



BORGERNES OPLEVELSER AF FORLØB MED TVANG I PSYKIATRIEN

1.	FORMÅL, BAGGRUND OG SAMMENFATNING	4
1.1	Sammenfatning	5
2.	DEL 1 - KENDETEGN OG TRIGGERE VED TVANGSINDLÆGGELSER	9
2.1	Karakteristika for borgere og forløb	10
2.1.1	Borgerkendetegn	10
2.1.2	Forløbskendetegn — triggere	10
2.1.3	Borgernes oplevelse af hvad der kan trigge en indlæggelse med tvang	12
3.	DEL 2 - TILGÆNGELIGHED, KONTINUITET OG FÆLLES SPROG	14
3.1	Tilgængelighed af indsatser der kan forebygge indlæggelser med tvang	14
3.1.1	Kapacitet og kriterier der begrænser adgang	15
	De fagprofessionelles validering af borgernes og de pårørendes perspektiv	19
	Rammesætning af problemstillingen på børne- og ungeområdet	20
	Beskrivelse af problemstillingen fra de unges perspektiv	21
	De fagprofessionelles validering af de unges perspektiv	22
3.1.2	Fleksibilitet i forebyggende forløb	23
	Rammesætning af fleksibilitet fra organisationer og fagprofessionelle	23
	Borgernes og de pårørendes oplevelse af fleksibilitet i indsatserne	25
	Tværasektoriel validering af borgernes og de pårørendes perspektiv	28
	Rammesætning af adgangen til fleksible tilbud på børne- og ungeområdet	31
	De unges oplevelse af fleksibilitet i indsatsen	32
	Tværasektoriel validering af de unges perspektiv	33
3.2	Kontinuitet i forløb og tværasektorielt samarbejde	33
3.2.1	Kontinuitet i forløb på voksenområdet	33
	Rammesætning af betydningen af kontinuitet og tværasektorielt samarbejde fra de fagprofessionelle	33
3.2.2	Kontinuitet i forløb på børne- og ungeområdet	40
	De unges oplevelse af kontinuitet	41
	Tværasektoriel validering af de unges perspektiver	42
	Behov for tiltag som kan styrke kontinuiteten	43
3.3	Fælles sprog og Responsivitet	45
3.3.1	Fælles sprog og responsivitet på voksenområdet	45
	Rammesætning - Vigtigheden af fælles sprog og responsivitet	45
	Borgernes og de pårørendes oplevelse af fælles sprog og responsivitet	45
	Tværasektoriel validering af borgernes og de pårørendes perspektiver	49
3.3.2	Fælles sprog og responsivitet på børne- og ungeområdet	52
	De unges oplevelse af kommunikation og betydningen af at blive lyttet til	52
	Tværasektoriel validering af de unges perspektiver	53
4.	DEL 3 - INDLAGT MED TVANG – OPLEVELSER OG DILEMMAER	53
4.1	Oplevelsen af en indlæggelse med tvang — voksenområdet	53

4.1.1	Rammesætning fra civilsamfundsorganisationer og repræsentanter fra regioner og kommuner	53
4.1.2	Borgernes oplevelse af en indlæggelse med tvang	54
4.1.3	Tværasektoriel validering af borgernes og de pårørendes perspektiver	57
4.2	Oplevelser af at blive indlagt med tvang — børn og unge	59
4.2.1	Rammesætning fra professionelle i regioner og kommuner	59
4.2.2	De unges oplevelse af en indlæggelse med tvang	59
4.2.3	Tværasektoriel validering af de unges perspektiver	60
4.3	Politiets rolle i en indlæggelse med tvang	60
4.3.1	Rammesætning: Politiets rolle i indlæggelser med tvang	60
4.3.2	Borgernes oplevelse af politiets rolle ved indlæggelser med tvang	61
4.3.3	De unges oplevelse af politiets rolle i en indlæggelse med tvang	62
4.3.4	Tværasektoriel validering af borgernes perspektiver på voksenområdet og børne- og ungdomsområdet	63
5.	PERSPEKTIVERING	65
6.	METODE	69
6.1	Analysedesign og datakilder	69
6.2	Kriterier for udvælgelse af undersøgelsestemaer	72
6.3	Øvrige metodiske overvejelser	74
7.	LOVNING FOR INDLÆGGELSER MED TVANG	74
8.	BILAG: INDSATSER, DER VIRKER ELLER KUNNE VIRKE FOR BORGERNE	75
8.1	Borgernes gode erfaringer og ønsker	75
8.2	Civilsamfundsorganisationernes bud på indsatser, der virker og kunne virke	77
8.3	De fagprofessionelles erfaringer og forslag til tilgange og indsatser	77
9.	LITTERATUR	82

1. Formål, baggrund og sammenfatning

Baggrund

I den politiske aftale for *En bedre Psykiatri* (2023) blev det besluttet af fastsætte en ny overordnet målsætning for mindre tvang i psykiatrien, herunder et initiativ om udvikling og analyse af data om det tværsektorielle samarbejde. Som et led i udmøntningen af aftalen skal Social- og Boligstyrelsen og KL gennemføre en undersøgelse, der skal øge viden og undersøge data i forhold til at belyse det tværsektorielle samarbejde og eventuelle generelle forhold i forløb, der fører til indlæggelser med tvang i psykiatrien. Komponent har fået til opgave for KL at gennemføre den del af undersøgelse, som afdækker Borgernes oplevelse af forløb med tvangsindlæggelser.

Formål

Ifølge kommissoriet er formålet med den samlede analyse at opnå større viden om forløb, der leder op til indlæggelser med tvang med henblik på stillingtagen til mulige forebyggende indsatser og behovet for tilvejebringelse af yderligere data på både voksen- og børneområdet. Dette sker med henblik på at identificere potentialet for en mere målrettet forebyggelse af indlæggelser med tvang. Genstandsfeltet for analysen er det samlede forløb for henholdsvis børn under 18 år og voksne i alderen 18-69 år.

Formålet med denne del af undersøgelsen er at afdække:

1. Borgernes oplevelse af forløbet forud for indlæggelse med tvang
- Hvordan oplever borgerne og/eller de pårørende indsatserne i forløbet før indlæggelser med tvang – hvad virker og hvad virker ikke?
2. Borgernes oplevelse af det tværsektorielle samarbejde
- Hvordan oplever borgeren samarbejde og snitflader mellem sektorer?

Undersøgellesdesign

Borgernes oplevelser og budskaber er det bærende element i afdækningen. Beskrivelserne af Borgernes perspektiver på undersøgelsesspørgsmålene nedenfor præsenteres primært via citater. Dette er et bevidst valg. Det stærkeste bidrag fra borgerne er gengivelsen af deres egne stemmer. Den tværsektorielle validering gennemføres også med udgangspunkt i borgercitaterne. Drøftelserne på de tværsektorielle workshops har et andet og mere borgervendt fokus end på de indledende workshops. Vurderingen er, at borgercitaterne kan føre til større åbenhed og kritisk selvrefleksion over egen praksis.

Formålet med afdækningen er at bidrage til kritisk refleksion i forhold til undersøgelsens formål om, "at identificere potentialet for en mere målrettet forebyggelse af indlæggelser med tvang".

Undersøgelsen er deskriptiv og videregiver perspektiver fra borgere, civilsamfundsorganisationer samt fagprofessionelle fra regioner og kommuner. Afdækningen konkluderer ikke på perspektiverne og kommer ikke med anbefalinger på baggrund af perspektiverne.

Det fremgår af afdækningen, om det er hovedparten, halvdelen eller et mindretal af de interviewede borgere, som har samme oplevelse af et tema. Dette betyder ikke, at afdækningen konkluderer, at der vil være samme mønster i hele populationen. Det er alene en angivelse af, om oplevelsen/budskabet blandt de interviewede er enkeltstående eller bredt repræsenteret. Afdækningen bidrager med et første forsigtigt bud på, hvordan det opleves at være Borger i forløb

med indlæggelser med tvang. Afdækningen er ikke repræsentativ for alle forløb med indlæggelser med tvang.

Beskrivelserne af forløb med indlæggelser med tvang bygger på informanternes tilbagemeldinger. Disse tilbagemeldinger er ikke korrigeret, hvis de er i modstrid med det faktiske lovgrundlag for at indlægge med tvang. Der er derfor uoverensstemmelser mellem nogle af tilbagemeldinger og de faktiske lovgrundlag for indlæggelser med tvang. Lovgrundlaget er beskrevet i bilag 1.

De indledende workshops og særligt interviewene med civilsamfundsorganisationerne peger på fire forhold, som har særlig betydning for borgernes oplevelse af forløbene. Disse forhold fremgår af afdækningens analysespørgsmål:

- Hvordan oplever borgerne og de pårørende tilgængeligheden af indsatser, der kan forebygge indlæggelse med tvang?
Findes der relevante tilbud i kommuner og regioner?
- Hvordan oplever borgerne og de pårørende kontinuiteten i forløb før en indlæggelse med tvang? Oplever borgerne og de pårørende, at der er en rød tråd i den hjælp, de kan få på tværs af sektorer og inden for den enkelte sektor?
- Oplever borgerne, at de bliver forstået og lyttet til i en ligeværdig relation med de fagprofessionelle?
- Hvordan oplever borgerne at blive tvangsindlagt? Kan indlæggelser med tvang undgås set med borgernes øjne?

Komponent har, som fastlagt i kommissoriet, indsamlet viden om børne- og ungeområdet. Vidensgrundlaget på børne- og ungeområdet er mere spinkelt end på voksenområdet. De enkelte kommuner har meget få børn og unge, som indlægges med tvang. Aarhus Kommune er den eneste kommune, der vurderer, at de har den nødvendige erfaring til at bidrage med relevant viden. Der interviewes tre unge, som pt. tilhører børne- og ungeområdet. Der er desuden nogle unge på voksenområdet, som har bidraget med deres erfaringer fra børne- og ungeområdet. Opdelingen på henholdsvis voksenområdet og børne- og ungeområdet er medtaget under hvert kapitel i afdækningen. Der er temaer, hvor der på børne- og ungeområdet er særskilte problemstillinger, som gør opdelingen relevant. Der er også temaer, hvor der i rammesætningen ikke er væsentlige forskelle. Opdelingen er dog fastholdt primært for, at de unges oplevelser af forløb med tvang kan stå for sig selv og blive valideret af fagprofessionelle på børne- og ungeområdet.

1.1 Sammenfatning

Denne afdækning viser, at forløb, som leder til indlæggelser med tvang i psykiatrien, sjældent kan forklares ud fra enkeltstående hændelser eller individuelle forhold alene. Borgernes fortællinger peger i stedet på et samspil mellem personlige sårbarheder og strukturelle forhold i de indsatser og samarbejder, som går forud for en tvangsindlæggelse. Centralt står oplevelser af, at hjælpen ikke er tilgængelig i tide, at forløb brydes af skift og manglende koordinering, og at kommunikationen i mødet med systemet påvirker tillid, skaber modstand og eskalerer.

På tværs af voksenområdet og børne- og ungeområdet beskriver borgere og pårørende, at tvang ofte bliver den sidste løsning i forløb, hvor tidlig hjælp ikke har været tilgængelig, hvor indsatser ikke har været tilpasset behovet, eller hvor ansvaret for koordinering i praksis er faldet tilbage på borgeren

eller familien selv. Når hjælpen opleves som betinget af at være "syg nok", eller når adgangen først åbner sent i kriseforløbet, øges risikoen for eskalering og dermed for brug af tvang.

Afdækningen peger samtidig på væsentlige forskelle mellem voksenområdet og børne- og ungeområdet i forløb, som leder til indlæggelser med tvang i psykiatrien. På voksenområdet er der ofte tale om borgere med lange og komplekse forløb i psykiatrien og gentagne indlæggelser, hvor manglende kontinuitet og fragmenteret tværsektorielt samarbejde bidrager til gentagne indlæggelser med tvang. I praksis medfører det, at borgerne ofte oplever at skulle fungere som deres egen koordinator på tværs af sektorer, hvilket øger risikoen for brud i forløbet og eskalering frem mod tvang.

På børne- og ungeområdet er målgruppen mindre, men forløbene er mere sårbare og komplekse. Her spiller selvskadende adfærd, spiseforstyrrelser og relationsforstyrrelser en mere fremtrædende rolle end misbrug og medicinsvigt. Udfordringerne forstærkes af lange ventetider, begrænset specialisering og behovet for at koordinere indsatser omkring både den unge og familien.

På tværs af begge områder fremstår stabile relationer, fælles forståelser og klare samarbejdsflader mellem sektorer som afgørende beskyttende faktorer, mens skift, uklarhed og manglende koordinering øger risikoen for, at kriser udvikler sig til situationer, hvor tvang anvendes. Det er på denne baggrund, at afdækningen indledes med en nærmere analyse af kendetegn og triggere i forløb med tvangsindlæggelser, med henblik på at tydeliggøre, hvad der karakteriserer de situationer og dynamikker, som går forud for tvang. Perspektiveringen samler heraf de mest centrale implikationer med særligt fokus på tilgængelighed, kontinuitet samt responsivitet og fælles sprog i mødet med borgeren.

Kendetegn og triggere i forløb med tvangsindlæggelser

Borgerne beskriver en række forhold, som for dem har været medvirkende til, at et forløb har udviklet sig, så der er en fare- eller behandlingsindikation som fører til en indlæggelse med tvang:

- Psykoser (ofte udløst af alkohol eller stoffer)
- Farlig selvskade
- Udfordringer med at tackle relationer/konflikter
- Tanker eller følelser, der vokser sig store
- At der bliver hældt for meget oven på hinanden
- Følelse af håbløshed og svigt
- Et oprør mod et system, der vil adfærdsændre og påføre sygdom
- At de har en personlighed, som ikke kan blive accepteret
- At ingen lytter til dem
- Adfærd, som gør omgivelser utrygge og at de misforstås
- Deres vrede og/eller fysiske angreb
- Modstand mod at tage medicin m.m.

Som en borger beskriver det:

"Jeg havde konflikter med personale. Personalet havde et stort reguleringsbehov. Jeg reagerede på manglende forståelse. Jo mere jeg reagerede - jo mere medicin fik jeg. Personalet ville adfærdsændre mig. Derfor tog jeg en overdosis og selvskadede."

De fagprofessionelle supplerer Borgernes beskrivelser med benævnelser som: dysregulering, manglende sygdomserkendelse og mestringsstrategier, isolation og ensomhed, væsentlige ændringer i livsomstændigheder, gentagne indlæggelser (systemafhængighed) samt behov for beskyttelse som resulterer behandlings- eller fareindikationer.

Tilgængelighed af indsatser, som kan forebygge tvang

Lidt under halvdelen af de interviewede borgere fortæller, at de ikke har haft adgang til indsatser, som kunne have forebygget en indlæggelse med tvang. Flere beskriver afvisninger ved ønske om frivillig indlæggelse eller oplevelsen af at blive udskrevet for tidligt. Nogle fortæller, at gentagne afvisninger har ført til, at de har lært at anvende bestemte "buzzwords" for at leve op til kriterierne for indlæggelse, mens andre forsøger at holde ud lidt længere, fordi det opleves som for belastende at opsøge hjælp

"Oplever at jeg skal sælge mig selv for at blive indlagt. Følte også, at jeg blev overvåget, for at de kunne udskrive mig så hurtigt som muligt."

Samlet peger borgernes fortællinger på, at manglende tilgængelighed og høje adgangskrav øger risikoen for, at kriser eskalerer frem mod tvang.

Fælles udskrivningsaftaler kan ifølge civilsamfundsaktører reducere tvangsindlæggelser betydeligt. Ofte anvendes aftalerne dog ikke efter hensigten. Rigsrevisionen har i 2022 udarbejdet en rapport som viser, at der i 90 procent af udskrivinger på landsplan ikke bliver lavet en udskrivningsaftale. Repræsentanter for behandlingspsykiatrien peger også på, at udskrivningsaftalerne ikke er blevet det samarbejdsredskab, som var hensigten. Aftalerne er i højere grad blevet til en bestillingsliste på, hvad andre skal gøre. Der er behov for at udskrivningsaftalerne bliver et fælles redskab, som ikke er bundet op på den enkelte indlæggelse. Hvis kommunen og borgeren oplever, at behandlingspsykiatrien lægger planen på forhånd, er der en risiko for, at både borgeren og kommunen ikke følger den. Relationen er afgørende, hvis der skal være kvalitet i udskrivningsaftalerne. Udskrivningsaftaler er et godt redskab, hvis man opnår enighed om planen for det videre forløb. Den virker ikke efter hensigten, hvis ikke man kommer hele vejen rundt om patienten og får lagt en fælles plan.

Findes der relevante tilbud i kommuner og regioner

Hovedparten af de interviewede borgere oplever, at de ikke passer ned i kasserne. De beskriver, at deres diagnoser (fx autisme eller borderline) begrænser adgangen til behandling, at de er for syge til psykologhjælp, eller at de kun tilbydes gruppeforløb, som de ikke magter at deltage i. Nogle oplever, at adgang til hjælp forudsætter, at de indvilger i adfærdsregulering. Her beskrives F-ACT (den ambulante behandlingspsykiatri) af flere som et stift tilbud med skiftende relationer. Særligt pårørende peger på, at selvbestemmelsesretten i praksis bruges som en undskyldning for, at borgere fx med spiseforstyrrelser og medicinværing ikke kan få den nødvendige hjælp. Derudover beskrives tilfælde, hvor kvaliteten i botilbud ikke matcher borgernes behov.

"Det gik også lidt langsomt med at få hjælp. Jeg passer ikke ind i kasserne. Jeg er for syg til at få psykologhjælp, og min diagnose med borderline betyder, at jeg først bliver indlagt, når jeg får en psykose og bliver til fare for mig selv og andre. Måske er skylden for at jeg ender med

tvangsindlæggelser halv/halv. Den ene halvdel at jeg ikke fortjener af få hjælp. Den anden halvdel at jeg ikke får hjælp.”

Civilsamfundsorganisationerne supplerer dette billede og peger på, at mange borgere i risikogruppen for at blive indlagt med tvang lever med en ustabil hverdag, kognitive vanskeligheder, angst, misbrug eller kaotiske sociale forhold, som gør det vanskeligt at indgå i standardiserede forløb med faste aftaler og skiftende relationer.

Hvordan opleves kontinuiteten i forløb før tvang

Hovedparten af de interviewede borgere giver konkrete eksempler på manglende sammenhæng og samarbejde mellem kommune og region. Flere oplever, at deres botilbud og behandlingspsykiatrien har forskellige tilgange til, hvad de har behov for, eller at uenighed om ansvar og økonomi får direkte konsekvenser. Nogle er også blevet inddraget i, at kommune og region ikke kan blive enige om, hvem der skal betale for indsatser. Det betyder, at nogle borgere og pårørende oplever, at de skal være deres egen sagsbehandler, tolk og advokat.

”Hvorfor indlægger de dig igen – de er pivet på det botilbud. Hvorfor udskrives de dig? Hvad tænker de på? Begge instanser føler sig pisset på. Jeg skal stå og forsvare.”

Der er også flere eksempler på, at borgerne oplever, at samarbejdet bliver bedre. Det er særligt borgere, der fortæller, at de har en stabil, tillidsbaseret relation, som sikrer kontinuitet.

”Jeg har god kontakt til kontaktpersoner på mit botilbud. Jeg har haft de samme over længere tid. Det gør en stor forskel.”

Bliver borgere forstået og lyttet til

Stort set alle de interviewede borgere fremhæver kommunikationen som afgørende for, om et forløb opleves som opbyggende eller eskalerende. Næsten halvdelen gengiver ord eller sætninger, som har haft stor betydning – både positivt og negativt. Flere beskriver, at de oplever en tydelig forskel på at blive mødt som menneske frem for som patient, og hvor vigtigt det er at blive lyttet til, samt betydningen af de to faktorer i forhold til den samlede oplevelse af indsatsens effekt.

”Hvis jeg responderer sødt i indlæggelsen, får jeg mulighed for at blive set som et menneske. Hvis ikke, bliver jeg set og talt til som en patient. Hvis de bare kunne tale til mig som et menneske. Fx sige: Jeg kan godt forstå det. Fuck, det er nederen for dig. Jeg forstår godt, at du ikke vil være her. - Det kunne gøre alt.”

”Det blev en evaluering på sidste indlæggelse. Det virkede godt. Debriefing er godt. Jeg ville ønske, at man ikke var så diagnosefikseret. At man var nysgerrig på mennesket. Hvad kommer du af, hvorfor har du denne adfærd?”

Næsten halvdelen af borgerne fortæller desuden, at de ved visitationen til frivillige indlæggelser er bevidste om at overtage de professionelles sprog for at få adgang til hjælp.

”Jeg skulle snakke med deres sprog om mig selv. Der var ikke rigtig nogen, der var nysgerrig på mig. Jeg følte jeg forstod systemet; hvis jeg sagde noget bestemt, så reagerede de. Hvis jeg sagde, hvordan

det virkeligt var, så fik jeg ikke hjælp. Nødvendigt at lære deres sprog, selvom jeg føler, at jeg bliver nødt til at gå på kompromis med mig selv.”

Hvordan opleves tvangsindlæggelser

Borgernes oplevelser af tvangsindlæggelser varierer. Hovedparten af borgerne beskriver oplevelsen som ydmygende, pinlig, skamfuld eller traumatiserende, mens over halvdelen samtidig vurderer, at tvang i nogle situationer har været nødvendig og ok efter omstændighederne. Mange peger på, at tvang kan redde liv, men at processerne før og efter indlæggelserne har store konsekvenser.

”Ja, det var nødvendigt. Nogle gange har man brug for hjælp, og ved det ikke selv – alt kan gå sort, og her kan tvang redde liv. Men det har også bare givet så mange konsekvenser efter. Derfor skal man ikke føle sig så anderledes-gjort i situationen og ikke så alene. Man er for syg til at spørge om hjælp, man har bare lyst til at dø – man vil ikke reddes, man vil ikke indlægges. Men processen før, at man når hertil, og efter man har været i denne situation, den skal forbedres.”

Politiets rolle ved tvang

Hovedparten af borgerne har været indlagt med tvang flere gange. Lidt under halvdelen oplever, at Politiet har en vigtig rolle i forhold til oplevelsen af forløbet samt at situationen omkring indgrebet ikke eskalerer unødigt.

”Politiet, der hentede mig, når jeg stak af, var professionelle, men det kan jeg først se nu. Den tid er et sort kapitel. Jeg gav meget modstand mod at blive tvangsindlagt. Dengang så jeg det som et overgreb, men i dag kan jeg se, at det var professionelt, da de flere gange spurgte, om jeg ikke selv ville gå derud. – De var nødt til at få mig med på en eller anden måde.”

Samlet peger afdækningen på, at brugen af tvang ikke kan reduceres gennem enkeltstående tiltag, men forudsætter strukturelle ændringer i organisering, tilgængelighed og samarbejde. Disse perspektiver uddybes i rapportens afsluttende perspektivering.

2. DEL 1 - Kendetegn og triggere ved tvangsindlæggelser

I dette kapitel indkredses de kendetegn, som de fagprofessionelle og civilsamfundsorganisationerne peger på, er typiske i forbindelse med tvangsindlæggelser. Hermed suppleres den kvantitative del af analysen med data fra fagsystemerne med mere kvalitative indikationer på henholdsvis borgerkarakteristika og triggere i forløb, som kan føre til en indlæggelse med tvang.

Kapitlet er opdelt i to hovedafsnit:

- Et afsnit, som afdækker de fagprofessionelles beskrivelse af risikogruppen og de triggere i et forløb, der kan føre til en tvangsindlæggelse.
- Et afsnit, som giver billeder af borgernes fortællinger om, hvad der har været i spil for dem, før de blev indlagt med tvang.

2.1 Karakteristika for borgere og forløb

I dette afsnit beskrives de fagprofessionelles bud på karakteristika for de borgere, der indlægges med tvang. Der er også en beskrivelse af de triggere, som ifølge de fagprofessionelle kan føre til tvang. De fagprofessionelles bud er indsamlet på to workshops og to fokusgruppeinterview med i alt 49 repræsentanter fra samtlige regioner og et bredt udsnit af kommunerne¹. De fagprofessionelle pegede på følgende borgerkendetegn, som ikke opgøres systematisk via registreringer i fagsystemerne.

2.1.1 Borgerkendetegn

Voksne:

- Medicinsvigt
- Manglende sygdomserkendelse
- Misbrugsproblematikker
- Selvskade
- Manglende mestringsstrategier
- Historik med indlæggelser bag sig (systemafhængighed)
- Livskriser
- Manglende compliance
- Dysregulering (borgeren udtrykker ekstreme følelser og er ikke i stand til at kontrollere, hvad han/hun føler)
- Komorbiditet (Lav IQ)
- U hensigtsmæssige adfærdsmønstre.

Børn og unge:

De fagprofessionelle på børn- og ungeområdet pegede på samme karakteristika. De oplever at konsekvenserne af selvskade og ekstrem spiseforstyrrelse fylder meget. Medicinsvigt har derimod mindre betydning. Endelig pegede de på relationsforstyrrelser som et karakteristikum som fylder blandt de unge som indlægges med tvang. Det er børn og unge, som har behov for solide faste rammer, hvor der er kompetencer, som kan rumme deres udfordringer.

2.1.2 Forløbskendetegn — triggere

På listen nedenfor er der både mere personrelaterede triggere (livskriser, misbrug, relationer som går galt mm.) og systemtriggere (ændringer i rutiner, relationer og rammer). Nogle af disse systemtriggere indgår og beskrives yderligere i denne afdækning²:

- Isolation og ensomhed
- Relation til professionelt netværk fungerer ikke optimalt. Det kan betyde, at man bruger vagtlæger (som hurtigere indlægger med tvang), eller at de fagprofessionelle ikke spotter behov for hjælp/deeskalerer situationen
- Konflikter med netværk (naboer, familie, venner og bekendte)
- Misforståelser som vokser sig store

¹ En mere præcis beskrivelse af deltagelsesgrundlaget fremgår af metodeafsnittet

² Se kapitel 3: Tilgængelighed af indsatser, som kan forebygge indlæggelser med tvang.

- Følelsen af svigt som medfører at trykthed forsvinder (fra fagprofessionelle, civilsamfund mv.).
- Udefrakommende konflikt eller voldsom begivenhed
- Massivt indtag af alkohol og stofbetingende psykoser

Repræsentanter fra civilsamfundsorganisationerne supplerede listen med:

- Forværring i forpintethed. Hvis ikke der er nogen, der reagerer på forværring i forpintethed, er der risiko for, at kaos overtager og man mister selvkontrollen. Ingen adgang til fx opioider, frivillig indlæggelse/hjælp
- Væsentlige forandringer i livssituation (mister bolig, ægtefælle, økonomisk grundlag mm.)
- Oplevelse af ikke at blive lyttet til, som fx at andre definerer ens behov, eller at man ikke bliver taget alvorligt
- Slukket håb og drømme som teenagere og mistet tro på at de kan hjælpes - nogen kæmper og nogen giver op, og mister lyst til at leve, andre flygter og kommer til at leve usle liv.

I denne afdækning bruges ordet risikogruppe som en overordnet navngivning af mennesker, som er i risiko for at blive indlagt med tvang. Der ligger ikke en nærmere definition bag navngivningen.

Parametre som har betydning for det organisatoriske set-up i et tværsektorielt samarbejde:

De fagprofessionelle pegede på mindst tre parametre, som har betydning for rammerne for en forebyggende indsats.

1. Hyppighed i indlæggelser (forventning om gentagne tvangsindlæggelser)

Der er borgere, som tvangsindlægges én gang på grund af en voldsom hændelse, som eskalerer til adfærd som opleves faretruende, fx skilsmisse, ulykker m.v. Disse borgere vender typisk ikke tilbage og det er ikke relevant at etablere et forebyggende beredskab. Der bør være fokus på gengangerne i et mere systematisk tværsektorielt samarbejde om forebyggelse af tvangsindlæggelser.

2. Boform

Den gruppe borgere, som hyppigst indlægges med tvang, bor i et botilbud. Etableringen af botilbudsteam er et eksempel på et systematiseret samarbejde, som har haft positive resultater i forhold til at forebygge tvang. Der er også borgere, som bor i egen lejlighed med en bostøtte eller et mere omfattende indsatsstillads (matrikelløs indsats). Endelig er der borgere, som bor på gaden, i lejligheder uden støtte, forsorgshjem m.m. Disse forskellige boformer konstituerer forskellige rammer for at opbygge et tværsektorielt samarbejde om at forebygge tvangsindlæggelser.

3. Geografi

Input fra de fagprofessionelle peger på, at afstand til en Psykiatrisk behandlingslokation eller indsatser i socialpsykiatrien kan være en selvstændig udfordring, eller skabe nogle andre betingelser for tværsektoriel koordinering.

2.1.3 Borgernes oplevelse af hvad der kan trigge en indlæggelse med tvang

I interviewene med borgerne og de pårørende kom der en række eksempler på, hvad der triggede en indlæggelse med tvang.

De interviewede borgere og pårørende nævnte en række triggere for indlæggelse med tvang fx, medicinvægring, faretruende selvskadende adfærd/planer om at tage eget liv, konflikter, dysregulering, truende adfærdsmønstre, ikke at blive lyttet til, følelse af svigt, som får trygheden til at forsvinde, belastningsreaktioner, misbrug samt eskaleret psykisk sygdom og voldsomme begivenheder. De interviewede borgeres oplevelse af, hvad der trigger en indlæggelse, overlapper dermed med de professionelles.

