

INSTITUT FOR
MENNESKE
RETTIGHEDER

ETNICITET OG TVANG I PSYKIATRIEN

ØGET BRUG AF TVANG OVERFOR
ETNISKE MINORITETER



ETNICITET OG TVANG I PSYKIATRIEN

ØGET BRUG AF TVANG OVERFOR ETNISKE MINORITETER

Forfattere: Sarah Kajander Holmer, Lisbeth Garly Andersen, Sidsel Engmann Juul

Studentermedhjælp: Camilla Presutti Witt

Redaktion: Lisbeth Garly Andersen, Nanna Margrethe Krusaa

Ansvarlig: Maria Ventegodt

Tak til Marie Nørredam, Jesper Bak og Jacob Christian Hvidhjelm

ISBN: 978-87-93893-60-3

e-ISBN: 978-87-93893-59-7

Forsidefoto: Peter Hove Olesen/Politiken/Ritzau Scanpix

Layout: Hedda Bank

© 2020 Institut for Menneskerettigheder

Danmarks Nationale Menneskerettighedsinstitution

Wilders Plads 8K

1403 København K

Telefon 32 69 88 88

www.menneskeret.dk

Vi tilstræber, at vores udgivelser bliver så tilgængelige som muligt. Vi bruger fx store typer, korte linje, få orddelinger, løs bagkant og stærke kontraster.

Læs mere om tilgængelighed på: www.menneskeret.dk/tilgaengelighed

INDHOLD

RESUMÉ	5
KAPITEL 1 – INTRODUKTION	7
1.1 JURIDISK ANALYSE	7
1.2 STATISTISK ANALYSE	7
1.3 KVALITATIVE INTERVIEWS	7
1.4 DATAINDSAMLING OG KRITERIER FOR UDVÆLGELSE	8
1.5 ARBEJDET MED MATERIALET	8
KAPITEL 2 – LIGEBEHANDLING OG TVANG I PSYKIATRIEN	9
2.1 PSYKIATRILOVEN	9
2.1.1 Frihedsberøvelse – Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse	10
2.1.2 Tvangsbehandling og brugen af beroligende medicin	11
2.1.3 Tvangsfiksering	11
2.1.4 Fysisk magt og fastholdelse	12
2.2 LIGEBEHANDLING OG IKKE-DISKRIMINATION	12
2.2.1 Forbud mod diskrimination i Den Europæiske Menneskerettighedskonvention	13
2.2.2 Ligebehandling og ikke-diskrimination i sundhedsplejen efter lov om etnisk ligebehandling	15
2.2.3 Hensyn til patientens kulturelle baggrund i psykiatriloven	16
2.3 OPSAMLING	16
KAPITEL 3 – TVANG OG ETNICITET – EN STATISTISK ANALYSE	17
3.1 HOVEDPUNKTER	17
3.2 HVAD HAR VI GJORT?	18
3.3 PSYKIATRIEN I TAL	19
3.3.1 Antallet af indlagte psykiatriske patienter og indlæggelsesforløb	19
3.3.2 Patienternes karakteristika	21
3.3.3 Hvilke psykiatriske diagnoser har patienterne?	22
3.4 SAMMENHÆNGEN MELLEM BRUGEN AF TVANG OG ETNICITET	23
3.4.1 Tvangsindlæggelse	24
3.4.2 Tvangstilbageholdelse	25
3.4.3 Fiksering og fysisk magtanvendelse	26
3.4.4 Bæltefiksering	27
3.4.5 Tvangsbehandling	28

