejes:

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

2. Hurtigere behandling af den psykiske lidelse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Derfor foreslås det at overveje følgende:

• **Beroligende medicin på indikationen 'fare'**

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

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

• **Aflåsning af patientstue på retspsykiatriske afdelinger**

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

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

1.1.1. Konsekvenser af de enkelte forslag

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

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

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

Tabel 1: Konsekvenser af ovenstående overordnede vurderinger

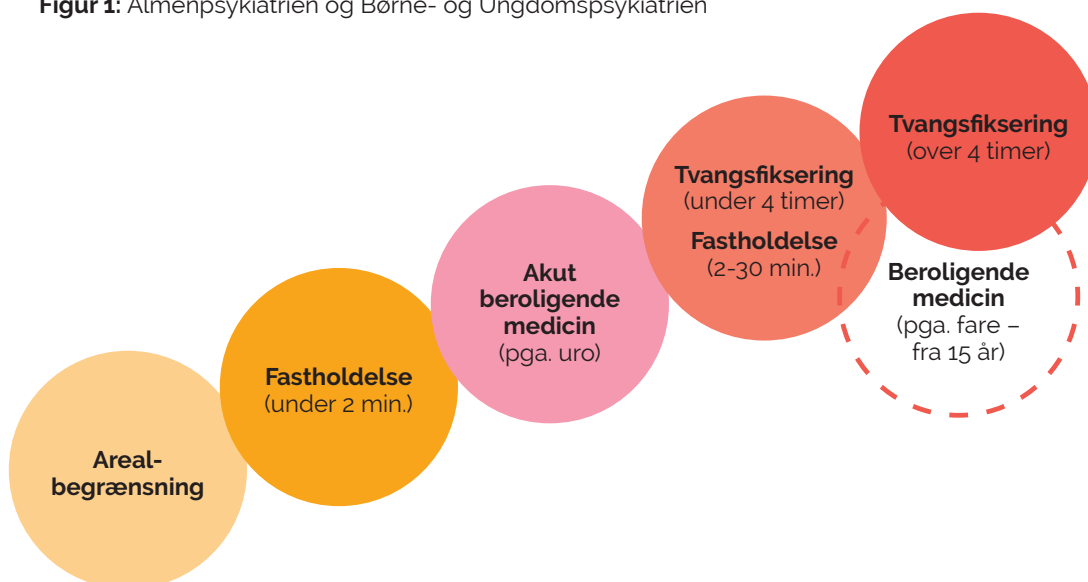
	Kortvarig fastholdelse	Langvarig fastholdelse	Kortvarig bæltefiksering	Langvarig bæltefiksering	Beroligende medicin pga. uro	Samlet tvang	Anlægsudgifter	Personaleudgifter
Arealbegrænsning	Evt. øgning	Reduktion	Reduktion	Uændret	Uændret	Anvendes allerede i dag, men er uregistreret, så registreret tvang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

1.1.2. Graduering af restriktive tvangsformer

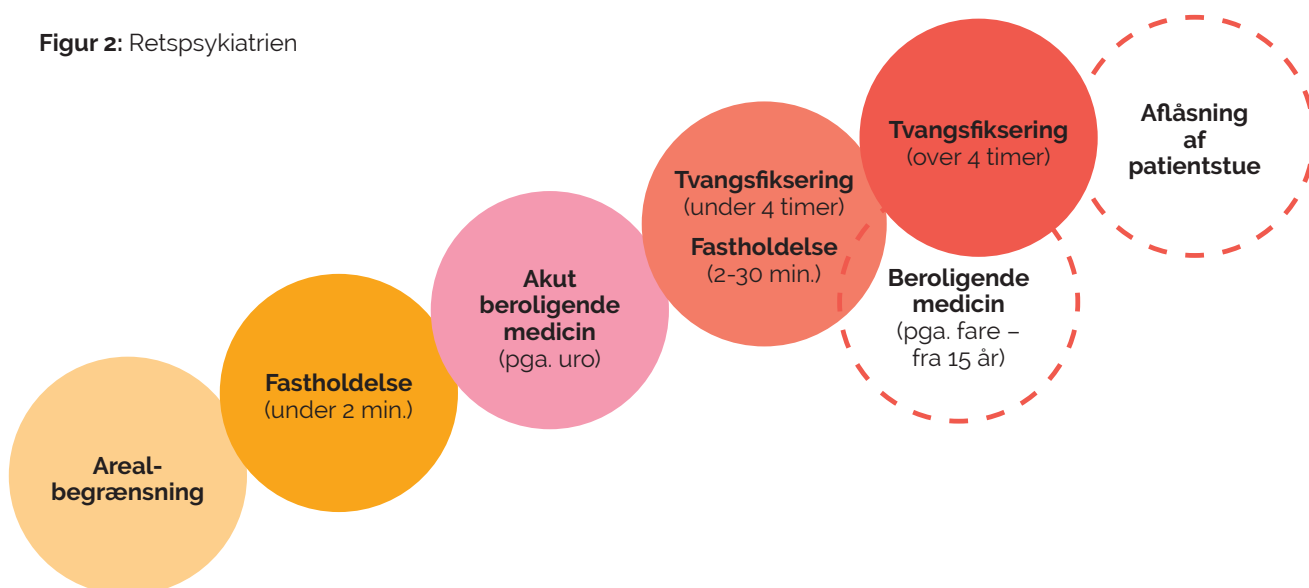
Nedenfor præsenteres i figurer en graduering af de restriktive tvangsformer for henholdsvis almenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien (figur 1) og retspsykiatrien (figur 2). Jo højere oppe en tvangsform befinder sig i figuren, jo mere indgribende. Tvangsformer der i figuren ligger ved siden af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

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

Figur 1: Almenpsykiatrien og Børne- og Ungdomspsykiatrien



Figur 2: Retspsykiatrien



Sundhedsstyrelsens yderligere vurderinger

Sundhedsstyrelsen har i notatet også vurderet:

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

2. Introduktion

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

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

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

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

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

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

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

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

Formålet med dette notat er således at beskrive:

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

Proces for udarbejdelse af notatet

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

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

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

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

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

3. Forebyggelse af tvang

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

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

4. Restriktive tvangsformer

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

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

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

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

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

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

Graduering af restriktive tvangsformer i forhold til 'mindste middel'

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

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

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

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

* Se tekst under beskrivelsen af de enkelte tvangsformer.

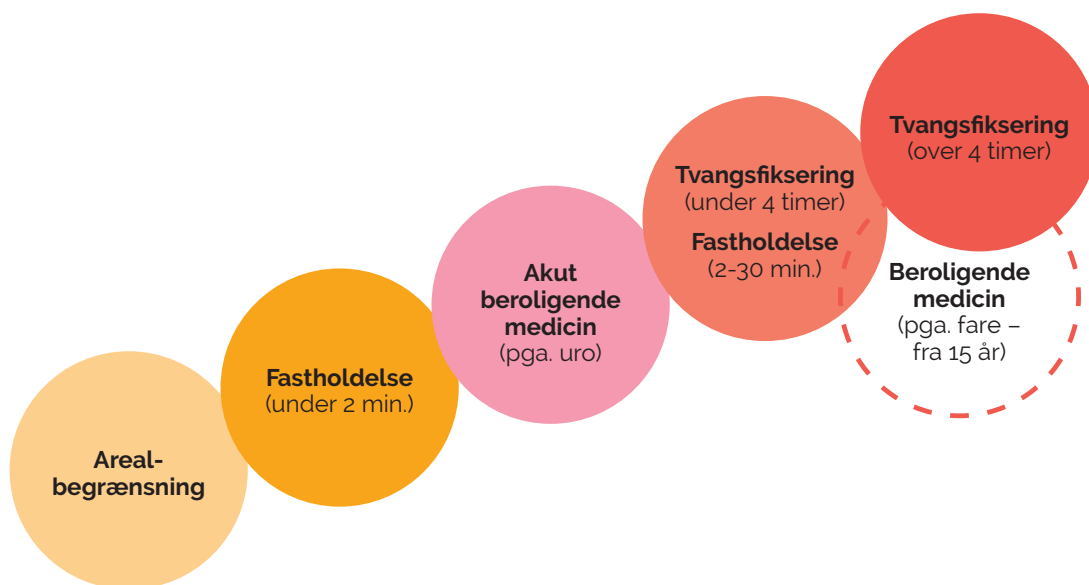
På baggrund af forskningsrapporten har Sundhedsstyrelsen drøftet gradueringen af de restriktive tvangsformer med interessenterne. Som led i drøftelserne blev det klart, at der er behov for at opdele fastholdelse og bæltefikseringer i kort- og langvarige, idet den psykologiske påvirkning af tvangsindgrebet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

Graduering af restriktive tvangsformer

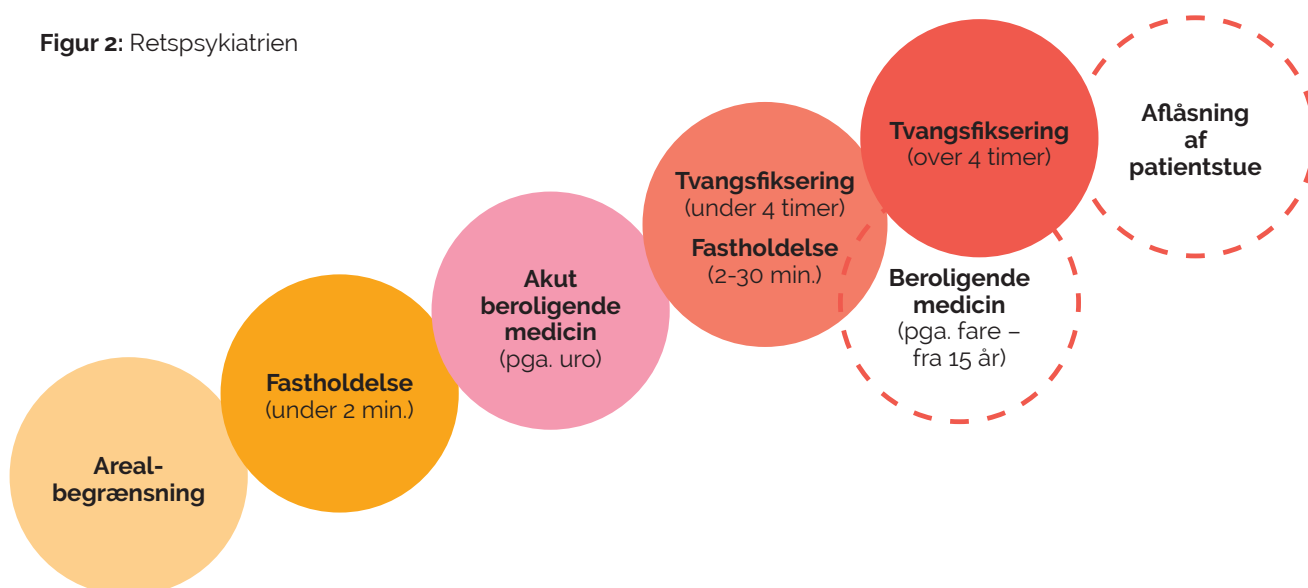
Nedenstående figurer er udarbejdet med henblik på at graduere de foreslåede restriktive tvangsformer i forhold til, hvad der generelt anses som 'mindste middel'. Figur 1 er gældende for almenpsykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien og Figur 2 for retspsykiatrien. Jo højere oppe en tvangsform

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

Figur 1: Almenpsykiatrien og Børne- og Ungdomspsykiatrien



Figur 2: Retspsykiatrien



4.1. Personlig skærmning

Definition

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

Nuværende dansk lovgivning

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

International lovgivning

Personlig skærmning kan anvendes i:

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

Danske erfaringer

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

Sundhedsstyrelsens vurdering

Personlig skærmning

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

4.2. Arealbegrænsning

Definition

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

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

Nuværende dansk lovgivning

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

International lovgivning

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

Sundhedsstyrelsens vurdering

Arealbegrænsning

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

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

Derfor vurderer Sundhedsstyrelsen:

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

Konsekvenser af tiltag

Indførsel af arealbegrænsning:

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

4.3. Fastholdelse

Definition

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

Nuværende dansk lovgivning

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

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

International lovgivning

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

Danske erfaringer

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

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

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

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

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

Sundhedsstyrelsens vurdering

Fastholdelse

Sundhedsstyrelsen vurderer, at fastholdelser bør opdeles i:

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

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

Sundhedsstyrelsen foreslår, at det i forbindelse med langvarige fastholdelser bliver

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

Konsekvenser af tiltag

Opdeling af fastholdelser i kort- og langvarig:

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

4.4. Beroligende medicin

Definition

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

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

Nuværende dansk lovgivning

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

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

International lovgivning

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

Danske erfaringer

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

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

Sundhedsstyrelsens vurdering

Beroligende medicin

På indikationen uro

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

På indikationen fare

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

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

Konsekvenser af tiltag

Beroligende medicin på indikationen fare som alternativ til langvarig bæltefiksering:

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

4.5. Døraflåsning, inklusive aflåsning af patientstue

Definition

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

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

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

Nuværende dansk lovgivning

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

International lovgivning

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

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

Isolation er i dag lovligt i:

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

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

Internationale erfaringer

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

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

Danske erfaringer

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

Aflåsning af patientstue

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

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

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

Konsekvenser af tiltag

Aflåsning af patientstue som alternativ til langvarig bæltefiksering:

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

4.6. Tvangsfiksering

Definition

Ved tvangsfiksering¹ er patienten spændt fast til en seng ved hjælp af et bælte. Handsker, hånd- eller fodremme kan udelukkende benyttes ved samtidig anvendelse af bælte.

Nuværende dansk lovgivning

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

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

International lovgivning

Tvangsfiksering er i dag lovligt i:

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

Danske erfaringer

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

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

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

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

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

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

¹ I notatet anvendes bæltefiksering og tvangsfiksering synonymt.

Nedenfor beskrives følgende:

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

Herudover suppleres med beskrivelse af følgende situationer:

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

Kortvarige bæltefikseringer

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

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

Langvarige bæltefikseringer

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

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

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

Bæltefikseringer i børne- og ungdomspsykiatrien

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

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

Frivillige bæltefikseringer

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

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

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

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

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

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

Bæltefiksering som led i tvangsernæring

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

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

Bæltefiksering af patienter, der ikke er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt

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

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

4.6.1. Oppegående tvangsfiksering

Definition

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

Nuværende dansk lovgivning

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

International lovgivning

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

Danske erfaringer

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

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

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

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

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

4.6.2. Transportremme

Definition

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

Nuværende dansk lovgivning

Er ikke tilladt i Danmark i dag.

Internationale erfaringer

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

Danske erfaringer

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

Sundhedsstyrelsens vurdering

Tvangsfiksering

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

Konsekvenser af tiltag

Forslag om ændringer i forhold til tvangsfiksering:

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

5. Tvangsbehandling

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

Definition

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

Nuværende dansk lovgivning

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

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

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

Danske erfaringer

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

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

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

5.1. Tvangsbehandling med medicin

Nuværende dansk lovgivning

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

Danske erfaringer

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

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

Internationale erfaringer

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

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

Sundhedsstyrelsens vurdering

Tvangsbehandling med medicin

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

Konsekvenser af tiltag

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

⁶ Afsnit 5.1.8

5.2. Tvungen opfølgning efter udskrivning

Definition

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

Nuværende dansk lovgivning

Ordningen findes ikke i dansk lovgivning i dag.

Danske erfaringer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Udenlandsk lovgivning og erfaring

Tvungen opfølgning efter udskrivning findes i dag i:

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

Sundhedsstyrelsens vurdering

Tvungen opfølgning efter udskrivning

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

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

Konsekvenser af tiltag

Indførsel af øgede muligheder for tvungen opfølgning efter udskrivning:

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

5.3. Tvangsbehandling med elektrostimulation (ECT)

Nuværende dansk lovgivning

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

Danske erfaringer

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

Sundhedsstyrelsens vurdering

Tvangsbehandling med elektrostimulation (ECT)

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

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

Konsekvenser af tiltag

Indførelse af mulighed for tvangsbehandling med elektrostimulation:

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

5.4. Tvangsernæring

Nuværende dansk lovgivning

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

Danske erfaringer

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

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

Sundhedsstyrelsens vurdering

Tvangsernæring

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

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

Referenceliste

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

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

Bilag 1:

Patient- og pårørende perspektiv

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

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

Tvangsform	Patientperspektiv
Bæltefiksering	Internationale studier • Tolv studier undersøgte 'bæltefiksering', der blev vurderet som den mindst foretrukne intervention af flertallet af deltagerne. • De to studier, der fokuserede på børne- og unge populationer, rapporterede begge, at de fleste patienter foretrak 'isolation' frem for 'bæltefiksering'. • Kommunikationspræferencer inkluderede også, at personalet talte om grunde til 'fastholdelse' og 'bæltefiksering'. Generelt ville patienter foretrække at have mere kontakt og kommunikation med personalet under selve 'fastholdelsen' og 'bæltefikseringen'. • Fire studier rapporterede om selve proceduren som en faktor, der påvirkede præferencer med hensyn til 'bæltefiksering' og 'fastholdelse'. • I et af de inkluderede studier vurderede patienter, der havde været udsat for RI (restriktive tvangsformer – bæltefiksering, fastholdelse og beroligende medicin med tvang), foranstaltningerne som mindre acceptable sammenlignet med patienter, der ikke havde erfaring. Tre studier fandt undtagelser til dette: I et studie betragtede patienter, der var blevet udsat for 'bæltefiksering', dette mere positivt end patienter, der ikke var blevet 'bæltefikseret'. • Samme studie peger på, at patienter, der havde erfaring med enten 'bæltefiksering' eller 'isolation', muligvis foretrak disse indgreb frem for 'akut beroligende medicin med tvang'. • Patienter uden erfaring med 'fastholdelse' foretrak 'akut beroligende medicin med tvang' frem for 'isolation' og 'bæltefiksering'.