Citaterne neden for beskriver borgernes og de pårørendes oplevelser:

- *"Jeg havde konflikter med personale. Personalet havde et stort reguleringsbehov. Jeg reagerede på manglende forståelse. Jo mere jeg reagerede - jo mere medicin fik jeg. Personalet ville adfærdsændre mig. Derfor tog jeg en overdosis og selvskadede."*
- *"Han stoppede med at spise. Alle var bange for ham. Kontaktpersonen prøvede at få ham indlagt frivilligt, de ville ikke have ham, fordi han ikke ville tage sin medicin. Botilbuddet kæmpede virkelig. Han slog sin kontaktperson ned. Han ville ikke samarbejde, og han mente, at det var psykiatrien, der gjorde ham syg. Blev til sidst indlagt på røde papirer i flere måneder og tvangsmedicineret."*
- *"Jeg havde hallucinationer og vrangforestillinger. Jeg bliver erklæret syg, fordi jeg er autonom."*
- *"Det gik i hårdknude, eller personalet læste hende ikke rigtigt, hvis hun havde en dårlig dag. Blev udadreagerende. Der er medicin hun ikke kan tåle, og det har ført til indlæggelser. Typisk indlagt somatisk med selvskade og senere på lukket psykiatrisk afdeling."*
- *"Medicinvægring og vrangforestillinger var grunden til indlæggelserne. Blev voldsomt udadreagerende og farlig."*
- *"Efter jeg blev udskrevet, havde jeg stadig de samme planer om selvmord og kontaktpersonen sagde: Så hun bliver nødt til at blive indlagt igen. Men de ville ikke have mig, og så satte det sig fast, og så ville jeg ikke indlægges. Det endte med at bostøtten gik ud og låste døren, og kom tilbage og sagde, at jeg skulle indlægges, selvom jeg ikke gad. Så ringede de efter politiet."*

- *"Personale blev utrygge ved ny adfærd. Har været meget selvskadende – skar i mig selv og tappede blod."*
- *"Der kommer en udvikling i mine symptomer, som gør mine omgivelser og mig selv usikker. Presset, kan ikke forvalte min energi. Der bliver hældt for meget oveni hinanden. Det er en kendt trigger - det skaber angst. Ender med at jeg bliver dissocieret. Skifter til en anden personlighed. De sker sjældent, når min kontaktperson er der."*
- *"Kan ikke helt selv forstå det."*
- *"Drikker 30 genstande om dagen. Det eskalerer. Mit hjem sander til. Ubeboeligt. Hjemmevejleder kunne ikke være i hjemmet. Kommer på herberg, hvor man ikke må drikke. Jeg bliver smidt ud. Indlagt. Blev smidt ud til gaden fra psyk. Stemmerne bliver mere kraftige. Det slider på mit netværk. Jeg mistede mine venner. Det var dem, der fik fat på politiet."*
- *"Jeg er meget dårlig til at bede om hjælp. Det vokser, og så er det ligesom for sent. Mistet mange veninder med selvmord. Det har gjort noget ved mig."*
- *"Hvis jeg blev misforstået af det team, jeg var tilkøbet, er jeg nogle gange blevet tvangsindlagt. Ville gerne bare dø. Har selvmordsplaner og tanker. Og det er i nervøsitet for dette jeg bliver indlagt."*

Der er meget på spil for borgerne og nogle af faktorerne i det der udtrykkes er: Psykoser der ofte er udløst af alkohol eller stoffer; selvskade; udfordringer med at tackle relationer og konflikter; tanker eller følelser, der vokser sig store; der bliver hældt for meget oven på hinanden; håbløshed og følelse af svigt; et oprør mod et system, der vil adfærdsændre og påføre sygdom; en personlighed som ikke kan blive accepteret; at ingen lytter; adfærd, som gør omgivelser utrygge og borger misforstås; tab af selvkontrol; vrede/fysiske angreb samt modstand mod at tage medicin.

3. DEL 2 - Tilgængelighed, kontinuitet og fælles sprog

Afdækningen i del 2 har fokus på faktorer, som enten kan virke forebyggende eller forøge risikoen for indlæggelser med tvang. Disse faktorer er grupperet i tre analysetemaer:

1. Tilgængelighed
 - Kan borgeren faktisk få adgang til de indsatser, der skal forebygge tvang?
 - Barrierer: ventetid, kriterier, geografi, transport, mismatch mellem tilbud og behov.
2. Kontinuitet
 - Oplever borgeren sammenhæng, stabile relationer og koordinerede forløb?
 - Handler om skift, overgange, brud, ansvarsdeling og samarbejde mellem sektorer.
3. Fælles sprog/responsivitet
 - Er kommunikationen inkluderende eller ekskluderende? Bliver borgeren lyttet til, forstået og får hjælp, når de taler deres eget sprog, eller oplever de, at de skal tale systemets sprog?
 - Handler om kommunikation, fælles sprog og oplevelse af respekt eller stigmatisering.

Formålet med de tre analysetemaer er at tydeliggøre, hvordan strukturelle, relationelle og kommunikative forhold i borgernes forløb påvirker risikoen for tvangsindlæggelser.

3.1 Tilgængelighed af indsatser der kan forebygge indlæggelser med tvang

De interviewede repræsentanter fra civilsamfundsorganisationer oplever, at begrænsninger i adgangen til behandling og/eller forebyggende indsatser, som matcher borgernes behov, er en udfordring, som øger risikoen for at blive indlagt med tvang. De peger primært på tre faktorer, som mindsker tilgængelighed:

- Kapacitet/kriterier, der begrænser adgang: Mangel på fx sengepladser, snævre kriterier for at modtage behandling i psykiatrien og mangel på tilbud medfører ifølge fagprofessionelle, borgere og civilsamfundsorganisationer, at det er svært at få hjælp, der kan forebygge indlæggelser med tvang.
- Flexibilitet i forebyggende forløb: Ambulante tilbud (fx F-ACT), behandlingstilbud, socialpædagogiske tilbud, støtte til at mestre hverdagen mm. er ikke udformet, så de matcher borgernes deltagelsesevne og behov
- Geografi: Afstand og transport er barrierer i forhold til at få adgang til forebyggende hjælp for personer med store psykiske udfordringer.

Nedenfor er der beskrivelser af borgernes og de pårørendes oplevelse af manglende tilgængelighed i forhold til forebyggende indsatser i forløb med indlæggelse med tvang. Problemstillingen rammesættes af civilsamfundsorganisationer, repræsentanter fra alle regioner og kommuner fra alle regioner. Endelig er borgerne og de pårørendes oplevelser valideret på tværsektorielle workshops med repræsentanter fra 4 regionale behandlingslokationer og 4 kommuner. I metodekapitlet er bredden og omfanget af videns opsamlingen nærmere beskrevet.

Det har ikke været muligt, at få borgerinterviews, som kan belyse udfordringer ift. afstand og transport. Dette tema belyses derfor ikke særskilt i denne afdækning, men indgår som delelement i tilbagemeldingerne fra fagprofessionelle.

3.1.1 Kapacitet og kriterier der begrænser adgang

Dette afsnit er opdelt i to hovedafsnit, der afdækker henholdsvis voksenområdet og børne- og ungeområdet.

Beskrivelsen af hvert område er delt i tre underafsnit:

- En indledende rammesætning af problemstillingen.
- En beskrivelse af borgernes og de pårørendes oplevelser af begrænsninger i tilgængelighed til indsatser, som kan forebygge indlæggelser med tvang.
- De fagprofessionelles validering af borgernes og de pårørendes perspektiver.

Det skal understreges, at angivelsen af, at kriterier for indlæggelser begrænser adgangen til indsatser, som kunne forebygge tvang, bygger på borgernes og andre informanternes oplevelser. Denne afrapportering har fokus på informanternes oplevelser og vurderinger og evt. uoverensstemmelser mellem faktiske visitationskriterier og informanternes vurderinger og oplevelser er ikke korrigeret under samtalerne.

Rammesætning af tilgængelighed fra civilsamfundsorganisationer og fagprofessionelle

Dette afsnit baserer sig på interviews med repræsentanter for civilsamfundsorganisationer og fagprofessionelle. Beskrivelser og vurderinger i afsnittet kan alle henføres til disse informanter.

Repræsentanterne fra civilsamfundsorganisationerne peger samstemmende på, at kapacitetsudfordringer og adgangskriterier i behandlingspsykiatrien udgør en central barriere for forebyggelse af tvangsindlæggelser. Ifølge civilsamfundsaktørerne fører gentagne afvisninger til en forværring af symptomerne blandt borgere, der allerede befinder sig i en sårbar situation. Når borgere ankommer til den psykiatriske akutmodtagelse, kræver det ofte betydelige mentale og emotionelle ressourcer hos borgeren, og en afvisning kan forstærke afmagtsfølelsen og reducere sandsynligheden for, at borgeren søger hjælp ved fremtidige kriser.

Ventetiderne beskrives som belastende. For borgere, der opsøger hjælp med henblik på en frivillig indlæggelse, kan den lange ventetid i akutmodtagelsen opleves som uoverskuelig. Tilbud om indlæggelse er betinget af, at borgeren aktuelt ikke kan tage vare på sig selv, uanset hvilken diagnose borgeren har. Det er borgerens funktionsniveau, der er afgørende for, om borgeren indlægges. Psykiateren tager overordnet set stilling til, om patienten aktuelt har et funktionsniveau, som er lavere end hos de øvrige indlagte patienter. Er det tilfældet, bliver den patient med det højeste funktionsniveau udskrevet, og den nye patient får pladsen. Repræsentanter fra civilsamfundsorganisationer vurderer, at der er meget der tyder på, at funktionsniveauet, som muliggør indlæggelse, generelt ligger på et for lavt niveau. Genindlæggelsesprocenten (inden 30 dage) er høj. Det kan ifølge en civilsamfundsorganisation skyldes, at behandlingen ikke er stabiliseret tilstrækkeligt, så funktionsniveauet synker meget hurtigt efter udskrivelsen og betinger en genindlæggelse.

Afvisninger og hurtige udskrivelser kan føre til strategiske adfærdsændringer. Borgerne ændrer fx beskrivelsen af deres udfordringer, så sandsynligheden for at opfylde kriterierne for at blive indlagt øges, eller de opbygger mistillid og holder sig væk. Selvskade kan også blive en mestringsstrategi for at få adgang til en indlæggelse. For de borgere der holder sig væk, fordi de forventer en afvisning, kan resultatet være alvorlige belastningsreaktioner, eskalering i dysfunktionel adfærd og forværring i sygdommen, som i sidste ende kan føre til indlæggelser med tvang.

Fagprofessionelle i behandlingspsykiatrien fremhæver, at kapacitetsudfordringer i socialpsykiatrien også spiller ind ved indlæggelser med tvang. Botilbud kan have vanskeligt ved at håndtere forværringer i borgernes tilstand – særligt om natten eller i weekender, hvor der er færre på arbejde. Det medfører, at borgere indlægges akut med tvang, selvom forløbet potentielt kunne være stabiliseret i borgerens nære omgivelser, hvis der havde været tilstrækkelig kapacitet.

Samlet set skaber kombinationen af oplevelsen af et begrænset antal sengepladser, snævre kriterier for visitation og manglende forebyggende kapacitet et system, hvor borgere oplever at stå uden reelle handlemuligheder. Dette kan være en medvirkende faktor til, at frivillig behandling glipper, og at tvang i stedet bliver anvendt.

Beskrivelse af problemstillingen fra borgernes perspektiv

Dette afsnit bygger på interviews med borgere og pårørende. Der findes en nærmere beskrivelse af borgernes alder, boform og karakteristika i metodeafsnittet. De interviewede borgere og pårørende beskriver deres oplevelse af tilgængeligheden af indsatser, som kan forebygge indlæggelse med tvang.

Ventetiden i akutmodtagelsen beskrives som en udfordring i forhold til at få adgang til behandling. Flere oplever også visitationen og indlæggelserne som en audition, hvor de bliver overvåget i forhold til, om de er syge nok. De oplever, at baggrunden for afvisninger og korte indlæggelser skyldes, at der ikke er pladser nok, og at psykiatrien ikke tror på, at de er syge nok.

Nedenfor er der udvalgt en række citater fra interviewene, som illustrerer borgernes oplevelser.

Ventetid og andre adgangsbarrierer

En del af de interviewede borgere beskriver, at det kræver stor overvindelse at vente i flere timer i den psykiatriske akutmodtagelse. Mange er mest udfordret aften og nat, hvor de ikke kan ringe til egen læge:

- *”Når man er rigtig dårlig, skal man forsvare, at man har det dårligt og har brug for en almindelig indlæggelse. En kæmpe overvindelse at skulle igennem egen læge, psyk vagt, bagvagt. Siger til sig selv: Måske kan jeg klare det en dag mere. Hvis man kontakter vagtlæger ved man ikke, hvad man møder. Det kræver for mange ressourcer. Bedre med egen læge, men jeg er mest udfordret aften og nat - så ender det med en indlæggelse med tvang.”*

Lidt under halvdelen af de interviewede borgere og pårørende beskriver, at de ikke kan få hjælp eller er blevet afvist. De fleste har svært ved at sige hvorfor, men deres umiddelbare oplevelse er, at det er på grund af travlhed:

- *”Oplever at jeg skal sælge mig selv for at blive indlagt. Følte også at jeg blev overvåget for, at de kunne udskrive mig så hurtigt som muligt.”*

- *"Man kan ikke få den hjælp, man har brug for, bliver afvist, men har man været i systemet med indlæggelser på indlæggelser på indlæggelser og hurtige udskrivelser i mange år er det også svært at komme ud igen."*

Ca. en fjerdedel af de interviewede borgere og pårørende oplever, at de bliver afvist, fordi de ikke opfylder kriterierne for indlæggelse (fx pga. diagnose, misbrug). Der er også pårørende, der beskriver uhensigtsmæssige kriterier:

- *"Hun gik 40.000 skridt om dagen og havde haft spisestop i 3 uger. På trods af det, var hun ikke syg nok til at blive indlagt. Vi stod ved døren for at høre, om hun trak vejret. Hun har stået med det ene ben i graven flere gange. De ser ikke, at det er sygdommen, som siger nej til behandling. De ryger ind og ud på somatiske indikationer (farlig vægt), men de har brug for en autoritet, som står over deres psykiske sygdom, og behandler dem for deres psykiske sygdom før det er for sent, og sygdommen fuldstændig dominerer og terroriserer dem."*
- *"Jeg kunne ikke få lov til at følge behandling på grund af voldsomt misbrug (alkohol og opioidafhængighed). Fordomme mod folk med dobbeltdiagnoser. Misbrugere får ikke hjælp. Jeg bliver smidt ud fra psyk til gaden. Alternativet er Griffenfeldtsgade, der kan man få lov til at være – men ingen penge til mad – de går til alkohol."*

Ca. halvdelen af de borgere og pårørende, vi har talt med, oplever, at de hurtigt bliver udskrevet, og mange kalder det tvangsudskrivelser. De oplever, at udskrivelserne skyldes mangel på sengepladser eller vurderinger af, at de ikke er syge nok. Det skal understreges, at flere også har haft meget lange indlæggelser:

- *"Vores søn kunne have sparet 15 år i psykiatrien. Han røg ind og blev udskrevet for hurtigt utallige gange. Da de gav ham et ambulant forløb (projekt om medicinudtrapning) vendte det. De kom i hans hjem 2 gange om ugen, hvor de kunne se, hvordan det fungerede i hjemmet. Vi kæmpede meget hårdt for at få dem til at visitere ham til projektet."*
- *"Jeg bryder mig ikke om begrænsningerne på brugerstyrede senge³. Synes det er latterligt, at man kun kan være der 3 dage. Fint koncept som kan forebygge tvangsindlæggelser, men rammerne er for dårlige. Varighed og mere tid til at snakke med patienterne. Folk ved ikke, hvordan det er at komme ind og skulle ud efter et par dage."*

I interviewene er der også indikationer på, at borgerne ændrer adfærd på grund af afvisninger. De fleste kender til at ændre sprogbrug for at blive taget alvorligt, brug af selvskade for at få adgang eller at holde sig væk på grund af mistillid:

- *"Jeg kan godt finde på at selvskade for at blive indlagt."*
- *"Det er svært at få hjælp, når man selv beder om det. Jeg bliver indlagt mod min vilje."*

³ Udvalgte psykiatriske patienter har adgang til brugerstyrede senge. Der udarbejdes en kontrakt som berettiger dem til selv at bestemme, hvornår de vil gøre brug af en kort indlæggelse.

- *"Jeg har været hjemløs i 1½ år. Jeg søgte ikke hjælp og fik ikke hjælp. Jeg har svært ved at have kontakt med nogen. Man kan ikke komme ind til mig, og jeg bliver indlagt med tvang. Jeg bliver meget hurtigt udskrevet, når jeg indlægges med tvang."*

Adgang til ambulant behandling i psykiatrien

Flere borgere og pårørende, som har deltaget i et interview, oplever at adgangen til ambulant behandling/F-ACT⁴ ikke er tilstrækkelig:

- *"Aftalen er, at vi skal tale sammen en gang om måneden. Der kan gå to måneder mellem samtalerne. De er presset derude og har ikke tider til det."*

Adgang til hjælp visiteret af kommunerne

Næsten trefjerdedele af de interviewede borgere, bor på et botilbud. En del af dem har tidligere haft en oplevelse af, at det er svært at få hjælp, men de begrundet det ikke med et kapacitetsproblem eller et adgangskriterium. Hovedparten af dem der bor på et botilbud, oplever at de nu har adgang til hjælp. Afvisninger i forhold til visiteret hjælp fra kommunerne er umiddelbart mere komplekse og uigennemskuelige for borgerne at beskrive, end når de afvises i den psykiatriske akutmodtagelse (PAM). Manglende adgang til tilbud begrundes primært med, at de ikke opfylder kriterier for bostøtte efter SEL §85. Nogle få beskriver, at man ikke får tilstrækkelig hjælp på sit botilbud, og at mangel på personale på botilbud kan være årsag til indlæggelse med tvang.

- *"Hvis der er manglede personale eskalerer situationer. Hun kom op at skændes med personalet, når de havde travlt og det skal man jo ikke. Man skal kunne deeskalere situationer. Det førte til tvangsindlæggelser."*
- *"Fandt et tilbud til mig, som har lydt som noget de bare har fundet på nettet, og ikke har passet til mig. Jeg har haft en praktikplads, jeg gerne har villet holde på, og på grund af det har kommunen ikke rigtig tilbudt mig noget. Det var noget gennem ressourceforløbstilbuddet. Har også haft bostøtte, men det var jo rengøring en gang om ugen."*
- *"Det med at kunne skrue op og ned for hjælpen. I nogle perioder kan man sige sluk, og i andre perioder kan det skrues op. Dette ville være supergodt i min situation, så der ikke ligger helt så klare roller for, hvad man skal. De gange jeg har søgt 85 har der været et krav om selvoptimering. Og det synes jeg selv hun har arbejdet med. Man kunne ikke få støtte uden at udvikle sig, og det er da helt vildt, når der er nogen der har det så dårligt."*

Opsummering

Lidt under halvdelen af de interviewede borgere og pårørende oplever, at de har svært ved at få hjælp på grund af ventetid, manglende tilgængelighed, visitationskriterier (at de ikke vurderes til at være syge nok), eller fordi der ikke er plads eller tilstrækkelige personaleressourcer.

⁴ F-ACT er en forkortelse for Flexible Assertive Community Treatment og er en hollandsk videreudvikling af den amerikanske ACT-model (Assertive Community Treatment). Modellen er baseret på tværfaglige teams, der besidder en bred vifte af kompetencer, som stilles til rådighed for patienterne, fx recoverymentor (Peer-specialist), psykiater, psykolog, sygeplejerske, ergoterapeut, socialrådgiver og jobkonsulent.

De fagprofessionelles validering af borgernes og de pårørendes perspektiv

Borgernes oplevelse af begrænsninger i adgangen til indsatser, som kan forebygge tvang på voksenområdet, er valideret og udfoldet i tværsektorielle workshops i tre kommuner og de dertil knyttede regionale behandlingslokationer. Bredden i forhold til repræsentation af fagprofessioner i denne validering er beskrevet i metodeafsnittet.

Der er forskelle i tilbagemeldinger fra de tre valideringsworkshops fra de fagprofessionelle i forhold til om afdækningens fund er genkendelige.

Adgang til frivillig behandling i psykiatrien

Der er én af de regionale behandlingslokationer, som klart kan genkende de udfordringer, som borgerne oplever. Der er en anden, som kan genkende udtalelserne, men som ikke oplever udfordringer med den effekt, som borgerne beskriver. Endelig er der en behandlingslokation, som delvist kan genkende udfordringerne. Som beskrevet i metodeafsnittet udvælges kommuner og de tilhørende behandlingslokationer ud fra et kriterie om at favne forskelle i forhold til erfaringer med særlige indsatser, rammevilkår og målgruppeudfordringer. Det forventes dermed, at der er en vis diversitet i tilbagemeldinger fra de tre gruppeinterviews.

I en af behandlingslokationerne kan deltagerne genkende citaterne om, hvor vanskeligt det er at blive frivilligt indlagt. De kan også genkende borgernes beskrivelser af følelsen af at være til en audition, fordi der er kamp om pladserne. Deres indtryk er at mange opgiver på forhånd, når de ser et fyldt venteværelse - særligt de patienter, som må rejse langt. De beskriver, at antallet af pladser er begrænset, fordi det er svært at rekruttere personale. Derfor er det nødvendigt at sende patienterne hjem tidligere, end de selv ønsker. De professionelle kan genkende den ængstelse, det skaber, når patienterne er usikre på, hvornår de bliver udskrevet.

Afdelingerne indgår særaftaler, så nogle patienter kan komme så ofte de vil i et begrænset antal dage, for at imødekomme de mest udfordrede patienters behov.

I den anden behandlingslokation kan deltagerne genkende udtalelserne, og de anerkender, at det er oplevelser, de ikke kan tage fra patienterne. De beskriver, at der er hyppige gengangere, som oplever sig afvist, at kontakten ikke er tæt nok, og at indlæggelserne er for korte, selvom der er personale tæt på dem. Hvis man har selvmordstanker uden reelle planer, kan det også være svært at forstå, at man ikke kan blive indlagt med det samme. De udskriver ikke pga. af kapacitetsudfordringer, men på baggrund af faglige vurderinger. De har ingen problemer med at rekruttere personale og har en god normering. Om natten kan patienter dog komme til at vente på at tale med en læge, fordi der er en kapacitetsbegrænsning på adgangen til læge om natten.

I den tredje behandlingslokation kan deltagerne ikke afvise, at nogen i risikogruppen oplever manglende tilgængelighed til frivillige indlæggelser. Der er en høj belægning på afdelingerne, og det er et hensyn, at undgå for mange indlæggelser. Indsatsen for at sikre adgang til indlæggelse og ambulant forebyggende indsatser er intensiveret. Der er dog eksempler på indlæggelsesvurderinger

som overser ”gamle” psykiatriske borgere. De fleste borgere over 30 år i risikogruppen vil gerne opleve et ja tak til indlæggelse. De vil mødes med, ”hvor er det godt, at du kommer”.⁵

Der er deltagere fra kommunerne, som oplever, at det er blevet vanskeligt at sikre tilgængelighed til indsatser, som kan forebygge tvang. Indsatser med et forebyggende sigte, som har et element af behandling, nedprioriteres (fx NADA og stemmehøregrupper⁶).

Opsummering

De fagprofessionelle kan genkende borgernes oplevelse af at blive afvist og hurtigt udskrevet, men de nuancerer også beskrivelserne primært med følgende tilbagemeldinger:

- Der kan være diskrepans mellem behandlingspsykiatriens vurderinger i visitationen og borgernes egen oplevelse af behovet for behandling
- Der er en udvikling i gang, hvor der er større fokus på at tilpasse forebyggende indsatser og lette adgangen for de mest udsatte borgere, som er kendte gengangere i psykiatrien.

Rammesætning af problemstillingen på børne- og ungeområdet

Vidensindsamlingen på børne- og ungeområdet er ikke så bredt funderet som på voksenområdet. Der er gennemført to gruppeinterviews med repræsentanter fra samtlige regioner med erfaring fra lukkede og åbne sengeafsnit, den psykiatriske akutmodtagelse (PAM) og F-ACT. Det har ikke været muligt at få bred repræsentation fra kommunerne. Kommunerne har så få borgere i målgruppen, at det alene var Aarhus Kommune, som vurderer, at de har den nødvendige erfaring til at kunne bidrage til undersøgelsen. Der er gennemført tre interviews med unge, som har været indlagt med tvang i børne- og ungepsykiatrien. Der er dog flere af de interviewede, som har været tilknyttet børne- og ungepsykiatrien og derfor bidrager med deres erfaringer. Endelig er der gennemført en tværsektoriel valideringsworkshop med fagprofessionelle fra Region Midtjylland, Aarhus Kommune og et regionalt botilbud. Nedenfor fremhæves de områder, hvor vi vurderer, der er forskelle mellem voksen-, og børne- og ungeområdet.

På børne- og ungeområdet genfindes flere af de samme udfordringer som på voksenområdet, men fagprofessionelle peger på nogle særlige mekanismer, der forstærker problemerne. Kommuner har ofte en lille målgruppe af unge med risiko for tvangsindlæggelser, og de råder derfor sjældent over egne specialiserede tilbud.

Lang ventetid på udredning og behandling opleves som en systematisk belastning for både børn, unge og deres familier. Ifølge de fagprofessionelle i kommunalt regi kan ventetiden skabe en

⁵ Beskrivelse af indsatserne kan bl.a. ses i afsnit 5.1.4 og i bilag

⁶ NADA (National Acupuncture Detoxification Association) er en nonverbal øreakupunktur-behandling, der bruger fem små nåle i øret for at skabe balance i krop og psyke, reducere stress, angst, søvnproblemer, uro, tankemylder og afhængighedssymptomer, og styrke kroppens egne ressourcer. Stemmehøre grupper giver deltagerne mulighed for at dele erfaringer med andre stemmehørere og at høre, hvordan andre har det med at have stemmer.

oplevelse af stilstand og usikkerhed, hvor familierne skubbes ud i en form for "kriseudmattelse", før der opnås adgang til specialiseret hjælp.⁷

De kommunale repræsentanter vurderer, at der er et potentiale i at styrke den ambulante behandling i psykiatrien. Behandlingspsykiatrien har en forventning om, at den kommunale indsats samler op på psykiatriens indsatser med individuelle forløb, som også har et behandlingssigte. Der er med andre ord en oplevelse af opgaveglidning på et område, hvor målgruppen er lille, og kommunerne ofte ikke har specialiserede tilbud.

De kommunale repræsentanter vurderer også, at der ofte mangler tidlig og fælles analyse af den unges behov. De fremhæver, at en mere integreret tilgang – hvor region og kommune tidligere i forløbet mødes med den unge og familien – kan forebygge intensiverede kriser og reducere risikoen for indlæggelser med tvang. Der er behov for, at region og kommune rykker sammen tidligere med en mere forebyggende tilgang, hvor den unge kommer på banen, så man kan få anskueliggjort den unges tanker og ønsker. Det er mere komplekst end på voksenområdet, fordi indsatsen skal rettes både mod den unge og forældrene.

Regionernes rammesætning af problemstillingen om tilgængelighed handler mere om adgangen til tilbud, som matcher de unges behov på det socialpsykiatriske område, end om kapacitet, adgangskriterier eller ventetider. Dette beskrives i afsnit 3.2.

Beskrivelse af problemstillingen fra de unges perspektiv

Tilbagemeldinger fra de unge, som vi har talt med, afviger ikke væsentligt fra de voksnes. Det er ikke muligt at generalisere ud fra de relativt få interviews, som vi har haft. Samtaler med unge, pårørende og voksne, som har erfaringer med børn- og ungepsykiatrien i øvrigt, kan indikere, at de oplever, at det er sværere at blive indlagt, hvis man har sine forældre i ryggen. De giver også et billede af, at de først bliver taget alvorligt efter mange års indlæggelser. Men på baggrund af de indsamlede data i dette projekt, er det ikke muligt at konkludere, at der er denne forskel.

- *"Jeg er kommet nogle gange frivilligt, hvor psykiatrien har sagt: Du kan jo kommunikere og er her (sammen med din mor), så du behøver ikke at blive indlagt. Min mor stod og græd, fordi hun ikke kunne passe på mig, men de indlagde mig ikke – fordi jeg er autist."*
- *"Hvis min mor kørte mig på PAM⁸, da jeg var tilknyttet ungdomspsyk, så fik hun besked på at køre mig hjem igen. Jeg er blevet afvist mange gange. Man skal sælge sig selv, når man går til audition for at blive indlagt. Hvis man bliver indlagt, bliver man overvåget, så de kan udskrive hurtigst muligt."*
- *"Selvskade bliver ikke taget alvorligt, når man er helt ung: 'Du vil bare have opmærksomhed'. Det er først, når man har været i systemet i mange år, at man bliver taget alvorligt og kan få hjælp."*
- *"Havde på et tidspunkt en samtale med en socialrådgiver, hvor jeg troede, at hun lyttede til mine behov for hjælp, men der kom aldrig noget ud af det."*

⁷ Det skal bemærkes, at Det Økonomiske Råd finder, at det særligt er ventetiden før henvisning til udredning og behandling, der belaster børn, unge og deres familier. Kilde: Det Økonomiske Råds vismandsrapport: Dansk Økonomi, efteråret 2025.

⁸ Psykiatrisk akutmodtagelse.

- *”Det er svært for mig at få hjælp. Bliver indlagt med tvang: Når jeg har abstinenser efter stoffer, så er der nogen som ringer efter politiet.”*

De fagprofessionelles validering af de unges perspektiv

Repræsentanter fra behandlingspsykiatrien, kommunal myndighed i Aarhus Kommune og et regionalt botilbud validerer og nuancerer problemstillingerne om manglende tilgængelighed til indsatser, som de unge oplever. kan forebygge tvang. Nedenfor beskrives observationer fra workshoppen om genkendelse af de unges udsagn, nuanceringer af de unges udsagn og forslag til tiltag, som kan styrke indsatsen.

Validering af, om afdækningens fund er genkendelige

Udmeldingen på tværs af repræsentanter fra den regionale behandlingspsykiatri, botilbud og repræsentanter fra det kommunale myndighedsområde er, at udsagnene fra de unge om tilgængelighed er genkendelige. Der er intet atypisk ved dem.

Supplerende og nuancerende input

Deltagerne i workshoppen udfolder problemstillingen med en række supplerende perspektiver, som er særlige for børne- og ungeområdet. Beskrivelser og vurderinger i dette afsnit baserer sig alle på udtalelser fra workshoppen.

For det første fremhæves det, at børne- og ungepsykiatrien er bedre end sit rygte. Der er en god udvikling på vej i behandlingspsykiatrien. Fagprofessionelle fra behandlingspsykiatrien anfører, at der fx ikke længere kræves en diagnose for at få hjælp i psykiatrien. Der er også en klar forventning om, at 10-årsplanen for psykiatrien vil sætte yderligere skub i udviklingen.

Et andet vigtigt perspektiv, der udfoldes på workshoppen, er de unges behov for at definere deres identitet i den voksentilblivelsesproces, som de er midt i. For den mest udfordrede målgruppe er psykiatrien blevet et sted, som de kender, og som de gerne vil holde fast i. Den giver dem tryghed, og de opbygger en identitet som værende en del af psykiatrien. Derfor er der unge, som har behov for at blive ved med at bevise, at de er syge nok. De er bange for, at man tror, at de er blevet raske. Det er et tilhørsforhold på godt og ondt. På den ene side er det godt, at de finder en tryghed i deres forpintethed i behandlingspsykiatrien. På den anden side er det vigtigt at få dem videre ud i almene fællesskaber. De lange indlæggelser, som nogle unge ønsker, er ikke uproblematisk. I psykiatrien kan man træne hverdag og struktur med dem på et reduceret arousal-niveau (fx en mere bestemmende tilgang – særligt på afdelinger med spiseforstyrrede). Når de kommer ud, skal de til at øve sig i at få en hverdag og en struktur på et mere almindeligt arousal-niveau og i en mindre styret ramme. Deres forældre glæder sig til at få deres ”gamle datter” hjem. Det kan bekymre mange unge, fordi de ved, at de aldrig bliver, som de var engang.

I psykiatrien er ønsket om normalitet efterstræbelsesværdigt. De unge skal helst nå dertil, at de ønsker at leve deres liv uden for behandlingspsykiatrien. Processen med at få de unge til at ønske sig normalitet kan blive svær, fordi de unge har levet et liv med psykiatrien, som kan være en fastholdende faktor i den unge identitetsudvikling.