3.5	TVANG UNDER INDLÆGGELSE OPDELT PÅ INDLÆGGELSESVILKÅR	29
3.6	ANTALLET AF TVANGSANVENDELSER FOR PATIENTER UDSAT FOR TVANG	32
3.7	OPSAMLING	34
	KAPITEL 4 – TVANG OG ETNICITET – EN KVALITATIV ANALYSE	36
4.1	OPLEVELSE AF TVANG – INTERVIEWS MED PATIENTER	37
4.2	BESKRIVELSER AF TVANG – INTERVIEWS MED SUNDHEDSPERSONALE	41
4.3	MULIGE ÅRSAGER TIL ANVENDELSE AF MERE TVANG OVER FOR ETNISCHE MINORITETSPATIENTER	42
4.3.1	Sprogbarrierer	42
4.3.2	Kulturelle barrierer	46
4.3.3	Nedsættende holdninger og fordomme	48
	KAPITEL 5 – KONKLUSION OG ANBEFALINGER	50
	BILAG – DATAGRUNDLAG OG METODE	52
A.	DATAGRUNDLAG	52
I.	LPR PSYK-registret	52
II.	TIP-registret	54
III.	DST-registre	55
B.	METODE	55
I.	Opgørelsesmetode	55
II.	Undersøglesperiode og populationsafgrænsning	56
III.	Statistisk metode	56
	FIGUROVERSIGT	58
	TABELOVERSIGT	59
	PATIENTER OG FORLØB I ANTAL	60
	FORVENTEDE SANDSYNLIGHEDER FOR TVANG	61
	ANTALLET AF DIAGNOSEGRUPPER, SOM PATIENTERNES DIAGNOSER TILHØRER	63
	FORLØBSREGRESSION	63
	ANDELSTABELLER (IKKE KONTROLLERET FOR ØVRIGE FAKTORER)	64
	LITTERATURLISTE	102
	NOTER	105

RESUMÉ

Institut for Menneskerettigheder skal fremme ligebehandling i Danmark. Et princip om ligebehandling og ikke-diskrimination på grund af etnicitet gælder inden for psykiatrien i forbindelse med anvendelsen af tvang. På den baggrund har vi undersøgt, hvorvidt patienter med etnisk minoritetsbaggrund i højere grad end patienter med majoritetsbaggrund risikerer at blive udsat for tvangsmæssig psykiatrisk behandling.

HOVEDTAL I RAPPORTEN

Rapporten viser, at en patient af ikke-vestlig oprindelse har omkring 40% øget sandsynlighed for at blive udsat for tvang i det psykiatriske system sammenlignet med en patient af dansk oprindelse. Dette billede har været gældende i hele perioden 2005-2018.

I perioden 2017-2018 (oktober 2018) har en patient af ikke-vestlig oprindelse i gennemsnit 45% større sandsynlighed for at opleve fiksering og fysisk magtanvendelse end en patient af dansk oprindelse. For tvangsformerne tvangstilbageholdelse, tvangsindlæggelse og tvangsbehandling er tallene henholdsvis 42%, 23% og 18%.

For samtlige tvangsformer, dvs. tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsfiksering og fysisk magtanvendelse samt tvangsbehandling, gælder det, at en patient af ikke-vestlig oprindelse har større sandsynlighed for at blive udsat for den pågældende tvangsform end en patient af dansk oprindelse.

I perioden 2017-2018 (oktober 2018) var antallet af indlagte psykiatriske patienter 32.930. Heraf udgør patienter af dansk oprindelse 87%, mens patienter af ikke-vestlig oprindelse udgør 9% og patienter af vestlig oprindelse 4%. Udviklingen i det samlede antal indlagte patienter har i perioden 2005-2018 været forholdsvis stabil.

HVORFOR ER DER FORSKEL PÅ OMFANGET AF TVANG OVER FOR MINORITETS- OG MAJORITETSPATIENTER?

Undersøgelsen viser, at sproglige og kulturelle barrierer såvel som fordomme og nedsættende holdninger over for patienter med etnisk minoritets baggrund kan være med til at forklare den øgede tvang.

Interviewene viser bl.a., at sproglige udfordringer kan føre til misforståelser og forringe effekten af traditionelle deeskaleringsteknikker i potentielle

konfliktsituationer. Materialet viser også, at der er udfordringer i forhold til brug af tolke i psykiatrien, herunder kvaliteten af tolkningen og interaktionen mellem patient og tolk.