Isolation

Internationale studier

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

Dansk undersøgelse

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

Fastholdelse

Internationale studier

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

Tvangsform	Patientperspektiv
Akut beroligende medicin med tvang	Internationale studier • To studier undersøgte 'isolation' og 'fastholdelse', samt 'akut beroligende medicin med tvang' og 'isolation', hvor interventionerne var lige foretrukne. • Fire studier præsenterede faktorer, der påvirkede patienters præferencer for 'akut beroligende medicin med tvang'. De foretrukne typer medicin var Ativan eller Xanax (n=31) frem for Haldol, Proxolin eller Navane (n=26), samt Lorozepam (n=19) og Haloperidol (n=13) over Olanzapine (n=5). Patienter foretrak, at læger ikke anvendte antipsykotika, der havde bivirkninger. I ét studie blev det rapporteret, at patienter valgte 'isolation' frem for medicin på grund af medicinens bivirkninger. I et studie foretrak mandlige patienter, at medicinen blev administreret af en medarbejder af samme køn, og at den blev brugt i stedet for isolation, idet medicinen virkede hurtigere end 'isolation'. De fleste patienter foretrak oral administration frem for injektion, og medicin var at foretrække frem for 'isolation', såfremt tiden tilbragt i 'isolation' blev opfattet som "for lang". • Tre studier fandt sammenhæng mellem køn og præferencer for RI: Et studie fandt, at 46% af mændene foretrak 'isolation' i forhold til 27%, der foretrak 'akut beroligende medicin med tvang', mens 60% af kvinderne foretrak 'akut beroligende medicin med tvang' i forhold til 23%, der foretrak 'isolation'. • Samme studie peger på, at patienter, der havde erfaring med enten 'bæltefiksering' eller 'isolation', muligvis foretrak disse indgreb frem for 'akut beroligende medicin med tvang'. • Desuden misbilligede patienter, der havde været udsat for enten 'fastholdelse' eller 'akut beroligende medicin med tvang' disse mere kraftigt end dem, der ikke var blevet udsat for sådanne foranstaltninger. • Patienter uden erfaring med 'fastholdelse' foretrak 'akut beroligende medicin med tvang' frem for 'isolation' og 'bæltefiksering'.
Observation	Internationale studier • Otte studier rapporterede fund vedrørende 'observation', og i syv ud af disse studier blev 'observation' rangeret som den foretrukne RI af de fleste patienter. • Et studie fandt, at ældre patienter udtrykte større generel accept af 'fastholdelse' ($r=.123$, $p<.001$), 'isolation' ($r=.083$, $p=.002$), og 'konstant observation' ($r=.105$, $p<.001$). • Sidst men ikke mindst, fandt et studie, at mænd havde større accept af 'fastholdelse' ($t=3.16$, $df=1,318$, $p=.002$), 'isolation' ($t=2.42$, $df=1,330$, $p=.016$), og 'observation' ($t=2.26$, $df=1,339$, $p=.024$) end kvinder havde. • Et andet studie rapporterede, at patienter, der havde været udsat for 'observation', i højere grad godtog dette end patienter, der ikke havde været udsat for 'observation'.
Skærmning til egen stue	Dansk undersøgelse • På spørgsmålet om 'skærmning til egen stue' (time out) bør være en alternativ tvangsforanstaltning i Danmark svarer 49,5% (n=503) 'Ja', 15,6% (n=159) 'Nej' og 34,9% (n=355) svarer 'Ved ikke'.

Generelt på tværs af tvangsformer**Internationale studier**

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

Dansk undersøgelse

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

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

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

Bilag 2:

Indhentning af rådgivning

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

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

Se nedenfor en liste over de afholdte møder.

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

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

Sundhed for alle ♥ + ●

Bilag Titel:	Aftaletekst til ny national psykiatrisk akuttelefon
Dagsordens titel	Aftale om styrket akutpsykiatrisk hjælp
Dagsordenspunkt nr	7
Bilag nr	1
Antal bilag:	2

Aftale mellem regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne), Socialistisk Folkeparti, Liberal Alliance, Danmarksdemokraterne, Det Konservative Folkeparti, Enhedslisten, Radikale Venstre, Dansk Folkeparti og Alternativet om:

Ny psykiatrisk akuttelefon og styrkelse af akutte psykiatriske behandlingstilbud

Det er afgørende, at mennesker i akutte situationer får hjælp i rette tid. Det gælder uanset, om man eksempelvis får hjertesvigt eller bliver psykotisk.

I dag kan mennesker med alvorlig, pludselig opstået sygdom eller efter en ulykke med brug for akut lægehjælp, tilkalde hjælp via akuttelefonen 1-1-2. Men der findes ikke et tilsvarende døgndækket tilbud for mennesker, der er i dyb krise eller rammes af psykisk sygdom. Det kan få fatale konsekvenser for både den sygdomsramte og andre, har vi desværre set.

Med *Aftale om En bedre psykiatri* fra november 2023 besluttede regeringen og aftalepartierne derfor at afsætte midler til at udvikle og implementere en national psykiatrisk akuttelefon, hvor sundhedsfaglige døgnet rundt på alle årets dage kan hjælpe og for eksempel henvise til akutte behandlingstilbud eller sende akut psykiatrisk udrykning. Der er afsat ca. 113 mio. kr. i 2025 og ca. 150 mio. kr. årligt herefter.

På baggrund af aftalen har Sundhedsstyrelsen lavet et fagligt forarbejde og foretaget en analyse af forskellige mulige løsninger for etablering af en psykiatrisk akutlinje. Styrelsen har fået faglig rådgivning fra en arbejdsgruppe med repræsentanter for bl.a. SIND, Dansk Psykiatrisk Selskab, Bedre Psykiatri og Dansk Selskab for Akutmedicin og har inddraget erfaringer fra regionerne.

Med afsæt i forarbejdet er aftalepartierne enige om, at en psykiatrisk akuttelefon skal virkeliggøres ved at integrere psykiatrifaglighed i det eksisterende akutberedskab ved Akut Medicinsk Koordinering (AMK), der besvarer 1-1-2 opkald, og de regionale lægevagter. Derudover skal de eksisterende udgående akutpsykiatriske behandlingstilbud styrkes på tværs af landet. Begge dele følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Med denne aftale tages endnu et vigtigt skridt i retning mod at ligestille psykiatri og somatik gennem en let, hurtig og mere entydig telefonisk adgang til akutpsykiatrisk hjælp. De psykiatrifaglige kompetencer skal bidrage til en hurtig visitation af høj faglig kvalitet, ligesom det skaber sammenhæng i den samlede akutpsykiatriske behandling.

Målgruppen for ny psykiatrisk akuttelefon omfatter borgere og pårørende, som i dag i varierende omfang kontakter både 1-1-2, de regionale lægevagtstelefoner eller rådgivningslinjer i civilsamfundet med behov for akutpsykiatrisk hjælp, hvor tid er en afgørende faktor.

Ved at integrere psykiatrifaglighed i akutberedskabet kan målgruppen få bedre og mere målrettet hjælp. Initiativet skal implementeres med blik for civilorganisationernes eksisterende og velfungerende rådgivningstjenester, der i højere grad hjælper borgere med mindre akutte problemstillinger, således det tilsammen bedst muligt understøtter en bred og tilgængelig støtte for alle.

Aftalepartierne anerkender, at regionernes eksisterende akutberedskab er organiseret forskelligt, og at en styrkelse af de akutte indsatser skal tage højde for, hvor behovet er lokalt. Samtidig er der behov for at sikre en større ensartethed i adgangen til og kvaliteten af akutpsykiatrisk hjælp på tværs af landet. Derfor vil partierne følge Sundhedsstyrelsens anbefaling om etableringen af en Akut Psykiatrisk Koordinator (APK)-funktion i hver region. Koordinatoren skal være med til at styrke kvaliteten i tilbuddet ved at rådgive andet personale, så den

enkelte borger får det rette tilbud. Derudover skal funktionen understøtte visitationen og koordinere det samlede regionale akutpsykiatriske beredskab.

Den psykiatriske akuttelefon vil blive implementeret gradvist fra 2025 og forventes at være fuldt implementeret i 2026. Partierne forudsætter, at regionerne først prioriterer implementeringen af en psykiatrisk akuttelefon i AMK, der besvarer 1-1-2 opkald, så hjælp til livstruende og de mest akutte situationer prioriteres højest og iværksættes så hurtigt som muligt. Derefter kan implementeringen i de regionale lægevagter prioriteres samt styrkelsen af de akutte psykiatriske udgående behandlingstilbud. Regeringen vil aftale dette nærmere med Danske Regioner. Partierne forudsætter desuden en borgerrettet kommunikationsindsats, der afspejler implementeringen.

Denne aftale og dermed også implementeringen af initiativet skal ses i sammenhæng med den generelle kapacitetsopbygning, opkvalificering og kompetenceudvikling af personale, som allerede er iværksat gennem en række konkrete initiativer, der følger af 10-årsplanen for psykiatrien. Regeringen er i fuld gang med at styrke psykiatrien, som samlet set vil være løftet med 4,6 mia. kr. frem mod 2030 i forhold til 2019.

Relateret document 2/2

Dokument Navn:	Fagligt oplæg - Styrket akutpsykiatrisk hjælp.pdf
Dokument Titel:	Fagligt oplæg - Styrket akutpsykiatrisk hjælp
Dokument ID:	1753802

Dato 12-12-2024

Sagsnr. 05-0801-1664

Styrket akutpsykiatrisk hjælp

Fagligt beslutningsoplæg til styrkelse af telefonisk indgang til akutpsykiatrisk hjælp og styrkelse af akutte behandlingsindsatser i den regionale psykiatri

Sammenfatning

Sundhedsstyrelsen har i henhold til den politiske aftale ”En bedre psykiatri”¹ fået til opgave at udvikle et fagligt oplæg til en psykiatrisk akutlinje og styrkelse af akutte psykiatriske behandlingsindsatser. Akutlinjen bør kunne visitere til relevante akutte behandlingsindsatser, så borgere med akut behov for psykiatrisk hjælp kan få den rette behandling. En del af opgaven er at vurdere etablering af et nyt, særskilt akutnummer for psykiatrien over for anvendelse af det eksisterende 112-nummer. Styrkelsen af den psykiatriske telefonvisitation og de akutte psykiatriske behandlingsindsatser skal ske inden for den afsatte økonomiske ramme på 150 mio. kr. årligt.

Sundhedsstyrelsens faglige beslutningsoplæg til styrket akutpsykiatrisk hjælp henvender sig primært til politiske beslutningstagere, og baggrunden for udarbejdelsen af oplægget er uddybet i bilag 1. Oplægget indeholder en beskrivelse af det nuværende udfordringsbillede, en opsummering af Sundhedsstyrelsens anbefalede løsninger, efterfulgt af en præsentation af mulige løsninger, herunder fordele og ulemper, ift.:

- **Styrkelse af telefonisk indgang til akutpsykiatrisk hjælp** (løsning A eller B), hvor Sundhedsstyrelsen anbefaler, at den telefoniske indgang til akutpsykiatrisk hjælp styrkes ved at integrere psykiatrifaglighed i det eksisterende akutberedskab ved Akut Medicinsk Koordinering (AMK) og de regionale lægevagtstelefoner, og med anvendelse af dertilhørende eksisterende akutnumre (løsning A).
- **Styrkelse af akutte behandlingsindsatser i den regionale psykiatri** (løsning 1 og 2), hvor Sundhedsstyrelsen anbefaler at styrke de udgående akutpsykiatriske behandlingsindsatser (løsning 1).

Det faglige grundlag for anbefalingerne uddybes i bilag 2, og forudsætninger for opfyldelse af anbefalingen om styrket telefonisk indgang til akutpsykiatrisk hjælp uddybes i bilag 3, som er målrettet de ansvarlige for implementeringen og driften.

Implementeringen af den telefoniske indgang til akutpsykiatrisk hjælp og styrkelsen af akutte behandlingsindsatser i den regionale psykiatri kan påbegyndes fra andet kvartal 2025, hvorefter der bør være mulighed for trinvis implementering i de enkelte regioner. Danske Regioner forventer, at det kan være implementeret i løbet af 2026. Det er oplagt at følge udvikling i kvalitet og effekt ligesom servicemål for håndteringstid og ventetid skal beslutes i samråd med Danske Regioner. Kvalitetsudvikling og opfølgning på implementeringen uddybes i bilag 4. Implementeringen bør tage højde for sammenlægning af regioner og omstrukturering i sundhedsvæsenet som følge af sundhedsreformen.

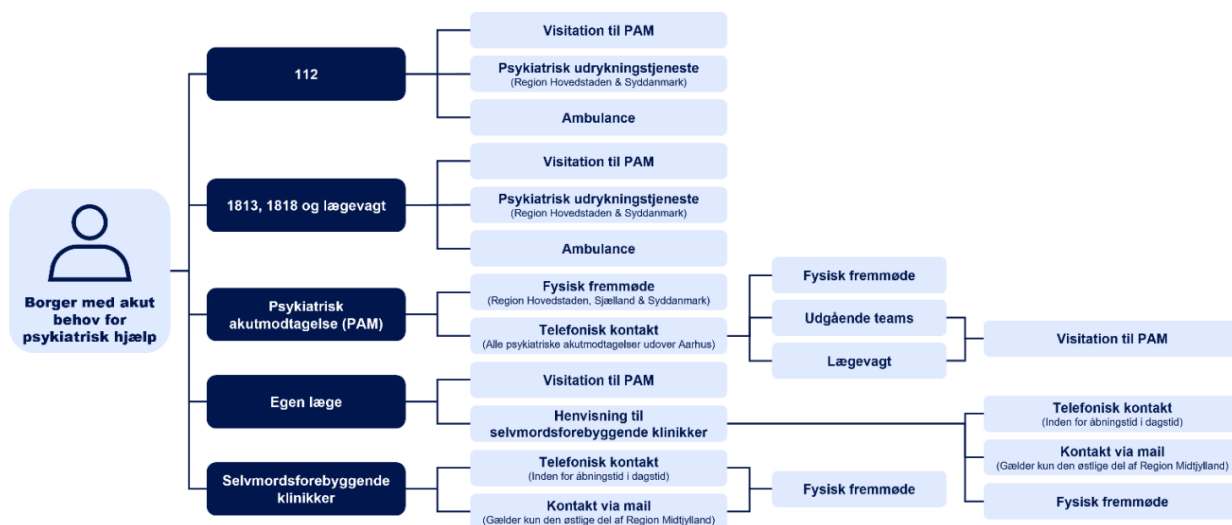
¹ Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Aftale om En bedre psykiatri - hurtigere behandling til børn og unge, bedre akut hjælp og større tryk for medarbejderne. 2023.

Udfordringsbillede

Let og hurtig adgang til akutpsykiatrisk hjælp er afgørende for borgere med akut psykisk krise eller med akut forværring af psykisk lidelse, som fx kan være i risiko for selvmord eller selvmordsforsøg. I dag er adgangen til akutpsykiatrisk hjælp dog udfordret af, at:

- En betydelig andel borgere oplever udfordringer med at navigere mellem de forskellige offentlige akutlinjer for at få den rette hjælp, jf. *Figur 1*.
- En betydelig andel borgere med akut behov for psykiatrisk hjælp ringer til rådgivningstelefoner i civilsamfundet og kommunerne, selvom rådgiverne i disse tilbud ikke kan visitere til den rette psykiatriske indsats.
- De regionale akutpsykiatriske behandlingsindsatser er ikke altid tilstrækkeligt tilgængelige, blandt andet på grund af begrænset kapacitet.
- Der mangler psykiatrifaglige kompetencer i AMK og de regionale lægevagtstelefoner.

Figur 1: Illustration af borgernes muligheder for kontakt til offentlig akutpsykiatrisk hjælp i dag, hertil forskellige muligheder for visitation eller henvisning til regionale akutpsykiatriske indsatser.



Udfordringsbilledet for hhv. telefonisk indgang til akut psykiatrisk hjælp og adgang til akutte behandlingsindsatser i den regionale psykiatri uddybes i det følgende.

Udfordringer ved telefonisk indgang til akutpsykiatrisk hjælp

Akut Medicinsk Koordinering (AMK), som håndterer 112-opkald, de regionale lægevagtstelefoner og de psykiatriske akutmodtagelser (PAM) er i dag de eneste telefoniske indgange til akutpsykiatrisk hjælp med mulighed for visitation til regionale behandlingsindsatser, såsom præhospital indsats med udrykning eller visitation til psykiatrisk akutmodtagelse. Tilsammen modtager disse telefoniske indgange i dag ca. 311.792 psykiatriske

opkald om året². I nogle tilfælde vil opkald som PAM modtager bedre kunne håndteres ved direkte aktivering af akutberedskabet via AMK. Dog mangler både AMK og de regionale lægevagtstelefoner psykiatrifaglige kompetencer til at kunne vurdere borgeres behov og visitere herefter. Derudover er det uklart for borgerne, hvilke offentlige akutlinjer de skal kontakte ved behov for akutpsykiatrisk hjælp.

Flere civilsamfundsorganisationer og kommuner tilbyder telefonrådgivning til borgere i akut psykisk krise eller med psykiatriske problemstillinger. Disse telefonlinjer håndterer årligt omkring 325.320 opkald, hvoraf en betydelig andel ringer, fordi de har brug for hjælp til at navigere i de offentlige tilbud, eller fordi de har akut behov for hjælp². Rådgivere i disse tilbud har dog i udgangspunktet ikke psykiatrifaglige kompetencer eller mulighed for at visitere til regionale behandlingsindsatser, såfremt dette måtte være nødvendigt.

Både de offentlige akutlinjer og frivillige rådgivningstelefoner oplever, at de i dag modtager for mange opkald, som givet alvorligheden og kompleksiteten af problemstillingen kunne håndteres mere hensigtsmæssigt et andet sted². En betydelig andel borgere oplever derfor, at de ikke får den rette psykiatrifaglige hjælp, der hvor de henvender sig først. Det skaber risiko for forsinkelser i situationer, hvor hurtig og korrekt hjælp kan være afgørende. Dette understreger behovet for en mere tydelig og koordineret telefonisk indgang, som understøtter, at borgere visiteres til rette indsats med den nødvendige psykiatrifaglige kompetence.

De offentlige akutlinjer og frivillige rådgivningstelefoner bruger i dag betydelige ressourcer på at vejlede borgere og pårørende om, hvilke indsatser der er relevante for deres behov, og hvordan de kan få adgang til disse. Dette indikerer, at det ofte er uklart for borgerne, hvor de skal henvende sig for at få den nødvendige hjælp. Flere offentlige aktører informerer på deres hjemmesider om frivillige telefonlinjer som en del af deres rådgivning. Der er i forbindelse med afdækning af området peget på, at der er brug for større klarhed om, hvornår man som borger skal søge hjælp fra de offentlige akutlinjer, og hvornår man mere oplagt skal søge støtte og rådgivning gennem frivillige tilbud.

Udfordringer ved akutte behandlingsindsatser i den regionale psykiatri

De akutpsykiatriske behandlingsindsatser består af udgående indsatser og funktioner, samt stationære indsatser, herunder de psykiatriske akutmodtagelser. Der er en tæt kobling mellem en styrket telefonisk indgang til akutpsykiatrisk hjælp og de psykiatriske akutindsatser, hvor tilgængelighed og kapacitet er afgørende for, at borgerne får den rette hjælp på rette tid og sted.

De regionale akutpsykiatriske behandlingsindsatser og andre psykiatriske indsatser har ofte begrænset kapacitet og tilgængelighed uden for almindelig dagstid til at imødekomme behovet for akutpsykiatrisk hjælp. Især tilgængeligheden af de udgående behandlingsindsatser varierer på tværs af landet. Dette gælder eksempelvis psykiatriske udrykningstjenester, akutteams og udgående ambulante teams som F-ACT, OPUS og botilbudsteams. Alle regioner har døgnåbne psykiatriske akutmodtagelser, men her varierer kapaciteten, antallet af enheder, organiseringen og visitationen ligeledes på tværs af landet.

Derudover mangler de offentlige akutlinjer et samlet overblik over relevante indsatser, som borgere kan visiteres til, samt en effektiv koordinering af den samlede akutpsykiatriske behandlingsskæde.

² Nordic Healthcare Group. Afdækning af forudsætninger for etablering af en psykiatrisk akuttelefon, 2024.

Styrket akutpsykiatrisk hjælp

Sundhedsstyrelsens anbefalinger til en styrket adgang til akutpsykiatrisk hjælp opsummeres i boksen nedenfor. Mulige løsninger, herunder fordele og ulemper, beskrives efterfølgende. Det faglige grundlag for anbefalingerne uddybes i bilag 2.