Det er også en vigtig del af voksentilblivelsesprocessen at blive en del af et fællesskab. Det kan være en svær proces for de unge at få fodfæste i et fællesskab uden for psykiatriens verden. Det er et

kæmpe spring for de unge at kunne stille de rette forventninger og krav ind i de almene fællesskaber. Udfordringerne med at komme ind i fællesskaber uden for psykiatrien kan derfor blive en barriere i forhold til at ønske sig væk fra det psykiatriske system. For nogle af de unge kan fællesskabet sammen med andre, som har samme udfordringer (bl.a. på sociale medier), være bedre end intet fællesskab. Dette fællesskab, særligt på de sociale medier, kan trække de unge i en forkert retning. Mange diagnoser og mere selvskade kan give de unge en større stemme i denne type fællesskaber.

Opsummering

Hos de fagprofessionelle er der stor forståelse for de unges udsagn og ønsker om lettere adgang til at komme i sikkerhed i behandlingspsykiatrien. Af de ovenfor nævnte årsager vurderer de fagprofessionelle fra behandlingspsykiatrien ikke, at den bedste løsning til at forebygge indlæggelser med tvang er at sikre adgang til lange indlæggelsesforløb.

3.1.2 Fleksibilitet i forebyggende forløb

Dette afsnit er opdelt på samme måde som forrige afsnit om kapacitet og kriterier, der begrænser adgang til behandling og indsatser. Nedenfor er der to hovedafsnit, der afdækker henholdsvis voksen- og børn- og ungeområdet.

Beskrivelsen af hvert område er delt i tre underafsnit:

- En indledende rammesætning af problemstillingen.
- En beskrivelse af borgernes og de pårørendes oplevelser af begrænsninger i tilgængelighed til indsatser, som kan forebygge indlæggelser med tvang.
- De fagprofessionelles validering af borgernes og de pårørendes perspektiver.

Rammesætning af fleksibilitet fra organisationer og fagprofessionelle

Repræsentanterne fra civilsamfundsorganisationerne vurderer, at de forebyggende indsatser i høj grad er formet efter systemets logikker og tidsrammer frem for borgernes deltagelsesevne og aktuelle behov. Mange borgere i risikogruppen lever med en ustabil hverdag, kognitive vanskeligheder, angst, misbrug og/eller kaotiske sociale forhold. Dette gør det vanskeligt at møde op til faste aftaler, at indgå i pakkeforløb eller at navigere i komplekse systemer med skiftende relationer.

Flere civilsamfundsaktører fremhæver F-ACT som et eksempel på en indsats, der nogle steder fungerer fleksibelt og relations orienteret, mens den andre steder opleves som rigid og utilpasset til målgruppens behov. Ifølge aktørerne vil en mere opsøgende tilgang, hvor F-ACT kommer ud til borgerne i deres hjem og nærmiljø, give et bedre og mere realistisk billede af, hvad der er på spil for borgerne. Der er samtidig en oplevelse af, at når samarbejdet med F-ACT ikke fungerer, placeres ansvaret primært på borgeren. Hvis borgeren fx ikke møder op, afsluttes forløbet, uden at der tages højde for, at relationen også må etableres på borgerens præmisser.

Civilsamfundsaktørerne fremhæver, at mange tvangsindlæggelser finder sted uden for F-ACT's åbningstider. Der er behov for udekørende fagprofessionelle, der ikke blot kan foretage vurderinger, men også kan blive hos borgeren i længere tid og dermed potentielt nedtrappe situationer, så brugen af tvang kan undgås.

Patientstyrede senge er et godt initiativ, men der er for få af dem, så tiltaget ikke virker efter hensigten og dermed ikke sikrer den hurtige fleksible hjælp, som patienterne har brug for. Mange patienter bliver glade for en retspsykiatrisk dom, fordi den medfører en intensiv behandling med kontinuitet.

Recovery-mentorer, medicinudtrappingsprojekter, akutteams og andre mere mobile og skræddersyede indsatser nævnes som mulige løsninger, der kan forebygge indlæggelser med tvang. Fagprofessionelle fra Sundbyhus og Sociolancen, som møder nogle af de mest udfordrede borgere med psykiske lidelser, oplever, at borgere med misbrug rangerer lavest i hierarkiet. De afvises i akutmodtagelsen eller udskrives uden en plan for det videre forløb. Det kan være til Natcaféen, hvilket betyder, at de udskrives til gaden. De mest udsatte borgere har primært adgang til brandslukning. Der mangler ressourcer og tilgængelighed til forebyggende indsatser, som er udekørende og opsøgende. Det er vigtigt at være vedholdende og insisterende i kontakten, indtil de fagprofessionelle kan etablere en kontakt og komme ind. Den mest udsatte gruppe af borgere har begrænset adgang til indsatser med vide rammer, bl.a. for relations arbejdet.

Fagprofessionelle fra behandlingspsykiatrien vurderer også, at der er behov for, i højere grad at etablere udekørende funktioner (mobilteams), der kan have kontakt med borgere, som ikke i forvejen er kendt i psykiatrien. De vurderer, at et mobilteam kan bidrage til at deeskalere situationer i opløbet og dermed sandsynligvis reducere antallet af tvangsindlæggelser. De peger desuden på, at adgangen til indlæggelse for borgere i risikogruppen vil være mere fleksibel, hvis brugerstyrede senge er mindre bureaukratisk reguleret.

De fagprofessionelle i behandlingspsykiatrien beskriver også en række udfordringer i relation til den kommunale socialpsykiatri. De vurderer, at de pædagogiske tilgange, der anvendes på mange botilbud, ikke altid rækker når borgernes adfærd bliver kompleks eller dysreguleret. De oplever, at flere botilbud ikke har tilstrækkelige kompetencer eller ressourcer til at håndtere borgere med selvskade, misbrug eller komplekse personlighedsforstyrrelser, og at dette øger risikoen for, at kriser eskaleres og ender i tvang. Kvaliteten og kompetenceniveauet varierer især på private botilbud, som ifølge deltagerne ikke altid er rustet til at tage ansvar for risikogruppen.

Udfordringerne forstærkes yderligere, når borgere bor i eget hjem uden tæt støtte.

Deltagerne fra behandlingspsykiatrien beskriver, at nogle borgere i risikogruppen bor i eget hjem.⁹ Når disse borgere får en krise — særligt uden for bostøttens åbningstid — stiger risikoen for tvangsindlæggelse, fordi der ikke er adgang til et professionelt netværk, der kan hjælpe i situationen. Endelig fremhæver fagprofessionelle, at nogle borgere ikke modtager depotmedicin eller stabiliserende behandling, fordi socialpsykiatrien ikke har ressourcer til at ledsage dem. Dette øger risikoen for symptomforværring og akutte indlæggelser, herunder med tvang.

Fagprofessionelle fra kommunerne beskriver, at den forebyggende behandlingsindsats ikke er tilgængelig for de mest udfordrede borgere. Det gælder psykisk syge socialt udsatte borgere, borgere med komplekse dobbeltdiagnoser og borgere, som har svært ved at indgå i en relation. De borgere, der har sværest ved at tilpasse sig de traditionelle indsatser, får i mindre grad adgang til forebyggende behandling, hvilket kan forværre deres tilstand og øge behovet for tvangsindlæggelser.

⁹ Der var fagprofessionelle fra behandlingspsykiatrien, som mente det kunne være fordi, det ikke er muligt at finde botilbud hvor, de kan trives.

Borgernes og de pårørendes oplevelse af fleksibilitet i indsatserne

Hovedparten af de interviewede borgere fortæller, at de ikke tidligere har haft, eller aktuelt har adgang til indsatser, som de selv mener kan forebygge indlæggelser med tvang. Nogle siger nej til tilbud, fordi de ikke kan eller vil tilpasse sig til de rammer der er. Andre oplever at de bliver afvist, fordi de har den forkerte diagnose, er for syge, eller har en adfærd som ikke kan tolereres. Endelig er der borgere, der oplever, at kvaliteten i tilbuddene er for lav.

Adgang til psykiatriske behandlingstilbud

Borgere fortæller, at de har forkerte diagnoser eller er for syge til at få behandling:

- *"Autister bliver hurtigt smidt ud af psykiatrien, også af de ambulante tilbud."*
- *"Det gik også lidt langsomt med at få hjælp. Jeg passer ikke ind i kasserne. Jeg er for syg til at få psykologhjælp og min diagnose med borderline betyder, at jeg først bliver indlagt, når jeg får en psykose og bliver til fare for mig selv og andre. Måske er skylden for at jeg ender med tvangsindlæggelser halv/halv. Den ene halvdel er, at jeg ikke fortjener af få hjælp. Den anden halvdel er, at jeg ikke får hjælp."*
- *"Jeg bliver set på som et forkælet barn. Jeg har hørt dem sige: 'nu skal vi også have afleveret hende, så vi kan gøre vores arbejde'. Jeg har haft mange tvangsindlæggelser fra 2 dage til 2 mdr."*
- *"Der er ingen omsorg eller sympati i psykiatrien. Hvis jeg havde kræft, ville jeg få omsorg. De siger 'gå ind på dit værelse. Du ødelægger den gode stemning.' Min kontaktperson og min psykiater er de eneste, der har været gode ved mig. Min kontaktperson lovede mig, at hun ikke ville tvangsindlægge mig igen, men det gjorde hun. Hun kom for at besøge mig på hospitalet, men jeg havde mistet tilliden."*
- *"For mange år er gået med impulsive udskrivninger og afvisninger i akutmodtagelse, fordi man ikke er syg nok. Jeg passer ikke ind i kasserne, så jeg kan få hjælp. For syg til at komme til psykolog og NADA¹⁰."*

Adfærd, som ikke passer ind

Borgerne oplever, at de bliver mødt med krav om adfærdsregulering, og at de kun kan få hjælp, hvis de gør, som de professionelle siger. Samarbejdet med de professionelle opleves som konfliktfyldt. Nogle borgere bruger ord som overregulering og en diktatorisk tilgang. Konsekvensen er, at de enten ligger i krig med "systemet", eller at de flygter fra "systemet". Begge dele har ifølge nogle af de interviewede borgere ført til indlæggelser med tvang.

- *"Jeg ville ikke spise og lignende, men ville selvsbade og selvmord. Da jeg ikke ville samarbejde blev jeg tvangsudskrevet fra F-ACT. Jeg havde en ide om, at hvis jeg ikke tog medicin, fik jeg det så dårligt, at jeg kunne tage mit eget liv. Der gik derefter 16 dage, hvor jeg så blev indlagt med tvang."*
- *"Krig på botilbuddet ift. hvad de sagde jeg skulle og, hvad jeg havde lyst til at gøre. Diktatorisk tilgang fra ledelsen, som begrænser personalet i at møde mig. Omsorg skal begrænses – de har fyret personale, som var for engageret i de mennesker der boede her."*

¹⁰ Beroligende øreakupunktur.

- *"Jeg vil gerne have min selvstændighed, så nej. Udbrændt i mit hoved både pga. kommunen og regionen. Kender flere der flytter og flygter fra denne kommune, fordi de får presset så meget ned på hovederne. Hjælper ikke at presse dem, som har det svært. Gør hele situationen værre."*
- *"De doper mig meget, når jeg er indlagt, for at slippe for at høre på mig."*

Der er flere, der beskriver, at de kun har adgang til gruppeforløb og derfor ikke får hjælp.

- *"Jeg har kæmpet med næb og klør for at få andet end gruppeforløb. Jeg kan ikke overskue de andre. De mener jeg får nok hjælp i gruppeforløb. Jeg får beskeden, at jeg jo har så mange kompetencer. Men jeg bliver indlagt med tvang efter selvmordsforsøg."*

I en del af borgernes fortællingerne beskrives F-ACT som et stift og lidt sporadisk tilbud, hvor man hurtigt afsluttes, hvis ikke man passer ind. F-ACT er der ikke, når borgerne oplever at være allermest i krise. Der er også et par af borgerne, der oplever en fleksibilitet og vedholdenhed i kontakten med F-ACT, som har gjort en forskel.

- *"Jeg lå mellem kommunen og F-ACT. De havde retningslinjer, som de skulle følge. F-ACT gjorde ikke særligt meget. Det er ikke fleksibelt. Det må være billigt. 14 dages samtale er ikke nok til mig."*
- *"Jeg vil have terapi og medmenneskelighed, men jeg kan kun få F-ACT. F-ACT er ligegyldigt - jeg vil have en psykolog."*
- *"Jeg har været tilknyttet F-ACT, hvor man kommer på F-ACT-boardet, og hvor man bliver tilknyttet mange personer. Man møder hele tiden nogle nye. Svært at åbne sig op for en ny hver dag. Modsatte effekt - det er ikke godt, at flere skal ind over det."*
- *"Min søn har været tilknyttet F-ACT, hvor de kom 1-2 gange om ugen. De kom hjem til ham og det fungerede fint."*

Selvbestemmelsesretten

Særligt pårørende oplever, at selvbestemmelsesretten bruges som undskyldning for, at borgerne ikke får hjælp.¹¹ Fx borgere med rusmiddelsproblematikker, som udsluses til deres gamle miljø. En mand, som er diagnosticeret med skizofreni, og som adskillige gange udskrives, når han er stabiliseret med medicin, hvorefter han nægter at tage medicin, bliver psykotisk og voldelig, inden han igen indlægges med tvang. En datter med spisevægring, som udskrives, når hun har nået "kilokravet", uden at være behandlet for den psykiske sygdom, som er årsag til hendes spisevægring. Pårørende fortæller, at de kæmper alene, oplever et stort svigt fra systemerne og står magtesløse uden hjælp.

- *"Hvorfor kom det til en tvangsindlæggelse? Overlægen sagde: Nu afslutter vi dig, og du skal gå til egen læge og selv hente din medicin på apoteket. Han bliver sluppet. Bostøtten forstår det ikke og vi taler sammen om hvad vi skal gøre. Jeg ringer til centerchefen. Jeg laver en klage over det her, for jeg ved at han aldrig vil betale eller tage sin medicin frivilligt. Det*

¹¹ I denne sammenhæng er det ikke relevant at undlade eksempler fra borgere, eller pårørende på manglende hjælp til risikogruppen, fordi de kan være i strid med andre grundlæggende værdier.

gentog sig mange gange med tvangsindlæggelser, når han blev psykotisk pga. af medicinvægring.”

Tilbud visiteret fra kommunerne

Ca. en fjerdedel af de interviewede borgere og pårørende oplever, at de ikke har adgang til socialpsykiatriske tilbud, som kan forebygge indlæggelser med tvang. Udover stabile relationer (udfoldes senere som selvstændigt tema) er det svært for borgerne præcist at beskrive, hvad de savner adgang til. Det er nemmere for de pårørende, som fx oplever mangel på kvalitet og kompetencer. Det skal fremhæves, at flertallet af de borgere, vi har talt med, og som er i et botilbud, er glade for deres botilbud¹².

Oplevelser som indikerer manglende kvalitet:

- *”Nogle botilbud har meget ukvalificeret arbejdskraft. Vikarer som ikke ved, hvad det handler om. Det er med til at gøre svære situationer håbløse, og det skyldes mangel på uddannelse. Ledelse betyder også meget. Min datter blev flyttet fra regionalt tilbud for at spare penge.”*
- *”Har boet på et botilbud, hvor de opgav mig. De havde besluttet, at jeg kunne sidde der og måske lære at støvsuge en dag.”*
- *”Bor på et stort botilbud. Meget uro som gør mig usikker. Bliver i min lejlighed, hvor jeg kan være tryk og kommer meget sjældent ud. Har fået tillid til min kontaktperson.”*

Rehabiliteringssigtet i tilbuddene

Ca. en tredjedel af de interviewede borgere har direkte eller indirekte overvejelser i forhold til rehabilitering. Nogle få udtaler sig direkte om udfordringer i forhold til krav om at udvikle sig, eller de oplever, at rehabiliteringssigtet tabes i selvbestemmelsesrettens navn.

- *”Jeg er rasende over den inaktivitet, der er i socialpsykiatrien. Mine medboere på mit botilbud sidder bare og venter på at dø. Ligegyldigheden hersker. Folk der ikke kommer i bad, får motion eller kommer uden for deres lejlighed, selvom de har færdigheder. Totalt isolerede for vi har jo ingen netværk eller familie mere. Selvbestemmelsesretten er blevet en sovepude. Vi vokser alle med forventninger og krav. Man mister sin værdighed, når man får alt serveret.”*
- *”Der kan være skader, som bare er umulige at skille sig af med. Så kan det være stressende, at de hele tiden vil have mig til at udvikle mig. Det giver nederlag.”*

§85 støtten i eget hjem beskrives både som det bedste, der er sket og som mangelfuld, fordi man enten ikke får den, der er for få timer eller man ikke kan være sikker på, at den er der, når det er mest kritisk.

- *”På grund af tidligere overgreb kan min krop lukke ned, og jeg kan ikke tage vare på mig selv. Jeg har boet på et botilbud med meget hjælp, men har fået hjælp til at bo selv. Jeg får ikke hjælp længere. §85 bostøtten gik, hvis ikke jeg åbnede døren. De forstod ikke, at det ikke var fordi jeg ikke ville, men fordi jeg ikke kunne. Jeg har allermest brug for hjælpen, når jeg ikke lukker op. Har mindre brug for hjælpen, når jeg kan åbne min dør. Men det er enten/eller.”*

¹² Se evt. citater om relationer, som gør en forskel og indsatser som har gjort en forskel i bilaget.

- *"Min bostøtte må ikke følge mig til behandling. Lægen henviser, men visitationen afviser. Det sker lige nu. Det er et kæmpe problem¹³."*

Opsummering

En stor del af de interviewede borgere oplever at de ikke har, eller ikke har haft adgang til indsatser, som er formet efter deres behov. Det er nemt for borgere at fortælle om afvisningerne, men det er sværere for dem at fortælle om, hvilke metoder eller indsatser, som kunne have gjort en forskel i forløb, der fører til en indlæggelse med tvang.¹⁴ Citatet nedenfor indrammer måske det, de er spurgt om, men har svært ved at svare på.

- *"Man skal selv finde ud af, hvad der er muligt/ikke muligt i psykiatrien. Man får ikke hjælp, hvis ikke man selv kan bede om den. Og så skal man jo vide, hvad man skal bede om. Man kan forebygge tvangsindlæggelser ved at give information til folk om, hvad deres muligheder er."*

Tværasektoriel validering af borgernes og de pårørendes perspektiv

Borgernes oplevelse af manglende fleksibilitet i indsatserne, som kan forebygge tvang på voksenområdet, valideres og udfoldes i tværasektorielle workshops i tre kommuner og de dertil knyttede regionale behandlingslokationer. Bredden ift. repræsentation af fagprofessioner i denne validering er beskrevet i metodeafsnittet.

Validering af om afdækningens fund er genkendelige

De fagprofessionelle kan på flere områder genkende borgernes oplevelse af, at der er et misforhold mellem deres behov og de tilbud, som skal forebygge indlæggelser med tvang. I workshops delte de en række refleksioner og erfaringer, som dels bekræfter borgernes udsagn, dels nuancerer dem gennem konkrete eksempler på indsatser, der efter deres vurdering kan imødekomme borgernes behov bedre.

Manglende adgang til frivillig indlæggelse

Som beskrevet i afsnit 2.1.4 kan de fagprofessionelle genkende afvisninger af forpinte mennesker, som føler, at de ikke passer ind i behandlingssystemet. De anerkender, at det kan forstærke en problemskabende adfærd. Det kan være en svær kamp for de professionelle i socialpsykiatrien at stå i. Hvis man er rigtig dygtig til at stå i den, og bliver ved med at snakke om det med borgerne, kan man måske få borgeren til at se bag om adfærden. Det kræver, at der er en dygtig professionel, som kan nedtrappe en tilspidset situation hos et forpint menneske. Hvis ikke, kan disse borgere ende med at blive indlagt med tvang.

Tiltag som bedre imødekommer borgernes behov

¹³ Både borgere og fagprofessionelle fra behandlingspsykiatrien efterspørger hjælp fra bostøtte til at komme til behandling mv. Der er med andre ord usikkerhed om, hvor forpligtigelsen til at sikre ledsagelse/transport ligger. Kommunernes tilbagemelding er, at det er Regionen, som har ansvar for ledsagelse/transport til behandling.

¹⁴ I de næste afsnit præsenteres borgernes tilbagemeldinger ift. kommunikation og kontinuitet i relationer, som meget eksplicit nævnes som forebyggende ingredienser ift. at undgå indlæggelser med tvang.

Alle behandlingslokationer har initiativer, der skal sikre, at særligt udfordrede grupper får lettere og hurtigere adgang til frivillig indlæggelse. To af lokationerne formaliserer denne adgang via patientstyrede senge eller åbne indlæggelser, som giver mere fleksible indgangsmuligheder. På en af behandlingslokationerne findes der fx aftaler om åbne indlæggelser, hvor borgere i risikogruppen har medindflydelse på både indlæggelse og udskrivning. Der anvendes ingen kontrakter, som ved brugerstyrede senge, og både borger og botilbud kan udtrykke behov for indlæggelse. Ifølge deltagerne finder man i sådanne tilfælde en midlertidig løsning, selv hvis der egentlig er fyldt op. Flere af disse aftaler indeholder også en aftale om længden på indlæggelse, så patienten ikke udskrives for hurtigt, og så patienten støttes i at komme hjem. Det giver tryk hos borgerne og hos botilbuddene. Deltagerne vurderer, at denne fleksible model forebygger nogle indlæggelser med tvang.

De fagprofessionelle peger dog på en række dilemmaer ved selvstyrede, fleksible indlæggelser. Ét dilemma handler om ansvar: Nogle borgere oplever det som en lettelse, når systemet træffer beslutningen om indlæggelse. Når de selv skal tage ansvaret, kan der opstå ambivalens, og derfor vil adgang til åbne senge ikke kunne forebygge alle tilfælde af tvang. Et andet dilemma opstår, når borgere ønsker at tage hjem før tid. Hvis de er indlagt frivilligt, skal der lyttes til deres ønsker, og de skal imødekommes, hvilket kan skabe vanskelige afvejninger hos de professionelle. Overordnet vurderes det dog, at borgerne oplever, at de bliver hørt og får større ejerskab over deres forløb ved fleksible indlæggelser.

Brugen af åbne senge styrker også samarbejdet mellem botilbud og behandlingspsykiatrien. Ifølge deltagerne "baner parterne vejen for hinanden", og botilbuddene arbejder længere med at afprøve mestringsstrategier i stedet for at sende borgere akut ind på hospitalet. Det giver samtidig en ramme for dialog mellem botilbud og borgere om, hvornår det er hensigtsmæssigt at aktivere en åben seng.

Forebyggende ambulante indsatser

Deltagerne fra de regionale behandlingslokationer er bevidste om, at fleksible og forebyggende tilbud ikke kan forhindre alle tvangsindlæggelser. Særligt fordi region og kommune arbejder under forskellige lovgivningsmæssige rammer. Kommunerne har fx ikke mulighed for at beskytte borgere mod at gøre skade på sig selv eller andre.

De interviewede repræsentanter fra de regionale psykiatriske behandlingslokationer kan ikke genkende, at F-ACT er en kasse, som borgerne skal passe ind i. De arbejder alle mindre rigtigt end beskrivelsen af, hvad de mener, må være det gamle F-ACT. Fx er der repræsentanter fra F-ACT som bevidst prioriterer hjemmebesøg. Hjemmebesøg giver en bedre faglig vurdering af borgernes tilstand og et bedre indtryk af evt. risikosignaler. Ifølge dem afslutter F-ACT ikke forløb, blot fordi borgeren ikke åbner døren. De siger dog, at indsatsen er rammesat af vagtskemaer, og at borgere ikke altid kan få én fast kontaktperson, individuel terapi eller mere end én kontakttime om måneden.

Alle behandlingslokationer har fokus på at lette risikogruppens adgang til depotmedicin. Eksemplerne spænder fra F-ACT-teams, der opsøger borgerne og giver depotmedicin i nærmiljøet (fx på et værtshus), til at politiet ledsager ved depotgivning, og til samarbejde med egen læge, som følger op indtil borgeren selv, kan administrere medicinen.

De fagprofessionelle vurderer også, at socialsygeplejerskernes opsøgende funktion spiller en særlig vigtig rolle. Relationerne gør det lettere for borgerne at søge hjælp tidligt, og tilbuddene kan tilpasses

borgerens livssituation og ønsker. Relations arbejdet beskrives som helt centralt, da borgere med en stærk relation i højere grad selv opsøger støtte og dermed undgår mere indgribende indsatser.

En af behandlingslokationerne fremhæver samtidig, at ambulante indsatser, trods fleksibilitet, ikke kan rumme alle borgere. Nogle borgere har svært ved at indgå i behandling og passer ikke ind i eksisterende tilbud, hvilket kan være frustrerende både for borgeren og for behandleren.

Udfordringer med at tilpasse behandling til borgere med komplekse problemstillinger

Fagprofessionelle er bevidste om, at det kan være vanskeligt at tilpasse indsatser til borgere med personlighedsforstyrrelser eller meget komplekse udfordringer, hvilket stemmer overens med oplevelserne hos borgere. På en workshop drøftes udfordringer i arbejdet med borgere med personlighedsforstyrrelser, som ofte profiterer af at bo i egen bolig med støtte. En behandlingslokation har gode erfaringer med 12-ugers intensive psykoterapeutiske forløb, hvor patienterne er indlagt på hverdage og hjemme i weekenderne. Forløbene kan forlænges, og de kan følges af ambulant behandling i fx DAT eller MBT¹⁵.

En anden af de lokale behandlingslokationer beskriver deres erfaringer med gruppen af selvskadende borgere med hyppige indlæggelser. Det er en komplekst sammensat gruppe, hvor der er forskellige diagnosebaggrunde. Nogle af de allermest syge og traumatiserede borgere er svære at rumme i et traditionelt behandlingssystem, fordi de er så udfordrede. Når tilstanden er mest kaotisk og selvskaden udbredt og alvorlig, kan indlæggelse være den rigtige løsning. Behandlingslokationen forsøger at etablere tilbud, som er alternativer til indlæggelser. Her er akutteamet og selvskadeindsatsen væsentlige. De kan tilbyde tæt ambulant kontakt alle ugens 7 dage og indtil kl. 22. Det giver muligheder for sparring med personale på botilbud, som står i at skulle støtte beboere i affekt og selvskade (DAT) samt andre metoder, der kan deeskalere mange situationer og forhindre eller udskyde indlæggelser med tvang. Behandlingspsykiatrien etablerer et særligt samarbejde om en kernegruppe af borgere med hyppige indlæggelser og indlæggelser med tvang. Der oprettes fx et selvskadeteam. Der er fokus på borgere, der udtrykker, at de vil tage deres eget liv, borgere med ukontrollabelt misbrug, som kan føre til psykose og borgere der får psykoser, hvor der er behov for særlig skærmning.

I behandlingspsykiatriens akutteam udvikler de ambulante tilbud. Nogle gange med meget hyppigere kontakt, end de normalt kan tilbyde ambulant. De forpligter sig på at finde behandlingsmuligheder til selvskadende borgere, som tidligere er vurderet til ikke at være i stand til at modtage behandling. Ambitionen er at tilrettelægge fleksible forløb som rummer noget psykiatrisk, noget sundhedsmæssigt og noget hverdagsmestring. Det er muligt, at borgeren ikke kan deltage i et specialiseret psykologisk terapeutisk forløb, men det er muligt at tage udgangspunkt i deres behov her og nu.

¹⁵ Dialektisk adfærdsterapi: Psykoterapeutisk behandlingsform, som kombinerer kognitiv adfærdsterapi med mindfulness for at hjælpe mennesker med svære følelsesmæssige udfordringer, især selvskadende adfærd, spiseforstyrrelser og borderline. Mentaliseringsbaseret Terapi: En psykoterapeutisk metode, især til voksne med

Et botilbud¹⁶, som deltager i en workshop, har reduceret antallet af indlæggelser med tvang via fem forskelle tiltag. To af disse er forhånds tilkendegivelser og styrkelse af faglig refleksion mellem personalegrupper, om problematiske og svære hændelser samt virksom praksis. Botilbuddet arbejder systematisk med en dialogguide, hvor de sammen med borgeren beskriver advarselstegn, triggere, reaktioner og mestringsstrategier. Guiden fungerer som et fælles værktøj for psykiatrien og botilbuddet. I guiden fremgår det, hvordan personalet bedst kan hjælpe borgeren, hvis vedkommende bliver urolig, vred eller bange.

En workshop havde desuden opmærksomhed på, at en rigid implementering af VUM2 (Voksenudredningsmetoden, version 2) kan udfordre fleksibiliteten i indsatsen. Borgernes tilstand er ikke statisk, men svinger. Derfor kan meget specificerede mål virke mekaniske. Selvom målene udarbejdes sammen med borgerne, kan de ikke altid genkende sig selv i dem. Målene er ofte formuleret, så de ikke adresserer og motiverer til at tale om adfærd og følelser, som ofte er vigtigere end ADL træning.

Fordi den manglende adgang til psykiatriske indsatser fylder meget i borgercitaterne, har drøftelserne i de tværfaglige workshops primært haft fokus på at vise, at der eksempler på forebyggende indsatser i psykiatrien. Beskrivelserne af kommunalt visiterede forebyggende indsatsen, har derfor fyldt mindre på workshoppende. I bilag 8 er der borgerbeskrivelser af forebyggende metoder og tilgange i kommunalt visiterede indsatser.

Rammesætning af adgangen til fleksible tilbud på børne- og ungeområdet

Fagprofessionelle peger på, at målgruppen af unge er meget differentieret, hvilket skaber betydelige udfordringer i forhold til at tilbyde fleksible indsatser, som matcher de unges behov.

De unge har ofte multiple problemstillinger, fx psykiske lidelser kombineret med følelsesmæssige reguleringsvanskeligheder, selvskade, ADHD, lav IQ, misbrug og ustabile skole- og familieførløb. De fleste kommuner har meget få i målgruppen, og det kan være vanskeligt at finde et passende tilbud. Repræsentanter fra regionerne oplever, at en del af de unge placeres på tilbud med meget blandede målgrupper. Det udfordrer både den faglige tilgang og den unges trivsel. På grund af vanskeligheder ved at finde passende specialiserede tilbud, flyttes de unge også længere væk og oftere rundt, selvom de har brug for stabilitet.

Regionerne har flere erfaringer med børne- og ungehjem, som ikke har kompetencerne til at tackle målgruppens komplekse udfordringer. Nogle børne- og ungehjem har ikke læst papirerne godt nok og kan ikke rumme den unge, når de tager vedkommende ind.

Det eskalerer de unges udfordringer, at der ikke i tilstrækkelig grad er socialpsykiatriske tilbud, som matcher deres udfordringer. Selvskaden og dysreguleringen bliver mere voldsom, og det kan øge behovet for indlæggelser og i sidste ende risikoen for at blive indlagt med tvang.

Behandlingspsykiatrien er klar over, at mange unge ikke passer ned i én kasse, men har multiple diagnoser, og at det kan være vanskeligt at afgøre, hvor den primære behandlingsindsats skal komme fra.

¹⁶ Botilbuddet Hertughaven i Sønderborg Kommune

Kommunerepræsentanternes generelle oplevelse er, at behandlingspsykiatrien er hurtig til at afslutte behandlingen. De unge får fx et pakkeforløb med 10 konsultationer, som er meget fokuseret på medicin. Hvis den forebyggende indsats skal matche de unge, er der behov for en mere inddragende tilgang, hvor region og kommune arbejder tættere sammen. Der er behov for at drøfte, hvilke udfordringer hos den unge, der bør være fokus på og at finde mere skræddersyede tværsektorielle løsninger med de ressourcer, der er.