Rapporten viser herudover betydningen af kulturelle faktorer, og at en manglende anerkendelse af særlige behov i patientgruppen kan være en konfliktskabende faktor. Endeligt peger sundhedspersonale på fordomme og nedsættende holdninger over for patienter med etnisk minoritetsbaggrund som en faktor, der kan vanskeliggøre en god relation til patienten og dermed øge risikoen for tvang. Nogle patienters kropssprog og kommunikationsform misforstås fx som truende, hvilket kan lede til mere tvang.

Den kvalitative analyse bygger på interviews med sundhedspersonale, patientvejledere, pårørende og patienter. Der er i alt gennemført 41 interviews. Hertil kommer observationer på flere forskellige lukkede psykiatriske afdelinger.

Ifølge interviewene med både sygeplejersker og afdelingsledere er der stor fokus på nedbringelse af tvang i psykiatrien. Der er dog ikke særskilt fokus på nedbringelse af tvang over for patienter med etnisk minoritetsbaggrund, hverken i ledelsen eller i det øvrige personale.

ANBEFALINGER

Institut for Menneskerettigheder har på baggrund af rapportens analyser formuleret en række anbefalinger.

SUNDHEDSMYNDIGHEDER SÆTTER FOKUS PÅ TVANG MOD ETNISKE MINORITETER

- Institut for Menneskerettigheder anbefaler, at Sundheds- og Ældreministeriet sikrer nedbringelse af tvang overfor etniske minoriteter og sikrer data på området.

BEDRE ADGANG TIL KVALIFICERET TOLKNING

- Institut for Menneskerettigheder anbefaler, at regionerne sikrer, at der alene anvendes tolke, der har det fornødne kendskab til psykiatrien og et tilstrækkeligt sprogligt niveau til at kunne tilbyde tilstrækkelig kvalificeret tolkebistand.

UDDANNELSE I TVÆRKULTUREL SYGEPLEJE I PSYKIATRIEN

- Institut for Menneskerettigheder anbefaler, at adgangen til undervisningsforløb om fordomme og tværkulturel sygepleje i psykiatrien styrkes for at højne den generelle, kulturelle forståelse blandt sundhedspersonalet.

ØGET BRUG AF SUNDHEDSPERSONALE MED FLERSPROGLIGE KOMPETENCER

- Institut for Menneskerettigheder anbefaler, at det på de psykiatriske afdelinger prioriteres, at der ansættes sundhedspersonale med flersproglige kompetencer.

KAPITEL 1

INTRODUKTION

Studier fra Storbritannien, Schweiz og Holland viser, at psykiatriske patienter med etnisk minoritetsbaggrund i højere grad end patienter med etnisk majoritetsbaggrund risikerer tvangsmæssig psykiatrisk behandling (Commander et al. 1999; Davies et al. 1996; Gudjonsson et al. 2004; Lay et al. 2006; Mulder et al. 2006; Singh et al. 1998). Spørgsmålet er, om dette også er tilfældet i Danmark? Et registerbaseret studie udført i Danmark i 2010 viste, at psykiatriske patienter med etnisk minoritetsbaggrund blev underlagt mere tvang end patienter med majoritetsbaggrund (Nørredam 2010). Siden da er spørgsmålet ikke blevet undersøgt nærmere.

Med denne undersøgelse har vi ønsket at se på, om denne forskel stadig eksisterer og i bekræftende fald, hvad der leder til denne forskel.

1.1 JURIDISK ANALYSE

For at skabe en ramme for den statistiske analyse og de kvalitative interviews vil denne undersøgelse indledes med en kort juridisk gennemgang af psykiatriloven, herunder de former for tvang, der fokuseres på i den statistiske analyse. Derudover vil princippet om ligebehandling og ikke-diskrimination inden for både menneskeretten og dansk ret på psykiatriområdet kort gennemgås, samt psykiatrilovens bestemmelse om, at der skal tages størst muligt hensyn til patientens livssyn og kulturelle baggrund.