Opsummering af Sundhedsstyrelsens anbefalinger

Styrket telefonisk indgang til akutpsykiatrisk hjælp: For at løse udfordringerne ved borgernes telefoniske indgang til akutpsykiatrisk hjælp, anbefaler Sundhedsstyrelsen, at styrke indgangen ved at integrere psykiatrifaglighed i det eksisterende akutberedskab ved AMK og de regionale lægevagtstelefoner, og med anvendelse af dertilhørende eksisterende akutnumre (løsning A). Med anbefalingen styrkes:

- Entydig telefonisk indgang til akutpsykiatrisk hjælp for borgerne
- Sammenhæng og ligestilling mellem psykiatri og somatik i borgerens indgang til akut hjælp
- Bæredygtig drift og anvendelse af ressourcer i det samlede akutberedskab.

Styrkelse af akutte behandlingsindsatser i den regionale psykiatri: For at løse udfordringerne ved borgernes adgang til akutpsykiatriske behandlingsindsatser, anbefaler Sundhedsstyrelsen, at styrke de udgående akutpsykiatriske behandlingsindsatser (løsning 1). Med anbefalingen styrkes:

- De præhospitale indsatser tilknyttet AMK
- Akutte og subakutte udgående akutpsykiatriske indsatser, fx psykiatrisk udrykningstjeneste og ambulante akutteams
- Akutfunktioner tilknyttet ambulante tværfaglige udgående teams

Akut psykiatrisk koordinator: Det anbefales desuden, at sammenhængen i den akutpsykiatriske indsats styrkes ved at en Akut Psykiatrisk Koordinator (APK)-funktion etableres i hver region. Funktionen kan understøtte den telefoniske psykiatrifaglige visitation og koordinere det regionale akutpsykiatriske beredskab, herunder med den Koordinerende Psykiatriske Kontaktperson (KOP), som udsendes i forbindelse ekstraordinære hændelser og beredskabshændelser, hvor det psykosociale beredskab skal aktiveres.

Styrket telefonisk indgang til akutpsykiatrisk hjælp

I følgende afsnit præsenteres to mulige løsninger for styrket telefonisk indgang til akutpsykiatrisk hjælp ved vurdering af fordele og ulemper. Sundhedsstyrelsen anbefaler at integrere psykiatrifaglighed i AMK og de regionale lægevagter, samt at anvende nuværende akutnumre, fremfor at etablere nye callcentre med en særskilt psykiatrisk akutlinje og nyt akutnummer.

Løsning A: Integration af psykiatrifaglighed i AMK og regionale lægevagter

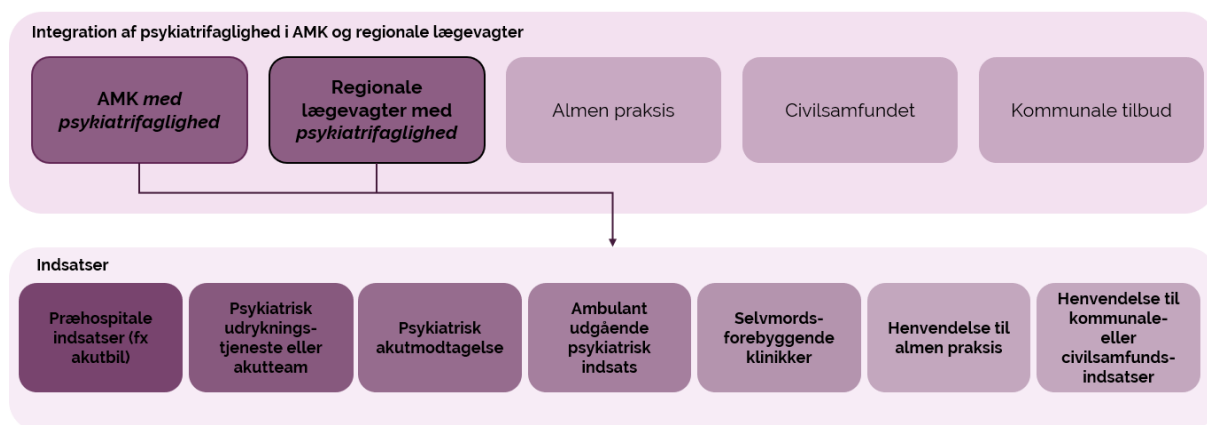
AMK sikrer i dag hurtig adgang til præhospitale indsatser som ambulancer og akutlægebiler, mens de regionale lægevagtstelefoner håndterer bredere problemstillinger og kan henvise til subakutte indsatser eller til

egen læge.

Løsning A indebærer, at psykiatrifaglighed integreres i AMK og de regionale lægevagtstelefoner ved at opnormere med psykiatrifagligt personale og opkvalificere nuværende sundhedsfaglige visitatorer, jf. *Figur 2*. Hertil anvendes de dertilhørende telefonnumre (112 og regionale lægevagtsnumre) som indgang for borgerne. Løsningen indebærer desuden, at en Akut Psykiatrisk Koordinator (APK)-funktion etableres i hver region. Funktionen bør både understøtte den telefoniske psykiatrifaglige visitation og koordinere det regionale akutpsykiatriske beredskab.

Løsningen vurderes at være den mest hensigtsmæssige ift. at styrke den telefoniske indgang til akutpsykiatrisk hjælp, idet den understøtter både sammenhæng til øvrige initiativer i 10-års planen, og harmonerer med Sundhedsstyrelsens anbefalinger på akutområdet, samt Sundhedsreformens fokus på ligestilling af psykiatri og somatik, og fælles kapacitetsstyring for borgere med behov for både psykiatriske og somatiske indsatser.

Figur 2: Illustration af integration af psykiatrifaglighed i AMK og regionale lægevagtstelefoner, herunder mulighed for at visitere eller henvise til regionale akutpsykiatriske indsatser



Fordele

Integration af psykiatrifaglige kompetencer i AMK og de regionale lægevagtstelefoner giver borgere og pårørende en klar og entydig telefonisk indgang til akut hjælp. Løsningen styrker ligestilling og integration af psykiatri og somatik, og skaber en sammenhæng for borgerne, som dermed ikke selv skal vurdere, hvorvidt deres behov for hjælp er psykiatrisk eller somatisk. Integration af psykiatrifaglighed muliggør dermed helhedsorienteret visitation og en faglig opkvalificering af det samlede akutberedskab.

Ved at anvende eksisterende infrastruktur og ressourcer opnås en bæredygtig drift og en effektiv udnyttelse af både økonomiske, medarbejder- og faglige ressourcer, samtidig med at regionerne har mulighed for at tilpasse indsatsen til lokale forhold. Hertil vil de psykiatrifaglige medarbejdere som ansættes i AMK og lægevagterne bidrage til at der i spidsbelastningsperioder kan være øget kapacitet til håndtering af mange opkald.

Det betyder også, at der kan allokeres flere midler fra den samlede økonomiske ramme til at styrke de akutte indsatser i den regionale psykiatri.

Derudover vil løsningen understøtte en effektiv visitation af høj faglig kvalitet til rette psykiatriske behandlingsindsats, herunder understøtte den samlede regionale behandlingskæde ved at skabe sammenhæng

mellem borgerens telefoniske henvendelse, psykiatrifaglig vurdering og visitation til præhospitale indsatser og øvrige regionale psykiatriske indsatser.

Ved at styrke både AMK og de regionale lægevagtstelefoner med psykiatrifaglige kompetencer opnås en differentieret indsats, der kan tilpasses borgernes behov.

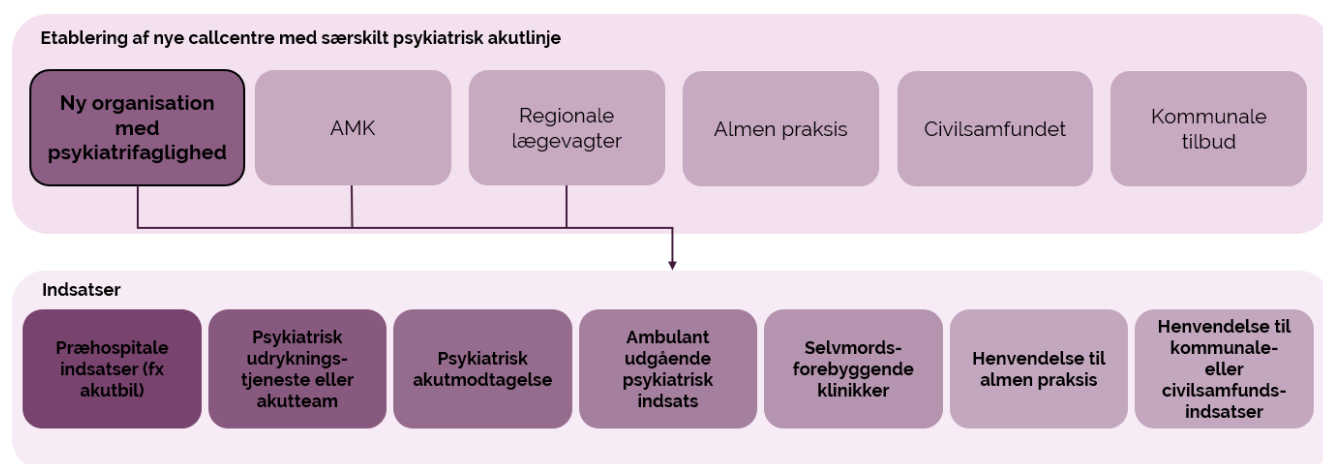
Ulemper

En ulempe er, at nogle borgere kan opleve, at deres behov ikke bliver bedre imødekommet ved, at de skal kontakte de tilbud de allerede kender i dag, som ikke nødvendigvis associeres med akutpsykiatrisk hjælp.

Løsning B: Etablering af nye callcentre med særskilt psykiatrisk akutlinje

Som alternativ til løsning A kan der oprettes en ny særskilt psykiatrisk akutlinje, som kan etableres i nye centrale enheder, jf. *Figur 3*. Denne løsning vil altså ikke blive integreret i det eksisterende akutberedskab, men etableres som en parallel løsning, hvor psykiatri og somatik adskilles.

Figur 3: Illustration af etablering af nye callcentre med særskilt psykiatrisk akutlinje, herunder mulighed for at visitere eller henvise til regionale akutpsykiatriske indsatser



Fordele

En ny organisation giver mulighed for at skabe en struktur, der udelukkende fokuserer på akutpsykiatrisk visitation, uden at være bundet af eksisterende systemer. Det kan skabe bedre mulighed for at tilpasse indsatsen til målgruppens behov.

Et nyt akutnummer kan lette kommunikationen om og markedsføringen af tilbuddet til målgruppen, fordi adgangen til akutpsykiatrisk hjælp kan fremstå mere entydig i den borgerrettede kommunikation. Det kan øge brugen af tilbuddet, og mindske belastningen på eksisterende akutnumre.

Ulemper

For borgere med brug for akutpsykiatrisk hjælp kan det i situationen være svært at huske endnu et telefonnummer.

Oprettelse af et nyt akutnummer kan desuden komplicere borgerens indgang til rette behandlingsindsats, da det vil være op til borgerne selv at vurdere, om deres behov for hjælp er psykiatrisk eller somatisk, og om de på den baggrund skal kontakte en særskilt psykiatrisk akutlinje, AMK eller de regionale lægevagtstelefoner for hjælp. Dette kan være svært at vurdere for borgere, og i nogle tilfælde fagligt uhensigtsmæssigt, hvis der også er behov for fx somatisk hjælp. Da psykiatri og somatik på denne måde adskilles, skabes der ikke en overordnet entydig akutindgang for borgerne. Hvis der er brug for at få hjælp fx fra politiet, vil det fortsat kræve koordinering og kontakt med AMK.

Oprettelsen af en ny organisation med psykiatrifaglige kompetencer kan medføre faglige og driftsmæssige udfordringer, og modarbejde målet om større sammenhæng og ligestilling mellem psykiatri og somatik. Desuden kræver oprettelse af nye funktioner betydelige investeringer i infrastruktur, teknologi og personale samt tid til at etablere arbejdsgange, samarbejde med andre aktører og opbygning af viden og kompetencer fra bunden. En ny organisation vil derudover være en omkostningstung løsning, som vil medføre, at der kan allokere færre midler til at styrke de akutte indsatser i den regionale psykiatri.

Hvis der etableres nye enheder kan det medføre begrænset kendskab til eksisterende akutpsykiatriske indsatser på tværs af landet, og der vil være behov for en større indsats for at etablere samarbejdsrelationer, sammenlignet med den anbefalede løsning om at styrke AMK og de regionale lægevagtstelefoner.

Styrkelse af akutte behandlingsindsatser i den regionale psykiatri

Vedrørende styrkelse af akutte behandlingsindsatser i den regionale psykiatri præsenteres to mulige løsninger, hvoraf Sundhedsstyrelsen anbefaler at styrke de udgående akutpsykiatriske indsatser (løsning 1), fremfor at styrke det samlede akutberedskab (løsning 2). Nedenfor beskrives de to løsningsmuligheder ved vurdering af fordele og ulemper.

Løsning 1: Styrkelse af udgående akutpsykiatriske indsatser

Løsningen indebærer at styrke de *udgående* akutpsykiatriske indsatser, herunder de præhospitale indsatser tilknyttet AMK (styrket med opkvalificering og/eller psykiatrifaglige kompetencer), psykiatriske udrykningstjenester, ambulante psykiatriske akutteams og tværfaglige udgående psykiatriske akutteams. Løsningen indebærer desuden, at en Akut Psykiatrisk Koordinator (APK)-funktion etableres i hver region. Funktionen bør både understøtte den telefoniske psykiatrifaglige visitation og koordinere det regionale akutpsykiatriske beredskab, herunder visitation til udgående akutpsykiatriske indsatser.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at denne løsning vil være mest hensigtsmæssig idet den harmonerer med Sundhedsreformens fokus på behandling tættere på borgeren, og derudover understøtter sammenhæng til øvrige initiativer i 10-års planen, der fokuserer på at opbygge kapaciteten i udgående psykiatriske indsatser.

Givet at der er regionale forskelle i dag, bør indsatserne tilpasses lokale behov for at komme borgerne bedst til gavn. Sundhedsstyrelsen foreslår derfor, at regionerne får mulighed for selv at prioritere, hvilke udgående akutpsykiatriske indsatser, der styrkes i hver enkelt region under hensyntagen til nuværende organisering, eksisterende indsatser, geografi og demografi.

Fordele

Ved at styrke de udgående akutpsykiatriske indsatser, er det muligt at skabe et mere lettilgængeligt og nært akuttilbud for borgerne, især for dem, der har svære symptomer og fx ikke ønsker eller har svært ved at møde op på en psykiatrisk akutmodtagelse, selvom de har behov for akutpsykiatrisk hjælp.

Fordelen ved at prioritere de udgående akutpsykiatriske indsatser er, at et vigtigt led i den samlede akutkæde styrkes, så der sikres differentierede og udgående indsatser til borgerne, som i højere grad får adgang til præhospitale indsatser på samme niveau som borgere med somatiske problemstillinger.

Den telefoniske indgang fungerer som første led i akutkæden med mulighed for at visitere til rette behandlingsindsats, baseret på en systematisk vurdering af behov. Dette omfatter en tæt kobling mellem visitation, præhospital indsats og akutmodtagelse. Når der i højere grad er mulighed for at nå ud til borgeren i hjemmet med psykiatrifaglige kompetencer, kan behandlingen ofte afsluttes dér, eller der kan skabes en bedre overgang til en eventuel indlæggelse. Styrkede udgående akutpsykiatriske indsatser kan bidrage til en tidlig intervention, som forebygger forværring af symptombilledet, reducerer risikoen for selvskade, vold mod andre, selvmord og tvangsindlæggelser samt sikre hurtig vurdering og visitation til behandling.

Samtidig kan styrkede udgående akutpsykiatriske indsatser potentielt være med til at aflaste akutmodtagelserne.

Ulemper

Styrkede udgående akutpsykiatriske indsatser forudsætter et tilstrækkeligt antal kvalificerede medarbejdere, hvilket kan være udfordrende for regionerne, der i forvejen oplever betydelige rekrutteringsproblemer. Regionerne står over for kapacitetsudfordringer på tværs af psykiatrien, herunder i psykiatriske akutmodtagelser, og kan derfor have et ønske om og behov for større fleksibilitet i prioriteringen af ressourcer fremfor fast binding til specifikke formål.

Løsning 2: Styrkelse af det samlede akutberedskab

Styrkelse af det samlede psykiatriske akutberedskab indebærer, at også psykiatriske akutmodtagelser kan styrkes på lige fod med udgående akutte psykiatriske behandlingsindsatser som nævnt i løsning 1.

Fordele

Når kapaciteten i psykiatriske akutmodtagelser kan styrkes på lige fod med udgående akutpsykiatriske indsatser, kan regionerne selv vurdere, hvor der er det største behov for en kapacitetsøgning og hvad de vil prioritere at styrke. Herved tages mere hensyn til regionale forskelle og behov. Derudover kan flere led i akutkæden styrkes ved, at der fx både prioriteres midler til akutmodtagelser og udgående indsatser. Dette afhænger dog af regionernes prioritering.

Ulemper

Når regionerne får større mulighed for selv at prioritere, kan det betyde, at ressourcerne spredes tyndt, fx ved at ressourcerne anvendes til at styrke kapaciteten på landets 18 psykiatriske akutmodtagelser. Dette kan svække indsatsens samlede effekt og øge sandsynligheden for, at borgerne ikke oplever en mærkbar forbedring af den akutpsykiatriske hjælp.

Desuden kan en forskelligartet brug af ressourcer mellem regionerne gøre det udfordrende at skabe sammenhæng mellem dette initiativ og fremtidige indsatser i 10-årsplanen, og dermed den samlede ambition om at fremme mere ensartethed på nationalt niveau.

Endelig er der allerede betydelige forskelle i de udgående behandlingsindsatser på tværs af landet, som følge af variationer i regionernes organisering og prioritering af indsatserne. Denne løsning kan risikere at forstærke uligheden i adgangen til de udgående indsatser mellem regionerne, og dermed modarbejde målet om mere ensartede tilbud til borgerne på tværs af landet.

Bilag 1: Baggrund for Sundhedsstyrelsens faglige beslutningsoplæg

Der er i arbejdet med det faglige beslutningsoplæg taget udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats*³ og *Fagligt oplæg til en 10-årsplan for psykiatrien*⁴, hvori det anbefales at styrke visitationen af borgere med akut opstået eller forværret psykisk sygdom, så der sikres sammenhæng i indsatsen og henvisning til rette behandlingsindsatser. Ligesom det også anbefales at udvide de psykiatriske akutindsatser, herunder styrke de udgående akutte funktioner.

Sundhedsstyrelsen har derudover i *oplæg til rækkefølge og prioritering af anbefalinger under 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed*⁵, foreslået at styrke udgående tværfaglige teams og øge kapaciteten i psykiatriske indlæggelsestilbud over de kommende år. Ligesom der i tidligere initiativer under 10-års planen er afsat midler til at styrke udgående ambulante behandlingsindsatser.