De unges oplevelse af fleksibilitet i indsatsen

De unge, som vi har talt med, oplever alle, at de er blevet afvist, og de ikke har fået den hjælp, de har behov for. En enkelt har opgivet at få hjælp.

- *"Grib mig i at jeg er her, fordi jeg i dette øjeblik ønsker at bliver hjulpet. Oplever at man 'bare var til besvær', og får følelsen af at skulle passe ned i én kasse ellers kunne jeg ikke blive hjulpet. Hvis de havde været mere formbare ift. min situation og hvor jeg var, kan det være, at det havde hjulpet."*
- *"Jeg ved ikke mit eget bedste, når jeg er syg. Derfor giver de mig ikke noget valg i psykiatrien. Det virker bare ikke så godt at tale til mig, som en der ikke har et valg."*

De unge, som har en spiseforstyrrelse eller er selvskadende (inklusive dem, der nu er voksne, og som har været omfattet børn og ungepsykiatrien tidligere) oplever, at deres spiseforstyrrelse/selvskade i starten af deres forløb bliver stemplet som helt uacceptabel. De oplever selv i denne fase, at selvskade og spisevægring hjælper dem. Når de ikke bliver mødt i det, der hjælper dem, er de unge ikke motiveret til at ændre adfærd.

- *"Jeg har ikke lyst til at komme i nogen tilbud mere – bange for at de siger, at de ikke kan hjælpe mig og det vil være for hårdt at opleve – igen."*

Der er også unge, der fortæller, at de har svært ved at sætte ord på deres udfordringer, og at de derfor ikke bliver taget alvorligt.

- *"De sagde jeg ikke passer ind i deres tilbud. Jeg var besværlig og sagde ikke noget. Jeg var meget ung og var ikke tryk ved at snakke. Derfor talte mine forældre for mig. Og når jeg endelig tog mod til mig og talte om min spiseforstyrrelse, sagde de at de ikke kunne tage hånd om mig. Det skete flere gange, at jeg blev sendt videre. Da jeg var under 18 blev jeg først indlagt på gule papirer. Jeg følte mig tabt på gulvet, alle gav op på mig. Ingen mødte mig et sted, hvor jeg kunne være med."*

Endelig er der en ung, som ikke oplever, at vedkommendes udfordringer i forhold til sine forældre bliver taget alvorligt.

- *"Der blev ikke ryddet op efter min første tvangsindlæggelse. Fik kun tilbudt medicin og gruppetilbud. Jeg ville have terapi og medmenneskelighed, men det kan jeg ikke få. Derfor blev jeg tvangsindlagt 2 gange mere. Endte på herberg, fordi det var vigtigt for mig at vise, at jeg ikke skulle hjem til de forældre, der gjorde mig syg."*

Tværasektoriel validering af de unges perspektiv

Repræsentanter fra behandlingspsykiatrien, kommunal myndighed i Aarhus Kommune og et regionalt børne- og ungehjem validerer og nuancerer problemstillingerne om manglende tilgængelighed til indsatser, som de unge oplever, kan forebygge tvang. Nedenfor beskrives observationer fra workshop om genkendelse af de unges udsagn, nuanceringer af de unges udsagn og forslag til tiltag, som kan styrke indsatsen.

Validering af om afdækningens fund er genkendelige

Fagprofessionelle på tværs af behandlingspsykiatri og kommunale indsatser genkender i vid udstrækning de unges beskrivelser af oplevet ustabilitet, manglende fleksibilitet og utilstrækkelig forståelse. Flere deltagere fortæller, at de unges oplevelser af brud, skift og skiftende relationer er velkendte problematikker, som i sig selv kan øge den unges sårbarhed og risiko for eskalerende kriser.

Supplerende input i forhold til borgernes oplevelser

Fagprofessionelle peger på, at der er behov for mere gennemgående og langvarige relationer som et centralt element i forebyggelsen af tvang. De fremhæver, at udgående aktiviteter, som opsøgende teams og tværasektorielle akutfunktioner, er nødvendige, da telefonrådgivning sjældent er tilstrækkelig i komplekse kriser. De unge møder ufatteligt mange, som kommer og går. Ved tvang er der også mange inde i forløbet.

De fagprofessionelle anerkender også, at systemets struktur ofte tvinger unge til at "passe ned i kasser", der er for snævre. De unge har brug for at blive mødt som noget særligt. Systemet arbejder i faste sekvenser og tidsbegrænsede indsatser, mens de unges behov er kontinuerlige og ofte uforudsigelige. Det skaber spændinger mellem systemlogik og unges oplevelse af at blive mødt som individer.

3.2 Kontinuitet i forløb og tværasektorielt samarbejde

Dette kapitel er opdelt på samme måde som det forrige kapitel om tilgængelighed af forebyggende indsatser. Nedenfor er der to hovedafsnit, der afdækker henholdsvis voksenområdet og børne- og ungeområdet.

Beskrivelsen af hvert område er delt i tre underafsnit:

- En indledende rammesætning af problemstillingen
- En beskrivelse af borgernes og de pårørendes oplevelser af kontinuitet og tværasektorielt samarbejde
- De fagprofessionelles validering af borgernes og de pårørende perspektiver.

3.2.1 Kontinuitet i forløb på voksenområdet

Rammesætning af betydningen af kontinuitet og tværasektorielt samarbejde fra de fagprofessionelle

Civilsamfundsorganisationerne fremhæver, at oplevelsen af stabilitet, tryghed og adgang til længerevarende forløb samt kendte relationer har stor betydning for borgerne. Manglende kontinuitet skaber usikkerhed og oplevelser af tilfældighed i de fagprofessionelles tilgang. Dårligt planlagte og kaotiske forløb kan føre til indlæggelser med tvang. Civilsamfundsaktører understreger,

at der er et stort behov for koordinatore til at støtte patienter i at få den rette og hurtige hjælp efter en udskrivelse.

Ifølge civilsamfundsorganisationerne har borgere med komplekse psykiatriske lidelser behov for, at der skabes en rød tråd i tilgang og indsatser på tværs af sektorer. Udfordringen er, at de enkelte systemer i højere grad er optaget af at lykkes inden for egne organisatoriske rammer. Civilsamfundsaktørerne peger på, at tværsektorielt samarbejde i begrænset omfang er integreret i de professionelle uddannelse, faglige selvforståelse og rammesætning af kerneopgaven, og at dette vanskeliggør sammenhængende forløb for borgere med komplekse behov. Repræsentanterne fra civilsamfundsorganisationer fremhæver følgende indsatser, som skaber kontinuitet og tryk for borgeren:

- Den lange relation over tid med en bostøtte (SEL §85), som kan overskue at koordinere og skabe kontakt til psykiatrien, læger, jobcenter, socialrådgiver mv.
- OPUS¹⁷ skaber også sammenhæng. Borgeren udskrives/afsluttes ikke efter en meget kort periode i et OPUS forløb. De har én ved deres side, som kan videregive viden om deres behov i det tværsektorielle samarbejde
- Botilbudsteams skaber ligeledes sammenhæng i forløbene. I botilbudsteams opbygges der også realistiske forventninger til samarbejdspartners roller og muligheder
- Fælles udskrivningsaftaler kan ifølge civilsamfundsaktører reducere tvangsindlæggelser betydeligt. Ofte anvendes aftalerne dog ikke efter hensigten. Rigsrevisionen har udarbejdet en rapport som viser, at der i 90 procent af udskrivninger på landsplan ikke bliver lavet en udskrivningsaftale¹⁸. Det er også en udfordring, at det ofte ikke er en fælles aftale, men psykiatriens plan for, hvad patienten og andre skal gøre.

Endelig fremhæver civilsamfundsorganisationerne, at det tværsektorielle samarbejde mellem kommune og region ikke er tilstrækkeligt for de mest udsatte borgere. De udskrives ofte til hjemløshed uden hjælp.

Fagprofessionelle fra kommuner og regioner beskriver en række faktorer, som ikke udgør et godt fundament for at skabe kontinuitet i borgernes forløb.

- Sektorerne har manglende kendskab til hinandens rammevilkår. Det er en udfordring, at behandlingspsykiatri og kommuner arbejder under forskellige love og rammer og ikke har tilstrækkeligt kendskab eller forståelse for hinandens forskellige rammevilkår.
- Der er kulturforskelle mellem sektorerne. Læger har en naturvidenskabelig tilgang, mens pædagoger står "ideelt" på et humanistisk fundament. Forskellen på de forskellige perspektiver kan illustreres via synet på selvbestemmelsesretten. Set fra et regionalt perspektiv kan selvbestemmelsesretten fortolkes meget vidtgående i socialpsykiatrien. Hvis borgeren ikke ønsker hjælp og ikke åbner døren, er det ikke usædvanligt, at de ikke får hjælp. Forskelle i mindset og faglighed kan skabe barrierer i forhold til at etablere sammenhæng i tilgangen til borgerne.

¹⁷ OPUS er et ambulant behandlingsforløb til unge mellem 18 og 35 år, der har, eller har haft, en psykosetilstand. OPUS-forløbet kan vare op til to år.

¹⁸ Rigsrevisionen: Beretning nr. 17/2022. Beretning om borgerforløb fra psykiatrien til sociale botilbud

- Den relativt høje personaleomsætning i kommuner, på botilbud og i regioner skaber mindre genkendelighed i samarbejdsrelationerne og nævnes derfor som en barriere for at etablere et effektivt samarbejde på tværs af sektorer.

Repræsentanter fra kommunerne peger på, at der er en oplevelse af, at det kommunale personales kompetencer ikke anerkendes i det regionale regi, herunder at den pædagogiske forankrede faglighed og dens metoder ikke anerkendes. Oplevelsen af den manglende anerkendelse motiverer ikke til samarbejde.

De regionalt forankrede repræsentanter peger på, at det er en udfordring at opbygge netværk til alle potentielle samarbejdspartnere. Der er mange botilbud, og mange af dem er private. Det er vanskeligt at lære dem at kende på personniveau. Det er nemmere at etablere netværk til kommunale tilbud, hvor der ofte allerede er et stillads for koordination mellem de socialpsykiatriske tilbud i kommunen. Samarbejdet op til tvangsindlæggelser er i nogle tilfælde minimalt, og der er botilbud, der ikke kontakter psykiatrien inden indlæggelser med tvang.

Repræsentanter fra behandlingspsykiatrien peger også på, at udskrivningsaftalerne ikke er blevet det samarbejdsredskab, som var hensigten. Aftalerne er i højere grad blevet til en bestillingsliste på, hvad andre skal gøre. Der er behov for at udskrivningsaftalerne bliver et fælles redskab, som ikke er bundet op på den enkelte indlæggelse. Hvis kommunen og borgeren oplever, at behandlingspsykiatrien lægger planen på forhånd, er der en risiko for, at både borgeren og kommunen ikke følger den. Relationen er afgørende, hvis der skal være kvalitet i udskrivningsaftalerne. Udskrivningsaftaler er et godt redskab, hvis man opnår enighed om planen for det videre forløb. Den virker ikke efter hensigten, hvis ikke man kommer hele vejen rundt om patienten og får lagt en fælles plan.

De regionalt forankrede fagprofessionelle anfører også, at der er behov for at udvikle det tværfaglige samarbejde internt i regionen for at forebygge indlæggelser med tvang.

Ifølge nogle repræsentanter fra de regionalt forankrede fagprofessionelle har praksislæger meget forskellige tilgange til at håndtere tilspidsede situationer. Der er forskel på deres kompetencer og håndteringen af indlæggelser med tvang. Der er læger, som ikke har ro i maven, når de møder selvskadende personer. Det kan føre til unødige tvangsindlæggelser.

Det kan også være en udfordring at etablere et effektivt samarbejde mellem somatikken og psykiatrien. De somatiske afsnit har for det meste meget travlt. I den akutte fase er der mere fokus på den somatiske del. Behandlere i somatikken får ikke altid tid til at overveje, hvordan de skal samarbejde med patienten. Derfor er det vigtigt, at psykiatrien i højere grad hjælper med faglig sparring eller overtager kontakten til patienten. Det kan deeskalere og forebygge vold fra patienten og tvang fra behandlerne. Da mange tvangsindlæggelser sker i forbindelse med selvskade, er det vigtigt at styrke samarbejdet med de somatiske kolleger.

Borgernes og de pårørendes oplevelse af kontinuitet og tværsektorielt samarbejde

I interviewene blev borgere og pårørende spurgt om betydningen af kontinuiteten i deres forløb, herunder om de oplever, at et bedre tværsektorielt samarbejde kan forebygge indlæggelser med tvang.

Oplevelser af det tværfaglige samarbejde

Hovedparten af de interviewede borgere giver konkrete eksempler på, at sektorerne ikke samarbejder. Flere oplever, at deres botilbud og behandlingspsykiatrien har forskellige tilgange til, hvad de har behov for. Nogle bliver også inddraget i, at kommune og region ikke kan blive enige om, hvem der skal betale for indsatser. Derfor oplever borgene og de pårørende ofte, at de skal være deres egen sagsbehandler, tolk og advokat.

- *"Jeg oplevede ikke at botilbuddet havde fokus på det. Møder hvor de forsvarede, hvorfor jeg blev tvangsindlagt. De gjorde mig mere sindssyg end jeg var. Mit indtryk var at samarbejdet handlede om at holde sin ryg fri."*
- *"Mine indlæggelser med tvang er ofte meget korte. Fra 2 uger til 8 timer. Derfor er der ingen koordination mellem mit botilbud og psyk."*
- *"Hvorfor indlægger de dig igen – de er pivet på det botilbud. Hvorfor udskriver de dig, hvad tænker de på. Begge instanser føler sig pisset på. Jeg skal stå og forsvare."*
- *"Botilbuddet forsøger virkelig, men sygehuset; de lever lidt i deres egen lille verden. Jeg fik ofte besøg af dem fra botilbuddet, men lægerne gjorde det ikke let. De var dårlige til at planlægge, så de fik ikke talt sammen. Sygehuset kørte deres egen ting."*
- *"De sagde så, at kommunen skulle tage over, men kommunen havde ikke rigtig lyst. De sagde at nu skal bostøtten til at tage over, men det lykkedes ikke rigtig, og så besluttede ambulatoriet bare at reducere min hjælp. Så endte det med at jeg ringede til dem stikhamrende tosset, og sagde jeg ikke gad at tale med dem, så tog egen læge over. Jeg endte her med at blive tvangsindlagt, og så blev samarbejdet med ambulatoriet stoppet. Så tog lægen over og ringede til kommunen."*
- *"Når man skal ophæve en tvangsindlæggelse, burde man overveje risikoen for at hun bliver indlagt igen om en måned, så der kunne skabes kontinuitet i stedet for gentagne indlæggelse. De kunne overveje tvungen ambulant opfølgning, som sikrer at hun får sine måltider. Et botilbud der kan tage hånd om hende. Det er endelig sket nu, hvor hun bor på et botilbud."*
- *"Jeg oplevede at de samarbejdede, men de gjorde det bag min ryg. Jeg var bare en brik, de kunne flytte rundt med. De bragte mig ikke rigtig med i samtalen. Der blev opstillet regler som om jeg var et lille barn."*

Det er primært pårørende, som fremhæver behovet for udskrivningssamtaler.

- *"Alle burde sidde i samme rum ved en udskrivning og forventningsafstemme, så min pårørende kunne sige, hvad hun ønskede. Det personlige møde i lokalet, hvor man forventningsafstemmer. Ser hinanden i øjnene og skaber en form for tryghed. Man behøver ikke at ændre på reglerne - der er behov for forståelse."*
- *"Når man har været indlagt med tvang, er det et traume, men eftersamtaler er ikke en selvfølge. Udskrivningen burde planlægges allerede ved indlæggelse. På Skt. Hans har de gjort det, men andre steder mangler der virkelig aftaler med kommunerne."*

Der er flere borgere, der oplever, at det tværfaglige samarbejde har udviklet sig positivt.

- *"Der blev sku et ned for hyppighed af indlæggelser, da de havde et godt samarbejde. Godt med fælles supervision hos en psykolog. Det hjalp meget. De forstod det. Kommunikation via mail – OK hvis det gør noget godt for mig. Vigtigt at alle havde den nødvendige viden."*
- *"De snakker sammen. Får ikke længere særligt mange besøg fra F-ACT. Der er altid nogen på botilbuddet jeg kender. Jeg er privilegeret, at jeg kan indgå i behandlingen. De skal stille sig til rådighed og ikke give op. Vedholdenhed. Hov der var der hul igennem, så kommer relationen. Kontaktperson på botilbud og kontakt person i F-ACT Snakkede sammen en time om ugen."*

Kontinuitet i indsatser

Det generelle indtryk fra borgerinterviewene er, at de møder mange forskellige professionelle i overgangene og i indsatserne.

- *"På et tidspunkt havde de en tovholder i vores kommune. Det er godt, der var mere styr på det, men det er de gået væk fra."*
- *"Det ville være rart, hvis ikke man kom forskellige steder hen, når man bliver indlagt. Forskelligt personale og forskellige psykiatere. Det er en udfordring."*
- *"Meget sårbare mennesker burde ikke opleve usammenhængende og ukoordinerede flytninger. Kommunen hjemtog fra et regionalt tilbud til egen lejlighed, hvor der var skiftende personale. Ofte indlagt med tvang også på sikringen."*
- *"Forudsigelighed er vigtigt for mig. Rakt ud efter hjælp mange gange, og så fik jeg den ikke."*
- *"Jeg frygter at komme på den forkerte afdeling, når jeg bliver indlagt. Der er en afdeling, hvor de kender mig, og jeg gerne vil være. Jeg har foreslået, at man kunne tage lægesamtalerne med den læge, som jeg kender, når jeg bliver indlagt på den forkerte afdeling, men det er ikke rigtig blevet til noget."*

Når borgerne oplever kontinuitet i deres forløb, henviser de ofte til bostøtten, kontaktpersonen i botilbuddet, den praktiserende læge, en ansat på sengeafsnittet osv., som gør noget særligt for at skabe broer mellem behandling og øvrige indsatser. Et mindretal af borgere peger dog også på bagvedliggende strukturer, som understøtter det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde. Når borgerne fortæller, hvad der har skabt kontinuitet, henviser de oftest til en stabil relation.

- *"Hvad har gjort en positiv forskel for dig? En sygeplejerske, som jeg har mødt 2-3 gange i F-ACT, og min bostøtte. De to har skabt ro og tryghed. Det er vigtigt at vide, at personen er der og bliver der. Socialrådgiver sagde, at de giver bostøtte med den hensigt, at den skal nedtrappes. Bostøtten har sagt, at han vil blive ved med at komme. Jeg passer bare med min bostøtte - kan ikke overskue en ny relation til en, som ikke er kommet for at blive."*
- *"Jeg har god kontakt til kontaktpersoner på mit botilbud. Jeg har haft de samme over længere tid. Det gør en stor forskel."*
- *"I starten ny kontaktperson hver gang. Nu har jeg en der er min faste kontaktperson. Vi fik et enormt godt samarbejde om at undgå tvangssituationer. Det betød rigtig meget. Hun var på børn- og ungepsykiatrisk afdeling. Hun gav en god overgang til voksen psyk. Mange mente at jeg pga. min diagnose ikke skal have samme kontaktperson. Hvis jeg var indlagt og ville ud, men ikke var klar. Sørgede hun for at jeg blev. Jeg har de samme 3 kontaktpersoner på mit botilbud, Har stort set haft de samme hele vejen. Forudsigelighed er vigtigt for mig. Relationen betyder meget."*

- *"Når min kontaktperson på botilbuddet er der, sker det sjældent at jeg bliver indlagt med tvang. Hun kan læse mig. Det er vigtigt at give penge til kommunerne, de har mulighed for at sikre, at det ikke eskalerer. Det eskalerer når man bliver indlagt med tvang."*
- *"Anerkendelse har stor betydning. Vigtigt med en god kontaktperson som kan tale med mig og også fortælle lidt om sig selv, kan give et kram og fortælle at jeg ser pæn ud i dag."*
- *"Nogle botilbud har stor udskiftning. De sørger for at lave delmål og dokumenterer, men de interesserer sig ikke for folk. De møder os ikke hvor vi er. De tror det er effektivt med dokumentation, men meget kunne spares, hvis man møder folk, hvor de er. Jeg har fået en god kontaktperson nu. Der er også nogen, som har den samme kontaktperson i mange år og ikke rykker sig ud af stedet. Det kan være godt at skifte."*
- *"Da jeg skulle flytte på et tidspunkt, var der faktisk et OK samarbejde. Kontaktpersonen sagde, at det var den først sømløse overgang han havde haft. Han fulgte med nogen tid - langsomt udfaset. Dette gav enorm tryghed og var meget rart."*

Opsummering

Hovedparten af borgerne oplever, at det tværsektorielle samarbejde ikke sikrer en rød tråd i deres forløb. Samtidig er der eksempler på, at borgere oplever, at samarbejdet er blevet bedre. Det er særligt de interviewede borgere, der har en stabil tillidsbaseret relation, som oplever, at der bliver skabt kontinuitet i deres forløb.

Tværsektoriel validering af Borgernes og de pårørendes perspektiver

Borgernes oplevelse af kontinuitet, som kan forebygge tvang på voksenområdet, valideres og udfoldes i tværsektorielle workshops i tre kommuner og de dertil knyttede regionale behandlingslokationer. Bredden i forhold til repræsentation af fagprofessioner i denne validering beskrives i metodeafsnittet.

Validering af om afdækningens fund er genkendelige

Deltagerne i de tværsektorielle workshops kan genkende borgernes udsagn om kontinuitet i forløbene, betydningen af en længerevarende relation og deres oplevelser af samarbejdet mellem sektorer. Alle deltagere er enige om, at manglende kontinuitet er gift for risikogruppen: *"De er hypersensitive. Hvis ikke vi lytter og skaber de kontakter, som sikrer kontinuiteten, får det konsekvenser¹⁹".* Den ambulante del af behandlingsindsatsen har en vigtig rolle i at skabe kontinuitet. Det er en stor udfordring for kommunerne, når aftaler aflyses, og behandlingen stopper.

Supplerende refleksioner

Flere af de fagprofessionelle deltagere i valideringen er også enige om, at det er vanskeligt at sikre kontinuitet, selvom alle har de bedste intentioner. Det er vanskeligt at holde ved i langvarige kaotiske forløb. Der er ofte en lang kæde af professionelle som skal forpligte sig, for at det lykkes. Hvis opgaverne bliver for svære at overskue, og et led i kæden ikke forpligter sig, falder man tilbage til forklaringen om, at det er en andens ansvar. Det lykkes kun, hvis alle ser det som en fælles opgave at

¹⁹ Eskalering i belastningsreaktioner, dysregulering, adfærd mm.

skabe kontinuitet. Der er eksempler på, at en samarbejdspartner løser opgaven eminent på egen bane, men ikke har blik for at bruge ressourcer på at skabe en rød tråd i borgernes forløb. Der er generel tilslutning til, at der skal opbygges en kultur, hvor det tværfaglige samarbejde prioriteres. Det skal ske ude i praktikken. Det man kan læse på en hjemmeside, bliver ikke brugt. Alle er også enige om, at det er sværere at opbygge kontinuitet for borgere, der ikke bor i et botilbud, hvor der er etablerede samarbejdsrelationer. Det kræver ressourcer at opbygge netværk.

Eksempler på tiltag, der kan skabe kontinuitet

Alle de deltagende kommuner og behandlingslokationer indgår særaftaler med gengangere for at undgå for mange skift. Rammebetingelserne for at forebygge skift er dog forskellige.

I den behandlingslokation, der har ansvaret for borgere i Lolland Kommune, er det en særlig udfordring, fordi der ofte er stor afstand mellem sengeafsnit og hjemadressen. Når borgerne er inde i en ramme (fx et botilbud eller en bostøtte), tilstræbes der kontinuitet i forløbene. Indlæggelser på 24 timer eller derunder er en stor udfordring for kontinuiteten og særligt for de borgere, der ikke er i en institutionel ramme. Det tilstræbes også, at unge og andre patienter, som har brug for genkendelighed, kommer ind på samme afdeling, hvor de tidligere har været indlagt. Målet er, at disse særlige grupper kan ringe til én de kender, få samtaler med én de kender, og blive indlagt et sted de kender.

Sønderborg Kommune og behandlingspsykiatrien i Haderslev har skabt et netværk mellem botilbud og sengeafdelinger samt mellem sengeafdelinger og ambulante tilbud. Ca. 15 procent af borgerne i botilbud er hyppige gengangere. LKT-projektet²⁰ sikrer, at der opbygges et netværk, som bliver udgangspunkt for at etablere et samarbejde og igangsætte prøvehandling. Netværket fungerer godt og handler om mere end at nedbringe tvangsansbringelser. Behandlingspsykiatrien forpligter sig til at træde ind i samarbejdet, og kommunerne i LKT-netværket er aktive og insisterende på at samarbejde. Det medfører en nedgang i antallet af indlæggelser med tvang. Over halvdelen af de borgere, der nu indlægges med tvang, er borgere som ikke er kendt på forhånd. Behandlingspsykiatrien arbejder med relations opbygning og sender ansatte på relations behandler uddannelse. Det tilstræbes også, at borgerne indlægges på det samme afsnit.

Et botilbud i Sønderborg Kommune sender deres medarbejdere i praktik på et sengeafsnit for at observere, hvordan det fungerer, når man taler om henholdsvis borgere og pårørende. Det styrker den fælles forståelse og giver mere smidige overgange, når parterne kender hinandens praksis og sprog. Medarbejderne fra botilbuddet deltager ved udskrivelsen ved tvangsindlæggelser for at sikre kontinuitet i forløbet.

Silkeborg Kommune og behandlingspsykiatrien i Viborg/Silkeborg har et etableret tværsektorielt samarbejde. Behandlingspsykiatrien i Viborg/Silkeborg tager ansvar for at koordinere borgerforløbene. Der er en medarbejder, som får til opgave at inddrage borgeren, følge op og sørge for den nødvendige sparring på tværs. Medarbejdere fra myndighedsafdelingen i Silkeborg Kommune sidder med i en kontaktgruppe med behandlingspsykiatrien i Viborg/Silkeborg. Parterne kender hinandens rammebetingelser og brobygger med udgangspunkt i de muligheder, de hver især

²⁰ Lærings- og kvalitetsteam: Projekt med det formål at forbedre kvaliteten af behandlingen og patientforløbet ift. tvang i psykiatrien. De er udarbejdet en evaluering, se litteraturoversigten.

har. I kontaktgruppen drøfter de både mere generelle og de meget specifikke problemstillinger. Medarbejderne lægger vægt på at kende hinandens ståsteder, fordi det styrker den nødvendige forventningsafstemning. Samarbejdet betyder, at de, som er tæt på borgerne, tager med til indlæggelserne i både somatikken og psykiatrien. Der er individuelle planer for de borgere, som er omfattet af indsatsen, så indlæggelsesstedet kender borgerne/patientens behov.

Det gør en positiv forskel for borgeren, at en fra behandlingspsykiatriens koordinerende team fx ringer til somatikken for at understøtte koordination i borgerens forløb. En ukendt koordinator fra kommunen kender ikke organisationen og har ikke adgang til at kigge ind i de regionale kalendere, når der skal planlægges møder. Det koordinerende team kender organisation og de "gatekeepers", der er på de forskellige specialer, og koordinering er på den måde organisatorisk understøttet. Hvis det bliver personbåret, bliver koordineringen for svag. For at koordineringen skal fungere i praksis, skal det være klart for alle, hvem der har opgaven, ansvaret og tiden til at koordinere.

Det koordinerende team sikrer opfølgende hjemmebesøg efter indlæggelser. Det er et lille, men velfungerende tiltag. Botilbuddet har mulighed for at ringe til én i det koordinerende team, der kender botilbuddet. De små forventningsafstemmende koordinerende tiltag betyder meget for borgere i overgangene. Derfor får teamet opkald, når patienterne begynder at få det svært. En vigtig del i indsatsen er at kunne holde ud. Mange af borgerne i risikogruppen har en adfærd, som kan være svær at være i, for både dem selv og omgivelserne. Derfor er det vigtigt at sikre små dialoger om, hvad man kan gøre for at deeskalere kritisk adfærd. Rammen for dialogen er, at alle har de bedste intentioner og en fælles bevidsthed om, at de andre ikke har uanede mængder af kapacitet og ressourcer. På tværs af behandlingspsykiatrien og kommunen opbygges en fælles forståelse for, at borgerne ikke udskrives, fordi man vil genere et botilbud, og at botilbuddet ikke får en borger indlagt, fordi der er brug for en stille weekend.

Værdien af det formaliserede og koordinerede samarbejde bliver meget tydeligt, når kommunen har ansvar for borgere, som ikke er omfattet af samarbejdet. Her bliver det sværere at koordinere møder, få talt med de rigtige medarbejdere i regionen samt skabe forudsigelig og tryk, som kan forebygge indlæggelser med tvang.

Endelig fremhæver de fagprofessionelle gode erfaringer med Åben Dialog-møder. De bringer metoderne fra Åben Dialog ind i det koordinerende team.

3.2.2 Kontinuitet i forløb på børne- og ungeområdet

Rammesætning af betydningen af kontinuitet og tværsektorielt samarbejde fra de fagprofessionelle

De tidligere beskrivelser peger på, at udfordringerne med tværsektorielt samarbejde og kontinuitet skærpes på børne- og ungeområdet, fordi der er færre børn og unge i risikogruppen, og det derfor er sværere at opbygge netværk på tværs af sektorer.

Regioner oplever at kommunerne ofte kun har begrænset erfaring med komplekse sager og mangler faste rutiner og organisatorisk viden til at håndtere dem. Der opleves hyppige skift af sagsbehandlere, og ved sygdom ligger sagen ofte stille. Det er ikke altid muligt at få fat i én, som kender sagen. Geografien udgør også en udfordring. Børne- og ungehjem ligger spredt rundt i landet, og mange børn og unge kommer fra København til andre dele af landet. Det udfordrer den

sammenhængende indsats, at børn og unge krydser regionsgrænserne, fordi det yderligere vanskeliggør opbygningen af netværk på tværs af kommuner og behandlingspsykiatrien. Baggrunden for, at børn og unge anbringes uden for deres region, handler ikke kun om, at de skal væk fra deres miljø, men har også historiske og praktiske årsager. Regionerne oplever, at flere unge stikker af fra børne- og ungehjem, og at børne- og ungehjem i højere grad kontakter politiet. Regionerne mener, at politiet burde køre de unge tilbage til børne- og ungehjemmene, men i stedet bliver de indlagt med tvang.

Kommunerne oplever også, at de ikke har samme faste møder med børne- og ungepsykiatrien, som de har med voksenpsykiatrien. De voksne er i højere grad kendte af både kommunen og behandlingspsykiatrien. Der er tilsvarende udfordringer i samarbejdet med somatikken for unge med spiseforstyrrelser som på voksenområdet. Kommunerne efterspørger en mere formaliseret dialog i samarbejdet, hvor man kan forventningsafstemme, når der er knappe ressourcer og begrænset kapacitet både i psykiatrien og i kommunerne. I LKT er der udviklet en metode, der hedder MIT Møde, som er inspireret af metoden om Åben Dialog. Formålet er at styrke relationen til de unge og deres netværk.