1.2 STATISTISK ANALYSE

For at foretage sammenligningen mellem psykiatriske patienter med etnisk minoritetsbaggrund og patienter med majoritetsbaggrund har vi sammenkørt og analyseret registerdata fra Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik vedrørende patienter i det psykiatriske system fra 2005-2018. Vi har set på både de patienter, som har været underlagt tvang, og dem, som ikke har. På baggrund af disse data har vi udarbejdet en statistisk analyse, der belyser, hvem der bliver underlagt henholdsvis tvangsindlæggelse og tvang under indlæggelsen. I analysen har vi kontrolleret for en række relevante variabler som fx køn, alder og diagnoser.

1.3 KVALITATIVE INTERVIEWS

Eftersom vores statistiske analyse viser, at patienter af ikke-vestlig oprindelse generelt set har større sandsynlighed for at blive udsat for tvang, har vi suppleret den statistiske analyse med en kvalitativ analyse.

Formålet med den kvalitative analyse, der har bestået af interviews og observationer, er at få indsigt i sundhedspersonalets overvejelser om brugen af tvang i psykiatrien og oplevelser af tvang fra et patientperspektiv. Ved at spørge ind til sundhedspersonalets oplevelser og erfaring får vi deres syn på, hvad den større grad af tvangsanvendelse over for patienter med minoritetsbaggrund kan skyldes. Samtidig har vi kunnet belyse, hvilke udfordringer personalet oplever i forbindelse med håndtering af patienter med etnisk minoritetsbaggrund. Derudover har vi gennem de kvalitative interviews med patienter på lukkede psykiatriske afdelinger kunnet give en stemme til dem, der oplever at være blevet udsat for tvang, for at høre, hvordan det påvirker dem. De kvalitative interviews med pårørende til patienter, der har været udsat for tvang, og med patientvejledere har bidraget med nuancer, men har i øvrigt primært understøttet det billede, interviewene med sundhedspersonale og patienter tegner.

1.4 DATAINDSAMLING OG KRITERIER FOR UDVÆLGELSE

Datamaterialet er indsamlet i perioden oktober 2019 til april 2020. Der er i alt gennemført interviews med 41 informanter, hvoraf 23 er sundhedspersonale på lukkede psykiatriske afdelinger, 10 er patientvejledere, seks er patienter på lukkede psykiatriske afdelinger og to er pårørende til patienter, der har været udsat for tvang. En del af informanterne er fundet gennem aftaler med fire lukkede psykiatriske afdelinger. Andre er fundet med hjælp fra samarbejdspartnere på bosteder og i patientorganisationer, der har kendskab til personer, som har været udsat for tvang i psykiatrien. Interviewene er primært foretaget på lukkede psykiatriske afdelinger i to regioner. Patientvejllederinterviewene er alle foretaget over telefonen, grundet covid-19. Indledningsvist er der foretaget baggrundsinterviews med relevante forskere på området, herunder Kompetencecenter for Transkulturel Psykiatri.

Varigheden af interviewene varierer en del. Nogle telefoninterviews var meget korte, mens interviewene med sundhedspersonale typisk varede mellem 45 minutter og halvanden time. Interviewene var semistrukturerede og styret af en spørgeguide inddelt i forskellige hovedtemaer.

Undersøgelsen hævder ikke at være repræsentativ for, hvad interviewgrupperne generelt måtte mene om tvang i psykiatrien og etniske minoritetspatienter. Ambitionen har været at få konkretiseret nogle af de problemer og udfordringer, der knytter sig til området for at opnå en bedre forståelse af dette.

1.5 ARBEJDET MED MATERIALET

Bortset fra enkelte telefoninterviews er alle interviews blevet optaget digitalt, og interviewene er udskrevet i deres fulde ordlyd. I interviewcitater er sted- og personnavne slettet eller ændret, ligesom enkelte udsagn er blevet ændret for at sikre interviewpersonernes anonymitet. Endeligt skal det nævnes, at citaterne fra interviewmaterialet generelt har været udsat for en let sproglig omskrivning for at sikre læsevenlighed, men betydningen af det sagte er uændret.

KAPITEL 2

LIGEBEHANDLING OG TVANG I PSYKIATRIEN

Som baggrund for de kvalitative interviews og registerdataanalysen oprides i følgende kapitel psykiatrilovens juridiske rammer for tvang i psykiatrien, udvalgte former for tvang samt princippet om ligebehandling og ikke-diskrimination.