I Sundhedsstyrelsens arbejde er der taget højde for sundhedsreformens mål om bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet⁶, herunder ligestilling mellem psykiatri og somatik, lige og hurtig adgang til sundhedsydelse af høj kvalitet i hele landet, mindsket geografisk ulighed, fælles kapacitetsstyring for borgere med behov for både psykiatriske og somatiske indsatser, og en behandling som i højere grad foregår tæt på eller i eget hjem.

Som en del af baggrunden for det faglige oplæg, har Nordic Healthcare Group (NHG) udarbejdet en analyse, der belyser forskellige mulige løsninger for etablering af en psykiatrisk akutlinje². Heri er der inddraget erfaringer fra bl.a. Psykiatrien i Region Nordjylland, 1813 og Region Hovedstadens forsøgsordning med en psykiatrisk akutlinje. NHG har også analyseret muligheden for at etablere et nyt, særskilt akutnummer i sammenligning med anvendelse af eksisterende 112-nummer. Supplerende har Sundhedsstyrelsen internt udarbejdet et overblik over de regionale psykiatriske akutindsatser og identificeret stor variation i indsatserne, herunder ift. tilgængelighed, bemanning og organisering.

Sundhedsstyrelsen har derudover modtaget faglig rådgivning fra en arbejdsgruppe nedsat til formålet (bilag 1.1).

I arbejdet med det faglige beslutningsoplæg er der desuden taget udgangspunkt i nedenstående beskrivelse af målgruppen for akutpsykiatrisk hjælp.

² Nordic Healthcare Group. Afdækning af forudsætninger for etablering af en psykiatrisk akuttelefon, 2024.

³ Sundhedsstyrelsen. *Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats*, 2020.

⁴ Sundhedsstyrelsen. *Fagligt oplæg til en 10-årsplan – Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser*, 2022.

⁵ Sundhedsstyrelsen. *Oplæg til rækkefølge og prioritering af anbefalinger under 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed*, 2024.

⁶ Indenrigs- og Sundhedsministeriet. *Aftale om sundhedsreform*, 2024.

Målgruppe for styrket akutpsykiatrisk hjælp

Målgruppen for styrket akutpsykiatrisk hjælp omfatter både børn, unge og voksne, som er i akut psykisk krise, enten uden tidligere kendt psykisk lidelse, debuterende eller med kendt psykisk lidelse. Målgruppen omfatter også pårørende til og andre i den umiddelbare nærhed af borgeren med behov for akutpsykiatrisk hjælp. Borgere og pårørende, som i dag kontakter 112, de regionale lægevagtstelefoner eller telefonlinjer i civilsamfundet med behov for akutpsykiatrisk hjælp, er derfor i målgruppen.

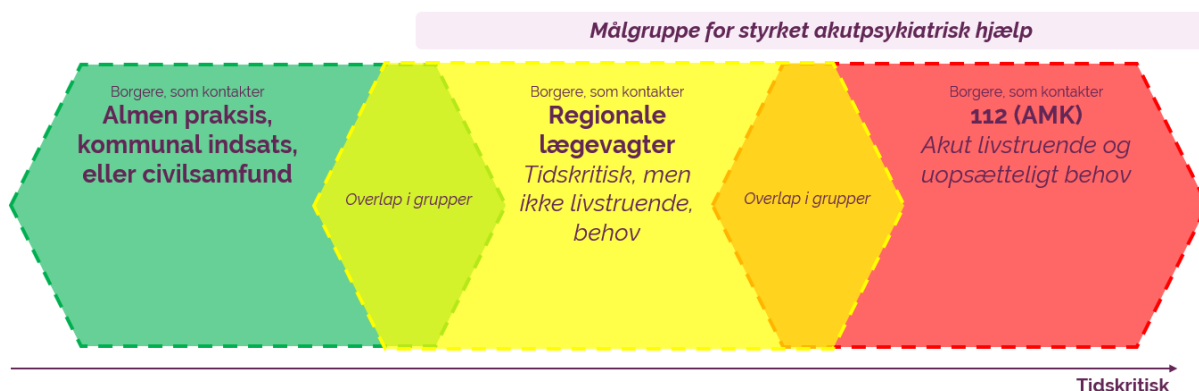
Uanset henvendelsesårsagen kan borgerens behov for akutpsykiatrisk hjælp variere afhængigt af symptom-billedet:

- **Livstruende tilstand** med akut fare for den enkelte selv eller for andre. Eksempelvis ved høj selvmordsrisiko eller risiko for voldelig adfærd. I disse tilfælde er øjeblikkelig handling og aktivering af akutberedskabet afgørende, herunder i nogle tilfælde også politiet.
- **Akut tilstand** med akut opståede eller forværrede symptomer, såsom akut belastningsreaktion, manisk episode, psykotiske symptomer eller øget selvmordsrisiko. Disse tilstande kræver handling inden for timer og ofte en psykiatrfaglig vurdering for at afklare alvorsgrad og visiteres til den rette indsats.
- **Subakut tilstand** med forværring af kendt psykisk lidelse eller nye symptomer, der kræver opmærksomhed og handling, men hvor der ikke er akut behov for hjælp. Der er ofte behov for en psykiatrfaglig vurdering for at afklare, hvor tidskritisk behovet er, og hvilken indsats der skal visiteres til.

Ved alle tre symptombilleder kan der være behov for psykisk krisehåndtering og deeskalering over telefonen. Samtidig kan vurderingen af, hvilken indsats der skal visiteres til i den regionale psykiatri, kræve en psykiatrfaglig vurdering, herunder en vurdering af risikoen for selvmord og vold. Da afgrænsningen mellem de tre symptombilleder ofte er uklar og kompleks, kan en psykiatrfaglig vurdering være afgørende for at sikre korrekt visitation.

Det vurderes derfor, at en række af de borgere som i dag vil kontakte 112 og de regionale lægevagtstelefoner, kan få bedre psykiatrisk hjælp, ved at integrere psykiatrfaglighed i AMK og de regionale lægevagter jf. *Figur 1*. Ligeledes vil nogle af de borgere, der i dag kontakter kommunale eller civilsamfundsbase-rede telefoner, fremover kunne hjælpes bedre ved at blive opfordret til eller selv kunne ringe til de regionale akutnumre.

Figur 1: Illustration af målgruppen for den styrkede akutpsykiatriske hjælp



Bilag 1.1: Arbejdsgruppe

Livslinien

Leder af rådgivningen

Agnieszka Storgaard Nielsen

Dansk Psykiatrisk Selskab

Forperson

Merete Nordentoft

Dansk Selskab for Akutmedicin

Læge

Julie Mackenhauer

Dansk Selskab for Almen Medicin

Psykiatri-ordfører

Helene Larsson

Dansk Sygepleje Selskab

Sundhedsfaglig Konsulent

Tanja Due Krogh Madsen

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab

Overlæge

Helene Grønning

SIND

Formand

Mia Kristina Hansen

Bedre Psykiatri

Chefanalytiker

Jens Peter Eckardt

Rigspolitiet (Alarm 112)

Vicepolitiinspektør

Jesper Lovmand

Lægevagtsfunktionen på 1813

Cheflæge

Kim Arved Nielsen

AMK, Region Midtjylland

Lægefaglig direktør

Palle Juelsgaard

Region Syddanmark

Lægefaglig direktør

Anders Meinert Pedersen

Region Hovedstaden

Økonomi- og planlægningschef

Sven Knudsen

Region Midtjylland

Hospitalsdirektør

Tina Ebler

Region Nordjylland

Cheflæge

Peter Uggerby

Region Sjælland

Vicedirektør

Dorthe Juul

Danske Regioner

Teamleder

Jakob Schelde Holde

Danske Regioner

Teamleder

Anne Sofie Bæk-Sørensen

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (observatør)

Fuldmægtig, Kontoret for Psykiatri og Misbrug

Anna Bak

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (observatør)

Fuldmægtig, Kontoret for Sygehuspolitik

Emilie Bøjesen

Bilag 2: Uddybning af Sundhedsstyrelsens anbefalinger

Nedenfor uddybes den faglige baggrund for Sundhedsstyrelsens anbefaling om at integrere psykiatrifaglighed i AMK og regionale lægevagtstelefoner (løsning A) og styrke udgående akutpsykiatriske indsatser (løsning 1).

Uddybning af anbefaling om integration af psykiatrifaglighed i AMK og regionale lægevagtstelefoner (løsning A)

Sundhedsstyrelsen lægger i anbefalingen vægt på, at borgere vil opleve en entydig adgang til akutpsykiatrisk hjælp, at der er fokus på sammenhæng i sundhedsvæsenet og ligestilling mellem psykiatri og somatik, samt bæredygtig drift og anvendelse af ressourcer.

Entydig indgang

Det bør være let for borgeren at få akutpsykiatrisk hjælp gennem en entydig indgang. Ved at anvende eksisterende akuttelefonnumre som telefonisk indgang undgås det, at der skal opbygges kendskab til endnu et telefonnummer for akut hjælp i befolkningen.

Anvendelse af eksisterende akutnumre sikrer også, at fagpersoner kan vurdere, om der er tale om psykiatriske, somatiske eller kombinerede problemstillinger, og tilpasse visitationen herefter. Løsningen forenkler dermed adgangen til hjælp og det undgås, at det er op til borgeren selv at vurdere eget behov for hjælp.

Ved integration af psykiatrifaglige kompetencer i AMK bør den borgerrettede kommunikation være tydelig omkring, at borgere fortsat kun skal ringe 112 ved behov for akut udrykning i livstruende situationer. Psykiatriske vurderinger kræver ofte længere tid end somatiske vurderinger, og integration med AMK må ikke forsinke håndtering af kritiske opkald. Løsningen, der både styrker kvaliteten af opkald i 112 og de regionale lægevagtsnumre, bør understøtte en effektiv håndtering af akutpsykiatrisk hjælp samtidig med, at den eksisterende målgruppeafgrænsning i AMK fastholdes.

Sammenhæng og ligestilling

Integration af psykiatrifaglige kompetencer i AMK og de regionale lægevagter vil styrke målgruppens adgang til kvalificeret psykiatrifaglig hjælp, uanset om borgere befinder sig i en livstruende situation, og/eller har behov for øvrig akut eller subakut psykiatrisk hjælp.

Integrationen af psykiatrifaglighed i AMK og regionale lægevagter vil styrke både den faglige viden og organisatoriske sammenhæng i sundhedsvæsenet, ligesom løsningen vil bidrage til ligestilling mellem psykiatriske lidelser og somatiske sygdomme. Samtidigt vil løsningen også bidrage til en mere helhedsorienteret hjælp til borgere, som kan have behov for både psykiatrisk og somatisk behandling ved samling af visitationen for somatik og psykiatri.

Denne løsning giver regionerne mulighed for at tilpasse organiseringen af den akut psykiatriske indgang efter lokale forhold. Det betyder blandt andet, at hver region selv kan beslutte, hvorvidt personalet med psykiatrifaglige kompetencer skal samlokaliseres med enten AMK eller den regionale lægevagtsordning.

Uanset placeringen af det psykiatrifaglige personale bør AMK og de regionale lægevagter dog have mulighed for at trække på kompetencer fra det samlede akutberedskab. Herunder bør der være sammenhæng mellem AMK og de regionale lægevagter, for eksempel via omstillingsfunktioner, for optimal ressourceanvendelse. For at opnå reel ligestilling mellem psykiatri og somatik er det afgørende, at psykiatrifagligheden styrkes med ressourcer og kompetencer på lige fod med somatikken, og at strukturer og kulturer i AMK og lægevagt understøtter den helhedsorienterede visitation af borgere.

Bæredygtig drift og anvendelse af ressourcer

Ved at integrere psykiatrifaglige kompetencer i AMK og de regionale lægevagter kan de sundhedsfaglige visitatorer håndtere opkald med mulighed for sparring eller viderestilling mellem visitatorer med og uden psykiatrifaglige kompetencer. Det vil fremme opbygning af faglige miljøer i AMK og de regionale lægevagter med psykiatrifaglige kompetencer, hvor videndeling, oplæring og tværfaglig uddannelse løbende bør prioriteres med henblik på at fremme opkvalificering af de sundhedsfaglige visitatorer. Ligesom det vil bidrage til en robust og effektiv anvendelse af ressourcer i det samlede akutberedskab. Samtidig vil personale med psykiatrifaglige kompetencer også kunne bidrage til at håndtere opkald fra somatisk syge borgere.

Ved at anvende den eksisterende infrastruktur, hvor tekniske funktioner til håndtering af opkald allerede er tilgængelige, fx hurtig omstilling mellem AMK og lægevagt, begrænses behovet for at etablere nye systemer. Den anbefalede løsning understøtter således en robust og bæredygtig drift, hvor eksisterende ressourcer, relationer og erfaringer bringes i spil i det samlede akutberedskab.

Styrkelsen af den telefoniske indgang til akutpsykiatrisk hjælp kræver opfyldelse af en række forudsætninger, beskrevet i dette bilag. Sundhedsstyrelsen vurderer, at disse bedst imødekommes ved at integrere psykiatrifaglige kompetencer i AMK og de regionale lægevagter, og ved at anvende de nuværende akutnumre.

Uddybning af anbefaling om styrkelse af udgående akutpsykiatriske indsatser (løsning 1)

Det anbefales at styrke de udgående akutpsykiatriske behandlingsindsatser, fx præhospitale indsatser tilknyttet AMK, psykiatrisk udrykningstjeneste, ambulante akutteams og akutfunktioner tilknyttet tværfaglige udgående teams, som kan bidrage til at sikre borgere den rette vurdering og behandlingsindsats (løsning 1).

Det anbefales desuden, at sammenhængen i den akutpsykiatriske indsats styrkes ved, at en Akut Psykiatrisk Koordinator (APK)-funktion etableres i hver region. Funktionen bør både understøtte den telefoniske psykiatrifaglige visitation og koordinere det regionale akutpsykiatriske beredskab, herunder visitation til fx udgående akutpsykiatriske indsatser. APK-funktionen kan desuden sikre koordinering med den Koordinerende Psykiatriske Kontaktperson (KOP), som udsendes i forbindelse ekstraordinære hændelser og beredskabshændelser, hvor det psykosociale beredskab aktiveres.

For at styrke de udgående akutpsykiatriske indsatser, anbefales det, at regionerne prioriterer indenfor en eller flere af følgende indsatser:

- Præhospitale indsatser tilknyttet AMK-vagtcentralen kan styrkes ved opkvalificering og/eller tilførsel af psykiatrifaglige kompetencer, fx ved at ambulancepersonale eller paramedicinere opkvalificeres eller har adgang til psykiatrifaglig rådgivning, fx via Akut Psykiatrisk Koordinator (APK).
- Præhospitale indsatser kan ligeledes styrkes ved, at psykiatrifagligt personale i relevante situationer kan rykke ud sammen med den præhospitale indsats. I disse situationer bør udrykningen være med to fagpersoner, herunder mindst én med akutpsykiatrisk ekspertise, som kan vurdere selvmordsrisiko og voldsrisiko, bruge deeskalerende metoder og visitere til relevant behandling. Regioner med en psykiatrisk udrykningstjeneste kan vælge at styrke denne.
- Ambulante psykiatriske akutteams, der er tilknyttet psykiatriske akutmodtagelser, kan styrkes gennem øget tilgængelighed og bedre geografisk dækning.
- Akutte funktioner ved tværfaglige udgående psykiatriske teams, såsom F-ACT, OPUS og botilbudsteams, kan styrkes ved øget tilgængelighed, eksempelvis ved bedre muligheder for at tilbyde akutte besøg uden for almindelig dagtid.

Tilgængelighed til akutpsykiatrisk hjælp kan til en vis grad også forbedres gennem øget brug af digitale løsninger, fx ved virtuelle konsultationer eller digitale værktøjer til triagering mv.

Det vil i de fleste tilfælde være mest hensigtsmæssigt at styrke eksisterende tilbud fremfor etablering af nye.

Bilag 3: Forudsætninger for styrket telefonisk indgang til akutpsykiatrisk hjælp

I styrkelsen af den telefoniske indgang til akutpsykiatrisk hjælp er der en række forudsætninger, som bør opfyldes i organiseringen af indsatsen, herunder kompetencer, kvalitetsudvikling, triage og overblik over akutpsykiatriske indsatser, visitation og handlemuligheder, samt teknisk håndtering af opkald.

Psykiatrifaglige kompetencer

I den telefoniske indgang til akutpsykiatrisk hjælp bør der være kompetencer til:

- Psykiatrifaglig klinisk vurdering og triagering af psykiatriske problemstillinger for børn, unge, voksne og ældre, herunder vurdering af nærliggende og væsentlig fare for borgeren selv eller andre (selvmords- og voldsrisikovurdering) samt vurdering af rusmiddelproblematik.
- Psykisk krisehåndtering/deeskalering.

Det forudsætter:

- Sundhedsfaglige visitatorer, som har kompetencer indenfor akutpsykiatri via fx klinisk erfaring og specialuddannelse eller andre sundhedspersoner med de beskrevne kompetencer.
- Adgang til sparring med speciallæge i psykiatri og speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

Dertil bør eksisterende sundhedsfaglige visitatorer opkvalificeres ift. triagering og visitation til akutpsykiatrisk hjælp, samt styrkede kommunikative kompetencer inden for psykisk krisehåndtering og deeskalering.

Endelig bør den psykiatrifaglige visitation døgnet rundt understøttes af en Akut Psykiatrisk Koordinator (APK)-funktion i hver region, som i udgangspunktet bør være en speciallæge i psykiatri eller læge under sidste fase af hoveduddannelse i psykiatri. Funktionen bør understøtte den telefoniske psykiatrifaglige visitation og koordinere det regionale akutpsykiatriske beredskab, herunder visitation til fx udgående akutpsykiatriske indsatser. APK-funktionen bør integreres organisatorisk i AMK og samarbejde tæt med det somatiske beredskab i AMK, herunder AMK-lægen, for at sikre ligestilling.

Øvrige kompetencer

Derudover bør der være følgende kompetencer:

- Generelle sundhedsfaglige kompetencer, herunder somatiske, og mulighed for tværfaglige drøftelser, gerne med speciallæger, for at sikre den bedste visitation af borgere med både psykiatriske og somatiske problemstillinger. Herudover bør der også være mulighed for vurdering af og vejledning til borgere med rusmiddelproblematik.
- Kompetencer inden for samtaleteknik, digitale færdigheder og dokumentation, så der fx kan udføres journalopslag, foretages dokumentation under samtalen, samt tages beslutninger efter gældende retningslinjer og standarder.
- Kompetencer til at udarbejde vagtplaner, gennemføre kvalitetsudvikling og oplære medarbejdere.

Oplæring og uddannelse

For at sikre ovenstående kompetencer og høj kvalitet i håndteringen af opkald bør der være løbende sparring og kompetenceudvikling for de sundhedsfaglige visitatorer. Retningslinjer, samtalekoncepter og

beslutningsstøtteværktøjer bør integreres i systemerne for at understøtte empatiske, effektive og standardiserede samtaler. Derudover bør visitatorerne løbende oplæres og efteruddannes i triagering, psykisk krisehåndtering, kommunikation og samtaleteknik for at sikre borgerne den bedst mulige indsats.