Holmstrupgård²¹ har en stor fælles målgruppe med psykiatrien. De peger på, at det er afgørende i tværsektorielle drøftelser med mindsettet "hvad skal vi selv, og hvad skal de andre forstå bedre for at gøre arbejdet bedre?". Det overordnede formål med samarbejdet er at ensrette forståelser. Deres samarbejde med politiet har fx medført, at medarbejdere fra botilbuddet følger deres unge, når de forlader matriklen i en bekymrende tilstand. De guider og hjælper politiet. Det styrker samarbejdet, og de unge får en mindre belastende oplevelse, når de indlægges med tvang.

De unges oplevelse af kontinuitet

De unges oplevelse af kontinuitet og tværsektorielt samarbejde afviger ikke væsentligt fra de voksnes. De beskriver udfordringer med at opbygge tillid til nye relationer.

- *"Udskrivningerne er meget forskellige. Lægesamtaler bliver nogle gange udskudt med uger. Mange impulsive udskrivelser på dagen, selvom man havde forberedt sig på noget andet. Jeg har en gang været til et netværksmøde, hvor de ikke spurgte mig om noget. Godt at jeg ikke bor selv, så ville jeg ikke kunne overskue det. Jeg har nogen til at støtte mig."*
- *"Jeg synes ikke psykiatrien og kommunen har været gode til at samarbejde. Efter tre måneders indlæggelse skulle de have stablet en hverdag på benene. De havde lovet, at jeg ville komme på en behandlingsskole og få en behandler, men jeg fik ingen af delene. Jeg endte med at blive indlagt en uge efter. Nu er det endelig lykkedes, at de sammen anbefalede, at jeg skulle på en behandlingsskole. Det er første gang, at de har talt sammen. Jeg kom hjem med en lettet følelse af ikke at skulle være mellemmand. Det gjorde en kæmpe forskel."*
- *"De arbejder forfærdeligt sammen. Kan ikke finde ud af, hvor ansvaret ligger. En diskussion i et år om, hvem der skulle give psykologhjælp. Krig om hvem der skulle betale. Udskrivning som var god? – har ikke et eksempel. Ingen behandlingsplan eller nogen mestringsstrategier. Jeg oplever mig som en kastebold."*

²¹. Holmstrupgård er et stort regionalt børne- og ungehjem med flere unge, der har været indlagt med tvang.

- *"Min døgninstitution mente ikke, at de havde brug for hjælp, derfor ingen koordination eller samarbejde. Døgninstitutionen ville ikke vise opmærksomhed på dårlig adfærd, så de besøgte mig ikke, når jeg var indlagt. Jeg var usikker på hvilken faglighed, jeg skulle tro på. Jeg måtte tilpasse mig til der, hvor jeg var [på psyk eller på døgninstitution]. Efter jeg blev 18 var mit botilbud lydhøre overfor psyk – nu er der et virkelig godt samarbejde."*

De unges oplevelser af kontinuiteten i relationer

- *"I dag kan jeg godt overskue at have flere relationer. I starten havde jeg brug for én."*
- *"Det er ikke sikkert, at man kender dem, man er til samtale med ude i ambulatoriet, og det er svært at åbne op til en fremmed hver gang."*
- *"Hun var ansat i børn og ungepsykiatrien, men hun havde også mulighed for at give ekstra samtaler. Efter et år med hende kunne jeg flytte fra mit botilbud. Det siger noget om, hvad det faktisk kan med nysgerrighed. En der tror på en, en man kan få en relation med. Jeg kan godt selv lide ordet ressourcer og kunne styrke dem. Alle burde kunne gøre det; dem på botilbuddet burde også kunne gøre det."*
- *"Jeg må ikke have min kontaktperson i mere end en time om ugen. Hun er der så meget hun kan. Hun er ikke personale. Hun er et voksent menneske, som er der for mig. Når jeg er sammen med hende, skal hun ikke skrive alt ned. Hun startede med at besøge mig et par gange de sidste 3 mdr. af min indlæggelse. Det gjorde en kæmpe forskel."*

Tværasektoriel validering af de unges perspektiver

Repræsentanter fra behandlingspsykiatrien, kommunal myndighed og et regionalt børne- og ungehjem²² validerer og nuancerer problemstillingerne om manglende tværasektorielt samarbejde og kontinuitet i de unges forløb. Nedenfor beskrives observationer fra workshoppen om genkendelse af de unges udsagn, nuanceringer af de unges udsagn og forslag til tiltag, som kan styrke kontinuiteten og skabe tværasektorielle tiltag, der kan forebygge indlæggelser med tvang.

- Kontinuitet i de unges forløb (tværasektorielt samarbejde og relations opbygning)

Alle deltagere i den tværasektorielle workshop kan genkende de unges oplevelser af mange skift samt behovet for tryk og kontinuitet.

De genkender ligeledes de unges oplevelse af, at de ikke bliver inddraget i beslutningerne.

Deltagerne kan også genkende, at uenighed om tilgang og indsats mellem sektorer har konsekvenser for de unges tryk. De er enige om, at der er behov for klare aftaler om fælles kommunikation, så den unge og familien ikke modtager modstridende beskeder eller løfter om indsatser, som ikke er besluttet eller kan leveres.

Endelig kan de fagprofessionelle genkende de unges udsagn om betydningen af stabile længerevarende relationer og om, at oplevelsen af tillidsfulde relationer er afgørende for deres vurdering af indsatserne.

Supplerende og nuancerende input

Fra kommunernes perspektiv forstås kontinuitet som det lange, seje træk; hvor man skal være en del af borgernes levede liv. Men det er ikke tilstrækkeligt alene. Kommunerne vurderer, at de ikke kan løfte opgaven uden psykiatrien, fordi de unge er så syge, og fordi psykiatriens faglighed er nødvendig. De unges udfordringer kan ikke alene imødekommes gennem relationer, selvom det er det, de unge ofte efterspørger.

De fagprofessionelle fremhæver på en workshop, at der er behov for at nuancere og udfolde perspektivet om, at relationerne alene er afgørende for de unge. For de fagprofessionelle er det vigtigt at stå fast på fagligheden, og derfor kan de ikke altid "gå med" de unge i relationerne. Det skyldes, at de fagprofessionelle skal balancere mellem de unges ønsker og de faglige vurderinger af de unges behov. Repræsentanterne på workshoppene forstår forældrenes og de unges oplevelse af, at der handles rigtigt, men de understreger, at det er afgørende at handle ud fra erfaring og faglighed.

Behov for tiltag som kan styrke kontinuiteten

Formaliserede møder

De fagprofessionelle repræsentanter fra psykiatrien og kommunerne er enige om, at der er behov for mere formaliserede møder, hvor samarbejdspartnere afstemmes på forhånd. De fremhæver, at det ikke er frugtbart at konkurrere om "synsninger". Det mest afgørende i samarbejdet er ikke at "spille hinanden gode", men at sikre fælles afstemthed. De unge og familierne skal ikke placeres på et sidespor, og det er afgørende, at de unge ikke står i en hvirvelvind af forskellige professionelle tilgange. Deltagerne i den tværsektorielle workshop erkender, at det er urealistisk at opnå fuldstændig enighed på tværs af sektorer. De unge er meget syge, og deres projektioner er ofte i bevægelse, hvilket betyder, at de professionelle uundgåeligt kan blive trukket ind i dem. Derfor er det vigtigt, at der er formaliserede møder, hvor tvivl kan deles i "fredstid".

Udarbejdelse af mestringsplaner og gode aftaler i fredstid

De fagprofessionelle i den tværfaglige workshop peger på, at et centralt tværsektorielt forebyggelsesinitiativ kan være at udarbejde mestringsplaner sammen med de unge på forhånd, som kan aktiveres, når situationen bliver rigtig svært. Når der foreligger en mestringsplan, er institutionerne bedre rustet til at håndtere udfordringerne. Man fremstår mindre rigid, når man holder fast i en plan, som den unge selv har været inddraget i, inden en kritisk situation opstår. De fagprofessionelle påpeger, at ikke alle unge indlægges på grund af deres psykiske sygdom. Nogle kan ønske at blive indlagt, fordi en veninde er indlagt, eller fordi input fra sociale medier har sat noget i gang. I disse situationer er det vigtigt at kunne fastholde den unge i en fælles aftalt plan.

Mere ambulante tilbud og fælles skræddersyede løsninger

Behandlingspsykiatrien anerkender, at der er behov for, at deres tilbud bliver mere ambulante. Der anvendes for mange ressourcer på hurtige ind- og udskrivninger på sengeafsnittene. Tilbuddene er dyre, og hvis ikke de virker, bør psykiatri og kommune sætte sig sammen og finde bedre løsninger. De fagprofessionelle er enige om, at respektfuld nysgerrighed over for, at fagligheder står forskellige steder, ikke alene løser opgaven. Der er også behov for, at region og kommune afsætter ressourcer i en fælles pulje for de børn og unge, hvor der i højere grad er behov for fælles, skræddersyede løsninger.

Opsummering

De fagprofessionelle genkender de unges udsagn om manglende kontinuitet i forløbene og mangelfuldt tværsektorielt samarbejde. De genkender og nuancerer de unges behov for

gennemgående, tillidsfulde relationer. Endelig peger de på udfordringer ved at sikre kontinuitet og fremsætter forslag til, hvordan samarbejdet kan styrkes, så der skabes mere sammenhængende forløb.

3.3 Fælles sprog og Responsivitet

Dette kapitel er opdelt på samme måde som de forrige kapitler. Nedenfor er der to hovedafsnit, som afdækker henholdsvis voksenområdet og børne- og ungeområdet.

Beskrivelsen af hvert område er delt i tre underafsnit:

- En indledende rammesætning af problemstillingen
- En beskrivelse af borgernes og de pårørendes oplevelser af fælles sprog og responsivitet
- De fagprofessionelles validering af borgernes og de pårørendes perspektiver.

3.3.1 Fælles sprog og responsivitet på voksenområdet

Ifølge tilbagemeldingerne på de indledende workshops og interviews, har oplevelsen af at blive mødt som en ligeværdig person, at blive lyttet til og taget seriøst - med det sprog man har - betydning for borgernes tillid og deltagelsesevne.

Rammesætning - Vigtigheden af fælles sprog og responsivitet

Civilsamfundsorganisationerne betoner vigtigheden af et fælles sprog mellem borger og system og mellem sektorer. De beskriver, at det er en udbredt fortælling, at borgeren skal tale systemets sprog for at blive taget alvorligt. Civilsamfundsaktørernes forståelse af fælles sprog omfatter både den måde, der kommunikeres på og om borgeren har en oplevelse af, at de bliver lyttet til. "At blive lyttet til" har også flere betydninger og konsekvenser. Det kan både forstås konkret; "der bliver ikke lyttet til det, jeg siger", og i en overført betydning; "jeg bliver ikke inddraget eller taget alvorligt". Begge dele kan give en oplevelse af stigmatisering.

Tilbage meldinger fra de fagprofessionelle - både i de kommunale workshops og de regionale workshops - er, at der er behov for en højere grad af bevidsthed om et fælles sprog, både mellem sektorer og mellem professionelle og borgere. Tilbage meldinger om behovet for fælles sprog mellem sektorer er udfoldet i det forrige kapitel om tværsektorielt samarbejde. De fagprofessionelle peger på, at der findes flere gode metoder og værktøjer til at få borgernes stemme ind i behandlingen og indsatsen, fx LA2, Åben Dialog og Recovery Star.

Borgernes og de pårørendes oplevelse af fælles sprog og responsivitet

I interviewene fortæller borgerne om betydningen af, hvordan de professionelle lytter til dem. De forholder sig også til deres oplevelser af den måde, de bliver talt til. Hovedparten af de interviewede borgere kan svare på spørgsmålene.

Borgernes oplevelse af kommunikation

Stort set alle borgere kommenterer på, at kommunikationen har stor betydning for, om et forløb eller en relation virker opbyggende eller nedbrydende. Næsten halvdelen af de interviewede borgere gengiver ord eller sætninger, som har berørt dem enten positivt eller negativt.

- *"Det er vigtigt at blive mødt i øjenhøjde. Man kan undgå tvangsindlæggelser, hvis man i kommunikationen bliver mødt, der hvor man er. Nogle i psykiatrien har berøringsangst. De skulle have et kursus i kommunikation. I stedet for at sige. "lad være med det?" kunne de sige "hvad handler det om?" Spørg "hvad sker der?" i stedet for at hive og trække i mig."*

- *"Hvis jeg responderer sødt i indlæggelsen, får jeg mulighed for at blive set som et menneske. Hvis ikke bliver jeg set og talt til som en patient. Hvis de bare kunne tale til mig som et menneske. Fx sige: Jeg kan godt forstå det. Fuck det er nederen for dig. Jeg forstår godt, at du ikke vil være her. Det kunne gøre alt."*
- *"Overrasket over manglende viden om, hvordan sproget påvirker ift. hvilke udfordringer man har. De sætter sig ikke ind i, hvordan tankestrukturen fungerer; for at forstå; hvad der er på spil. De kan glemme at være nysgerrige. De kan meget hurtigt gå til formuleringer som "Jeg ved hvad du har brug for". Der er også mange østeuropæiske læger i psykiatrien. Det er et stort problem, fordi nuancerne i kommunikationen kan være udslagsgivende."*
- *"Min psykolog sagde til mig, da jeg sagde, at jeg må skade mig selv: Hvad har du brug for at flygte fra?"*
- *"Jeg kan ikke lide at blive kaldt sårbar. Jeg kan bedre lide syg. Vi har alle en sårbarhed, hvordan oversætter vi det til at passe ind i deres system. I en akut kronisk fase er det sygdom. Du kan få det bedre med en psykisk sygdom, hvis du bliver behandlet."*
- *"Når man har det rigtig dårligt, forstærkes fornemmelsen af, at de taler hen over hovedet på mig. Når tingene har fungeret bedst, så taler vi samme sprog – mit sprog og ikke fagsprog."*
- *"Når jeg har psykose og er på stoffer, så tror folk, at de skal snakke til mig som et barn, men jeg er stadig voksen, selvom jeg opfører mig barnligt. Jeg har forsøgt at sige det, når jeg bliver mere rolig; at det virker ydmygende."*
- *"Det har været ti meget forskellige indlæggelser, men det er meget nedværdigende at blive indlagt med tvang og mødt med sætningen: "Du skal forstå!"*
- *"Generelt er der et problem her i huset [et botilbud] med, at de kommer til at tro at vi er dumme. De sidder fx nogle gange og taler i kodesprog. Hvis I skal snakke hemmeligt, så vær sød at gå i stedet for at tro, at vi er åndsvage."*

Om at tale systemets sprog

Næsten halvdelen af borgerne fortæller, at de ved visitationen til frivillige indlæggelser er bevidste om, hvad de skal sige. Ca. en fjerdedel kommenterer på, hvad der bliver skrevet i journalerne. Et mindretal refererer til konkrete eksempler på, hvordan de er begyndt at bruge de fagprofessionelles sprog.

- *"Jeg skulle snakke med deres sprog om mig selv. Der var ikke rigtig nogen, der var nysgerrig på mig. Jeg følte jeg forstod systemet, hvis jeg sagde noget bestemt, så reagerede de. Hvis jeg sagde, hvordan det virkeligt var, så fik jeg ikke hjælp. Nødvendigt at lære deres sprog, selvom jeg føler, at jeg bliver nødt til at gå på kompromis med mig selv."*
- *"Jeg var i et behandlingstilbud, hvor de brugte ord som validering og invalidering "nu validerer jeg lige mine følelser". Jeg tog det hurtigt til mig, men andre folk udenfor kiggede bare mærkeligt på mig. Hvis man skal snakke på systemets måde, bliver man helt afkoblet fra civilsamfundet."*
- *"Nu ved jeg, hvad jeg skal sige. Det er ikke alle der ved det. Du skal sige de rigtige buzz words."*

Borgenes oplevelse af "at blive lyttet til"

Hovedparten af de interviewede fortæller om, hvor vigtigt det er at blive lyttet til - ikke kun i overført betydning, men helt konkret. Det er ikke i sig selv overraskende. Det interessante er, hvor bevidste

de er i forhold til, om de oplever at blive lyttet til, eller oplever ikke at blive lyttet til, og den store betydning det får for oplevelsen af indsatsens effekt.

- *"Det handler ikke så meget om ressourcer - det menneskelige aspekt er det vigtige. Lyst til at spørge ind og konfrontere i svære situationer på en respektfuld måde. I stedet for at sige - du spilder vores tid."*
- *"Spørg: Hvad er det, der gør, at du ikke vil have medicin? Man skal være lidt nysgerrig på, hvorfor man ikke vil tage medicinen."*
- *"Ikke alt jeg siger er vrangforestillinger. De tror, alt hvad jeg siger er sygt. Jeg bliver gjort mærkelig."*
- *"Jeg hiver aldrig fat i personalet. Jeg har svært ved at sige noget. De kender kun til mig gennem det, de har læst. Jeg siger tingene i koder, Det kræver, at man kender mine koder, hvis man skal forstå, at jeg beder om hjælp."*
- *"Der er forskel på, hvordan man bliver mødt som frivillig indlagt og som tvangsindlagt. Hvis man blev indlagt frivilligt med diagnosen borderline, blev man mødt med opdragelse, og der blev snakket bag ens ryg. Man fik fortalt, at man skulle kende sin plads. Hvis man blev indlagt med tvang, havde man ikke selv valgt at være der, og der blev talt anderledes."*
- *"Medicin er magt. Systemet giver medicin for at lægge låg på, passivisere, så man bliver medgørlig. Min magt kan være at sige: jeg vil ikke tage den. Så er man sikker på at blive hørt."*
- *"Hun har talt meget om, at sygdommen tog hendes egen stemme fra hende. Og omgivelserne lyttede til sygdommes stemme, da hendes egen forsvandt."*
- *"Mit botilbud tør være i de svære ting sammen med mig. Det kan vi sagtens snakke om og være i. Jeg er vant til, at de tager mig alvorligt og lytter til mig. Derfor kommer jeg til dem."*
- *"Det blev en evaluering på sidste indlæggelse. Det virkede godt. Debriefing er godt. Jeg ville ønske, at man ikke var så diagnosefikseret. At man var nysgerrig på mennesket. Hvad kommer du af, hvorfor har du denne adfærd?"*

De pårørende, vi har talt med, fortæller alle om udfordringerne med at komme i dialog med de professionelle. En af de pårørende oplever at blive stemplet, når vedkommende kritiserer systemet. De øvrige pårørende oplever, at det er svært - eller "en kamp" - at blive taget alvorligt, eller at systemerne gemmer sig bag tavshedspligt for at beskytte sig selv.

- *"De gemmer sig bag samtykke - hvis ikke det er der, vil de ikke lytte til klager over systemet. I kan ikke klage på jeres datters vegne. Det opleves som ansvarsforflygtigelse. De siger, at vi ikke vil vores datters frihed, når vi forsøger at forhindre hende i at sulte sig selv ihjel. Vi vil gerne hævde vores ret til at udtrykke kritik. Men det er illegitimt."*
- *"Pårørende opfattes som en ressource i somatikken. Det gør de ikke i psykiatrien. Tavshedsforpligtelsen bruges som et skjold. Pårørende er ikke en ressource, men en udfordring."*
- *"Det er så vigtigt med pårørendeinddragelsen. Pårørende får ikke altid lov at blive inddraget. Man kan indkalde de pårørende og spørge de pårørende om de har noget viden."*

Borgernes oplevelse af stigmatisering

Næsten tre fjerdele af de interviewede borgere fortæller om oplevelser af stigmatisering. Når de i deres fortælling om fælles sprog kommer med eksempler, der indikerer oplevelser af at blive stemplet, bliver de bedt om at uddybe disse oplevelser. Borgernes oplevelser kan opdeles i flere kategorier. Nogle fortæller om en generel oplevelse af, at psykisk syge får et stempel. Få borgere beskriver mere specifikke oplevelser af fordomme i forhold til mennesker, der indlægges med tvang. De fleste fortæller, at mødet med systemet giver dem oplevelser af at blive stemplet. Af disse har nogle få konkrete eksempler på stempling fra fagprofessionelle. Det er ikke overraskende, at der er mest fokus på stempling fra systemet, fordi spørgsmålene om fælles sprog primært handler om kommunikationen i og med systemet, og dette fund bør derfor ikke overfortolkes.²³ Blandt dem, der fortæller om at blive stemplet af systemet, er der en større andel med diagnosen borderline. Borderlinediagnosen opleves som et stigma.

- *"Jeg føler mig stigmatiseret som psykisk syg, men jeg har det også generelt svært med mennesker, så 50/50." [vægten af stigmatisering i forhold til oplevelsen af, at det er hendes egen skyld].*
- *"Jeg selvstigmatiserer også, da jeg jo var optaget af deres forståelse af mig. Jeg begynder at se mig selv gennem diagnosen. Jeg bliver låst fast i kassen. Jeg begyndte også selv at definere mig selv som min diagnose."*
- *"Folk tror man er farlig, hvis man er på den lukkede. Jo mere man får fortalt af personalet, at man er farlig, jo farligere bliver man. Hvad bilder de sig ind! Indlæggelserne har ændret på mit billede af mig selv. Hvad siger man i datinglivet?"*
- *"Hun havde en oplevelse af forudindtaget. De havde ikke lyst til at involvere sig. Min pårørende havde stor skam og skyld over, at hun havde været Sikringen. "Jeg er jo ikke noget værd, når jeg har været der" – på et botilbud blev det bekræftet via personalet. Det fyldte meget hos hende. En stor belastning som hun talte om i mange år. På et andet regionalt botilbud, sagde de, at hun ikke skulle tænke på det, og det beroligede hende. Andre steder nævnte de ikke sikringen, og det var endnu værre. Der bør være fokus på det normale [fra de fagprofessionelle] fremfor på det, der ikke fungerer. Det andet virker stigmatiserende."*
- *"De gik mere op i kasserne, diagnoserne end de var interesseret i mig. De bliver ved med at putte mig ned i en ny kasse. Da de ikke kunne finde den rigtige kasse til mig, blev de mere opgivende. Jeg kender flere der er så vrede og traumatiseret af deres kontakt med psykiatrien, at de afviser behandling og medicin. De stoler ikke på de mennesker, som er en del af systemet. De taler meget grimt om psykiatrien, og de bliver sygere og sygere."*
- *"Hvis man tager medicin, er man vellidt. Det har haft store fysiske konsekvenser at være medicineret gennem mange år. Jeg har ødelagt min krop. Jeg blev stigmatiseret i somatikken. Fik et blåt stykke at sidde på. Bliver behandlet som hende, der har en diagnose."*
- *"Jeg føler, at jeg bliver stemplet, fordi jeg har kontakt til rockermiljøet. Nogen har måske været bange, men jeg er ikke aggressiv, men bange og ked af det. Jeg er ikke voldelig. Jeg vender det indad."*

Og borgeres/patienters beskrivelser af, hvordan borderlinediagnosen opleves som et stempel:

²³ Derfor er der sandsynligvis en bias i afdækningen ift. at det er systemet der stempler borgerne.

- *"Diagnosen borderline er særligt stigmatiserende. Især ordet manipulerende, det er nok det ord jeg har hørt mest. Ikke mødt en nysgerrighed på hvorfor. Jeg har haft en umoden opførelse, men jeg har ikke lært andet."*
- *"Drop stigmatiseringen og mød mennesket, hvor det er. Du ved ikke, hvem jeg er, før du har snakket med mig. Du har læst nogle papirer og lavet en konklusion ud fra ting, der står i min journal. Fik en borderlinediagnose, og har efter det bare mødt en masse modstand. De er forudindtaget om borderline alle steder, også på sygehusene. Jeg har siddet og skreget, kunne se at folk gik forbi og stoppede, men gik videre. Så sagde kontaktpersonen "Jamen NN sådan nogle som dig med din personlighedsforstyrrelse, I vil jo gerne bare have opmærksomhed, og hele tiden have mere, så det kan vi ikke give dig". Mødte rigtigt tit den med: "Folk med borderline profiterer ikke af indlæggelse". Jeg er ligeglad med, hvad folk gør, jeg har brug for at blive indlagt."*
- *"Jeg blev stemplet som en opmærksomhedssøgende drama queen. Det var korrekt; jeg ville gerne have opmærksomhed, for det havde jeg jo aldrig fået før."*

Tværasektoriel validering af borgernes og de pårørendes perspektiver

Borgernes oplevelse af kommunikation og fælles sprog, som kan forebygge tvang på voksenområdet, valideres og udfoldes i tværasektorielle workshops i tre kommuner og de dertil knyttede regionale behandlingslokationer. Bredden i forhold til repræsentation af fagprofessioner i denne validering beskrives i metodeafsnittet.

Validering af om afdækningens fund er genkendelige

Repræsentanterne i valideringsworkshops kan genkende borgernes oplevelse af de fagprofessionelles kommunikation samt betydningen af at blive lyttet til. Det er ikke atypiske udsagn.

Borgerne overtager fagsprog for at blive hørt

De fagprofessionelle kender borgere, der fremfører den ene frase efter den anden med sprog fra journalerne. De taler ikke deres eget sprog, når de taler om deres sygdom. Det er heller ikke usædvanligt, at borgerne siger, at de ikke kan genkende sig selv i notater og journaler. Psykiatrien forsøger at skrive notaterne sammen med patienter, hvor de oplever, at patienterne hurtigt lærer fagsproget og gentager det, de har læst og hørt.

Borgernes oplevelse af at blive lyttet til

De fagprofessionelle kan genkende, at borgerne slår sig på, at de ikke bliver lyttet til. De fagprofessionelle beskriver, at der er medarbejdere, som har svært ved at møde borgerne der, hvor de er. De fagprofessionelle deltagere hæfter sig også ved, at ordet nysgerrighed fremgår flere gange i citaterne. De genkender, at de som specialister kan have en tendens til at blive nysgerrige på sygdommen og diagnosen. De understreger også, at de er meget opmærksomme på, at det er afgørende, at borgerne får en god hverdag, og at de som fagprofessionelle derfor skal udvise nysgerrighed på det hele menneske.

Borgernes oplevelse af kommunikationen fra de professionelle

De fagprofessionelle deltagere på workshops oplever - ligesom borgerne - at det er en udfordring at dele fælles sprog. De vurderer, at der generelt er stor opmærksomhed på fælles sprog, men peger på, at det tager tid at ændre. Der er kommet flere borgere i gruppen, der bliver indlagt med tvang, som har lav IQ. Det kræver også noget særligt i kommunikationen.

Supplerende og nuancerende input

De fagprofessionelle udfolder og nuancerer flere af de problemstillinger, som borgercitaterne bringer frem.

Om normalisering af dialogen

Som professionel er det vigtigt at være opmærksom på at normalisere dialogen, når borgerne har trænet sig selv i at bruge sætninger som "jeg hører stemmer" eller "jeg har selvmordsplaner". Her nævner borgeren de symptomer, som "virker", hvis de skal have hjælp. Udfordringen ved at forsøge at normalisere dialogen er, at erfarne brugere af psykiatrien godt ved, at det ikke virker, hvis de siger: "Jeg kan ikke finde ud af mit liv" eller "jeg ved ikke, hvad jeg skal gøre og der er ingen andre, der kan hjælpe mig".

Om af blive lyttet til - eller om af få ret

De fagprofessionelle præciserer, at det er vigtigt at skelne mellem "at bliver lyttet til" og "at få ret". Som professionel skal man lytte med sin faglighed. Det er også vigtigt, at fagprofessionelle har en dialog om, hvilke grundlæggende principper der skal gælde for samarbejdet og samtalen med patienterne. Det er vigtigt at lytte og se det hele menneske og få alle nuancerne med. Derfor skal der bruges tid på at blive bedre til at lytte til borgerne, men det betyder ikke, at de får ret. Hvis de ikke de får ret, oplever de måske ikke, at de bliver lyttet til.

Om effektivitet versus inddragende helhedsorienteret dialog med borgeren

Deltagerne på en af de tre workshops beskriver, at der er et umiddelbart dilemma mellem ønsket om synlig effektivitet og fokus på dialog, som er langsommere og mere besværlig.

De professionelle udtrykker, at det ligger dybt i tænkningen som fagprofessionel at have fokus på at være effektiv og løse problemerne selv, eller at sørge for at borgeren får hjælp der, hvor problemet kan løses. Hvis borgeren skal være en del af dette løsningsfokus, bliver det en større opgave. Hvis effektivitet anskues i et bredere perspektiv, kan det dog være spild af tid ikke at lytte tilstrækkeligt til borgeren. Hvis borgerne ikke oplever, at de bliver lyttet til, kan modstanden mod systemet resultere i vrede, som igen kan eskalere til dysreguleret adfærd, der i sidste ende kan vise sig at kræve mange flere ressourcer og indlæggelser med tvang.

Deltagerne i en anden af de tre workshops uddyber problemstillingen. De fortæller, at de er midt i en kulturændring fra "vi ved bedst qua vores faglighed" til en kultur, hvor de tager udgangspunkt i borgeren. I akutte situationer, som ved indlæggelser, kan det være svært af have for høje forventninger. Det er også en vigtig opmærksomhed at balancere kravene til, hvad borgeren kan. I den proces kan sproget blive påvirket i en uhensigtsmæssig retning, så patienterne oplever, at der bliver talt ned til dem. De fagprofessionelle har gode erfaringer med forhåndstilkendegivelser (GAF)²⁴. Der er dog stadig eksempler på udfordringer i kommunikationen med borgerne, fx historier om voldsom adfærd, som hænger ved borgeren, selvom det kan være lang tid siden, at borgeren har handlet voldsomt.

²⁴ Global Assessment of Functioning (GAF)-skalaen er et redskab til at vurdere en patients psykiske, sociale og arbejdsrelaterede funktionsevne. Det hjælper fagfolk med at vurdere behandlingsbehov, følge udviklingen over tid uafhængigt af diagnose.

Et botilbud i Sønderborg, som har reduceret antallet af indlæggelser med tvang, har gode erfaringer med bevidst at arbejde med sproget som et værktøj til at deeskalere og konfliktnedtrappe situationer. De har udviklet fælles begreber og sprog på tværs af de sundhedsfaglige og socialfaglige ansvarsområder. De arbejder fælles om at møde deres borgere med et sprog uden magt og tvang. De træner i at lytte aktivt til borgernes behov frem for de professionelles behov.

Om eskalerende mekanismer i kommunikationen versus behandlingspsykiatriens rammer

Der er nogle eskalerende mekanismer på spil i kommunikationen mellem professionelle og borgere, når borgeren overtager fagsprog og vælger adgangsgivende symptomer. Det har u hensigtsmæssige konsekvenser. De u hensigtsmæssige konsekvenser forsvinder dog ikke ved at afskaffe fagsproget. Behandlingspsykiatrien er sat i verden for at spotte diagnoser og symptomer samt at have et fælles sprog om dem, så de kan behandles herefter. Der er nogle rammer, som de fagprofessionelle skal agere indenfor. Der skal fx være en afklarende samtale før en indlæggelse. Hvis ikke borgeren har en symptomgrad, der matcher kriterierne, skal vedkommende ikke indlægges. De ansatte i behandlingspsykiatrien kan således ikke genkende, at borgere afvises, fordi der ikke lyttes.