2.1 PSYKIATRILOVEN

I Danmark er psykiatriske patienters retsstilling i sundhedsvæsenet – ligesom andre patienters – som udgangspunkt reguleret i sundhedsloven. Forudsætningen for al indlæggelse, ophold og behandling i sundhedsvæsenet, herunder i psykiatrien, er efter sundhedsloven patientens informerede samtykke.¹ Udgangspunktet er dermed, at en patient i psykiatrien har selvbestemmelse over, hvad der sker med vedkommende i mødet med sundhedsvæsenet. I tråd med dette udgangspunkt skal indlæggelse, ophold og behandling i henhold til psykiatriloven så vidt muligt finde sted med patientens samtykke, og der er en pligt til i forbindelse med indlæggelsessamtalen, eller snarest muligt herefter, at høre patienten om eventuelle præferencer i forhold til behandlingen, herunder hvis tvang kommer på tale.² Desuden må tvang ikke benyttes før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, og patienten skal i den forbindelse, når forholdene tillader det, have en passende betænkningstid.³ Udgangspunktet om selvbestemmelse og de tiltag der er i psykiatriloven, som skal sikre den størst mulige grad af dette, forudsætter i høj grad, at relationen og samarbejdet mellem personalet på den psykiatriske afdeling og patienten er god. Faktorer under patientens indlæggelse kan imidlertid af forskellige grunde, der vil blive redegjort for i den kvalitative analyse, udfordre relationsdannelsen, når der er tale om en patient af ikke-vestlig oprindelse sammenlignet med patienter med etnisk majoritetsbaggrund.

Hvis en patient imidlertid ikke samtykker til indlæggelse, ophold eller behandling på en psykiatrisk afdeling, og hvis der er blevet gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken og givet vedkommende eventuel passende betænkningstid, beskriver psykiatriloven udtømmende de omstændigheder, hvorunder frihedsberøvelse lovlig må finde sted, samt betingelserne for, hvornår det i øvrigt er lovligt at udøve forskellige former for tvang i psykiatrien.⁴ Derfor defineres tvang i psykiatriloven også som anvendelse af foranstaltninger, for hvilke der ikke foreligger informeret samtykke.⁵

Psykiatriloven indeholder derudover overordnet "mindste middels princip", som skal sikre, at brugen af tvang holdes på et absolut minimum. Foruden at indeholde

det ovenfor beskrevne krav om, at tvang ikke må benyttes før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, herunder eventuel betænkningstid, indebærer "mindste middels princippet" også, at den tvang, der anvendes, skal være den mindst indgribende og stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået herved. Hvis mindre indgribende former for tvang er tilstrækkelige, skal de således anvendes. Desuden skal tvangen anvendes så skånsomt som muligt med størst mulig hensyntagen til patienten, og tvangen må ikke anvendes i videre omfang, end hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål.⁶

Endeligt sikrer psykiatriloven en patient, der er blevet udsat for tvang, nogle særlige rettigheder såsom adgang til at klage over tvangen,⁷ beskikkelse af en patientrådgiver, som kan hjælpe patienten med at klage,⁸ og ret til en samtale med personalet på afdelingen, efter tvangen ophører.⁹

I det følgende vil der alene være fokus på tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, herunder tvangsmedicinering, tvangsfiksering, fysisk magt og fastholdelse, som kort vil blive gennemgået.¹⁰

2.1.1 FRIHEDSBERØVELSE – TVANGSINDLÆGGELSE OG TVANGSTILBAGEHOLDELSE

I nogle situationer er det ikke muligt at få en person, som er sindssyg, til at samtykke til at blive indlagt på en psykiatrisk afdeling. Ligeledes kan der opstå situationer, hvor en patient som er sindssyg nægter at forblive indskrevet på en psykiatrisk afdeling.