Tekniske forudsætninger for håndtering af opkald

Den telefoniske indgang bør kunne varetage samtaler af forskellig varighed, da fx vurdering af selvmords- og voldsrisiko tager længere tid end opkald som omhandler somatisk sygdom. Uanset varigheden af samtalerne bør der tilstræbes kort ventetid for at understøtte tilgængeligheden for borgerne.

Det er en forudsætning for en effektiv og koordineret håndtering af opkald, at:

- Der er adgang til patientjournal via relevant EPJ-system, hvor medarbejderne har de nødvendige rettigheder til journaladgang og relevante digitale værktøjer.
- Der er mulighed for omstilling til og mellem AMK og de regionale lægevagstelefoner og direkte adgang til at rekvirere præhospitale indsatser, herunder fx ambulance eller politi.
- Der er mulighed for at booke subakutte tider i den regionale psykiatri og for opfølgende opkald til borgere.
- Der bør være kø-håndtering og ventetidsinformation, og på sigt vil det være hensigtsmæssigt, hvis der gives mulighed for, at borgeren kan vælge at blive ringet op senere (call-back funktion).

Udarbejdelse af triageringsmodel og nationale visitationskriterier

Der findes i dag ikke en landsdækkende triageringsmodel eller et akutpsykiatrisk visitationsværktøj for telefoniske henvendelser om akutte psykiatriske tilstande. Med henblik på effektiv varetagelse af visitationen, anbefales det, at regionerne udarbejder en fælles triageringsmodel for akutpsykiatriske opkald og et akutpsykiatrisk visitationsværktøj.

Der bør desuden i hver region udarbejdes et samlet overblik over relevante indsatser, der kan visiteres og henvises til. Det er i den forbindelse vigtigt, at overblikket holdes opdateret fx ift. telefonnummer, åbningstider mv.

Visitation og handlemuligheder

Den telefoniske indgang til akutpsykiatrisk hjælp bør kunne visitere til den nødvendige behandlingsindsats baseret på borgerens symptomer og en vurdering af hvor tidskritisk behovet er. Dette inkluderer mulighed for visitation til:

- Præhospitale indsatser, herunder tilkald af politi ved behov.
- Akutte og subakutte indsatser i den regionale psykiatri.
- Somatisk behandling, når det er påkrævet.

Da den telefoniske akutpsykiatriske indgang er døgndækket, vil der være behov for en konkret vurdering af, om borgere der ringer i dagtiden, skal henvises til at kontakte almen praksis eller visiteres direkte til en akutpsykiatrisk indsats.

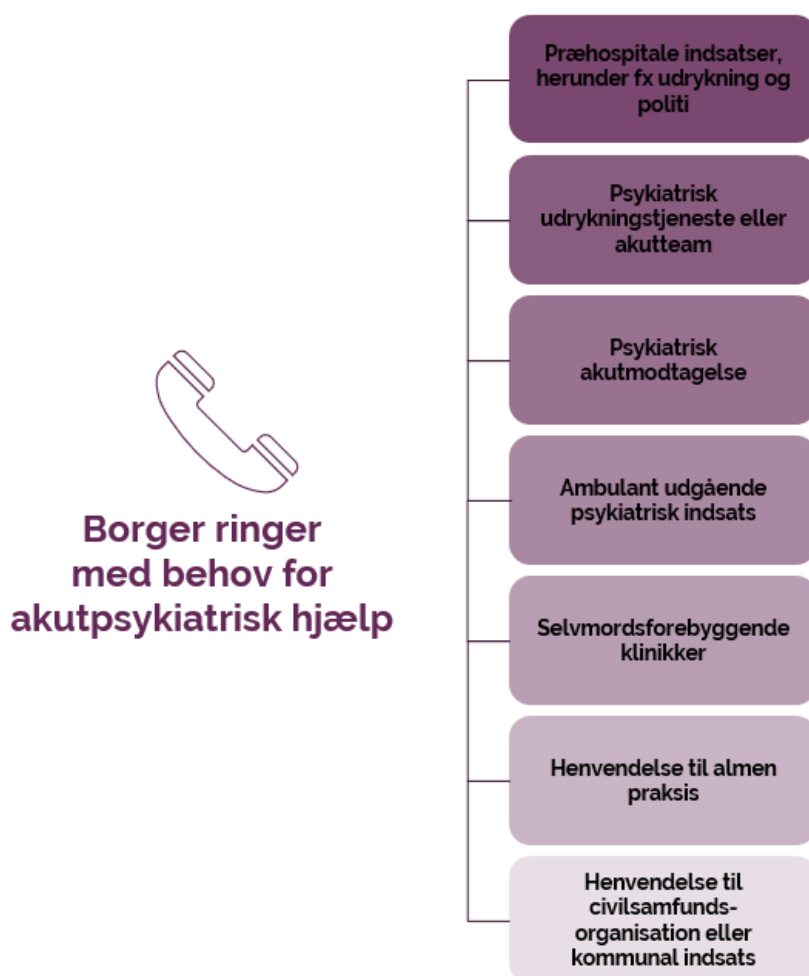
Den styrkede akutpsykiatriske visitation påvirker ikke almen praksis' rolle som primær indgang til sundhedsvæsenet i dagtiden, og ændrer heller ikke den nuværende organisering af psykiatriske akutmodtagelser.

Der bør være mulighed for, at de sundhedsfaglige visitatorer kan booke akuttid til ambulant opfølgning i den regionale psykiatri, henvise til selvmordsforebyggende klinikker, samt sende besked til relevante kontaktpersoner i den regionale psykiatri, hvis borgeren er i et psykiatrisk behandlingsforløb.

I tilfælde, hvor der ikke er behov for visitation til en regional behandlingsindsats, bør borgeren informeres om muligheden for anden relevant hjælp, fx kontakt til almen praksis, kommunale tilbud eller rådgivningstilbud i civilsamfundet.

I *Figur 1* illustreres indsatser, der bør kunne visiteres eller henvises til. Der bør også være mulighed for korrespondance til kommuner, herunder kommunale kontaktpersoner. Herudover bør visitationen understøtte kontakt med rådgivningstilbud i civilsamfundet, med henblik på at styrke samarbejde og hjælp til borgerne, men uden at overtage civilsamfundsorganisationers funktioner.

Figur 1: Indsatser, der kan visiteres og henvises til



Bilag 4: Kvalitetsudvikling og opfølgning på styrket indgang til akutpsykiatrisk hjælp

Regionerne anbefales systematisk at indsamle data fra den akutte psykiatriske telefonvisitation med henblik på at monitorere, analysere og sikre overholdelse af servicemål samt udvikling af kvalitet.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at regionerne udvælger fælles parametre for en national evaluering af den telefoniske indgang. Eksempler på relevante parametre kan være antal opkald, manglende besvarelse, type og akutgrad af opkald, opkaldsvarighed, gennemsnitlig håndteringstid og ventetid. Der bør også gennemføres en analyse af visitation til behandlingsindsatser. Hertil er det oplagt at følge patientoplevet kvalitet og effekt.

I aftalen om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed er der opstillet mål, som skal følge de indsatser, der igangsættes i de kommende år. Det anbefales, at implementering og opfølgning drøftes løbende i det Nationale råd for psykiske lidelser og mental sundhed, som følger implementeringen af indsatserne under 10-årsplanen for psykiatrien og mental sundhed. Herudover vil Rådet for Selvmordsforebyggelse også følge implementeringen ift. selvmordsforebyggelse.

Sundhedsstyrelsen foretager en evaluering af den telefoniske indgang, når indsatsen er fuldt implementeret og har været i gang i en tilstrækkelig lang periode til at kunne vurdere indsatsen.

Referenceliste

- (1) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed. 2023.
- (2) Nordic Healthcare Group. Afdækning af forudsætninger for etablering af en psykiatrisk akuttelefon, 2024.
- (3) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats, 2020.
- (4) Sundhedsstyrelsen. Fagligt oplæg til en 10-årsplan – Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser, 2022.
- (5) Sundhedsstyrelsen. Oplæg til rækkefølge og prioritering af anbefalinger under 10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed, 2024.
- (6) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Aftale om sundhedsreform, 2024.

Bilag Titel:	Januar 25 Skema over indsatser i 10- årsplan og Aftale bedre psykiatri samt nye patientrettigheder_
Dagsordens titel	Status for 10-årsplanen for psykiatri og mental Sundhed og Aftale om bedre psykiatri
Dagsordenspunkt nr	9
Bilag nr	1
Antal bilag:	2



NOTAT

Status-skema over indsatser i 10- årsplanen for psykiatri og mental sundhed og Aftale om bedre psykiatri samt arbejdet vedr. nye patientrettigheder i BUP

25-01-2025

EMN-2020-00886

1739410

Josefina Hindenburg Kraus
sing

10-årsplanen for psykiatri og mental sundhed

Indsats	Status	Regionale repræsentanter	Møder og forventet afslutning
Etablering af lettilgængeligt kommunalt behandlingstilbud til børn og unge med psykisk mistrivsel og symptomer på psykisk lidelse	Det faglige arbejde er afsluttet, og der er fremsat lovforslag. Lovforslaget indebærer, - At alle kommunerne skal etablere tilbuddet. - At regionsrådet skal understøtte opbygningen af tilbuddet med rådgivning, sparring og vejledning. - At sundhedsministeren bemyndiges til at fastsætte nærmere regler for behandlingstilbuddet. Lovforslaget 2.-behandles 16. maj og 3.behandles 21. maj 2024. Bekendtgørelse og vejledning er sendt til høring, og Danske Regioner har indsamlet input fra	I det faglige forberedende arbejde har følgende deltaget: - Linda Hardisty Bramsen, chef-læge i børne- og ungdomspsykiatrien, Region Nordjylland. - Katrine Bærentzen, leder af enheden for tværsektoriel udvikling, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstaden. - Mikkell Lambach, Danske Regioner.	Til implementering Loven trådte i kraft 1. juli 2024.

	regionerne, som formidles i et samlet hørings-svar.		
Følgegruppe for nyt kommunalt behandlingstilbud til børn og unge med psykisk mistrivsel og symptomer på psykisk lidelse	Til at følge implementeringen og sikre høj kvalitet og ensartethed i tilbuddene på tværs af kommuner nedsættes en følgegruppe. Det forventes, at følgegruppen skal mødes 2-3 gange årligt i perioden 2024-26.	Lleder af enhed for tværsektoriel udvikling på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Katrine Bærentzen, Region Hovedstaden Centerchef Thomas I. Jensen, Danske Regioner	Følgegruppen holdt første møde 11. september. Næste møde i følgegruppen afholdes d. 27. januar 2025
Styrkede indsatser for mennesker med svære psykiske lidelser – voksne	Forløbsbeskrivelsen er offentliggjort til implementering.	Ledende overlæge Peter Uggerby, Region Nordjylland. Professor, overlæge Bjørn Ebdrup, Region Hovedstaden Chefsygeplejerske, Tine Nyegaard, Region Midtjylland, Konsulent Julie Kjær-gaard, Danske Regioner	Forløbsbeskrivelsen er offentliggjort til implementering.
Botilbudsteams	Efter inddragelse af regionale repræsentanter i arbejdet med at udarbejde de faglige rammer, har ministeriet i juni måned oversendt et endeligt udkast. De faglige rammer er offentliggjort i august 2024.	Styrelsen har tidligt i processen afholdt bilaterale møder med praktikere fra alle regioner. Derudover afholdtes møde den 25. april med følgende deltagere: Sygeplejefaglig direktør Rikke Petersen Ravn, Region Nordjylland	De faglige rammer er offentliggjort i august 2024.

		Vicedirektør, Region Hovedstaden Psykiatri Lone Bjørklund Vicedirektør Dorthe Juul Region Sjællands Psykiatri Lægefaglig direktør Anders Meinert, Region Syddanmark Hospitalsdirektør i Psykiatrien i Region Midtjylland, Tina Ebler Mikkel Lambach chef-rådgiver, Danske Regioner. Julie Kjærgaard, konsulent, Danske Regioner.	
Styrkede indsatser for mennesker med svære psykiske lidelser – børn og unge	Danske Regioner har fået fremsendt den endelige forløbsbeskrivelse mhp. hurtig kommentering om indhold svarer til udmøntningsaftalen.	Overlæge, PhD og klinisk lektor, Ulla Schierup Nielsen, Region Nordjylland Overlæge Martin Nygaard Hansen, Region Midtjylland Overlæge Julie Klahn, Region Sjælland Konsulent Helene Munk Fog, Danske Regioner.	Til implementering.
Fagligt oplæg til en handlingsplan for selvmordsforebyggelse	Handleplanen blev offentliggjort d.14. marts 2024 og Nationalt partnerskab til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg har været arbejdsgruppe.	Oversygeplejerske Jens Lysgaard Jørgensen, Region Sjælland Psykolog Susanne Hjort Gertsen, Enhed for Selvmordsforebyggelse, Region Nordjylland	Til implementering. Rådet for selvmordsforebyggelse har afholdt et første møde i december 2024. Der pågår et arbejde om afklaring af monitorering af indsatser i

	Der er i relation til handlingsplanen for forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg nedsat et råd (Rådet for selvmordsforebyggelse), som erstatter det Nationale Partnerskab for forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg, som har haft virke fra 2017-2024.	Afsnitsledende Specialpsykolog, Malene Grundahl, Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse, Region Hovedstaden Overlæge, Klinisk Professor, koordinerende forskningsleder, Elsebeth Stenager, Region Syddanmark Afdelingslæge og daglig leder for Enhed for Selvmordsforebyggelse Pooya Shamshiri, Region Midtjylland Derudover: Seniorforsker Britt Reuter Morthorst, Region Hovedstaden Chefsygeplejerske Louise Hjortlund Tetsche, Ældrepsykiatrisk Afdeling, Region Nordjylland Chefrådgiver Josefina Hindenburg Krausing, Danske Regioner.	handlingsplanen i regi af Sundhedsdatastyrelsen og Sundhedsstyrelsen.
Afstigmatisering af psykisk lidelser	Sundhedsstyrelsens EN AF OS-funktion, som arbejder med afstigmatiseringsindsatser ift. psykisk sygdom, er ved fortsat at indkredse emner til en handleplan for EN AF OS.	Sygeplejefaglig direktør, Anne Mette Vind, Region Syddanmarks Psykiatri Vicedirektør Lone Bjørklund, Region Hovedstadens psykiatri	Pågår løbende i regi af Sundhedsstyrelsen.

		Seniorkonsulent Thea Gade-Rasmussen, Danske Regioner	
Forskning og udvikling	De 100 mio. kr. der fremgår af 10-årsplanen til forskning som prioriteret indsats er tilvejebragt via forskningsreserven til bedre rammer for forskning i psykiatrien og mental sundhed. Midlerne udmøntes af Danmarks Frie Forskningsfond og er slået op som pulje. Der blev samlet blev ansøgt for over 500 mio. kr. Der er d. 14. november 2024 indgået aftale om fordeling af den nationale forskningsreserve for 2025. Her indgår, at der som opfølgning på det faglige oplæg til en 10-årsplan for psykiatri og mental sundhed afsættes 150 mio. kr. til forskning i psykiatri herunder forebyggelse, tidlig indsats, effektive og virksomme metoder til behandling m.m.	SUS/SINO	Til implementering. Midlerne udmøntes af Danmarks Frie Forskningsfond.
Kvalitetsgrupper (Styrkede tværfaglige og evidensbaserede miljøer)	Der er skabt tværfaglige miljøer (Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper) indenfor skizofreni, depression, ADHD, Bipolar lidelse og dobbeltdiagnose. Desuden er det besluttet at næste nye DMPG er for spiseforstyrrelser.	Arbejdet er forankret i Lægedirektør Forum, med de lægefaglige direktører som styregruppe, og hvor RKKP, forpersoner fra hhv. Børne og Ungdomspsykiatrisk Selskab og Dansk Psykiatrisk Selskab samt Danske Regioner også indgår (chefrådgiver Josefina	Løbende møder i DMPG'er og styregruppe samt bredt nedsat følgegruppe.

		Hindenburg Krausing, Danske Regioner).	
Styrkelse af kliniske kvalitetsdatabaser	Målet er, at der årligt etableres 2 -3 nye kliniske kvalitetsdatabaser på psykiatriområdet svarende til etablering af nye DMPG'er og inden for samme sygdomsområder, og at eksisterende databaser på psykiatriområdet løbende opdateres og udbygges.	Arbejdet er forankret i RKKP og i tæt samarbejde med Lægedirektør Forum, som er styregruppe for DMPG-arbejdet, og hvor RKKP også indgår. Her sikres overensstemmelse mellem etablering af databaser og DMPG'er. Pt. pågår et arbejde om etablering af en klinisk kvalitetsdatabase for dobbeltdiagnose.	Løbende møder mellem RKKP og DMPG-styregruppen.
Referencegruppe for nationale kliniske anbefalinger for mennesker med psykiske lidelser	Der kommenteres løbende skriftligt på høringsudkast til NKA'er og publicering i perioden 2024-2026, hvorfor anbefalingerne vil blive udgivet i takt med, at de bliver udarbejdet i denne periode. Der	Lægefaglig direktør Jakob Paludan, Region Midtjylland Stabslæge Jeanett Bauer, Region Hovedstaden Ib Rasmussen, Region Nordjylland Specialkonsulent Johannes Kjeldahl, Region Nordjylland Lægefaglig direktør Anders Meinert Petersen, Region Syddanmark Læge Nicolas Rescalvo Hansen, Region Sjælland Projektleder Inger Brødsgaard, Danske	1.møde var 16. april 2024, og herefter indkaldes til møder løbende/ellers skriftlig kommentering.

		Multidisciplinære Psykiatri Grupper (DMPG) Chefrådgiver Josefina Hindenburg Krausing, Danske Regioner.	
--	--	--	--

Aftale om *En bedre psykiatri – hurtigere behandling til børn og unge, bedre akut hjælp og større tryghed for medarbejderne*

Indsats	Status	Regionale repræsentanter	Møder og forventet afslutning
Styrket digitalt behandlingstilbud	Center for Digital Psykiatri i Region Syddanmark skal udvide behandlingskapaciteten frem mod 2027. Og VIRTU Research Group i Region Hovedstadens Psykiatri skal udvikle aktiviteter, herunder kliniske forsøg med virtuel reality behandling af patienter med alvorlige psykiatriske diagnose.	Sker i regi af hhv. Region Syddanmark og Region Hovedstaden.	Sker i regi af hhv. Region Syddanmark og Region Hovedstaden.
National psykiatrisk akuttelefon og styrkelse af akutte psykiatriske behandlingstilbud	Sundhedsstyrelsen har fået i opdrag at: - Udarbejde en model for en national psykiatrisk akutlinje - Vurdere hvor der er behov for at styrke de akutte psykiatriske behandlingstilbud Sundhedsstyrelsen har afholdt møder i arbejdsgruppen. De regionale repræsentanter og	Lægefaglig direktør i Region Midtjylland Palle Juelsgaard Cheflæge på 1813 Kim Arved Nielsen, Region Hovedstaden Lægefaglig direktør Anders Meinert Pedersen, Region Syddanmark	Arbejdsgruppen har afholdt to møder. Danske Regioner er i regelmæssig bilateral dialog med Sundhedsstyrelsen. SST vil - i tråd med arbejdsgruppens anbefalinger – anbefale at eksisterende akutlinjer styrkes med psykiatrifaglighed, og at dertilhørende eksisterende telefonnumre/indgange anvendes.