Socialpsykiatrien oplever, at de står på den anden side med meget forpinte borgere, som afvises af behandlingspsykiatrien. Rammerne for indsatsen i kommunerne er også udfordrede i forhold til at imødekomme borgerne, når de tilpasser deres symptomer for at få adgang til indlæggelser. De eskalerende mekanismer kan øge risikoen for indlæggelser med tvang.

De fagprofessionelles validering og supplerende refleksioner i forhold til borgernes oplevelse af stigmatisering

Deltagerne på workshops kan godt genkende borgernes citater om stigmatisering.

De anerkender, at man som fagprofessionel kan blive blind over for stigmatiserende sprog. Der er behov for at være opmærksom på, hvor meget og hvordan der tales om diagnoser. Det kan være meget traumatiserende, hvis ikke man tror på borgeren eller ikke tager deres ord alvorligt.

Det kan fx være en udfordring at voldsrisikovurdere både botilbud og borger uden at stigmatisere.

Det er vigtigt at forklare borgerne, hvorfor det er nødvendigt. Der er borgere, der oplever, at de er til evig eksamen, og at en voldsepisode fra flere år siden hænger ved dem. Diagnoserne hænger også ved, selvom de ikke længere anvendes i den aktuelle indsats.

Der er også tilfælde i behandlingspsykiatrien, hvor borgere bliver vurderet på en enkelt hændelse.

De fagprofessionelle kan ligeledes genkende, at det kan være en udfordring for borgerne at blive indlagt på somatiske afsnit. Patienter med psykiatriske diagnoser kan blive mødt med fordomme, og her kan en dygtig socialsygeplejerske gøre meget for at forklare og udrede misforståelser.

Endelig er der også enighed om, at diagnosen borderline er en meget stigmatiserende diagnose. Der kan være borgere, som sætter gang i hele sundhedssystemet, kommune og politi. Det er meget traumatiserende for borgerne, hver gang situationen eskalerer, og de afvises af pædagoger, sygeplejersker, læger, paramedicinere, psykiatere, for alligevel at ende med en indlæggelse med tvang. Borgerne kan huske alle afvisningerne. De fagprofessionelle vurderer, at det virker stigmatiserende og selvforstærkende, og at det er vigtigt at få borgenes stemmer frem. De peger ligeledes på, at det er vigtigt at erkende, at de eksisterende rammer ikke er konstrueret til at rumme kompleksiteten i nogle af de mest forpinte borgeres behov.

3.3.2 Fælles sprog og responsivitet på børne- og ungeområdet

De professionelle har ikke i deres rammesætning perspektiver, som er specifikke for børne- og ungeområdet. Aarhus Kommune, der har arbejdet med relationel velfærd i en længere periode, efterspørger en mere undrende og spørgende tilgang på tværs af fagligheder og sektorer, så de unge kan mærke den fælles interesse.

De unges oplevelse af kommunikation og betydningen af at blive lyttet til

Alle de interviewede unge, der har været indlagt med tvang i børne- og ungepsykiatrien, har fortællinger om ikke at blive lyttet til. Der er også et par af de nu voksne borgere, der retrospektivt fortæller om deres oplevelse af ikke at blive lyttet til, mens de var i børne- og unge regi. Datamaterialet er dog ikke solidt nok til at opstille en hypotese om, at unge i højere grad oplever, at de ikke bliver lyttet til eller taget alvorligt, fordi de ikke er voksne:

- *"En oplevelse af, at man ikke bliver lyttet til som et selvstændigt menneske, som kan blive taget alvorligt, når man ikke er i voksensystemet. Måske har det ændret sig – men [set med tilbageblik] jeg havde en oplevelse af ikke at blive taget alvorligt. Hvorfor tog man ikke udfordringerne alvorligt noget før?"*
- *"Nogen skulle lytte til det, hun sagde, og ikke kun snakke om diæter, planer for spisning osv., men i stedet lytte på, hvad hun kunne møde dem i af kur og hjælp. Det var meget: "du skal det her, før du kan være i behandling eller være ved os", aldrig noget: "hvad kan du være med på/ hvor kan du møde os i din behandling?"*
- *"Personalet skal uddannes i at snakke vores sprog. Især lige i den situation, hvor jeg ikke er til fare for nogen. Jeg havde det bare dårligt og havde brug for nogen, som kunne give mig omsorg. Det lyttede de ikke til. Tænker, at der blev brugt tvang, uden at der var brug for det. Jeg ved at det har været nødvendigt i andre situationer, men ikke her."*
- *"De sidder og lytter til sig selv. De lytter ikke til, hvad der kommer ud af min mund. Jeg har været indlagt med angst, hvor de ikke troede på det."*
- *"Man har ikke brug for tvangsindlæggelser, hvis man bliver lyttet til i tide. Der er gået lang tid før det endte med tvang. Jeg kunne have fået hjælp noget før."*
- *"Prøve at forstå et sygt menneskes sprog, at det ikke altid er direkte som i: "Jeg har brug for hjælp og vil gerne passe ind i jeres boks". Det kan blive sagt på mange andre måder."*
- *"Ofte, når jeg har læst min journal, er jeg blevet overrasket, da det ikke er sådan, jeg selv har oplevet det. Det har været lidt i forhold til min autisme, da jeg så ikke kunne kommunikere ordentligt. Men jeg er blevet råbt ad for ikke at have sprog. Hun råbte ad mig for at være uhøflig og ikke opdraget ordentligt, fordi jeg ikke kunne udtrykke mig."*

Og de unges oplevelse af stigmatisering:

- *"Det har fyldt meget for mig. Fordomme ift. tvangsindlæggelser, hvor man ofte tænker tvang ift. udadreagerende, men jeg har også oplevet tvang, når jeg er ikke udadreagerende. Først da jeg blev indlagt på åben, at jeg blev fortalt, hvorfor jeg var diagnosticeret med autisme. Det havde gjort en forskel, hvis jeg havde lært noget om det."*
- *"Falliterklæring fra dem, at hun blev stemplet som en besværlig spiseforstyrret; ingen kunne hjælpe. Har medført personlighedsforstyrrelse, psykose og social angst; det stammer alt sammen tilbage til, da jeg var helt ung, og de opgiver at hjælpe mig. De har givet oplevelsen af, at ingen kan hjælpe mig, og at jeg ikke er tilstrækkelig for nogen."*

- *"Mine forældre er blevet kaldt besværlige forældre foran mig. Jeg har også haft bonusforældre, som fik lagt et hårdt pres ned over sig."*

Tværasektoriel validering af de unges perspektiver

Repræsentanter fra behandlingspsykiatrien, kommunal myndighed i Aarhus Kommune og et regionalt børne- og ungehjem validerer og nuancerer problemstillingerne om "at blive lyttet til". Nedenfor beskrives tilbagemeldingerne fra workshop med dem.

Validering af om afdækningens fund er genkendelige

Deltagerne på den tværasektorielle workshop kan genkende de unges udsagn om ikke at blive lyttet til.

Deltagerne genkender, at der er behov for at være opmærksom på at facilitere rummet for fælles kommunikation - det gode fælles sprog. Det er også vigtigt at være opmærksom på, at de unge ofte har større opmærksomhed på, hvornår de *ikke* bliver lyttet til, end på, hvornår de bliver lyttet til.

Supplerende og nuancerende input

Deltagerne i workshop vurderer, at det er effektivt at praktisere fælles sprog via udarbejdelse af fælles planer sammen med de unge. Selvom det kan være en udfordring at få det til at blive en del af hverdagen, mener de, at bør prioriteres højere, end det gør i dag. De unge oplever, at der bliver lyttet til dem, når de kan se, hvad der bliver skrevet, og når de får mulighed for at deltage i drøftelser sammen med de fagprofessionelle. Hvis de læser noget, som påvirker dem negativt, får de fagprofessionelle også mulighed for at undskylde.

4. DEL 3 - Indlagt med tvang – oplevelser og dilemmaer

Dette kapitel giver et indblik i, hvordan borgerne oplever en indlæggelse med tvang. Politiet, civilsamfundsorganisationerne og de fagprofessionelle i regioner og kommuner bidrager med en rammesætning af problemstillingen samt supplerer borgernes bidrag. Beskrivelserne bygger på informanternes tilbagemeldinger. Disse tilbagemeldinger er ikke korrigeret, hvis de er i modstrid med det faktiske lovgrundlag for at indlægge med tvang. I afsnittet er der derfor uoverensstemmelser mellem nogle af tilbagemeldinger og de faktiske lovgrundlag for indlæggelser med tvang. Lovgrundlaget er beskrevet i bilag 1.

4.1 Oplevelsen af en indlæggelse med tvang — voksenområdet

4.1.1 Rammesætning fra civilsamfundsorganisationer og repræsentanter fra regioner og kommuner

Civilsamfundsaktørerne understreger, at det ikke kun er forløbet, der fører op til en tvangsindlæggelse, som kan forebygge eller øge risikoen for en indlæggelse med tvang. Selve udførelsen af tvangsindlæggelsen har betydning for den alliance borgeren efterfølgende kan skabe til personalet. Oplevelsen af skam og stigmatisering i selve indlæggelsen kan også have en traumatiserende effekt. Derfor peger civilsamfundsaktørerne på, at det også er relevant at lytte til borgernes oplevelse af, hvordan tvangsindlæggelsen forløber.

Det er dog vigtigt for repræsentanter fra civilsamfundsorganisationerne at understrege, at mildere tvang ikke løser udfordringen i forhold til at forebygge tvangsindlæggelser. Ifølge civilsamfundsaktørerne kan et for stort fokus på mildere tvang risikere at blive en let løsning, der skygger for de tiltag, man ved virker i praksis. De mest effektive tiltag til at forebygge tvangsindlæggelser er ifølge civilsamfundsaktørerne mere krævende, men til gengæld langt mere virksomme²⁵.

De fagprofessionelle i regioner og kommuner beskriver, at tvangsindlæggelser har mange ansigter. Måden en tvangsindlæggelse forløber på, kan både nedtrappe eller optrappe symptomer og niveauet af agtpågivenhed. Tvangsindlæggelser behøver ikke at være voldsomme, men kan foregå respektfuldt.

Kommunerne fremhæver, at de har borgere der har brug for rammerne i en tvangsindlæggelse, men hvor det ikke er en mulighed, fordi psykiatrien har besluttet, at borgerne ikke bliver bedre af at blive indlagt med tvang. Det kan fx være borgere, der går amok nogle gange om ugen, hvor der ikke er pædagogiske tilgange, som kan hjælpe dem.

4.1.2 Borgernes oplevelse af en indlæggelse med tvang

Hovedparten af borgerne oplever det ydmygende, pinligt, grænseoverskridende, skamfuldt eller traumatiserende at blive indlagt med tvang. Over halvdelen oplever, at forløbet ved indlæggelsen efter omstændigheder er ok. En stor del af de interviewede borgere har dermed både meget grænseoverskridende oplevelser og relativt gode oplevelser med at blive indlagt med tvang. De fleste vil gerne fortælle om deres oplevelser, men der er også nogle, som kun siger få sætninger.

Borgerne udtrykker om den pinlige, umyndiggørende og grænseoverskridende følelse:

- *"Synes det er pinligt at blive indlagt. Tvangsindlæggelserne var til det samme sted, som jeg tidligere havde været. Det synes jeg var virkelig flovt "Nu er jeg her igen". Der må simpelthen være en anden læge i dette hus end hende, der smed mig ud sidst. Det at være tvangsindlagt, er ekstremt umyndiggørende. Folk tager en beslutning om mit liv, som jeg er uenig i, men jeg kan intet gøre ved det."*
- *"Jeg føler, at jeg bliver fængslet uden at have gjort noget kriminelt. Det er den følelse, jeg har. Med psykose er man ikke bevidst om, at man er syg."*
- *"Jeg har været udsat for voldtægt. Når politiet tager fat, minder det om det. Måden man bliver hentet på, spændes fast på og bliver holdt på."*
- *"Det er ikke særligt sjovt. I momentet tænker man fuck."*

Om "frivillig tvangsindlæggelse"

Der er både gode og dårlige oplevelser af indlæggelser, som skifter fra rød tvang til "frivillig tvang". Borgerne oplever, at det kan deeskalere situationen, men der er også eksempler på ambivalens, fx at borgeren bliver overtalt til frivillig indlæggelse, men at det føles som tvang.

²⁵ Forebyggende indsatser som styrker relations opbygning m.m.

- *"Kan huske den sidste gang, jeg blev indlagt ved tvang. Der følte jeg mig fuldstændig magtesløs. Jeg følte ikke selv det var nødvendigt, men de brugte min historie mod mig. Jeg var berettiget til at være vred. En oplevelse af ikke at kunne give nogen form for modstand, selv hvis det er berettiget, man var vred. Man er fuldstændig overlagt til nogle andres beslutninger. Nogle gange bruger de den med, at vi kan gøre det frivilligt eller med tvang. Jeg føler mig narret. Jeg har jo ikke rigtig et valg."*

Borgerne beskriver oplevelser af at miste tillid til pårørende, venner og systemet på grund af en tvangsindlæggelse:

- *"Hver gang jeg ringede, for at få ham indlagt, eller at bostøtten ringede, mistede han tillid till os og vrangforestillingerne blev værre. Mange tvangsindlæggelser var på grund af medicinsvigt."*
- *"Som ung ville han gerne have medicin, men efter en tvangsindlæggelse, hvor han oplevede at politiet begik et overgreb på baggrund af en misforståelse, ville han ikke have noget at gøre med psykiatrien og nægtede at tage medicin. Han blev holdt af 4 politifolk. Indlæggelserne har været ret traumatiserende. Hvis der havde været en eftersamtale, ville det sikkert have set anderledes ud. Det skete bare ikke."*

Borgerne udtrykker også dilemmafyldte og blandede oplevelser med tvangsindlæggelser:

- *"Nogle gange fik jeg lov til at ryge en smøg, før de tog mig med. En gang forsøgte jeg at flygte, hvor de smadrede mig op på kølerhjelm."*
- *"Min datter blev tvangsindlagt flere gange. Tvangsindlæggelser og tvang er fyldt med dilemmaer. På sikringen havde man bælte og håndrem på. For at de ikke kunne få hænderne helt op og gøre noget. Det var faktisk det der hjalp min datter – at hun ikke skulle bruge energi på ikke at slå."*
- *"De har mine forhåndstilkendegivelser med et hierarki, hvis jeg bliver hentet med tvang. Mindste indgreb er bæltefiksering. Hellere bæltefiksering end holdes af seks personer. Det bliver intimt, særlig hvis man har været udsat for overgreb. Det er ikke altid skidt at blive indlagt med tvang – men man bliver også traumatiseret af det."*
- *"Sociolancen burde være der hele døgnet. Har været indlagt med dem; det var ordentligt. Tvang skal forebygges. Tvang er et udtryk for at systemet har fejlet. Det handler meget om misbruget, hvor jeg ikke fik hjælp. Sidder med en kniv i armen, fordi stemmerne siger det. Så ringer de 112, og så kommer de. Vil ikke med."*
- *"Det har fx været hvis jeg har taget en overdosis for at tage mit liv. Det er meget grænseoverskridende at politiet kommer. Jeg er aldrig blevet taget fat i. Det er meget pinligt og træls. Det har også gjort, at jeg er blevet meget bange for politiet, og jeg er bange for at de kommer efter mig og tager fat i mig, når jeg ser dem omkring botilbuddet."*

Endeligt beskriver borgerne også oplevelser med nøgenvisitering

- *"Visitationen ved indskrivelsen var så indgribende, at det skal jeg godt nok aldrig igen. Jeg tager det yderste af, og får så af vide jeg skal tage alt af, og da jeg ikke ville det, blev det flået af. De sagde, at de var bange for, at hun skjulte nogle skarpe genstande."*

- *"Jeg er mest bange for bæltefiksering og for at bruge deres ressourcer. Visitering; enormt svært og det væltede læsset. Tage tøjet af, når mange ser på. Det fik det til at eskalere. Kæmpe udfordring. Når de havde ro og tålmodighed og man gjorde det i etaper, blev det nemmere. Fx et lagen jeg kunne holde om mig. Der er stor forskel på, hvor man blev indlagt - meget personbestemt, og hvad lægen ville tillade."*

Er indlæggelser med tvang nødvendige

Der er meget få af de interviewede borgere og pårørende, der ønsker, at indlæggelser med tvang skal afskaffes. Hovedparten gør opmærksom på, at det har reddet deres liv eller førlighed. Enkelte borgere kan ikke svare på spørgsmålet.

- *"Det kan jeg ikke svare på, det er et tricky spørgsmål."*

Resten af de interviewede borgere deler sig i to. Den ene halvdel mener, at tvang ubetinget er nødvendigt. Den anden halvdel mener også, at tvangsindlæggelser er nødvendige, men mener, at de kan begrænses og udføres på en bedre måde.

Hertil udtrykker borgerne om, hvorvidt tvang er nødvendigt

- *"På et tidspunkt slog han mig ned. Og ja, det er nødvendigt."*
- *"Jeg har det bare så dårligt og har brug for hjælp."*
- *"Når spiseforstyrrelsen kører, er der ingen adgang til fornuften. Ved sidste indlæggelse var hun tæt på at dø. Ville ønske at de lyttede mere til hende. Hvilken vægt hun kan magte at være på BMI 16 – hun vil være på BMI 14. Der burde være andre vilkår at blive udskrevet på. En autoritet der kan opretholdes udenfor murerne. Det fører på den lange bane til mange flere indlæggelser mere tvang, at de ryger ind og ud."*
- *"Jeg har været nede på politistationen og sige tak for at de reddede mit liv. Jeg har også sagt undskyld."*
- *"Jeg havde nok været død. Det er ikke særligt sjovt. Det var nødvendigt. I momentet tænker man fuck. Det kan ikke undværes – det har reddet mit liv."*

Andre borgere oplever brugen af tvangsindlæggelser som mere dilemmafyldt

- *"Tvang bliver dæmoniseret: Det skal afskaffes og nedbringes. Det er bare ikke så sort/hvidt. Jeg kan have to holdninger til det."*
- *"Ja, det var nødvendigt dengang. Nogle gange har man brug for hjælp, og ved det ikke selv; alt kan gå sort, og her kan tvang redde liv. Men det har også bare givet så mange konsekvenser bagefter. Derfor skal man ikke føle sig så anderledes gjort i situationen, og ikke så alene. Man er for syg til at spørge om hjælp, man har bare lyst til at dø. Man vil ikke reddes, man vil ikke indlægges. Men processen før man når hertil, og efter man har været i denne situation, den skal forbedres."*
- *"Man kan mindske det. Hvis man fjernede det, ville jeg ikke være i live i dag. Jeg ville være ked af det, hvis man afskaffede tvang. Det skal nedbringes, men ikke for enhver pris."*
- *"Paramediciner, psyk og politiet – du kender dem ikke. Du er omgivet af nogen du ikke kender. Det er altid et overgreb. Jeg ville ikke sidde her i dag, hvis ikke der var tvang, men jeg bliver kaldt systemets mand. Indlagt et stykke tid, for at bliver beroliget. Får noget at spise."*

Kender stedet. Kender måske personalet. Der kommer ro på. Antipsykotisk medicin virker i den akutte fase. Har ikke noget imod medicin.”

- *”Nogle gange har jeg faktisk også været glad for at blive tvangsindlagt. Så skulle jeg ikke tage beslutningen. Andre gange har det været meget overskridende, og været meget indgribende. For nogle gange er mennesker kommet så langt ud, at det kan være nødvendigt. Samtidig kan det skade relationen, at en anden tager beslutningen.”*

4.1.3 Tværsektoriel validering af borgernes og de pårørendes perspektiver

Borgernes oplevelse af dilemmaer i forbindelse med indlæggelser med tvang på voksenområdet valideres og udfoldes i tværsektorielle workshops i tre kommuner samt de dertil knyttede regionale behandlingslokationer.²⁶

Validering af om afdækningens fund er genkendelige

De fagprofessionelle på de tre valideringsworkshops genkender borgernes beskrivelser af tvangsindlæggelser som umyndiggørende. De genkender, at mange oplever det som skamfuldt og som noget, man ikke har lyst til at tale om.

De kan også genkende borgernes udsagn om, at det ville koste liv, hvis ikke det er muligt at indlægge med tvang.

De fagprofessionelles tilbagemeldinger på nøgenvisitering

De fagprofessionelle beskriver, at det ikke er alle afdelinger, hvor der udføres nøgenvisitering. På nogle afdelingerne bliver borgeren nøgenvisiteret, hvis vedkommende er behandlingsdømt eller kendt for vold. De får nyt tøj, som de skal tage på, og der står to medarbejdere og kigger. De borgere, der er domspatienter, kender proceduren, og de ved, at de skal lægge tøjet. De professionelle understreger, at det altid bør overvejes, om nøgenvisitering er nødvendig og dermed, hvornår det er på grund af tryghed, og hvornår det handler om sikkerhed. De understreger, at det er vigtigt at være opmærksom på, at det kan få alvorlige konsekvenser, hvis borgeren har gemt noget, og nogen efterfølgende kommer til skade.

Tilbagemeldinger på borgernes udsagn om, hvorvidt tvang bør afskaffes

Deltagerne kan genkende borgernes udsagn, men er overraskede over, at der ikke er et citat om, at tvangsindlæggelse helt skal afskaffes. De fagprofessionelle peger derfor på, at der kan være en diskrepans mellem de indsamlede fund i afdækningen og deres vurdering af borgernes oplevelser af at blive indlagt med tvang²⁷.

Supplerende og nuancerende input

De fagprofessionelle på de tre workshops er enige om, at brugen af tvangsindlæggelser er dilemmafyldt. De peger på, at det er et stor indgreb, og der derfor skal være meget tungtvejende

²⁶ Bredden ift. repræsentation af fagprofessioner i denne validering er beskrevet i metodeafsnittet.

²⁷ Dette kan være en indikation på, at de mest ”systemkritiske” borgere ikke er interviewet i denne undersøgelse og billedet af, hvordan en tvangsindlæggelse opleves dermed, ikke er dækkende for alle tvangsindlagte borgere.

grunde til at gøre det. De anbefaler ikke brug af måltal på dette område, da det kan få fatale konsekvenser.

Deltagerne fra behandlingspsykiatrien vurderer, at alle, der har arbejdet med tvangsindlæggelser, ved, at det også skaber ro og lindring. Det ville koste liv, hvis det ikke var muligt at tvangsindlægge. De vurderer, at tvangsindlæggelse er et nødvendigt værktøj, men understreger samtidig, at kriterierne for anvendelsen er og skal være omdiskuterede.

De pointerer, at behandlingspsykiatrien skal holdes oppe på brugen af tvangsforanstaltninger, fordi de udføres i behandlingspsykiatriens regi. Samtidig har socialpsykiatrien ikke en direkte rolle i udførelsen af tvangsindlæggelsen, men deres rolle er derimod indirekte via den forebyggende indsats. Deres indtryk er, at det i mindre grad er de borgere, som de kender og har kontakt med, der indlægges med "hård" tvang. I kommunikationen med politiet om de borgere, der står på deres lister, og som de har indgået aftaler med, er tilbagemeldingen fra politiet, at disse borgere som regel kommer med stille og roligt.

Flere af de fagprofessionelle fra psykiatrien og kommunerne vurderer, at der kan være en udfordring i forhold til meget unge vagtlæger, som ikke ved, hvordan de skal håndtere en tvangsindlæggelse. De kan komme til at trigge borgeren, så situationen eskalerer.

Endelig gør nogle af repræsentanterne fra botilbud og kommunal myndighed opmærksom på, at manglende brug af tvangsindlæggelser har medført skader på personalet i socialpsykiatrien. De vurderer, at der har været for stort fokus på nedbringelser af tvang for enhver pris.

Refleksioner om og eksempler på forebyggende indsatser

De fagprofessionelle udfolder oplevelsen af ambivalens hos borgerne i forhold til at blive tvangsindlagt. Ambivalensen kan fx handle om ressourcerne i øjeblikket til at tage ansvaret på sig.

- *"Hvis borgeren selv siger "ja" til indlæggelse, tager de ansvaret på sig."*
- *"Hvis politiet henter dem, bliver ansvaret flyttet over på systemet — "nu ligger ansvaret hos jer"."*

Dette beskrives som en vigtig motivationsfaktor i nogle borgeres adfærd. Det kan også være en del af forklaringen på, at en indlæggelse med tvang både kan opleves som en lettelse og som en trigger.

De fagprofessionelle fra behandlingspsykiatrien beskriver, at det er vigtigt at tage tempoet ud af selve indlæggelsesprocessen. I de indlæggelser hvor behandlingspsykiatrien er med, forsøger de at få det til at foregå stille og roligt. I flere tilfælde laver de forudgående aftaler fx på botilbuddet med action cards, hvor de professionelles mulige handlinger er beskrevet. I nogle tilfælde er det en fordel, at politiet er der, og at de kører borgeren til indlæggelse. I andre tilfælde er det en udkørende medarbejder fra behandlingspsykiatrien, der får beboeren til at køre med til behandling. I disse tilfælde siger borgeren ja tak til behandling - en behandling som i allerhøjeste grad er nødvendig i et forløb, der ellers ville ende i tvangsindlæggelse, hvis de ikke var kommet med. De professionelles vurdering er, at udekørende funktioner kan reducere risikoen for indlæggelser med tvang. Endelig gør de fagprofessionelle opmærksom på, at der på sociale medier findes problematiske pointsystemer. De unge færdes i en digital verden, hvor indlæggelser, tvangsindlæggelser mm. kan give "point". Det er desværre et vilkår, som man bør være opmærksom på og tale med de unge om.

4.2 Oplevelser af at blive indlagt med tvang — børn og unge

4.2.1 Rammesætning fra professionelle i regioner og kommuner

De professionelle fra børne- og ungeregi har ikke supplerende eller særlige kendetegn, som adskiller karakteren af indlæggelsesforløbet for børn og unge, fra indlæggelserne for voksne.

4.2.2 De unges oplevelse af en indlæggelse med tvang

De unge vi har talt med, har haft kontakt med behandlingspsykiatrien før de fylder 14 år og har flere diagnoser, i nogle tilfælde op til 8. De har været indlagt flere gange og er blevet indlagt med tvang i forbindelse med forsøg på eget liv, selvskadende adfærd, spiseforstyrrelse og psykose.

De unge siger selv:

- *"Jeg følte mig meget anderledes gjort i situationen og alene. Jeg var for syg til at spørge om hjælp. Jeg havde bare lyst til at dø og ville ikke reddes."*
- *"Det var omkring min fødselsdag, hvor jeg ikke havde lyst til at fylde et år mere. Jeg var overvældet over, at politiet kom og hentede mig. Så det var jeg bange for. Jeg var indlagt på X hospital for en overdosis, og da jeg ikke selv kunne gå med til en indlæggelse, så kom politiet. Jeg følte ikke, jeg blev forberedt på en god måde på, at politiet kom og hentede mig, og at jeg kom ind på røde papirer. Det var en voldsom oplevelse; også for mine forældre. Ville have ønsket at nogle på hospitalet havde sat sig ned og brugt tid på at forklare, hvordan det kommer til at ske. At det er dejligt at blive forberedt. Jeg oplevede ikke, at der var tid og overskud til at forklare mig det. Oplever ikke at somatiske hospitaler er velforberedte på at hjælpe psykisk syge."*
- *"Jeg følte mig meget krænket. Jeg bliver fysisk lagt ned og lagt i håndjern. Alt hvad jeg sagde. Ingen troede på, hvad jeg sagde. Blev udskrevet et døgn efter. Det var voldsomt. Voksne mænd der råber ad en."*

Og de unges oplevelser af nøgenvisitering:

- *"Jeg skulle nøgenvisiteres... Jeg følte mig virkelig hjælpeløs; omringet af to politifolk, læge og nogle fra afdelingen. Tænkte at det var virkelig ikke rart. Det var heldigvis kvinder. Det var grænseoverskridende. Og igen, ingen havde forberedt mig – og så med min autismediagnose, så kan jeg godt lide at være forberedt. Og var jo også træt efter hospitalet. Tror også, at jeg havde følelsen af, at de voksne omkring mig ikke orkede det, ikke havde lyst til det. Var en hård følelse at blive ramt af. Når det var første gang med politi, blive nøgenvisiteret, og at de så ikke har tid til det. Ikke blive mødt med omsorg. Når man ikke kan passe på sig selv, at man så bliver mødt med omsorg af dem omkring en. De havde prøvet det før, og det havde jeg ikke."*

De unges tanker i forhold til om tvang er nødvendigt:

- *"Ja, det var nødvendigt dengang. Nogle gange har man brug for hjælp, og ved det ikke selv – alt kan gå sort, og her kan tvang redde liv. Men det har også bare givet så mange konsekvenser bagefter. Derfor skal man ikke føle sig så anderledes gjort i situationen og ikke så alene. Man er for syg til at spørge om hjælp, man har bare lyst til at dø – man vil ikke reddes, man vil ikke indlægges. Men processen før, at man når hertil, og efter man har været i denne situation, den skal forbedres."*

- *"Tvang kan både været godt og dårligt, da det kan redde liv, men også give traumer for livet. De tvangsindlæggelser, som jeg har været ude for, er jeg ikke uenig om, at de skulle ske, men ønsket, at de var sket på en bedre måde. Har haft en psykose, og der ved man ikke, hvad verden er, så nogen tager hånd om en."*
- *"Nu kan jeg godt se, at det var nødvendigt."*

4.2.3 Tværsektoriel validering af de unges perspektiver

Repræsentanter fra behandlingspsykiatrien, kommunal myndighed i Aarhus Kommune og et regionalt børne- og ungehjem validerer og nuancerer problemstillingerne om de unges oplevelse af en indlæggelse med tvang. De fleste nuanceringer og handleforslag ligger i forlængelse af valideringen på voksenområdet. For at undgå gentagelser er disse derfor indarbejdet i afsnit 5.1.3. Nedenfor beskrives alene workshoppens nuanceringer vedrørende tvangsindlæggelser i forbindelse med forsøg på at tage sit eget liv, fordi nuanceringen her har en anden karakter end ved valideringen på voksenområdet.

Validering af om afdækningens fund er genkendelige

Repræsentanterne på valideringsworkshop kan genkende de unges udsagn. De professionelles erfaring er, at nogle af de unge holder fast i ønsket om at dø, selv når de får det bedre. Dødsønsket kan være der længere tid, end man tror. Der er desværre også unge, som gennemfører at tage deres eget liv.

De fagprofessionelles respons på citaterne er bl.a., at det ikke er muligt at acceptere, at unge ønsker at dø. Det er derfor vigtigt, at de unge får adgang til hjælp, så de ikke ender med at skulle være meget vedholdende for at få hjælp. Deres erfaring er, at nogle unge tager hårdere metoder i brug, hvis de gentagne gange får et nej til behandling og indlæggelse. De befinder sig i et kaos og oplever ikke at blive hørt.