Der gælder imidlertid særlige betingelser for at tage henholdsvis tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, som begge har karakter af frihedsberøvelse, i brug i sådanne situationer.¹¹

Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse må således kun finde sted, såfremt patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der må ligestilles hermed. Derudover skal det enten være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling, enten fordi udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet, eller fordi den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.¹² Det er dermed ikke nok i sig selv, at der er tale om en sindssyg person eller en, der befinder sig i en lignende tilstand. Det skal også være uforsvarligt ikke at frihedsberøve vedkommende ud fra enten et behandlings- eller farekriterium.

Hvis disse betingelser ikke er opfyldt, kan en person altså ikke lovligt tvangsindlægges eller tilbageholdes på en psykiatrisk afdeling, og så snart betingelserne ikke længere er til stede, skal frihedsberøvelsen straks bringes til ophør.¹³ Det følger derfor også af psykiatriloven, at overlægen løbende i bestemte tidsrum skal efterprøve frihedsberøvelsen ved at påse, om betingelserne fortsat er opfyldt.¹⁴

Tvangsindlæggelse sker på baggrund af en lægeerklæring, når ovennævnte betingelser er opfyldt.¹⁵ Herefter iværksætter og gennemfører politiet rent fysisk tvangsindlæggelsen,¹⁶ og overlægen på den modtagende psykiatriske afdeling træffer endelig afgørelse om, hvorvidt betingelserne er opfyldt, og patienten kan modtages som tvangsindlagt.¹⁷

Tvangstilbageholdelse bliver derimod alene besluttet af overlægen på den psykiatriske afdeling, når de ovennævnte betingelser er opfyldt.¹⁸

2.1.2 TVANGSBEHANDLING OG BRUGEN AF BEROLIGENDE MEDICIN

Tvangsbehandling relaterer sig til den fast ordinerede behandling, som en indlagt patient kan modtage uden samtykke, og dækker både over tvangsmedicinering, tvangsernæring, elektrochokbehandling og tvangsbehandling af en legemlig lidelse.

En indlagt patient må kun tvangsbehandles, hvis betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt. Det vil sige, at patienten foruden at være sindssyg enten skal opfylde et behandlings- eller farekriterium.¹⁹

Derudover gælder der for de specifikke former for tvangsbehandling forskellige andre betingelser. Tvangsmedicinering må således kun anvendes, når andre behandlingsmuligheder er uanvendelige, når der som udgangspunkt er gjort vedvarende forsøg på at forklare patienten behandlingens nødvendighed, og når patienten har fået passende betænkningstid, hvor vedkommende får lejlighed til at overveje sit eventuelle samtykke til behandlingen.²⁰ For elektrostimulation må denne behandling kun gennemtvinges, hvis patienten befinder sig i en aktuel eller potentiel livstruende tilstand.²¹ På lignende vis må behandling af en legemlig lidelse kun gennemtvinges, hvis lidelsen udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare.²²

Hvis det er af afgørende betydning for bedring af en meget urolig patients tilstand, kan lægen bestemme, at patienten – om fornødent med magt – skal have et beroligende middel.²³ Modsat adgangen til tvangsbehandling, som omhandler den faste ordinerede behandling under indlæggelsen, er der altså her tale om akutte tilfælde, som ligger uden for behandlingsplanen, hvor patienten kan få beroligende medicin uden at samtykke hertil i engangstilfælde eller i en tidsafgrænset periode under indlæggelsen.

2.1.3 TVANGSFIKSERING

Ved tvangsfiksering fikseres patienten med bælte og eventuelt hånd- og fodremme samt handsker.²⁴ Det er en forudsætning, at overlægen har vurderet, at tvangsfikseringen er nødvendig, og at anvendelsen af andre midler, fx øget tilsyn, har vist sig at være utilstrækkelig eller uigennemførlig på baggrund af patientens tilstand.²⁵

Tvangsfiksering må kun anvendes kortvarigt og i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient enten udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for skade på legeme eller helbred, forfølger eller på anden måde groft forulemper medpatienter eller øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.²⁶