	Sundhedsstyrelsen har oversendt det faglige oplæg til Indenrigs- og Sundhedsministeriet, og det fremgår, at flere af Danske Regioner og regionernes bemærkninger til udkastet er imødekommet. Ministeren har modtaget oplægget og drøftet forslaget med ordførerne.	Økonomi- og planlægningschef Sven Knudsen, Region Hovedstaden Lægefaglig direktør Jakob Paludan, Region Midtjylland Cheflæge Peter Uggerby, Region Nordjylland Vicedirektør Dorthe Juul, Region Sjælland Teamleder Jakob Schelde Holde & teamleder Anne Sofie Bæk-Sørensen, Danske Regioner	SST anbefaler samtidigt at styrke udgående, regionale akuttilbud. Danske Regioner og regionerne har påpeget, at den oprindelige tidsplan med implementering af tilbud i 2025 er urealistisk, og at regionerne først vil kunne have et tilbud klar i løbet af 2026. Den endelige procesplan skal afklares med regionerne.
Højere kvalitet i indsatsen for børn og unge med autisme	Sundhedsstyrelsen, Bolog- og Socialstyrelsen, KL og Danske Regioner er mødtes i første halvår 2024 med henblik på udarbejdelse af forløbsbeskrivelse for børn og unge med autismspektrumforstyrrelser (ASF). Første skridt hertil har været udarbejdelse af en baggrundsskrivelse af området. Kommissorium for arbejdet og en bredere følgegruppe er under udarbejdelse.	Faglig udviklingschef, Specialområdet Autisme, Freja Hamalainen Sidorf, Region Midtjylland Cheflæge Marie Louise Max Andersen, Afdeling Døgn, Region Hovedstadens Psykiatri Ledende overlæge Linda Hardisty Bramsen, Region Nordjylland Seniorkonsulent Thea Gade-Rasmussen,, Danske Regioner	Regional udpegning fra henholdsvis socialområdet og psykiatrien skete umiddelbart før sommerferien 2024. Der er afholdt møder d. 16. sep., 6. nov. og 2. dec. 2024. Der er medio januar 2025 afgivet sidste høringssvar i regi af arbejdsgruppen. Den endelig og officielle høring kommer i Q1 2025.

Hurtig opstart af behandling og opfølgning efter endt forløb i børne- og ungdomspsykiatrien i børne- og ungdomspsykiatrien	Sundhedsstyrelsen har udarbejdet et udkast til en model for hurtig opstart af behandling og tryk opfølgning. Udkastet har været i høring i regionerne.		Det faglige oplæg er offentliggjort medio januar 2025 I regi af udmøntningssaftalen er midler til indsatsen afsat til 2024 allerede nu udmøntet.
Styrket hjælp til mennesker med spiseforstyrrelser, herunder også med selvskadende adfærd	Midlerne skal prioriteres af regionerne mhp. at øge kvaliteten i behandlingen, udbygge behandlingskapaciteten og nedbringe ventetider og tilbagefald for målgruppen.		Afventer mødeindkaldelse og regional udpegning.
Analyse af ventetider til psykiatere og ungdomspsykiatere	Afventer indkaldelse til fagligt arbejde og arbejde om løsningsforslag.		Afventer indkaldelse til fagligt arbejde og arbejde om løsningsforslag.
Tvang	Ny partnerskabsaftale indgået mellem regeringen, Danske Regioner og KL den 2. april 2024.		
Styrket Task force for psykiatriområdet	Der er afsat midler til styrket TF i regi af udmøntningssaftalen fra 2. april 2024 (2024: 2,8 2025: 3,2 2026 og frem: 2,2). Kommissorium og repræsentanter er fastlagt. I regi af Task Force udarbejdes også en undersøgelse af mindre indgribende tvangsformer, der inkluderer internationale erfaringer samt undersøgelse af sundhedspersonale og patienters	Regionerne er repræsenteret på vicedirektørniveau Vicedirektør Camilla Hersom	De første møder er afholdt i Task Force Sundhedsstyrelsen har oversendt notat om reduktion af de mest indgribende tvangsformer, der inkluderer undersøgelse af alternative tvangsformer, til Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Det vides ikke hvornår og hvordan en politisk behandling vil forløbe.

	oplevelser. Foruden behandling i Task Force har rapporten været sendt ud til psykiatridirektørkredsen. Regionernes bemærkninger er videregivet til Sundhedsstyrelsen. Der er lagt op til, at regionerne skal udarbejde årlige planer for arbejdet med forebyggelse af nedbringelse af tvang. Grundlaget for planerne skal behandles ved det kommende Task Force møde.		
Ny monitoreringsmodel for tvang	Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en ny monitoreringsmodel. I tråd med regionernes ønske vil der fremadrettet være én årlig monitorering af tvangs-området. De nye indikatorer har været i høring i teknikergruppen og i Udvalg for Dataanvendelse. Baseline 2021-2023 vil blive opgjort inden udgangen af 2024.	Sundhedsstyrelsen har haft rådgivning fra en følgegruppe og en teknikkergruppe, hvor blandt andet Danske Regioner og regionale repræsentanter har deltaget.	Den første monitoreringsrapport på baggrund af de reviderede indikatorer forventes offentliggjort i 2. kvartal af 2025 efter en høring i regionerne. Rapporten vil basere sig på data fra 2024. De nye indikatorer ændrer ikke den måde, klinikerne skal registrere tvang, men kun databehandlingen – derfor er monitoreringsrapporten baseret på 2024-tal. Forventningen er, at rapporten så udkommer årligt på ca. samme tidspunkt.
Udvikling og analyse af data om det tværsektorielle samarbejde forud for tvangsindlæggelser	Der er nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe, som har udarbejdet en pilotundersøgelse. Den videre proces involverer	Danske Regioner vil indgå i en følgegruppe.	Første delrapport forventes udarbejdet i 2024. Caseundersøgelse, 2. delrapport samt fremadrettede anbefalinger forventes udarbejdet i 2025.

	udarbejdelsen af to delrapporter og en endelig analyse samt anbefalinger. Det er Social- og Boligstyrelsen og KL, som udarbejder undersøgelserne i samarbejde med KL's analyseinstitut Komponent. Den indledende fase med afdækning af problemstillinger er igangsat og varer indtil årskiftet.		Der blev afholdt et møde i følgegruppen d. 4. oktober, hvor formål, rammesætning og undersøgelsesspørgsmål præsenteres og diskuteres. Der afholdes endnu et møde i midten af januar. Der har været afholdt afklaringsworkshops for regionale repræsentanter d. 31/10 og 4/11 med fokus på hhv. børn og voksne. Komponent efterspurgte 2-3 deltagere fra hver region med en dybdegående viden om tvangsforebyggelse, herunder tværgående samarbejde og indsatser i både åbne og lukkede sengeafsnit.
--	--	--	---

Nye patientrettigheder i BUP

Indsats	Status	Regionale repræsentanter	Møder og forventet afslutning
Det rådgivende udvalg for patientrettigheder i regi af Indenrigs og Sundhedsministeriet skal beskrive mulige scenarier for nye patientrettigheder i børne- og ungdomspsykiatrien.	Det rådgivende udvalg har sidste møde, og der udarbejdes en afrapportering på baggrund af udvalget arbejde. Dette indeholder en beskrivelse af udfordringer, hensyn samt tre modeller for nye patientrettigheder.	Lægefaglig direktør Anders Meinert Pedersen, Region Syddanmark Lægefaglig direktør Jakob Paludan, Region Midtjylland Ledende overlæge Linda Bramsen, Region Nordjylland	Det rådgivende udvalgs arbejde er afsluttet i september. Vi afventer melding fra ISM om videre proces, herunder evt. fremsættelse af lovforslag.

		Centerchef Hallur Gilstón Thorsteinsson, Region Hovedstaden	
		Cheflæge Janne Walløe Vilmar, Region Sjælland	
		Centerchef Thomas I. Jensen, Danske Regio- ner	

Relateret document 2/2

Dokument Navn:	Oversigt over regionale midler til psykiatrien januar 2025 (1).pdf
Dokument Titel:	Oversigt over regionale midler til psykiatrien januar 2025 (1)
Dokument ID:	1753453

Oversigt over økonomi til 10-årsplanen og 'Aftale om en bedre psykiatri' (FL24)

Tabel 1 gengiver afsatte regionale midler til psykiatrien i 10- årsplanen fra 2022, 'Aftale om en bedre psykiatri' fra 2023 (FL24) og 'Aftale om sundhedsreform 2024'. Tabellen er opdateret fra 24-pl til 25-pl siden seneste oversigt.

Tabellen angiver, at regionerne i 2023 fik 128 mio. kr., og i 2024 har fået 479 mio. kr. til initiativer målrettet psykiatrien. I 2025 modtager regionerne omkring 593 mio. kr. til psykiatrien, da der med Aftale om sundhedsreform 2024 er givet et kapacitetsløft til børne- og ungepsykiatrien på 150 mio. kr. Regeringen fremlægger i starten af 2025 en ny 10-årsplan for psykiatrien, som vil have effekt fra 2025.

Der udestår fordeling af midler vedr. tre initiativer fra 'Aftale om en bedre psykiatri'. Det vedrører:

- Styrket psykosocial indsats ved beredskabshændelser fra 2025 og frem (15 mio. kr. årligt)
- National psykiatrisk akuttelefon og styrkelse af akutte psykiatriske behandlingstilbud fra 2025 og frem (113,3 mio. kr. i 2025 og 150 mio. kr. i 2026)
- Herudover udestår midler til forløbsbeskrivelser for børn og unge med autisme (60 mio. kr. årligt).

Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner vil efter regeringens præsentation af en ny 10-årsplan skulle indgå en udmøntningsaftale om initiativerne i planen. I denne aftale vil udmøntning af de udestående initiativer fra 'Aftale om en bedre psykiatri' også blive drøftet.

Tabel 1: Oversigt over regionale midler til psykiatrien i 10-årsplanen fra 2022, Aftale om en bedre psykiatri fra 2023 (FL24) og Sundhedsreform 2024

10-årsplanen fra 2022									
mio. kr. 25-pl	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Bemærkninger
2.1 Her-og-nu kapacitetspakke til den regionale psykiatri	83								
2.1 Ekstra midler i her-og-nu kapacitetspakken i 2023	43,0								
4 Kvalitetsgrupper.	1,5	1,5	1,5	1,5					Tidligere udmøntet til regionerne
5. Kliniske kvalitetsdatabaser		10,1	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	8,6	Tidligere udmøntet til regionerne
1.1 Lettilgængeligt tilbud i kommunerne til børn og unge med psykisk mistrivsel og psykiske symptomer		11,8	11,8	11,8	11,8	11,8	11,8	11,8	Udmøntet i udmøntningsaftale fra 2. april 2024
2.1 Forløbsbeskrivelser for børn, unge og voksne med svære psykiske lidelser		110,3	110,3	111,2	111,2	111,2	111,2	111,2	Udmøntet i udmøntningsaftale fra 2. april 2024
2.2 Botilbudsteams		62,1	63,3	63,3	63,3	63,3	63,3	63,3	Udmøntet i udmøntningsaftale fra 2. april 2024
Tidligere Total (10-årsplanen)	127,5	11,5	10,1	10,1	8,6	8,6	8,6	8,6	
Total (10-årsplanen)	127,5	195,8	195,6	196,4	194,9	194,9	194,9	194,9	

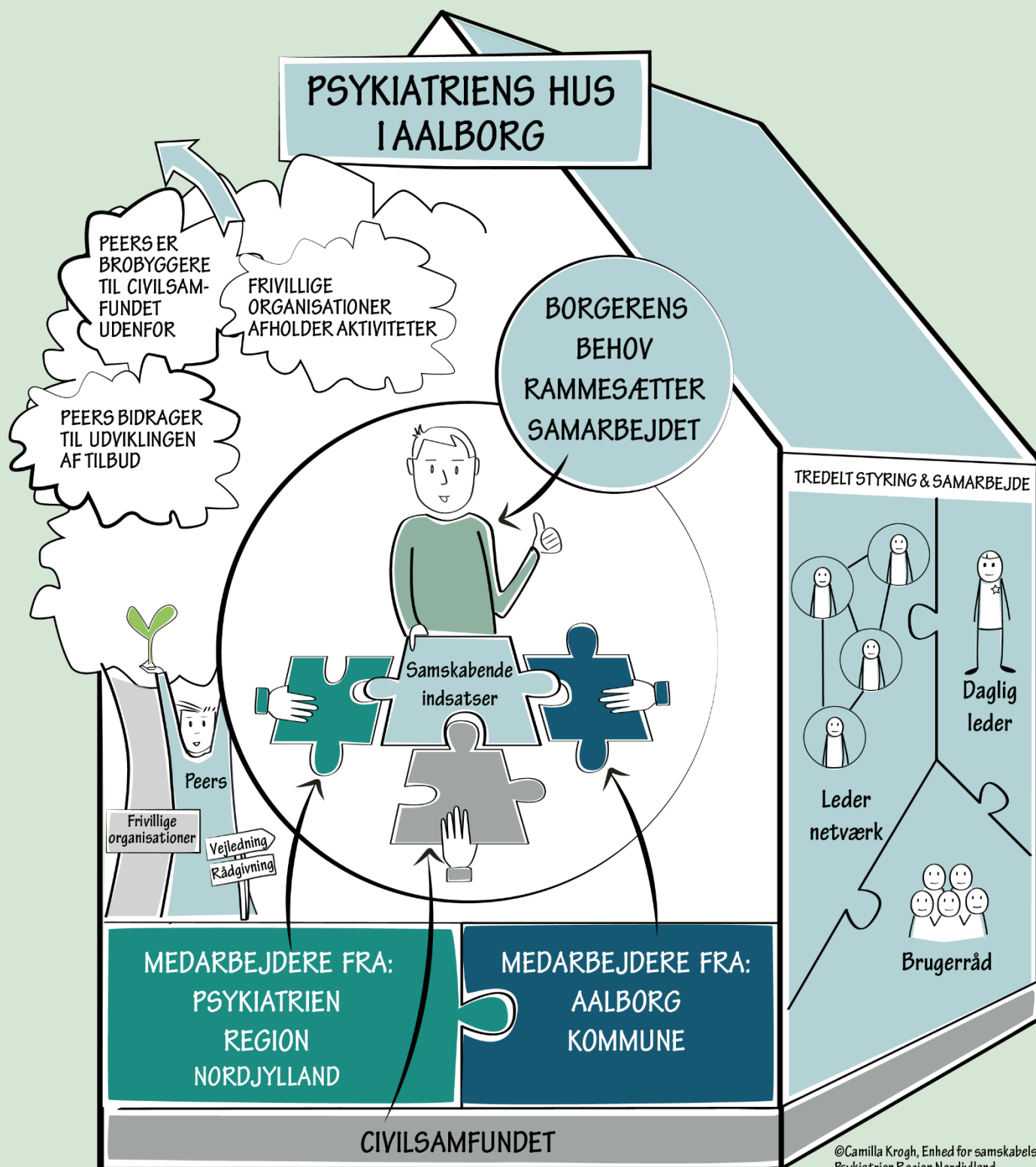
Finansloven 2024 'Aftale om en bedre psykiatri' (december 2023)								
mio. kr. 25-pl	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Bemærkninger
1. Forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg*	46,0	61,0	61,0	61,0	61,0	61,0	61,0	Udmøntet i 'Handlingsplan for styrket forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg', 14. april 2024
3. Styrket psykosocial indsats ved beredskabshændelser**	3,9	X	X	X	X	X	X	Midlerne vedr. 2024 er udmøntet i ØA25 efter skriftlig aftale
5. Styrket digitalt behandlingstilbud	23,9	23,9	23,9	23,9	23,9	23,9	23,9	Udmøntet i udmøntningsaftale fra 2. april 2024
7. Tryghedspakke for medarbejdere	51,9							Tidligere udmøntet til regionerne. Kommunerne får også 50 mio. kr. i 2024.
8. Højere kvalitet i indsatsen for børn og unge med autisme***	36,3	20,8+Y	20,8+Y	20,8+Y	20,8+Y	20,8+Y	20,8+Y	Udmøntet i udmøntningsaftale fra 2. april 2024. De øvrige midler forventes udmøntet i efteråret 2024.
9. Hurtig opstart af behandling i børne- og ungdomspsykiatrien	52,3	62,3	62,3	62,3	62,3	62,3	62,3	Udmøntet i udmøntningsaftale fra 2. april 2024
10. Opfølgning efter endt forløb i børne- og ungdomspsykiatrien	20,4	31,1	31,1	31,1	31,1	31,1	31,1	Udmøntet i udmøntningsaftale fra 2. april 2024
11. Styrket hjælp til mennesker med spiseforstyrrelser, herunder også med selvskadende adfærd	31,1	31,1	31,1	31,1	31,1	31,1	31,1	Udmøntet i udmøntningsaftale fra 2. april 2024
14. Nedbringelse af tvang	16,8	17,4	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	Udmøntet i udmøntningsaftale fra 2. april 2024
Total (FL24)	282,7	247,7	248,7	248,7	248,7	248,7	248,7	
Sundhedsreform 2024								
mio. kr. 25-pl	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Bemærkninger	
Kapacitetsløft børne- og ungespsykiatrien	150,0						Udmøntes i sammenspil med regeringens kommende nye 10-årsplan for psykiatrien.	
Total (Sundhedsreform)	150,0							
I alt for begge aftaler	127,5	478,5	593,3	445,1	443,7	443,7	443,7	443,7

*I 2024 er 3,8 mio. kr. øremærket til DRISP i Region Hovedstaden. I 2025 og frem er 5 mio. kr. øremærket til DRISP i Region Hovedstaden

** X angiver, at der er midler, som ikke er udmøntet endnu ud af initiativets afsatte midler fra 2025 og frem på 15 mio. kr. årligt

*** Y angiver, at der er midler, som ikke er udmøntet endnu ud af initiativets afsatte midler fra 2025 og frem på 60 mio. kr. årligt

Bilag Titel:	Baggrundsnotat vedr. Psykiatriens Hus
Dagsordens titel	Psykiatriens Hus i Aalborg
Dagsordenspunkt nr	11
Bilag nr	1
Antal bilag:	1



©Camilla Krogh, Enhed for samskabelse
Psykiatrien Region Nordjylland

INDHOLD

1. Indledning	3
2. Målgruppe	3
2.1 Præcisering af målgruppen	3
3. Antal borgere - volumen	4
3.1 Estimeret antal borgere det første år	4
3.2 Estimeret antal borgere ved fuld implementering	4
4. Fysiske rammer	5
4.1 Beskrivelse af bygningen	5
4.2 Lokalebehov	5
5. Funktioner	6
5.1 Regionale funktioner	6
5.2 Kommunale funktioner	6
5.3 Fælles indsatser	7
5.4 KRAM-indsats	7
6. Øvrige aktiviteter	7
6.1 Rammen for aktiviteter	7
6.2 Frivillige foreninger	7
6.3 Organisering af aktivitetsområdet	8
7. Akutpladser	8
8. Organisering og styring	9
8.1 Ledelsens og organiseringens treenighed	9
9. Økonomi	10
10. Evaluering	11
Bilag 1: Beskrivelse af funktioner i Psykiatriens Hus i Aalborg	12
Bilag 2: Case der illustrerer indsatsen i Psykiatriens Hus i Aalborg	13

1. Indledning

Arbejdsgruppe vedr. Psykiatriens Hus i Aalborg har udarbejdet et strateginotat, der i efteråret 2020 blev politisk godkendt i henholdsvis kommunen og regionen.