Responsen på workshop illustreres i dette udsagn:

- *"Når man hører de unges citater, får man lyst til at spørge, hvordan vi kunne have gjort det bedre. Måske havde de ikke i starten så stærke dødsønsker, men havde svært ved at forholde sig til ubehagelige eller eksistentielle problemstillinger i deres liv. Vi giver dem tilbud, som de ikke efterspørger. Vi sidder alle i pressede systemer."*

4.3 Politiets rolle i en indlæggelse med tvang

Rigspolitiet, de professionelle i regioner og kommuner samt de interviewede borgere beskriver politiets rolle i tvangsindlæggelser fra forskellige perspektiver. Københavns Politi, Midt- og Vestjyllands Politi samt fire kommuner og regionale behandlingslokationer bidrager med validering af borgernes udsagn.

4.3.1 Rammesætning: Politiets rolle i indlæggelser med tvang

Politiets rolle er rammesat i politiloven og psykiatriloven²⁸

²⁸ Psykiatriloven (LBK nr. 1045 af 18/09/2024): <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2024/1045>, Politiloven (LBK nr. 1270 af 29/11/2019): <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/1270>

De fagprofessionelle i regioner og kommuners rammesætning af politiets rolle ved tvangsindlæggelser

Repræsentanterne fra regioner og kommuner beskriver, at politiets indsats er nødvendig i akutte og farefulde situationer. Politiet udfører en vigtig opgave, som ingen andre instanser må eller kan udføre.

De fagprofessionelle i regioner og kommuner anfører, at der er stor diversitet i politiets kompetencer til at varetage opgaven. Kvaliteten afhænger af betjentenes erfaring, tilgang og evne til at skabe en relation til psykisk syge. De kan fx have svært ved at håndtere situationer med unge, selvskadende kvinder.

4.3.2 Borgernes oplevelse af politiets rolle ved indlæggelser med tvang

Hovedparten af de interviewede borgere har været indlagt med tvang flere gange. Lidt under halvdelen har både oplevet, at politiet har optrappet og nedtrappet en opkørt situation. Ca. en fjerdedel har kun oplevet, at politiet nedtrapper, og et klart mindretal har kun oplevet, at politiet optrapper. Resten forholder sig neutrale. Vi har ikke haft adgang til at tale med borgere, som har en meget høj mistillid til eller meget dårlige erfaringer med systemerne. I valideringen af borgercitaterne nedenfor bemærker deltagerne, at det billede, som tegnes, ikke dækker alle tvangsindlagte patienters oplevelser.

En borger siger:

- *"Mødt meget forskelligt. Lagt i håndjern, afleveret på stuen med en bemærkning til lægen om 'hende der vil bare have opmærksomhed'. En anden gang havde jeg selvskade og skulle på somatisk. Politiet sagde: Vi har en fast procedure med transportbælte - det har ikke noget med dig at gøre. De ville tage det af, når jeg skulle ryge, hvis jeg lovede at tage det på igen. Det var en god oplevelse."*

Flere fortæller, at det betyder meget, at politiet tager sig tid til at tale, og at de får mulighed for at pakke en taske.

- *"Altså de bedste oplevelser, var da de [politiet] faktisk snakkede med mig om hverdagsting. Hvad laver du til dagligt, snakkede med mig om tingene i lejligheden. Nogle har fortalt lidt om dem selv. De fleste gange har jeg fået tid til at pakke en taske, mens andre bare har tvunget mig afsted med det samme. Nogle gange kunne man godt fornemme, at de syntes, det var spild af tid og ressourcer."*
- *"Har ingen problemer med politiet, oplever at de er søde og rolige. Man får ikke bundet hænderne. De er også pæne mænd og taler med mig."*

Borgernes oplevelser omkring forudsigelighed, uniform og faste procedurer:

- *"De havde en psykiater med i sit dyre tøj. Kan bedre lide betjente i deres professionelle kostume, så ved man, hvad man har at gøre med. Bedre når betjente kommer alene. De hjælper med at pakke en taske, giver tid til, at jeg lige kan drikke en øl."*
- *"Ingen voldsomme episoder ift. politiet. Min datter er altid gået med. Når de kommer i deres uniform, virker det nedtrappende."*
- *"Har været udsat for voldtægt som mindede om den måde at blive hentet på. Fortalte politiet at det ville være ydmygende for mig at gøre det sådan, men alligevel gjorde de det sådan. De ville ikke vise deres politiskilte. Meget ubehageligt. Sætter det hele i gang. Stoler ikke på to fremmede mænd."*

Og borgernes oplevelse omkring, at politiet mangler viden om psykiske sygdomme, og at de hellere vil bruge deres tid på rigtigt politiarbejde:

- *"Svendborg Politi kendte mig. De spurgte: Hvordan gør vi oplevelsen mindst mulig dramatisk? Andre steder var der nogen der var rolige og tålmodige, mens andre var enormt frustrerede og manglende forståelse for situationen. Hvorfor er de ikke tilbudt viden om det? Det er en meget lille del af deres oplæring. Jeg synes de fleste har forsøgt at være ordentlige."*
- *"Nogle gange kan jeg huske det. Andre gange kan jeg ikke huske det. Jeg følger ikke bare med. Har haft ubehagelige oplevelser. Ved godt, at der skal bruges magt. Jeg har klaget. En gang over behandling, hvor jeg oplevede, at der blev taget kvælertag på mig to gange for at få mig ind på afdelingen. Politiet var megafrustreret over opgaven. De bliver ikke politibetjent for at omgås psykisk syge. Jeg oplever, at det går ud over mig. Det er ikke fair. Det er ikke mig der har leveret ordningen. Ingen har en god oplevelse med det. De mangler viden. Når jeg gør noget, er det ikke rettet mod dem personligt. Det forstår de ikke. De bliver rigtig irriterede og tager hårdere fat. De forsøger at opdrage mig, men de kan ikke opdrage mig ud af min sygdom."*

Borgernes oplevelse omkring, at skabe en relation

- *"Når de kun er to, så går det hårdt for sig. Nemmere når de er seks. De kan være hårde ved en. Noget akut beroligende, det hjælper. Relationen betød rigtig meget. Jeg fik en politibetjents nr., som jeg bare kunne ringe til. Her er mit nr. Jeg vidste, hvordan han så ud. Det havde han ikke behøvet. Har brugt det to gange. Det betød, at der ikke var behov for 6 personer. Hvor mange ressourcer bruger politiet på indlæggelser? Politiet er altid på arbejde. Vi ender der hvis alle andre, ikke er der. Politiet; de er magten. Men nogle af dem er supergode."*
- *"Der har været politi hver gang. Nogle har været ok – andre ikke. Når de bare sådan snakker lidt med en, er det ok. Tager meget hårdt fat nogle gange. En kunne genkende mig. Hej sagde han, sagde mit navn NN og hvordan går det? Så længe, de behandler en som et menneske, er det ok – de er jo ikke uddannet i det."*

4.3.3 De unges oplevelse af politiets rolle i en indlæggelse med tvang

De interviewede unge udviser forståelse for politiets håndtering af tvangsindlæggelser.

- *"Politiet, der hentede mig, når jeg stak af, var professionelle, men det kan jeg først se nu. Den tid er et sort kapitel. Jeg gav meget modstand mod at blive tvangsindlagt, men mine forældre var der, og de guidede mig ud i bilen og til psykiatrien. Dengang så jeg det som et overgreb, men i dag kan jeg se, at det var professionelt, da de flere gange spurgte, om jeg ikke selv ville gå derud. De var nødt til at få mig med på en eller anden måde."*
- *"Jeg synes selv, at jeg har været heldig at møde søde politimænd. Men jeg var bange og vidste ikke, hvordan det skulle foregå, og jeg havde oplevelsen af, at politiet kom med en "åhr nu igen" attitude. Fik følelsen af, at det gad de ikke bruge deres tid på. Da var jeg virkelig bange, så jeg fulgte bare med. Det var okay stille og roligt. Jeg var overvældet over, at politiet kom og hentede mig, og jeg kom på røde papirer."*
- *"Jeg bliver fysisk lagt ned og lagt i håndjern. Jeg kan godt se hvorfor - hoppede ud ad vinduet og smadrede andre mennesker. Det spænder ikke ben for mig [politiets adfærd]."*

4.3.4 Tværsektoriel validering af borgernes perspektiver på voksenområdet og børne- og ungeområdet

Borgernes oplevelse af politiets rolle ved en indlæggelse med tvang valideres og udfoldes i et gruppeinterview med Københavns Politi, Midt- og Vestjyllands Politik samt i tværsektorielle workshops i fire kommuner og de dertil knyttede regionale behandlingslokationer. Valideringen fra børne- og ungeområdet inddrages i dette afsnit, fordi der ikke er væsentlige forskelle på perspektiverne.

Validering af om afdækningens fund er genkendelige

De fagprofessionelle på de fire valideringsworkshops kan genkende borgernes beskrivelser af, at det er vigtigt at forsøge at trække tempoet ud af tvangsindlæggelsen. De fagprofessionelle kan også genkende, at der er tilfælde, hvor magtanvendelsen i forbindelse med en indlæggelse opleves som traumatiserende. De har ligeledes erfaring med, at tilstedeværelsen af en betjent i uniform i sig selv kan være konfliktnedtrappende. Endelig genkender de borgernes oplevelse af, at der er forskel på betjentenes tilgang til opgaven og viden om mennesker med psykisk sygdom.

Repræsentanterne fra politiet

Repræsentanterne fra politiet kan genkende, at de opfattes som nogen, der kan tage hårdt fat. De understreger, at de gør det for at redde liv. Hvis borgerne oplever uhensigtsmæssige bemærkninger eller håndtering af situationen, er det formodentlig et udtryk for frustration i konteksten. Der er eksempler på borgere, der bliver tvangsindlagt og "udskrevet kl. 12 for så at blive tvangsindlagt igen kl. 16". Det er ikke borgeren, men systemet, betjentene kan være frustrerede over. Politiet bruger mange ressourcer på opgaven og vurderer, at borgerne ikke bliver mere raske af kontakten med politiet.

Det er politiets oplevelse, at situationen ofte eskalerer, når borgeren ankommer til sygehuset, og de ikke kender dem, der tager imod. Det har også stor betydning, at borgerne ikke kan blive indlagt der, hvor de tidligere er blevet behandlet, og hvor de føler sig trygge. Borgerne vil gerne have medindflydelse, og når det ikke er muligt, eskalerer situationen.

Det er ikke de deltagende repræsentanter fra politiets opfattelse, at betjentene ønsker at blive fritaget fra opgaven. Når borgerne ifølge citaterne oplever, at betjentene hellere vil lave noget andet, afspejler det systemudfordringerne i løsningen af opgaven.

Politiet oplever, ligesom borgerne, at det fungerer bedst, når betjentene kommer i uniform. Ifølge bekendtgørelsen om tvangsindlæggelser skal politiet udføre opgaven i civilt tøj. Det skaber signalforvirring, når aktørerne ikke kan skelnes fra hinanden.

Politiet oplever også, ligesom borgerne, at der er en gråzone mellem tvang og "frivillig tvang". Der er forskellige forståelser af, hvad frivillighed indebærer: Er det fx en frivillig indlæggelse, hvis der anvendes magt for at få borgeren ind i bilen, men indlæggelsen registreres som frivillig ved ankomsten til sygehuset?

Om politiets rammebetingelser

De fagprofessionelle fra psykiatrien og kommunerne genkender, at politiet står i svære situationer og i nogle tilfælde agerer som kørselscentral. De risikerer at køre meget langt med en borger og blive afvist i akutmodtagelsen. De risikerer også, at en tvangsindlæggelse kan beslaglægge en stor andel af deres kapacitet i et lokalområde. Endelig kan de bruge meget tid på at lede efter personer på motorvejsbroer mv. Disse eksempler er, ifølge de fagprofessionelle, ikke unikke, men sker jævnligt. De fagprofessionelle har med andre ord fuld forståelse for, at politiet kan være pressede. Nogle fagprofessionelle fra behandlingspsykiatrien og kommunerne fremfører, at en del af presset skyldes manglende kapacitet i behandlingspsykiatrien og på botilbud og børne- og ungehjem, som har udfordringer med at håndtere udfordrende situationer, fx svær selvskade mm.

Politiets kompetencer til at løfte opgaven

Behandlingspsykiatrien har gode erfaringer med at invitere politiet ind til møder og undervise på træningsdage. De vurderer, at det er vigtigt, at politiet har viden om, hvorfor borgere med psykiske sygdomme agerer, som de gør. Repræsentanterne fra behandlingspsykiatrien gør opmærksom på, at politiets tilstedeværelse er en vigtig del af den psykologiske dynamik omkring en tvangsindlæggelse. En tvangsindlæggelse, som har optrappet en i forvejen eskaleret situation, kan blive en del af et selvskadende adfærdsmønster²⁹. De fagprofessionelle er bevidste om, at det ikke er politiets ønske at fremstå hårde. Når politiet skal holde styr på et ungt menneske bag i en politibil, kan de komme til at bruge en magtanvendelse, som normalt ikke ville blive brugt i behandlingspsykiatrien. Oplevelsen er, at politiet ikke ønsker at optrappe brugen af tvang, men at tvang kan være nødvendigt for at få borgeren ind i bilen.

Behov for at styrke det tværsektorielle samarbejde:

De fagprofessionelle i behandlingspsykiatrien og kommunerne er opmærksomme på at opbygge et godt samarbejde med politiet.

I Region Midt har de en medarbejder, som arbejder sammen med politiets udrykning. De oplever, at politikredsen er opmærksom på vigtigheden af at deeskalere situationen ved tvangsindlæggelser. Der udarbejdes action cards og planer for borgerne. Planen kan handle om "at trække tempoet ud af indlæggelsen, vente 10 min, lade borgeren ryge en cigaret, tale om katten og pakke en taske". Oplevelsen er, at politiet gerne vil blive klogere og mere smidige, og at de er gode til at få udbredt kendskabet til god håndtering af borgere med psykiske sygdomme blandt deres betjente. Der er også indgået aftaler om, hvordan behandlingspsykiatrien kan træde ind ad døren i en tvangsindlæggelse. Det virker godt, men nogle gange er det også nok, at politiet er til stede ved anbringelsen.

²⁹ Hermed kan evt. menes selvskade by proxy

De fagprofessionelle i samtlige workshops har gode eksempler på, at samarbejde om kendte borgere mellem behandlingspsykiatrien, botilbuddene og politiet kan nedtrappe eskalationen ved indlæggelser med tvang. De oplever, at det er sværere at forebygge eskalation for borgere, der bor på gaden eller lever kaotiske liv med misbrug.

Repræsentanterne fra Københavns Politi og Midt- og Vestjylland Politi har også gode eksempler på tværsektorielt samarbejde.

I Midt- og Vestjyllands Politi har de forebyggelsesbetjente. De drøfter sagerne på tværs af sektorer. Det er en klar udvidelse af PSP-samarbejdet. Københavns Politi har en god indgang til psykiatrien. Nærpolitiet drøfter løsninger for særligt sårbare personer med udadreagerende adfærd, som skaber uro i gadebilledet.

Politiet i Midt- og Vestjylland refererer til de action cards og planer, som botilbud udarbejder med borgerne i fredstid. Listerne skaber mere ro og forbereder politiet, inden de skal ind til borgeren. Politiet nævner FUT (Fælles Udryknings Teams) som et godt initiativ, der skaber bedre tid til kontakten med patienterne.³⁰

Politiet giver eksempler på udfordringer i samarbejdet, som primært omhandler koordineringen og udførelse af opgaver, som opleves at ligge uden for politiets ansvarsområde.³¹ Politiet vurderer, at der er behov for en bedre rolleafklaring. Politiet varetager mange opgaver, som ikke omfatter magtanvendelse. De forsøger at vejlede og guide samarbejdspartnere om arbejdsdelingen.

Det er en stor udfordring, at politiet skal bruge så stor en del af deres ressourcer på transport. Der er eksempler på borgere, som skal sidde fem timer i en bil med magtanvendelse. Det er en særlig udfordring for Midt- og Vestsjællands Politi, hvor der er store afstande til sengeafsnittene, og hvor det ikke er usædvanligt, at de bliver afvist, fx i akutmodtagelsen.

Politiet peger på, at der er et stort potentiale i at styrke psykiatriens udekørende funktioner. De peger også på, at nogle botilbud tager borgere ind, som de ikke kan magte. Det løser ikke borgernes udfordringer, at politiet ofte tilkaldes i tilspidsede situationer. Politiet oplever, at botilbud kan reducere anvendelse af magt hos sig selv, ved at ringe til politiet. Det opfatter politiet ikke som hensigtsmæssigt.

Endelig understreger politiet vigtigheden af samarbejdet med de praktiserende læger. Der er et potentiale i at sikre flere gule indlæggelser. De er opmærksomme på, at det kræver forarbejde at anvende gul tvang, men vurderer, at det kan reducere rød tvang og skabe bedre forløb for borgerne.

5. Perspektivering

Afdækningen af borgernes og de pårørendes oplevelser bygger på en bred vifte af stemmer og

³⁰ Se evaluering af fælles udrykningsteams

³¹ Se definitionen i Rigspolitiets beskrivelse i afsnit 7.3.1

erfaringer, som i kombination med de fagprofessionelles refleksioner, tegner et samlet billede af, at indlæggelser med tvang sjældent opstår som enkeltstående hændelser. De fremstår i stedet som kulminationen på længere forløb, hvor hjælpen enten kommer for sent, ikke opleves som relevant, eller ikke hænger sammen på tværs af indsatser. Fortællingerne peger dermed på, at risikoen for tvang ikke alene handler om sygdommens sværhedsgrad, men også om systemets tilgængelighed, forløbenes sammenhæng og koordinering samt måden borgeren bliver mødt på.

På tværs af borgernes, de pårørendes og de fagprofessionelles perspektiver træder tre temaer særligt tydeligt frem: **tilgængelighed, kontinuitet samt responsivitet og fælles sprog**. Når disse forhold svigter, beskriver borgerne, at afvisninger, skift og manglende koordinering bliver forstærkende faktorer i allerede sårbare situationer. Omvendt viser undersøgelsen, at stabile relationer, genkendelighed og oplevelsen af at blive forstået kan fungere som vendepunkter, som mindsker eskalation og dermed risikoen for tvang.

Det centrale perspektiv for afdækningen er derfor: Hvis risikoen for tvangsindlæggelser skal nedbringes, skal forebyggelsen ikke kun forstås som ”mere hjælp”, men som hjælp der er tilgængelig og rettidig, er sammenhængende over tid og gives på en måde, som skaber tillid og samarbejde frem for modstand og eskalation.

I det indledende sammenfattende afsnit er borgernes budskaber kort præsenteret. Nedenfor opsummeres de fagprofessionelles refleksioner over de mest centrale temaer i vidensindsamlingen.

Opsummering af centrale temaer i afdækningen

Nedenfor opsummeres udvalgte temaer, som står frem med centrale pointer i forhold til at reducere risikoen for indlæggelser med tvang.

Er indlæggelser med tvang nødvendige

Hovedparten af de interviewede borgere og fagprofessionelle vurderer, at indlæggelser med tvang er et nødvendigt redskab – og i flere tilfælde livsreddende. Samtidig peger fagprofessionelle på, at der også forekommer tvangsindlæggelser, der fremstår unødvendige, fx som følge af fejlvurderinger af selvskade, eller manglende kapacitet til at forebygge eskalation. Afdækningen peger dermed på et dobbelt potentiale:

1. At forebygge at forløb eskalerer til tvang, og
2. at gennemføre tvangen mere hensigtsmæssigt, når den vurderes nødvendig.

Borgernes og de pårørendes tilbagemeldinger i denne afdækning er samstemmende: En begrænsning af muligheden for at anvende indlæggelser med tvang vil koste liv og førlighed for borgerne, medarbejdere og deres relationer. Borgerne beskriver samtidigt tvang som umyndiggørende, skamfuld og grænseoverskridende, men mange fremhæver altså, at tvang i deres situation var det, som reddede dem.

Diskussionen bør dermed ikke omhandle ”tvang eller ikke tvang”, men mere eller mindre tvang, bedre forebyggelse og bedre praksis, når tvang anvendes.

Tilgængelighed

Næsten halvdelen af borgerne i interviewene oplever, at adgangen til frivillig indlæggelse er stærkt begrænset. I deres fortællinger er den begrænsede adgang og de korte indlæggelser en væsentlig årsag til, at de bliver indlagt med tvang og genindlagt med tvang. Hermed bliver tilgængelighed ikke

blot et organisatorisk vilkår, men en faktor som kan påvirke selve forløbets retning.

Fagprofessionelle fra behandlingspsykiatrien peger på behovet for mere fleksible fasttrack-ordninger for bestemte grupper af borgere, men fremhæver samtidig, at indlæggelse ikke altid er den rigtige løsning, hvorfor indlæggelseskriterierne er væsentlige. Civilsamfundsaktører og fagprofessionelle uden for behandlingspsykiatrien peger omvendt på, at de socialpædagogiske indsatser i nogle komplekse og tilspidsede forløb ikke altid slår til, og at der kan være behov for andre rammer og en anden faglighed. Samlet set peger det på et spændingsfelt om, hvor grænserne for frivillig indlæggelse går, og hvordan systemet i praksis kan tilbyde alternativer, der reelt kan aflaste og stabilisere, før krisen eskalerer.

Hovedparten af de interviewede borgere oplever, at de ikke "passer ned i kasserne" og mangler adgang til indsatser, der er formet efter deres behov og funktionsniveau. Fagprofessionelle anerkender, at der er nogle borgere som falder mellem stolene - bl.a. fordi region og kommune arbejder under forskellige lovgivningsmæssige rammer og handlemuligheder. Kommunerne har fx ikke samme muligheder, som regionerne, for at beskytte borgere mod at gøre skade på sig selv eller andre i tilspidsede situationer.

På børne- og ungeområdet fremhæves det, at systemets faste strukturer og tidsbegrænsede indsatser i særlig grad presser unge ind i for snævre kategorier, selvom de unges behov ofte er kontinuerlige, relationelle og uforudsigelige. Det skaber spændinger mellem systemlogik og de unges oplevelse af at blive mødt som individ. Set i sammenhæng med de øvrige fund peger dette på et centralt forhold: Når tilbud er for standardiserede eller sekventielle, kan det skabe et mismatch mellem borgerens situation og systemets respons – og dermed øge risikoen for eskalation.

Flere fagprofessionelle fra behandlingspsykiatrien peger samtidig på behov for mere mobile, ambulante og fleksible behandlingsindsatser. Der peges desuden på behovet for indsatser, som kombinerer behandlingspsykiatriens faglighed med socialpsykiatriens faglighed og forankres i borgernes hverdag. Det betyder, at forebyggelse kræver tilbud, som kan "møde borgeren dér, hvor borgeren er", i både intensitet og ramme – og ikke primært tilbud, som kræver, at borgeren kan tilpasse sig systemets format.

Kontinuitet

Hovedparten af de interviewede borgere oplever ikke en rød tråd i deres forløb og beskriver brud, skift og mangelfuld koordinering mellem behandlingspsykiatri og socialpsykiatri. De borgere, der har erfaringer med stabile relationer og kontinuitet, beskriver det som et vendepunkt, der reducerer risikoen for indlæggelser med tvang. Det fremstår som et robust budskab: Kontinuitet virker beskyttende – fraværet af kontinuitet virker risikoforøgende.

Fagprofessionelle genkender borgernes oplevelser og peger på strukturelle barrierer (personaleskift, organisering og sektorgrænser), men vurderer samtidig, at borgernes udfordringer ikke alene kan overkommes gennem tillidsfulde relationer. Det skyldes, at de fagprofessionelle skal balancere mellem borgernes ønsker og de faglige vurderinger af borgernes behov. For de fagprofessionelle er det vigtigt at stå fast på fagligheden.

Fagprofessionelle fra kommunerne ser kontinuitet som det lange, seje træk - at være tæt på borgerne i deres levede liv. De vurderer, at relationer ikke alene kan løse alt, når borgeren har komplekse udfordringer, som kræver bredere faglighed og behandlingstilbud, men at kontinuitet er en nødvendig forudsætning for, at faglighed kan omsættes til samarbejde og forebyggelse i praksis. De fagprofessionelle anerkender behovet for at styrke brobygning mellem sektorer og udvikle indsatser for borgere med komplekse udfordringer, som ikke profiterer af klassiske indlæggelser.

Repræsentanter for behandlingspsykiatrien peger også på, at udskrivningsaftalerne ikke er blevet det samarbejdsredskab, som var hensigten.

Aftalerne er i højere grad blevet til en bestillingsliste på, hvad andre skal gøre. Der er behov for at udskrivningsaftalerne bliver et fælles redskab, som ikke er bundet op på den enkelte indlæggelse. Hvis kommunen og borgeren oplever, at behandlingspsykiatrien lægger planen på forhånd, er der en risiko for, at både borgeren og kommunen ikke følger den. Relationen er afgørende, hvis der skal være kvalitet i udskrivningsaftalerne. Udskrivningsaftaler er et godt redskab, hvis man opnår enighed om planen for det videre forløb. Den virker ikke efter hensigten, hvis ikke man kommer hele vejen rundt om patienten og får lagt en fælles plan.

Responsivitet og fælles sprog

Hovedparten af de interviewede borgere oplever ikke at blive hørt eller mødt som ligeværdige.

Næsten halvdelen beskriver, at de overtager systemets sprog for at blive taget alvorligt.

Fagprofessionelle genkender både oplevelsen af ikke at blive lyttet til og de mekanismer, hvor borgere tilpasser deres fortælling og symptombeskrivelse for at få adgang til hjælp.

Fagprofessionelle understreger betydningen af at lytte og se hele mennesker og peger på, at dette bør prioriteres højere, end det ofte er muligt i dag. Hvis borgerne ikke oplever responsivitet, kan modstand mod systemet resultere i – og udvikle sig til vrede, som igen kan eskalere til dysreguleret adfærd og i sidste ende føre til øget ressourceforbrug og flere indlæggelser med tvang.

Kommunikation er således ikke et ”blødt” supplement, men en risikofaktor eller beskyttelsesfaktor i sig selv.

Fagprofessionelle understreger, at uhensigtsmæssig adfærdstilpasning ikke forsvinder ved at afskaffe fagsprog. I stedet er der behov for at arbejde med fælles sprog som et spørgsmål om relationel kvalitet og gensidig forståelse, ikke som et spørgsmål om at fjerne de faglige terminologier.

Samlet set peger afdækningen på, at tvangsindlæggelser ofte bliver den sidste løsning i forløb, hvor borgeren enten ikke kan få rettidig hjælp, ikke får hjælp der matcher behov og deltagelsesevne, eller ikke oplever sammenhæng og gensidig forståelse. Hvis risikoen for tvang skal nedbringes, peger undersøgelsen derfor især på betydningen af tidlig og fleksibel adgang, mere kontinuitet og brobygning samt højere responsivitet og fælles sprog i mødet med borgeren. Det er i disse brudflader – mellem system og borger, mellem sektor og ansvar, mellem faglighed og oplevet anerkendelse – at risikoen for tvang ser ud til at vokse.

6. Metode

Dette kapitel uddyber undersøgelsesdesignet, brugen af datakilder og øvrige metodemæssige overvejelser.

6.1 Analysedesign og datakilder

Undersøgelsen er deskriptiv med fokus på at belyse borgernes perspektiver på, hvad de har oplevet som potentialer eller barrierer i deres forløb med indlæggelser med rød tvang, herunder deres oplevelse af samarbejdet og samarbejdsfladerne mellem sektorer. Formålet med undersøgelsen er at indsamle viden fra borgerne, de fagprofessionelle og civilsamfundsorganisationerne. Den indsamlede viden er bearbejdet, struktureret og fokuseret, så den passer ind i undersøgelsesdesignet.

Undersøgelsen konkluderer ikke på den indsamlede viden. Der er heller ikke udarbejdet anbefalinger til en fremtidig indsats. Rapporten afsluttes med et afsnit, hvor den indsamlede viden perspektiveres med et fremadrettet blik.

Faser i dataindsamlingen

Der er tre faser i afdækning:

1. Separate afdækningsworkshops, gruppeinterviews og individuelle interviews med henholdsvis regioner, kommuner og civilsamfundsaktører.
2. Borgerinterviews
3. Tværsektorielle valideringsworkshops på udvalgte lokationer.

Formålet med første fase er at sikre de fagprofessionelles og civilsamfundsaktørenes input i forhold til de to overordnede analysespørgsmål i kommissoriet. Der indsamles også input om problemstillinger og temaer, som er vigtige at belyse i en afdækning om forløb med indlæggelser med tvang.

Formålet med anden fase er at få borgernes perspektiver på de udvalgte analysetemaer fra fase 1.

Formålet med tredje fase er at sikre, at fundene fra borgerinterviewene vurderes og nuanceres i forhold til, om de er genkendelige og dækkende for borgere i risikogruppen.

Omfang og bredde i dataindsamlingen

Fase 1: Indledende afdækningsworkshops og interviews

- Én workshop og ét fokusgruppeinterview med repræsentanter fra regioner om voksne.
Deltagere: 30 bredt repræsenterede fra alle regioner.
- Én workshop og ét fokusgruppeinterview med repræsentanter fra kommuner om voksne.
Deltagere: 19 fra alle regioner
- Fokusgruppeinterview med regioner på børne- og ungeområdet.
Deltagere: 11 fra alle regioner
- Fokusgruppeinterview med Aarhus Kommune på børne- og ungeområdet.
Deltagere: 3
- Workshop og interviews med organisationer, som repræsenterer borgerperspektivet. Deltagere fra Bedre Psykiatri, Sind, En af os, Psykiatrifonden, Fagligt selskab for psykiatriske sygeplejerske.
Deltagere: 10.
- Interviews med Sociolancen og Sundbyhus.:4

- Gruppeinterview med Rigspolitiet.: 3.
(I alt 80 informanter)

Informanterne til de indledende workshops blev udvalgt via henvendelser til samtlige regioners postkasser. Regionerne havde dermed mulighed for at sende informanter, som repræsenterer deres budskaber. Ved udvælgelsen af kommunale repræsentanter tages der bl.a. kontakt til sundhedsklyngerne. Det har ikke været muligt at få de praktiserende lægers vurderinger af det tværsektorielle samarbejde repræsenteret i afdækningen. Denne del er derfor sparsomt belyst i afdækningen. De praktiserende læger nævnes ofte som en vigtig samarbejdspartner og som afgørende for at forebygge, at en indlæggelse ender med rød tvang. Tilbagemeldinger om potentialerne for at forbedre samarbejdet nævnes kort, men udfoldes ikke i afdækningen, fordi det ikke har været muligt at afveje disse inputs med de praktiserende lægers perspektiv.

Fase 2: Borgerinterviews

Der blev gennemført 19 interviews. Tre af disse blev gennemført med pårørende, som videregav en borgers fortælling.

Det var ambitionen at sikre repræsentation fra alle regioner, boformer, køn, typiske diagnoser og alderskategorier. Borgerne blev rekrutteret via kommunalt netværk, Region Midt, civilsamfundsorganisationerne, herunder også Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade. Der er en forholdsvis høj andel af borgerne med flere tvangsindlæggelser og borgere som bor på et botilbud. Det har ikke været muligt at finde interviewpersoner, som på tidspunktet for interviewene havde et massivt aktivt misbrug og boede på gaden. Der er dermed en underrepræsentation af borgere, som har få tvangsindlæggelser, modtager mindre indgribende indsatser fra kommunen og borgere i meget udsatte positioner. Endelig har det ikke været muligt at finde interviewpersoner, som bor langt fra en behandlingslokation. Borgerstemmerne repræsenterer dermed ikke yderpositionerne i målgruppen.

Fordelingen i forhold til selvrapporterede borgerkarakteristika er følgende:

Køn:

- 3 mænd,
- 16 kvinder

Alder:

3 på børne- og ungeområdet, hvor den med den korteste historik havde været indlagt som 14-årig.

16 på voksenområdet:

- Under 30 år: 4
- 30 – 39 år :7
- 40 til 49 år: 4
- over 50 år: 1

Boform:

- Botilbud: 14
- Egen bolig/hjemmeboende: 5

Antal indlæggelser med tvang:

- Under 2: 1
- Mellem 2 og 4: 6
- Over 5: 12.

Tre af de interviewede oplyser, at de har haft over 50 indlæggelser med tvang.

Antal diagnoser:

- Under 2: 1
- Over 2: 18

Fordeling i forhold til diagnoser:

- Paranoid skizofreni: 6
- Skizoaffektiv lidelse: 1
- Borderline: 4
- Anoreksi: 2
- Autisme: 4
- Multipel dissociativ identitetsforstyrrelse: 2

Diagnoserne er angivet med de betegnelser, som borgerne bruger. Disse angivelser er ikke i overensstemmelse med afgrænsning og benævnelse af diagnosegrupper ICD-10. Det vil give et forkert billede af nøjagtigheden af de selvrapporterede diagnoser, hvis rapporten tilpassede benævnelse og afgrænsninger til ICD-10.

Antal borgere som har angivet, at de har et misbrug: 5

Antal borgere der angiver, at de selvskader: 9

Stort set alle borgerne har flere diagnoser. Hvis borgeren har nævnt skizofreni eller borderline, er denne diagnose udvalgt til listen ovenfor. Øvrige er udvalgt efter borgerens første valg af diagnose i interviewet eller den udfordring, som borgeren betoner mest i interviewet. Ca. halvdelen af de interviewede borgere nævner psykotiske tilstande (flere udløst af misbrug).

Bruttoliste over diagnoser, som interviewdeltagerne angiver:

- Paranoid skizofreni, OCD, angst, ADHD, borderline, anoreksi, bulimi, skizoaffektiv lidelse, personlighedsforstyrrelse, social angst, autisme, bipolar lidelse, PTSD, emotionel personlighedsforstyrrelse, multipel personlighed, multipel dissociativ lidelse, tilpasningsforstyrrelse, psykose.

De interviewede borgere repræsenterer en række af de karakteristika, som de fagprofessionelle pegede på som væsentlige i de indledende afdækkende workshops, men dækker ikke alle karakteristika. Det skal bemærkes, at deres oplevelser af forløb med tvang i de fleste tilfælde blev genkendt som typiske af deltagerne i de tværsektorielle valideringsworkshops.

Alle citater anvendt i afdækningen er kodet og kan refereres tilbage til kilden. De 19 borgere er blevet lovet anonymitet, og derfor er denne kodning ikke bevaret i den endelige rapport. Citaterne er lettere sprogligt bearbejdet, forkortet og i visse tilfælde sammenfattet ud fra en længere tekst.

Under hver overskrift er der ingen, som står med mere end ét citat. Der er borgere og pårørende, som citeres mere end andre, men alle de interviewede er repræsenteret med citater.

Fase 3: Tværsektorielle valideringsworkshops

Voksenområdet

De oprindelige udvælgelseskriterier på voksenområdet var: En lokation langt fra psykiatriske sengeafdelinger, en lokation uden en kendt case med særligt formaliseret samarbejde mellem psykiatri og kommune, samt en lokation med en kendt case med særlig koordinering af tværsektorielle indsatser.

Der blev gennemført tre tværsektorielle workshops med:

- Region Syd (Haderslev)– Sønderborg Kommune – udvalgt pga. botilbud, som har reduceret tvang betydeligt, samt behandlingspsykiatrien i Haderslev, som har etableret formaliserede samarbejde med kommuner og botilbud.
- Region Sjælland (Næstved)– Lolland Kommune – udvalgt pga. at kommunen har borgere, som bor langt fra psykiatriske sengeafsnit, og fordi kommunen har mange socialt udsatte borgere
- Region Midt (Viborg)– Silkeborg Kommune – udvalgt fordi de har opbygget netværk i forlængelse af LKT-samarbejdet og har mange eksempler på formaliserede samarbejdsrelationer og regionalt koordinerede ambulante indsatser.

Der blev gennemført workshops med i alt 27 deltagere. I hver lokation blev der gennemført en tværfaglig workshop med deltagelse af socialpsykiatrien, åbne og lukkede sengeafsnit og ambulante behandlingstilbud, botilbudsteam mm. Deltagerne validerede, nuancerede og supplerede borgernes input via typiske citater fordelt på samtlige undersøgelsestemaer.

Børne- og ungeområdet

På børne- og ungeområdet har det ikke været muligt at få en lige så bred repræsentation fra kommunerne som på voksenområdet. De enkelte kommuner har meget få unge, som indlægges med tvang. De vurderede derfor, at de ikke havde den nødvendige viden til at udtale sig om området. Aarhus Kommune var den eneste kommune, som vurderede, at de havde det nødvendige erfaringsgrundlag. Derfor blev der kun gennemført en valideringsworkshop på børne- og ungeområdet med repræsentanter fra Aarhus Kommune, Region Midt og et regionalt botilbud, Holmstrupgård. Der deltog 6 personer på workshop.

Politiet

Endelig blev der gennemført et gruppeinterview med repræsentanter fra Midt- og Vestjyllands Politi og Københavns Politi. Politiet validerede borgernes oplevelser af politiets rolle i indlæggelser med tvang.

Deltagere: 5

6.2 Kriterier for udvælgelse af undersøgelsestemaer

Kriterierne er alene udvalgt på baggrund af tilbagemeldingerne fra de indledende afdækningsworkshops. Da undersøgelsen skal belyse borgernes oplevelse af forløb, der fører til en indlæggelse med tvang, har input fra civilsamfundsorganisationerne særlig vægt i udvælgelsen af analysetemaer.

Temaer i afdækningens del 2

Afdækningen i del 2 af undersøgelsen har fokus på faktorer, som kan virke forebyggende eller forøge risikoen for indlæggelser med tvang. Der identificeres tre temaer:

1. Tilgængelighed
 - kan borgeren faktisk få adgang til de indsatser, der skal forebygge tvang?
 - barrierer: ventetid, indlæggelseskriterier, geografi, transport, mismatch mellem tilbud og behov.
2. Kontinuitet
 - oplever borgeren sammenhæng, stabile relationer og koordinerede forløb?
 - omhandler skift, overgange, brud, ansvarspasning og samarbejde mellem sektorer.
3. Fælles sprog og responsivitet
 - er kommunikationen inkluderende eller ekskluderende? Lytter de fagprofessionelle til borgeren, føler borgerne sig forstået og får hjælp, når de taler deres eget sprog, eller oplever de, at de skal tale systemets sprog?
 - omhandler kommunikation, fælles sprog og oplevelse af respekt eller stigmatisering.

Formålet med de tre analysetemaer er at tydeliggøre, hvordan strukturelle, relationelle og kommunikative forhold i borgernes forløb påvirker risikoen for tvangsindlæggelser.

Det har ikke været relevant eller muligt at indsamle data på alle underpunkterne i de tre temaer. Det var en ambition at få afdækket betydningen af geografi og transport, fordi der i afdækningen var en hypotese om manglende tilgængelighed for borgere bosat lang væk fra behandlingslokationerne. De fagprofessionelle i de indledende workshops peger på følgende forhold, som begrænser adgangen og øger risikoen for tvangsindlæggelser:

- Rejsen til en "åben" indlæggelse er lang. Tidsfaktorer kan i sig selv være afgørende for om det ender med en rød tvang. Ventetid forværrer tilstanden.
- Ulighed med baggrund i geografi er tydelig. Borgere med psykiske udfordringer flytter i stigende grad uden for byerne, hvor prisen for at bo er overkommelig. Afstanden til tilbuddene kan være stor, særligt hvis man bor perifert i en kommune og samtidig er udfordret på at komme uden for hjemmet. Der er ligeledes større udfordringer med rekruttering af medarbejdere langt fra de større byer.
- Manglen på praktiserende læger giver særlige udfordring i nogle områder. Der er stor udskiftning af læger og manglende ressourcer til at påtage sig længerevarende relationer med psykisk syge borgere.

Det har desværre ikke været muligt at få borgerinterviews, som kan illustrere denne problemstilling. Geografi indgår derfor ikke som et selvstændigt tema i afdækningen.

Afdækningens del 3

Oplevelser af indlæggelser med tvang falder umiddelbart uden for det overordnede analysespørgsmål i kommissoriet: *Hvad kendetegner borgerens/ barnets /patientens samlede forløb forud for indlæggelse med tvang?* De fagprofessionelle - og i særdeleshed repræsentanterne fra

civilsamfundsorganisationerne - lægger dog stor vægt på, at måden indlæggelsen med tvang foregår på, har stor betydning for effekten af den efterfølgende indlæggelse. Udførelsen af tvangsindlæggelsen kan yderligere have en så traumatiserende karakter, at den forværrer borgernes videre forløb og dermed øger risikoen for fremtidige indlæggelser med tvang. Dette tema indgår derfor som en selvstændig del af afdækningen.

6.3 Øvrige metodiske overvejelser

Brugen af borgercitater

Det er et bevidst metodisk valg, at beskrivelsen af borgernes perspektiver primært præsenteres via borgercitater. Det vigtigste bidrag fra borgerne i denne afdækning er gengivelsen af deres egen stemme. Det er ikke muligt at give et mere struktureret billede af forløbene op til en indlæggelse med tvang inden for rammen af undersøgelsen. Borgernes oplevelser og budskaber udgør derfor det væsentligste bidrag og er derfor det bærende element i afdækning.

Den tværsektorielle validering blev også gennemført med udgangspunkt i borgercitaterne.

Drøftelserne på de tværsektorielle workshops havde et andet mere borgerorienteret fokus end på de indledende workshops. Vurderingen er, at borgercitaterne skaber grobund for større åbenhed og kritisk selvrefleksion om egen praksis på tværs af sektorer.

I beskrivelser af borgernes/patienternes oplevelser, er det angivet om det er hovedparten, halvdelen eller et mindretal af de interviewede borgere, som har samme oplevelse af et tema. Det skal understreges, at denne angivelse ikke postulerer, at der vil være samme mønster i hele populationen af tvangsindlagte. Det er alene en angivelse af om oplevelsen/budskabet blandt de interviewede borgere er enkeltstående eller bredt repræsenteret.

7. Lovning for indlæggelser med tvang

Hvornår kan borgere blive indlagt med tvang?

Tvang kan i henhold til Psykiatriloven³² udelukkende finde sted i forbindelse med indlæggelse og behandling på psykiatrisk eller børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling på offentlige sygehuse.

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

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

- 1) behandlingsindikation (gule papirer), hvor udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet eller

³² Kilde: <https://www.sst.dk/vidensbase/sygdomme-og-behandling/psykiske-lidelser/tvang-i-psykiatrien>

- 2) fareindikation (røde papirer), hvor den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.³³

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

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

8. Bilag: Indsatser, der virker eller kunne virke for borgerne

De professionelle og borgerne giver i interviewene deres bud på erfaringer med indsatser, som kan forebygge indlæggelser med tvang. Nogle af disse belyses i afsnittene ovenfor. En del af borgerne fortæller også om deres ønsker og håb for fremtidige indsatser, og de fagprofessionelle kommer med forslag til indsatser og tiltag. Dette bilag opsummerer disse input.

8.1 Borgernes gode erfaringer og ønsker

Borgerne peger på en række indsatser, relationer og tilgange, som har haft væsentlig betydning for deres trivsel og for at forebygge tvangsindlæggelser.

Flere fremhæver betydningen af kontinuitet og en gennemgående kontaktperson:

- *"§85 hjemmevejleder, som man kender gennem længere tid, er godt. Det ville være fint, hvis niveauet for indsatsen kan skrues op og ned – men vigtigt, at det er den samme person."*
- *"Nu laver jeg selv mad og skriver til kontaktpersonen, når jeg har brug for hende. Før kom de bare og bankede på min dør, men det passer ikke ind i mit system, og jeg åbnede ikke døren."*

Mange borgere beskriver relationens betydning – ikke kun dens faglige indhold, men også oplevelsen af at blive lyttet til.

- *"Min mentor reddede mig. Ingrediens: ligeværdighed og respekt. Han holdt fast og pressede for forandring på en måde, jeg kunne tåle."*

³³ <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2022/185#P5> psykiatriloven stk 5

- *"Mit botilbud er gået langt for at undgå retraumatiseringer. Ift. delpersoner som kæmper med andre delpersoner. De kender mine delpersoner."*
- *"Et fællesskab kunne have hjulpet. Recoverymentorer har en større forståelse. De skaber en mere ligeværdig relation. Bliver mødt som et menneske fremfor en patient."*
- *"Min relation til rockermiljøet har reddet mit liv flere gange. De bakkede mig op, når jeg ikke havde andre. En beskyttelse på den familiære måde. Man har brug for nogen, som tager sig af en – omsorg."*
- *"Den sidste indlæggelse: Det fungerede godt. De vidste, at jeg kom, og jeg har fået nogle primære kontaktpersoner på den afdeling, jeg har været indlagt på, så det var faktisk rigtigt godt. De kan godt gøre det godt for mig. Det har været personalet, der gør, at det er en god oplevelse. De snakker altid med mig om alting, og de sørger altid for, at når samtalen er færdig, så har jeg skraldgrinet. De driller lidt hinanden og laver lidt sjov med hinanden. Der går lige et par dage, før jeg åbner op. Men når jeg først åbner op, så begynder det at gå godt."*

De beskriver også deres ønsker til, hvordan de gerne vil mødes i indsatsen.

Flere ønsker mere anerkendelse og medmenneskelig respekt:

- *"Jeg ville ønske, at man var nysgerrig på mennesket. Hvor kommer du fra, hvorfor har du denne adfærd? Det havde sparet mig for rigtigt meget."*
- *"Jeg kunne godt ønske accept og almindelig respekt for mig som et medmenneske."*
- *"Nærvær er vigtig – oprigtig interesse."*

Nogle efterspørger støtte til at opbygge håb og et meningsfuldt liv:

- *"Jeg drømmer om hjælp til at håbe. Jeg ved, at min sygdom er et livsvilkår, som gør at jeg altid skal tage medicin. Det er vigtigt at kunne se en fremtid."*
- *"Måske kunne de bruge lidt tid på at se, hvad man også kan og har kunnet."*

Nogle ønsker bedre forberedelse og støtte i forbindelse med en tvangsindlæggelse:

- *"Jeg ønsker for andre, at der er nogen til at fortælle, hvad der skal ske – og nogen bagefter til at tale med det om."*

Fleksible indlæggelsesmuligheder vurderes ligeledes til at have stor betydning:

- *"Jeg har haft en brugerstyret seng i et år. Ingen tvangsindlæggelser i den periode."*

Flere borgere fremhæver betydningen af at have en meningsfuld hverdag samt ønsket om at være en del af et fællesskab og have noget at stå op til:

- *"Det at have en hverdag stå op til noget og gå i skole. Blive mødt, føle sig normal. Her er der tid og omsorg." (om en behandlingsskole).*
- *"Jeg vil ønske, at jeg havde noget mere energi og overskud. Noget mere at stå op til. Noget mere socialt udenfor. Få en hverdag til at hænge sammen - Små ting."*
- *"Ved ikke rigtigt. Jeg er ikke god til at lægge mærke til de gode ting. Når jeg har travlt, har jeg det godt. Når jeg er sammen med nogen og det ikke går galt med relationen, har jeg det godt."*

Endelig nævnes medicinindsatser både tvungen ambulant medicingivning og medicinudtrappingsprojekter som vigtige, særligt af pårørende.

- *”Tvungen opfølgning. Hvis ikke han kom, blev han hentet af politiet. Herefter kom han i et medicinudtrappingsprojekt. Efter fire år er han næsten ude af medicinen. Det kunne have sparet mange år i psykiatrien.”* (Hvis det var sket tidligere i forløbet).

8.2 Civilsamfundsorganisationernes bud på indsatser, der virker og kunne virke

I de rammesættende afsnit ovenfor i afdækningen beskrives civilsamfundsorganisationernes vurderinger af indsatserne. Nedenfor opsummeres deres konkrete og umiddelbare bud på indsatser, som efter deres erfaring enten virker i dag eller har potentiale til at virke bedre.

- §85-hjemmevejleder over længere tid fremhæves som en indsats, som skaber stabilitet i borgernes hverdag er godt. Civilsamfundsorganisationerne peger på, at nogle kommuner har en praksis, hvor længerevarende forløb afsluttes relativt tidligt, fx efter 2 år. Dette begrundes nogle steder med bekymringer om grænser mellem faglighed og relation, herunder en antagelse om, at vejledere risikerer at blive ”for tætte” med borgerne
- OPUS beskrives som en velfungerende indsats, men med den begrænsning, at forløbene ofte er for korte i forhold til borgernes behov.
- Sociolancemodellen virker også. De ved godt, at man ikke altid skal ind gennem døren, men måske banke på vinduet og gå stille gennem de stier, der er i boligen. Mange vil ikke indlægges på grund af den måde, de mødes på. Sociolancen formår at komme længere ud til de mest udfordrede borgere og sikre tilgængelighed til hjælp for mange borgere i risikogruppen, som ellers ikke ville have adgang til hjælp.
- Patientstyrede indlæggelser, PSI, beskrives som en indsats, som giver borgerne en oplevelse af kontrol og medindflydelse. Civilsamfundsorganisationerne vurderer, at PSI kan bidrage til bedre indlæggelsesforløb.
- Civilsamfundsorganisationerne peger på en grundlæggende strukturel forskel mellem somatik og psykiatri: hvor der i somatikken ofte er adgang til livslang behandling og opfølgning, opleves psykiatrien som mere episodisk organiseret. Organisationerne vurderer, at hvis borgere med tilbagevendende psykiske lidelser havde adgang til mere kontinuerlige behandling, så ville antallet af tvangsindlæggelser kunne reduceres

8.3 De fagprofessionelles erfaringer og forslag til tilgange og indsatser

I de indledende workshops peger de fagprofessionelle fra henholdsvis kommuner og regioner på en række indsatser og forslag til indsatser, som efter deres vurderinger allerede har eller rummer et potentiale for at reducere antallet af indlæggelser med tvang.

Det tværsektorielle samarbejde

Forebyggelse af tvang forudsætter, at sektorerne arbejder tættere sammen, deler ansvar og tør justere både strukturer og praksis i fællesskab: Nedenfor beskrives en række erfaringer med samt forslag til tiltag og indsatser, som efter de fagprofessionelles vurdering har potentiale til at reducere antallet af indlæggelser med tvang.

- Botilbudsteam, forebyggelsesteams og ambulante akutteams, som giver sparring til botilbud samt kommunale brobyggere, som er fast til stede på sengeafsnittende 1-2 gange om ugen, beskrives som tiltag, der har styrket det tværsektorielle samarbejde. De fagprofessionelle

peger på, at den tværsektoriel supervision er vigtig for at forebygge indlæggelser med tvang. Fælles sprog mellem botilbud og regional psykiatri kan være en udfordring. Forståelsen af kompleksiteten hos borgerne øges, når der er dialog om udfordringerne. De fagprofessionelle, der har flere års erfaring med et systematisk samarbejde i botilbudsteams, vurderer, at det bidrager til at reducere antallet af tvangsindlæggelser. En vigtig del af indsatsen er, at borgerne kender de sygeplejersker, der fast kommer i botilbuddene. Det styrker en mere tillidsfuld dialog.

- Udskrivningsaftaler og koordinerede indsatsplaner (KIP) skaber sammenhæng i indsatsen, når botilbuddene er til stede.
- Hjemmebehandlerteams, koordinerede teams mm., hvor kommuner og behandlingspsykiatrien mødes, fremmer også det tværsektorielle samarbejde. De fagprofessionelle beskriver, at det fungerer godt, når der afholdes hyppige møder, hvor flere instanser deltager i samarbejdet om borgere. Det resulterer i, at der bygges bro mellem de tværsektorielle indsatser, og det øger kendskabet til rammerne på tværs af sektorer. Der er kommuner og regioner, der har udarbejdet samarbejdsmodeller, kodekser og aftaler for samarbejdet om konkrete borgere. Det kan fx være om en borger med en langvarig spiseforstyrrelse. I aftalen beskrives det, hvad der skal være fokus på i samarbejdet, og hvad man kan hjælpe hinanden med. De forskellige faser og stadier i spiseforstyrrelsen beskrives, og aftalerne om, hvilke indsatser der sættes i gang, fremgår ligeledes (stepped care). Der er også eksempler på, at netværksmøder gennemføres efter konceptet i "Åben Dialog"³⁴ eller er inspireret af konceptet i "Åben Dialog". Erfaringen er, at når der er eksterne til at facilitere møderne, kommer der andre facetter frem, som ellers ikke er tydelige. Det kan skabe bevægelse i på forhånd låste dagsordner. Det har også ført til, at der er indgået aftaler mellem en kommune og behandlingspsykiatrien, hvor man forpligter hinanden mere og får en større forståelse for hinandens rammebetingelser.
- BVC³⁵ scoringer, som deles mellem sektorerne, kan også hjælpe koordineringen.

De fagprofessionelle fra regioner og kommuner har et tydeligt ønske om **mere sammenhæng, fleksibilitet og relationel kvalitet** i indsatsen for borgere med komplekse psykiske problemer. Nedenfor beskrives forslagene fra henholdsvis regioner og kommuner til, hvordan samarbejdet yderligere kan styrkes:

Der bør være et bedre aftalt grundlag for, hvad man gør i forhold til "kendte borgere", når deres tilstand forværres - ikke kun i nogle lokationer, men i alle lokationer i Danmark.

- Der bør være en "tvungen" tværsektoriel dialog om fælles handleplaner for kendte borgere

³⁴ En principdrevne, netværksorienteret tilgang, der fokuserer på at inddrage en Borgers private og professionelle netværk i en ligeværdig samtale om vedkommendes håb, drømme og udfordringer, især ved psykisk mistrivsel, for at skabe forandring.

³⁵ BVC (Brøset Violence Cheklist) et redskab til at vurdere risikoen for voldelig eller aggressiv adfærd hos patienter.

- Der bør være et incitament for medarbejderne til at deltage i tværgående aktiviteter og iværksætte tværgående indsatser. Systemerne er pressede og nogle medarbejdere oplever, at de skal finde omveje/argumentere for at sikre en mere helhedsorienteret indsats for borgerne
- Der bør sættes flere indsatser under samme tag – det vil øge kendskab til faglighed på tværs af sektorer. Det vil skabe gunstigere betingelser for at udvikle tiltag, som passer bedre til dem, der ikke passer ind i kasserne
- Udskrivningsaftalerne bør gentænkes
Fælles og meningsfulde planer for borgeren. Planer som udskrivningsaftaler, KIP-planer fungerer kun, når de opleves som fælles, fleksible og meningsfulde for både borger og samarbejdspartnere. Mange planer er blevet administrative bestillingslister frem for fælles krise- og handleplaner, hvilket svækker ejerskab og effekt.
- Forebyggende tiltag på tværs af behandlingspsykiatri og kommuner
Nogle fagprofessionelle peger på, at de der indlægges med tvang, ofte er blandt de allermest udfordrede borgere. Derfor er der behov for, at behandlingspsykiatrien og kommunerne træder tættere sammen i mindre teams for at bane vejen for borgeren/patienterne.
- Opbløde dokumentationsdeling
De fagprofessionelle peger på, at det er en udfordring at dele viden på tværs af sektorer, hvis patienterne ikke samtykker. Det kan være vanskeligt at skabe sammenhæng i, hvad der er sket i et forløb. Det udfordrer mulighederne for at skabe bedre kontinuitet. Der er flere eksempler på, at centrale aktører ikke ved, at en patient har været indlagt. Derfor er der fagprofessionelle, som efterspørger en undersøgelse af, om det er muligt at give bedre muligheder for at dele viden – herunder om det er muligt at opbløde dokumentationssiloerne, da det i dag er meget vanskeligt at dele viden.

Regionalt forankrede forebyggende indsatser som kan reducere indlæggelser med tvang

Fagprofessionelle fra regionerne peger på, at udekørende mobile teams har en positiv effekt:

- Udekørende regionalt forankrede funktioner skaber mere fleksibilitet, og mobile teams kan også få kontakt til borgere, der ikke er kendte, og deeskalere situationen, så det ikke fører til en indlæggelse med tvang.

Fasttrack-ordninger og brugerstyrede senge beskrives også som effektive indsatser med henblik på at reducere indlæggelser med tvang:

- Der er flere forskellige eksempler på fasttrack-ordninger, som sikrer, at kendte borgere ikke skal forbi PAM. Nogle borgere kan ikke leve op til kontrakterne i forhold til brugerstyrede senge, og der er behov for mere individuelt fleksible aftaler.

Interventionsteams³⁶ og POP-planer³⁷ er også hjælpsomme i situationer, hvor et forløb skal koordineres internt i regionen. POP kan anvendes af vagtlæger, som involveres i en indlæggelse med tvang.

Endelig peger flere regioner på, at de har gode erfaringer med at reducere antallet af indlæggelser med tvang via en ny tilgang til selvskadende adfærd.³⁸

Fremadrettede forslag til regionalt forankrede indsatser og tilgange, som kan reducere antallet af indlæggelser med tvang

- Nogle fagprofessionelle fra regionerne peger på, at der er behov for mere kreative løsninger, hvor der kan drejes på procedurerne, så visse borgere fx har mulighed for at komme ind på en åben indlæggelse uden om alle systemerne. Der bør oprettes flere pragmatiske løsninger og skæve forløb
- En gentænkning af modellen for brugerstyrede senge. Der er behov for en mindre bureaukratisk model, som kan skabe mere fleksibilitet i ordningen, også i forhold til længden på indlæggelserne
- En mulighed for tvungen ambulant opfølgning tidligere i et forløb kunne forebygge tvangsindlæggelser for visse patientgrupper. Hvis en patient bliver indlagt tre gange med rød tvang, bør der være tvungen opfølgning
- Behandlingspsykiatrien bør være mere udekørende, også i forhold til borgere, der får tilbud efter SEL §85. Det vurderes, at der også i forhold til denne gruppe er behov for vidensdeling og tydeligere beskrivelse af roller og opgaver på tværs af sektorerne (samme model som botilbudsteams)
- En løsning i børne- og ungepsykiatrien kunne være, at psykiatrien kommer tættere på de unge i risikogruppen. Børne- og Ungepsykiatrien kunne hjælpe med at skabe bedre rammer for en forebyggende indsats på børne- og ungehjem ved i højere grad at være opsøgende. Der er også behov for at oprette flere sengepladser og tilbyde længere forløb. Børn og unge bør dog ikke indlægges i lang tid. Hvis der var adgang til flere fleksible pladser og forebyggende indsatser, kunne tvang måske i højere grad forebygges
- Det vil give bedre indsigt i indlæggelsesmønstrene, hvis der blev sat klokkeslæt på, hvornår borgere bliver indlagt.
- Endelig er der fagprofessionelle, der forslår, at man bør beregne, hvad den manglende kontinuitet i indsatsen koster. Er det en økonomisk gevinst, når borgere udskrives hurtigt, eller øger det risikoen for genindlæggelse?

Kommunalt forankrede forebyggende indsatser som kan reducere antal indlæggelser med tvang

- Der er mange botilbud, som udarbejder planer, action cards mv. med kendte borgere, hvor der i fredstid aftales en plan for handlinger, hvis der sker en eskalation i symptomer m.m. Planerne udarbejdes eller deles med behandlingspsykiatrien og politiet.

³⁶ IVT Plan for deeskalering og forebyggelse af vold og tvang i psykiatrien.

³⁷ POP (Problemorienterede Planer) i psykiatrien er et standardiseret dokumentationsværktøj i EPJ (Elektronisk Patientjournal) synliggør sundhedsfaglige vurderinger, fremadrettet mål og handlinger for og med patienten.

³⁸ Se fx <https://www.psykiatrienregsj.dk/om-psykiatrien/for-fagpersoner/faellesstrategi-for-haandtering-af-selvskade>

- **Fleksible boliger og pladser**
Der mangler ifølge nogle fagprofessionelle fleksible boliger og pladser til forpinte og udfordrede borgere i kommunerne. Åbne, fleksible boliger og pladser presser økonomien, fordi der vil være tomgang i denne type ordninger
- Fagprofessionelle fra regionerne peger på, at nedbringelse af tvangsindlæggelser vil kræve, at der opstilles mål for kommunerne i forhold til, hvad den kommunale indsats skal bidrage med. Kommunerne kan opleve en tvangsindlæggelse som en lettelse. Den primære indsats bør iværksættes der, hvor borgerne bor. De krav om mål og kvalitetsløft, som er indført i regionerne, bør også omfatte den primære sektor. Det vil reducere den store forskel, der er på kvaliteten i de indsatser, som visiteres af kommunerne. Der bør fx igangsættes en systematisk kompetenceudvikling. Repræsentanter fra børne- og ungeområdet i regionerne peger på, at der bør være et krav om uddannelse i de børne- og ungehjem, som har ansvar for børn med komplekse psykiske udfordringer.
- Der er behov for særaftaler for udfordrede borgere/patientgruppe. Fx bør det være muligt for bostøtter/kontaktpersoner at komme på besøg, når borgerne er indlagt. Ligesom der bør være fokus på omfanget af vikarer.
- Fagprofessionelle fra regionerne peger på, at hjemmeindlæggelser kunne være et effektivt tiltag. Hvis kommunerne indsatte et forhøjet beredskab og optimerede besøg, når kendte gengangere er i en kritisk periode, kunne risikoen for indlæggelser med tvang reduceres. Det vil kræve større fleksibilitet og et højere ressourceforbrug i kommunen, men kan reducere ressourceforbruget i regionerne.

Potentialer i gul tvang

De fagprofessionelle peger på, at der er behov for at afdække, om potentialerne ved at bruge gul tvang udnyttes hensigtsmæssigt

Regulering af sociale medier

Endelig peger de fagprofessionelle på børne- og ungeområdet på, at de sociale medier bruges uhensigtsmæssigt af de unge. Det er et alvorligt og stigende problem. En regulering af de sociale medier vil antagelig kunne reducere risikoen for indlæggelser med tvang.

9. Litteratur

COWI: Evaluering af tværfaglige udgående teams, november 2018

Implement: Evaluering af fælles tværsektorielle teams med henblik på nedbringelse af tvang, marts 2022

Lærings- og kvalitetsteams: LKT Nedbringelse af tvang i psykiatrien, december 2023

Rigspolitiet: Fælles udrykningsteams, september 2021

Rigspolitiet: Udvikling og omfanget af politiets arbejde med psykisk sårbare personer, december 2024

Sundhedsstyrelsen og Social og Boligstyrelsen: Erfaringsopsamling af botilbudsteams, marts 2024

Psykiatrien Nordjylland: Tilgængelighedsanalyse: Tværsektoriel analyse vedrørende børn- og unge med psykiske vanskeligheder i Region Nordjylland, december 2021