Citat fra Strateginotatet:

"Det er visionen, at borgere med psykisk sygdom i komplekse forløb med mange aktører oplever, at der, med borgeren som aktiv aktør, gives en sammenhængende og koordineret fælles indsats af høj kvalitet.

Med en fysisk samling af dele af den psykiatriske og kommunale indsats i Psykiatriens Hus i Aalborg skal der, med borgeren som aktiv aktør, skabes en ramme, hvor borgere med samtidig kontakt til både behandlingspsykiatrien og kommunen får mulighed for bedre koordinering mellem relevante tilbud i de to sektorer.

Psykiatriens Hus er utvetydigt til for borgerens skyld, men en sidegevinst vil også være, at kommune og behandlingspsykiatrien får bedre indblik i hinandens kerneopgaver samt udvikler et fælles sprog.

Psykiatriens Hus skal skabe bedre rammer for borgerens recovery. Det er et grundlæggende og bærende princip, at Psykiatriens Hus i Aalborg bygger på brugerinddragelse, ressourcer i borgers netværk og frivillighed. Med Psykiatriens Hus ønskes skabt en anden og bedre ramme for inddragelse af frivillige, end vi har i dag. Psykiatriens Hus skal være et sted, hvor borgere/patienter/pårørende kan mødes i uformelle rammer".

Et tættere tværsektorielt samarbejde forventes bl.a. at medføre, at indsatsen til borgere med psykisk sygdom kan igangsættes hurtigere og gives mere målrettet end i en traditionel sektoropdelt struktur. Målet er at sikre, at det er borgerens behov, der rammesætter samarbejdet. Det skal undgås, at borgeren bliver tovholder i eget forløb, og sikres at indsatsen i ét regi bliver ført videre i andet regi.

Med godkendelsen af strateginotatet blev det besluttet at nedsætte 4 underarbejdsgrupper, bestående af fagprofessionelle fra begge sektorer samt bruger-/pårørenderepræsentanter, der har haft til opgave at præcisere indholdet i strateginotatet med henblik på udarbejdelse af et oplæg til budgetforhandlingerne for 2022 for hhv. regionen og kommunen.

Dette notat er udarbejdet på baggrund af anbefalinger fra følgende underarbejdsgrupper:

- Målgruppe, funktioner og fagligt indhold
- Organisering og styring af indsatsen
- Øvrige aktiviteter
- Fysiske rammer

2. Målgruppe

Citat fra Strateginotatet:

"Målgruppen for Psykiatriens Hus er borgere over 18 år bosiddende i Aalborg Kommune, der har samtidig kontakt til kommunen og behandlingspsykiatrien. Borgerne har moderate symptomer og moderat funktionsnedsættelse og er i længerevarende komplekse behandlingsforløb, hvor der er mange aktører fra forskellige sektorer involveret.

Det er funktionsniveauet og kompleksiteten i forløbet - og ikke diagnosen - der er afgørende for, hvorvidt borgeren tilhører målgruppen for Psykiatriens Hus i Aalborg".

2.1 Præcisering af målgruppen

Det anbefales, at målgruppen præciseres til at være borgere, hvor der er potentiale for at fremme funktionsniveauet i form af tilknytning til uddannelse og beskæftigelse og/eller potentiale for at fremme evnen til at mestre hverdagslivet.

Målgruppen er kendetegnet ved at have mange/gentagne indlæggelsesforløb, mange involverede aktører på tværs af sektorer samt mangel på netværk.

Hver myndighed visiterer til egne tilbud. Psykiatrien og Aalborg Kommune aftaler i fællesskab, at en borger tilbydes forløb i regi af Psykiatriens Hus, herunder bekræfter begge myndigheder, at der er visiteret til relevante ydelser/indsatser i begge sektorer inden, der tilbydes et forløb i Psykiatrien Hus.

Fagprofessionelle i kommunen og Psykiatrien skal vurdere om borgeren skal tilbydes et forløb i Psykiatriens Hus, som minimum på følgende tidspunkter:

- Ved patienters overgang fra indlæggelse til videre ambulant behandling i Psykiatrien
- Ved sygdomsforværring for at forebygge indlæggelse
- Når patienter er ustabile i det ambulante forløb (f.eks. ved mange udeblivelser)
- Når borgerens funktionsniveau ændres
- Når den nuværende indsats ikke har den forventede effekt i forhold til at forbedre funktionsniveauet
- Når borgere er tilknyttet IPS-indsats (Individuel Planlagt Job med Støtte)
- Ved afholdelse af møder med borgeren, herunder f.eks. status-/netværksmøder og møder i Patientens Team.

Det er en forudsætning for et forløb i Psykiatriens Hus, at borgeren giver samtykke til udveksling af informationer på tværs af sektorer.

Borgere der ikke samtidigt har et aktivt forløb i begge sektorer, kan *ikke* tilbydes et forløb i Psykiatriens Hus.

Følgende borgere er endvidere ikke i målgruppen for Psykiatriens Hus:

- Borgere der er svært selvmordstruede, eller på anden vis har behov for tættere opfølgning
- Indlagte patienter og patienter i en akut sygdoms- og behandlingsfase, hvor sygdommen er det mest fremtrædende.

3. Antal borgere - volumen

Det er en faglig vurdering, hvorvidt en borger indenfor målgruppen vurderes at profitere af et forløb i regi af Psykiatriens Hus i Aalborg. Da det er et nyt tiltag, kan der forventes lavere efterspørgsel det første år, indtil tilbuddet bliver kendt blandt såvel borgere som fagprofessionelle.

3.1 Estimeret antal borgere det første år

Ca. 10-20 % af det samlede antal borgere over 18 år fra Aalborg Kommune, der har et aktuelt forløb i Klinik Psykiatri Syd svarende til:

- Mellem 200 og 400 borgere løbende har kontakt til Psykiatriens Hus i Aalborg
- Mellem 300 og 600 borgere årligt har kontakt til Psykiatriens Hus i Aalborg

3.2 Estimeret antal borgere ved fuld implementering

Ca. 30-40 % af det samlede antal borgere over 18 år fra Aalborg Kommune, der har et aktuelt forløb i Klinik Psykiatri Syd svarende til:

- Mellem 600 og 800 borgere løbende har kontakt til Psykiatriens Hus i Aalborg
- Mellem 900 og 1.200 borgere årligt har kontakt til Psykiatriens Hus i Aalborg

Der skal løbende, og særligt i det første år, foretages relevant evaluering/monitorering af indsatsen således, at der kontinuerligt kan skabes balance mellem målgruppe, funktioner, antal borgere og medarbejderressourcer i Psykiatriens Hus.

4. Fysiske rammer



4.1 Beskrivelse af bygningen

Processen vedrørende de fysiske rammer har koncentreret sig om bygningen Caroline Smiths Minde beliggende i Saxogade i Aalborg Midtby. Ejendommen er en klassisk, elegant og herskabelig bygning fra 1895, der straks efter opførelse blev testamenteret og overdraget til Aalborg Kommune. Det slotslignende byggeri er løbende nænsomt renoveret og vedligeholdt udvendigt. Indenfor har ejendommen ad flere omgange været gennem ombygninger; senest i år 2000, hvor ejendommen blev solgt til boligforeningen Limfjorden (i dag VIVA Bolig), der gennemrenoverede bygningen til større ældreboliger. Ejendommen består derfor i dag af 18 lejligheder fordelt på tre separate opgange. Syv boliger er pt. beboet eller anvendes af Ældreområdet til diverse aktiviteter. Aktuelt er der 11 ledige lejligheder fordelt på tre opgange. Ejendommen ejes af et boligselskab, men Ældre- og Handicapforvaltningen har anvisningsret til ejendommen. Udgangspunktet er at to sammenhængende opgange konverteres til et samlet erhvervslejemål til Psykiatriens Hus.

Der er busstoppesteder tæt ved ejendommen, og det vurderes, at der kan opnås aftale om ca. 10 pladser. Der er kørestolsadgang og elevatorer i bygningen.

Da akutpladser vil optage mange kvadratmeter i bygningen, er der ikke i første omgang mulighed for at etablere disse. Det er desuden ikke muligt at etablere en café med produktionskøkken, da dette kompliceres af forskellige myndighedskrav samt konkurrenceklausuler. Der er mulighed for etablering af tekøkken.

4.2 Lokalebehov

Der er foretaget en vurdering af behovet for lokaler og fysisk indretning af Psykiatriens Hus. I det videre forløb skal der pågå en kvalificering af ønskerne, herunder drøftelse med boligselskab og bygningskyndige med henblik på vurdering af, hvad der lader sig gøre at realisere i bygningen, og hvad prisen derfor måtte være.

Det endelige kvadratmeterbehov er uafklaret, da dette afhænger af, hvor mange og hvor store kontorer, der skal være, samt hvad der generelt kan lade sig gøre at etablere i ejendommen i forhold til de ønskede funktioner. De to opgange svarer imidlertid til ca. 1.100 m², på hvilken baggrund den anslåede husleje også er beregnet.

Det er afgørende, at der kan skabes et sammenhængende hus med bl.a. en fælles indgang og et stort fællesområde med plads til en reception.

Lokalebehov:

- Fælles indgangsdør
- Fælles reception/opholdsrum (ét stort rum)

- Kontorfaciliteter til ca. 25 medarbejdere på daglig basis (gerne dele-/fælleskontorer)
- Stort møde-/undervisningslokale (op til 20-30 personer)
- Flere mindre mødelokaler/samtalerum (4-10 personer)
- Lokale til Sundhedscenter Aalborg
- Tekøkken/samværsøkken (12-16 personer)
- Etablering af rengøringsdepot
- Toiletter gerne med mulighed for bad

Der skal være mulighed for fleksibel indretning af rummene således, at der kan ændres på størrelse og formål (f.eks. ved at gøre brug af mobile skillevægge). Visse rum skal endvidere være lydisolerede (især rum, der bruges til samtaler).

Mødelokaler/samtalerum/kontorer m.v. kan anvendes af alle brugere af huset (kommune, region, frivillige organisationer mv.).

Da det giver ejerskab at deltage i indretningen af lokalerne, herunder farvevalg, møblering m.v. er det vigtigt, at brugerne involveres i dette arbejde.

5. Funktioner

Når dørene slås op til Psykiatriens Hus i Aalborg skal en række funktioner stå klar til at modtage borgeren, men der skal fortsat over tid pågå et arbejde med at udvikle indholdet i huset. I takt med at samarbejdet foldes ud forventes flere funktioner at få base i Psykiatriens Hus.

En fast gruppe medarbejdere fra både kommunen og Psykiatrien har enten fast base i Psykiatriens Hus, eller har Psykiatriens Hus som et væsentligt arbejdssted hyppigt og på faste hverdage. I det følgende beskrives, hvilke funktioner, der skal være fast til stede indenfor almindelig arbejdstid på hverdage¹.

5.1 Regionale funktioner

- Funktioner fra ambulatorier i Psykiatrien
I udgangspunktet de ambulatorier hvor der er flest patienter tilknyttet Psykiatriens Hus. Målet er, at alle ambulatorier har en fast funktion i Psykiatriens Hus et antal dage om ugen afhængig af patientgrundlaget.
- Øvrige relevante fagpersoner fra Psykiatrien

5.2 Kommunale funktioner

- IPS-konsulenter (Individuelt Planlagt job med Støtte)
- Bostøtte- og Botilbudsområdet
- Udskrivningsmentorer
- Misbrugsviden
- VAMIS (Videnscenter for afhjælpning af misbrugsproblemer hos særlige målgrupper)
- Aalborg Aktiv (beskæftigelsesenhed til borgere på førtidspension)

Det kan overvejes, at følgende kommunale funktioner over tid repræsenteres i Psykiatriens Hus:

- § 99-tilbud i regi af socialpsykiatrien (opsøgende støtte-kontaktpersoner til socialt isolerede personer med sindslidelse og evt. misbrug af forskellige rusmidler, der ikke har og ikke selv formår at være opsøgende i forhold at få en kommunal indsats i form af eksempelvis bostøtte).
- Udvidet økonomisk rådgivning
- Rusmiddelafsnittet
- Psykiatrisygeplejersker fra socialpsykiatrien

Ved fuld implementering forventes det, at ca. 10-15 medarbejdere fra henholdsvis Psykiatrien og Aalborg Kommune - i alt 20-30 medarbejdere - på daglig basis har fremmøde i Psykiatriens Hus.

¹ Jf. bilag 1 for yderligere information om funktionerne i Psykiatriens Hus i Aalborg.

5.3 Fælles indsatser

Følgende kan med fordel varetages som fælles indsatser:

- Forløbskoordinator/stafetholderfunktion – som er den fagperson borgeren kan henvende sig til med henblik på at få hjælp til koordinering af indsatsen.
I alle forløb udpeges en forløbskoordinator/stafetholder fra begge sektorer, som sammen leder og koordinerer samarbejdet indenfor rammerne af Patientens team.
- Åben rådgivning/vejledning og psykoedukation (undervisning i egen sygdom)
Med formålet at yde hjælp til selvhjælp og forebygge sygdomsforværring, bør der være tilbud om åben rådgivning og vejledning til borgere og deres pårørende fra både fagprofessionelle og frivillige. Den professionelle kerneopgave i forhold til vejledning og psykoedukation (undervisning i egen sygdom) søges tæt koblet til de forskellige aktiviteter, der afholdes i huset.

5.4 KRAM-indsats

Psykiatriens Hus skal være præget af en god sundhedspolitik. Når borgere i forløb i regi af Psykiatriens Hus, ønsker vejledning om sundhedsfaglige emner, skal der være mulighed for en nærværdig kontakt og smidig kobling i huset. Udover anvendelse af de gængse henvisningsprocedurer kan fagprofessionelle og/eller borgeren henvende sig i huset til en sundhedsmedarbejder fra Aalborg Sundhedscenter. Den aktive udfoldelse sker som udgangspunkt udenfor huset i allerede eksisterende tilbud i Aalborg Kommune.

Det anbefales, at følgende KRAM-indsats foretages i regi af Psykiatriens Hus:

- Sundhedssamtale med medarbejdere fra Aalborg Sundhedscenter
- Forebyggende indsats i forhold til overvægt hos borgere, der opstarter psykofarmakologisk (medicinsk) behandling.

6. Øvrige aktiviteter

6.1 Rammen for aktiviteter

Aktiviteterne i Psykiatriens Hus spiller en væsentlig rolle for recovery, borgerens inklusion og danner afsæt for deltagelse i lokalsamfundet. Det er håbet, at Psykiatriens Hus er en tryk base, der danner afsæt for, at borgeren bevæger sig "ud i verden" for at opsøge og deltage i de muligheder og tilbud, der eksisterer allerede.

Psykiatriens Hus er en platform for brobygning og samskabelse, og det er således en forudsætning, at aktiviteterne i Psykiatriens Hus samskabes med brugerne fra start til slut. Et kommende brugerråd skal således være med til at definere og udpege, hvilke konkrete aktiviteter, der er meningsfulde at etablere i huset.

Der skal fokus på at etablere et nært samarbejde med andre i nærområdet, som har faciliteter, der kan anvendes af brugerne af huset (f.eks. musikrum, værksteder, idrætsrum m.v.) således, at alle aktiviteter ikke behøver at foregå indenfor husets vægge.

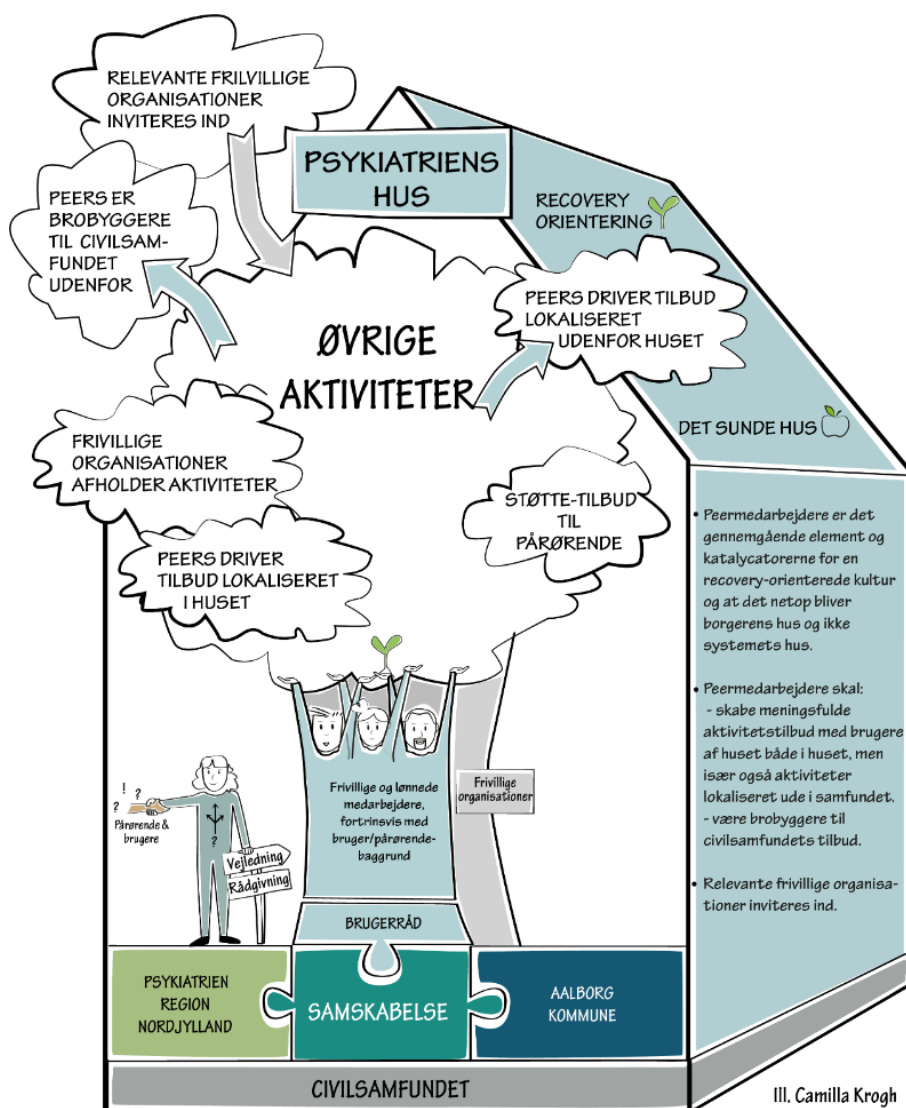
6.2 Frivillige foreninger

Det anbefales, at frivillige foreninger med fokus på støtte til borgere med sindslidelse og deres pårørende har tilstedeværelse i Psykiatriens Hus f.eks. Sind, Bedre Psykiatri m.v. De frivillige foreninger skal have mulighed for at mødes uformelt med borgerne og deres pårørende og foreningerne, hvilket forudsætter, at foreningerne har kontormulighed og adgang til at anvende lokaler i huset.

Frivillige foreninger og frivillige aktører skal involveres i udviklingen af frivilligområdet i Psykiatriens Hus. Det anbefales, at frivillige foreninger med indsatser målrettet unge tilbydes en platform i huset.

For at sikre optimal udnyttelse af lokalerne, skal der med afsæt i brugerrådet laves en konkret plan og proces for dialog om og afklaring af, hvilke frivillige foreninger, der yderligere kan bruge og være til stede i huset til gavn for borgernes behov.

6.3 Organisering af aktivitetsområdet



7. Akutpladser

Det er ikke muligt i opstartsfasen at etablere kommunale akutpladser (døgntilbud) i de eksisterende fysiske rammer, der arbejdes med for etablering af Psykiatriens Hus, idet akutpladserne vil optage mange kvadratmeter, og dermed betyde, at andre funktioner må prioriteres fra. Det vurderes, at de nuværende fem kommunale akutpladser i "Støberiet" (Henningss Smithsvej, Aalborg) som er forbeholdt mennesker med sindslidelse, dækker det nuværende behov og er en god og tilstrækkelig løsning i opstartsfasen.

Hvis der på sigt bliver mulighed for at råde over flere m². m i bygningen, vil der på sigt være mulighed for etablering af akutpladser, hvilket vil medføre ekstra driftsudgifter.

8. Organisering og styring

Citat fra Strateginotatet:

"Psykiatriens Hus i Aalborg skal organisere indsatsen og samarbejdet ift. målgruppen på en ny måde gennem nye fælles arbejdsgange. Der skal udvikles og implementeres tværsektorielle samarbejdsrelationer indenfor rammerne af Patientens team. Der ansættes en daglig leder med fælles reference til Aalborg Kommune og Psykiatrien samt en fælles koordinator/sekretær".

Det anbefales, at organiseringen og ledelsen af de faglige indsatser og de øvrige aktiviteter i Psykiatriens Hus foregår i en treenighed mellem en daglige leder, et ledernetværk og et brugerråd. Dette med hver deres opgaveportefølje og mandat.

Det anbefales, at de beskrevne funktioner og fora afklares og udvikles yderligere i forhold til såvel kompetence- som ansvarsfordeling før den endelige etablering af Psykiatriens Hus.

8.1 Ledelsens og organiseringens treenighed

Ledelse og medarbejdere

Den daglige leder har fast arbejdsplads i Psykiatriens Hus, men er forankret i Aalborg Kommunes socialpsykiatri. Lederen er personaleleder af den administrative medarbejder, eventuelle peermedarbejdere. Den daglige leder er endvidere koordinator for frivilligindsatsen. Den daglige leder indgår i det tværsektorielle ledernetværk og det tværsektorielle forretningsudvalg.

Der ansættes endvidere en *administrativ medarbejder*, der ligeledes har fast arbejdsplads i Psykiatriens Hus, og som refererer direkte til den daglige leder. Den administrative medarbejder understøtter ledernetværket, den daglige leder og brugerrådet. Opgaverne har fokus på den daglige koordinering, praktisk opgaveløsning, samarbejdet med frivillige, sekretariat ved diverse møder samt deltagelse i kompetenceudvikling med øvrige medarbejdere i huset.

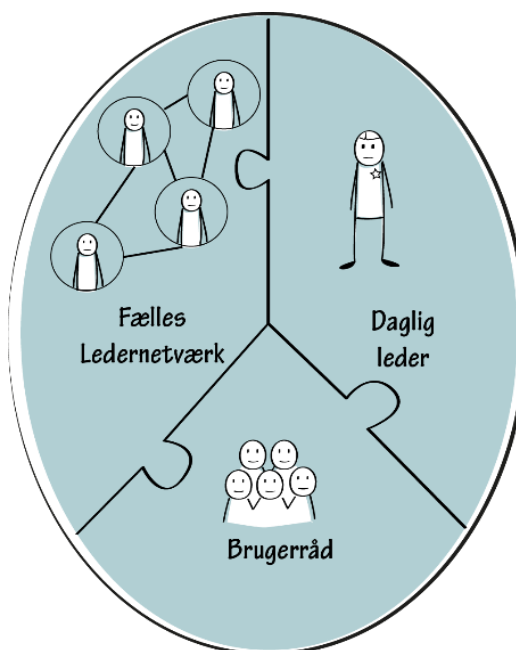
Det anbefales, at der ansættes 2-3 *peermedarbejdere* til at bidrage med at udvikle, støtte deltagelse i og drifte øvrige aktiviteter i Psykiatriens Hus. Peers har særlige forudsætninger for at sikre en brugerinvolverende kultur, danne relationer mellem borger og medarbejder, nedbryde barrierer og skabe fælles sprog. Peermedarbejdere kan endvidere bidrage til at gøre brugerne af huset til aktive medspillere og etablere processer omkring meningsfulde aktiviteter.

Fælles Ledernetværk

Det Fælles Ledernetværk består af et tværsektorielt ledernetværk og et tværsektorielt forretningsudvalg.

Det tværsektorielle ledernetværk skal bestå af relevante driftsnære ledere fra hhv. Psykiatrien og Aalborg Kommune. Ledernetværket har en afgørende rolle i at skabe én fælles retning og en vigtig opgave med at igangsætte og organisere konkrete indsatser og initiativer i Psykiatriens Hus. Ledernetværket skal sikre fælles viden om og brobygning mellem de forskellige sektorer samt mellem Psykiatriens Hus og de indsatser, som samtidig bevarer deres forankring i de respektive sektorer. For at sikre den rette beslutningskompetence og kobling til de bagvedliggende sektorer foreslås etablering af et tværsektorielt forretningsudvalg, som det tværsektorielle ledernetværk refererer til.

Det tværsektorielle forretningsudvalg skal bestå af relevante chefer og ledere med rette beslutningskompetence. Det er en fælles ambition, at



det tværsektorielle ledernetværk har en iboende beslutningskompetence i forhold til at sikre fremdrift, men det vurderes at visse dele af beslutningskompetencen i først udviklingen og senere driften ligger på et overordnet niveau.

Brugerråd

Det anbefales, at der tidligt i opstartsfasen etableres et *brugerråd*, der har til formål at sikre reel samskabelse og understøtte, at brugernes aktive ressourcer bringes i spil. Brugerrådet skal bestå af repræsentanter for brugerne af huset, ansatte, frivillige, civilsamfund, peermedarbejdere m.v. Repræsentanterne er faste medlemmer, men der kan også indkaldes personer ad hoc. Brugerrådets formandskab kan være delt og bestå af både en lederrepræsentant og en anden repræsentant, hvor alle stemmer er lige vigtige. En væsentlig vedvarende opgave for brugerrådet er at komme med forslag til øvrige aktiviteter, arrangementer samt sikre udvikling af værdigrundlaget og samskabelskulturen. Det skal ved etableringen overvejes om brugerrådet skal have et andet navn.

9. Økonomi

Udgifter til etablering og drift af Psykiatriens Hus fordeles 50/50 mellem Aalborg Kommune og Region Nordjylland. Overslag over udgifter til etablering og drift fremgår af nedenstående afsnit. Særligt udgiften til husleje er forbundet med usikkerhed, da den afhænger af omfanget af ombygning.

Etableringsudgifter

Det er aftalt, at Vivabolig udarbejder et gennemførselsgrundlag, hvor de kigger på mulighederne for sammenlægning af to opgange i ejendommen til et samlet Psykiatriens Hus ud fra statiske og brandtekniske hensyn og laver et overslag over ombygningsudgifter baseret på erfaringstal fra lignende projekter. Vivabolig igangsætter endvidere dialog med landsbyggefonden i forhold til godkendelse af omdannelse til erhvervslejemål. Ved omdannelsen skal statsstøttede lån indfries.

Udgifter til indfrielsen af statsstøttede lån og til ombygninger indregnes i en ny samlet anskaffelsessum, som afgør huslejeafsettelsen. Det betyder, at omdannelse og ombygning finansieres over huslejen.

Derudover forventes øvrige etableringsudgifter på **ca. 1,0-2,0 mio. kr.**

Finansiering/deponering

Ved indgåelse af lejemål med privat udlejer skal offentlige myndigheder deponere et beløb, der svarer til lejemålets ejendomsværdi. Deponeringen opgøres på baggrund af det højeste beløb af den seneste offentlige ejendomsvurdering eller den samlede anskaffelsessum for lejemålet.

Deponeringen vil skønsmæssigt udgøre **10 mio. kr.**, der som udgangspunkt kan finansieres inden for kommunens eksisterende deponeringsramme.

Årlige driftsudgifter

Udgift	Mio. kr. årligt
Husleje og bygningsdrift	2,60
Lønudgifter (1 leder, 1 sekretær)	1,20
Øvrige aktiviteter (peers, aktivitetsbudget m.v.)	1,20
Samlet estimat	5,00

Husleje og bygningsdrift

Huslejen udgør 1.225 kr. pr m². (2020-niveau) svarende til årligt 1,4 mio. kr., hvis to samlede opgange lejes (ca. 1.100 m²). I huslejen indgår viceværtsfunktion og vedligehold af ejendommen. Øvrige driftsudgifter som forbrugsafgifter, rengøring og p-pladser udgør skønsmæssigt 0,6 mio. kr. Huslejestigning som følge af ombygning er ikke indeholdt i ovenstående, og der afsættes 0,3 mio. kr. årligt hertil i budgettet.

Den samlede husleje og bygningsdrift udgør efter ombygning **ca. 2,6 mio. kr.** Beregningerne er forbundet med en mindre usikkerhed, som forventes at ligge indenfor +/- 0,3 mio. kr. årligt.

Lønudgifter

Finansieringen af stillingerne vedr. den daglige drift kræver tilførsel af økonomiske ressourcer til leder og administrativ medarbejder.

Estimat lederstilling: 750.000 kr.
Estimatet adm. medarbejderstilling: 450.000 kr.

De årlige lønomkostninger i forbindelse hermed estimeres til at udgøre **ca. 1,2 mio. kr.**

Øvrige Aktiviteter

Der afsættes midler til temadage, øvrige aktiviteter og peers, som forventes at udgøre **ca. 1,2 mio. kr.**

10. Evaluering

Der skal løbende foretages relevant evaluering/monitorering af indsatsen således, at der kontinuerligt kan skabes balance mellem målgruppe, funktioner, antal borgere og medarbejderressourcer i Psykiatriens Hus i Aalborg. Der skal måles på effekten på henholdsvis borger- og sektorniveau.

Citat fra Strateginotatet:

Effekter på borgerniveau:

- Øget kvalitet i indsatsen
- Lettere at navigere i "systemet"
- Større understøttelse af egen recovery-proces samt større oplevelse af ansvar for eget liv og forløb
- Højere grad af rehabilitering og dermed en større livsmestring og -trivsel
- Større lighed i sundhed (borgeren modtager individuel tilpasset indsats i henhold til funktionsniveau/problemstilling).

Effekter på sektorniveau:

- Den rette borger får den rette hjælp, på rette tid og det rette sted.
- Videreudvikling af samarbejdsmodellen for Patientens team
- Antallet af (gen)indlæggelser reduceres
- Antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser forebygges
- De kommunale indsatser og indsatser fra behandlingspsykiatrien bliver mindre indgribende i borgernes liv
- Flere borgere kan fastholdes i beskæftigelse eller uddannelse
- Frigørelse af ressourcer til andre formål.

Bilag 1: Beskrivelse af funktioner i Psykiatriens Hus i Aalborg

Regionale funktioner

Det er målet, at følgende almen voksenpsykiatriske ambulatorier har fast funktion i Psykiatriens Hus i Aalborg et antal dage om ugen afhængig af patientgrundlaget:

- Ambulatorium for Angst og Tvang [Link til yderligere information](#)
- Ambulatorium for Personlighedspsykiatri [Link til yderligere information](#)
- Ambulatorium for Voksne med ADHD [Link til yderligere information](#)
- Enhed for Bipolar lidelse [Link til yderligere information](#)
- Enhed for Depression [Link til yderligere information](#)
- Ambulatorium for psykoser [Link til yderligere information](#)
- Ambulatorium for unge med skizofreni (OPUS – Opsøgende behandling af unge med skizofreni) [Link til yderligere information](#)

Kommunale funktioner

- IPS-konsulenter (Individuelt Planlagt job med Støtte).
IPS er en beskæftigelsesindsats, der internationalt har vist gode resultater i forhold til at støtte personer med alvorlig psykisk sygdom til at opnå og fastholde ordinær beskæftigelse eller uddannelse.
Link til yderligere information: [IPS-metoden som beskæftigelsesindsats giver gode resultater](#)
- Bostøtte- og Botilbudsområdet
- Udskrivningsmentorer. Borgere, der udskrives fra psykiatrisk indlæggelse og som modtager kontanthjælp, dagpenge eller sygedagpenge har i en periode ret til en udskrivningsmentor som har særlige kompetencer i forhold til målgruppen. Disse skal hjælpe med at koordinere og genetablere et normalt hverdagsliv igen.
- Misbrugsviden
- VAMIS - Videnscenter for Afhjælpning af Misbrugsproblemer blandt Særlige Målgrupper - tilbyder individuelt tilrettelagt behandling til borgere med misbrug og psykiske funktionsnedsættelser. Behandlingen kan foregå som individuelle samtaler eller gruppeforløb, og borge-
ren kan tilbydes psykomotorisk terapi, kropsterapi eller musikterapi.
Link til yderligere information: [Videnscenteret VAMiS - Aalborg Kommune](#)
- Aalborg Aktiv er Handicapafdelingens beskæftigelsesenhed til borgere på førtidspension. Fundamentet er den enkeltes drømme, formåen og potentialer, og bl.a. på den baggrund sammensættes skræddersyede tilbud.
Link til yderligere information: [Aalborg AKTIV](#)

Bilag 2: Case der illustrerer indsatsen i Psykiatriens Hus i Aalborg

Forløbet før etablering af Psykiatriens Hus i Aalborg

En ung mand tvangsindlægges i Psykiatrien for første gang pga. suicidalforsøg. Han er i forvejen tilknyttet Enhed for depression under noget uklar symptombillede med både symptomer på depression og angst, selvskadende adfærd samt obs. personlighedsproblematik.

Efter første indlæggelse følger hyppige indlæggelser af kortere og længere varighed, oftest pga. selvskadende og selvmordstruende adfærd. De fleste indlæggelser er på frivillig basis men enkelte også på tvang. Sideløbende også flere indlæggelser i somatikken grundet overdosis eller selvskade. I Psykiatrien foregår indlæggelserne altid på lukket sengeafsnit, hvor patienten tidvist er selvskadende og selvmordstruende. Der fås mistanke om personlighedsforstyrrelse og patienten diagnosticeres med emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse og overgår til Ambulatoriet for personlighedspsykiatri. I overgangsfase tilknyttes han specialpsykologkandidat med ugentlige ambulante samtaler. Senere overgår patienten fuldt ud til Ambulatoriet for personlighedspsykiatri og patienten indgår i samarbejde om at blive indlagt på åben afdeling.

Ved flere af indlæggelserne afholdes netværksmøde i Patientens Team med bred deltagelse fra Psykiatrien og kommunen

Patienten har inden kontakt med Psykiatrien været i et forløb ved Ungerådgivningen og har desuden kontakt med Bo- og gadeteamet, Den Sociale Skadestue.

Patienten deler lejlighed med en ven, han er flyttet hjemmefra grundet konflikter med familien.

Patienten er droppet ud af gymnasial uddannelse pga. meget fravær. Har forsøgt at påbegynde andre uddannelser men er også droppet ud af dette, hvorefter han henvender sig i Uddannelseshuset for at søge uddannelseshjælp. Sideløbende med de gentagende indlæggelser og behandling i Psykiatrien forsøger mentor fra Uddannelseshuset at understøtte den unge mand i at komme nærmere job – og uddannelse. Der er dialog med den unge mand om, hvorvidt han ønsker at blive en del af IPS-indsatsen, hvor der arbejdes målrettet mod job- eller uddannelse i et tæt samarbejde med Psykiatrien i regi af Patientens team.

Patienten har tilknyttet mentor/rådgiver og der tilknyttes undervejs også bostøtte, som justeres op i timetal efter flere indlæggelser. Patienten tilknyttes ligeledes hjemmeplejen til udlevering af medicin.

Under hele forløbet har patienten afvist pårørendesamarbejde.

Forløbet har været præget af mange overgange og lang behandlings- og ventetid både i Psykiatrien og i kommunalt regi, som har vanskeliggjort at koordinere indsatserne. Netværksmøderne har haft koordinerende funktion, hvor forskellige tiltag er blevet ansøgt/iværksat, men efter udskrivelse har det været vanskeligt at følge op på disse tiltag.

Forløbet efter etablering af Psykiatriens Hus i Aalborg

En ung mand tvangsindlægges i Psykiatrien for første gang pga. suicidalforsøg. Han er i forvejen tilknyttet Enhed for depression.

Patienten har inden kontakt med Psykiatrien været i et forløb ved Ungerådgivningen og har desuden kontakt med Bo- og gadeteamet, Den Sociale Skadestue.

I forbindelse med udskrivning fra første indlæggelse i Psykiatrien takker patienten ja til at overgå til et forløb i regi af Psykiatriens Hus i Aalborg.

Som det første udpeges en stafetholder fra begge sektorer, som er primær kontaktperson for patienten igennem forløbet i Psykiatriens Hus.

Alle relevante fagpersoner, der har signifikant kontakt med borgeren, deltager i teamsamarbejdet i Psykiatriens Hus. Borgeren deltager så vidt muligt i alle møder i regi af Patientens team (netværksmøder).

I den beskrevne case er det ved henvisningen relevant, at følgende aktører indgår i samarbejdet i regi af Psykiatriens Hus:

- Patienten og evt. pårørende
- Forløbskoordinatorer
- Relevante behandlere (sygeplejerske/psykolog/læge)
- Medarbejder fra Ungehuset

Imellem møderne er der tæt dialog og samarbejde mellem de fagprofessionelle i Psykiatriens Hus med henblik på forventningsafstemning samt deling af viden og aktuelle planer vedr. borgeren, der gerne skal føre til udvikling af et fælles tredje. Det fælles tredje er, når sammenhæng i indsatser og forløb på tværs af sektorerne skaber et andet og bedre resultat end de enkelte indsatser kan enkeltvis.

I denne case forventes det tætte fysiske tværsektorielle samarbejde i regi af Psykiatriens Hus bl.a. at have følgende effekt:

- Øget gennemsækelighed og kvalitet i indsatsen (særlig vigtig i opstartsfasen) og dermed minimering af risiko for at patientens tilstand forværres med deraf følgende behov for indlæggelse
- Velkoordineret og sammenhængende indsats, der samtidig også er ressourcebesparende, da der ikke når at gå så lang tid og blive sat så mange indsatser i gang før der koordineres tæt. Det skal gerne betyde at borgeren får den rette hjælp, på rette tid og det rette sted.
- Patienten forventes at opleve større ansvar for eget liv og forløb (øget livskvalitet)
- Reducering i antallet af overgange i forløbet
- Øget mulighed for tilknytning til arbejdsmarkedet.