En patient kan tvangsfikseres i længere tid end nogle få timer, hvis der er væsentlige grunde til dette, herunder når hensynet til patientens eller andres liv, førlighed eller sikkerhed tilsiger dette.²⁷ Der er dermed ikke nogen øvre grænse for, hvor lang tid en tvangsfiksering må vare i henhold til psykiatriloven. Derimod gælder en række regler om, hvornår og af hvem det skal vurderes, om tvangsfikseringen forsat må opretholdes.²⁸ Desuden skal tvangsfikserede patienter altid have en fast vagt,²⁹ og hvis tvangsfikseringen udstrækkes i længere end 30 dage, har overlægen ansvaret for, at det indberettes til Sundhedsstyrelsen.³⁰

Det er som udgangspunkt kun overlægen, som kan beslutte at tvangsfiksere en patient, efter vedkommende har tilset patienten. Dog kan sygeplejepersonalet på egen hånd beslutte at tvangsfiksere en patient med bælte, hvis patienten udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for skade på legeme og helbred, og det ville være uforsvarligt at afvente lægens tilsyn. Overlægen skal herefter straks tilkaldes og træffe afgørelse vedrørende anvendelsen af tvangsfikseringen.³¹

2.1.4 FYSISK MAGT OG FASTHOLDELSE

Ligesom ved kortvarige tvangsfikseringer må fastholdelse samt fysisk magt til at overføre en patient til et andet opholdssted på sygehuset kun anvendes kortvarigt og i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for skade på legeme og helbred, forfølger eller på anden måde groft forulemper medpatienter eller øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.³²

Derudover kan der over for personer, der er frihedsberøvede (tvangsindlagte og tvangstilbageholdte) anvendes den magt, der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen.³³

2.2 LIGEBEHANDLING OG IKKE-DISKRIMINATION

Ligebehandling indebærer, at alle mennesker – uanset alder, handicap, køn, race, etnicitet, tro eller religion, seksuel orientering mv. – skal have lige adgang til og mulighed for at deltage i alle samfundets anliggender og skal nyde lige beskyttelse. Ligebehandling kræver dermed også et princip om ikke-diskrimination.

Ligebehandling i psykiatrien indebærer dermed bl.a., at patienter uanset etnicitet skal nyde lige beskyttelse mod frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og ikke opleve en højere grad af frihedsberøvelse og tvang sammenlignet med patienter af dansk oprindelse, med mindre dette er sagligt begrundet og proportionalt.

For at opnå ligebehandling og sikre, at en person eller en gruppe personer i samfundet, fx personer med handicap og/eller personer med anden etnisk

baggrund, ikke stilles ringere end andre, er det nødvendig at anerkende, at alle mennesker er forskellige og derfor ikke bør behandles ens. Der må således tages udgangspunkt i den enkeltes præmisser, situation og behov for at kunne opveje uligheder eller ulemper, der kan forhindre vedkommende i at nyde samme beskyttelse, som andre i en tilsvarende situation. For patienter med etnisk minoritetsbaggrund i psykiatrien er det derfor vigtigt fra et ligebehandlingsperspektiv at være opmærksom på, om særlige forhold gør sig gældende for denne gruppe patienter, som kræver foranstaltninger for at sikre, at de bliver behandlet på lige fod med patienter med en etnisk majoritetsbaggrund.

Netop ligebehandling og ikke-diskrimination er gennemgående principper i menneskeretten og er derfor kommet til udtryk i en række internationale menneskerettighedskonventioner,³⁴ herunder Den Europæiske Menneskerettighedskonvention (herefter EMRK), hvor princippet om ikke-diskrimination beskyttes i artikel 14. I EU-regi er disse principper også beskyttet gennem EU's charter og bl.a. kommet til udtryk i direktiv om etnisk ligebehandling, som blev implementeret gennem lov om etnisk ligebehandling.³⁵ Endeligt indeholder psykiatriloven på nationalt niveau elementer, som kan fremme ligebehandling i forbindelse med brugen af tvang.

I det følgende redegøres der kort for forbuddet mod diskrimination i EMRK, ligebehandling og ikke-diskrimination i sundhedsplejen i henhold til lov om etnisk ligebehandling og hensynet til patientens kulturelle baggrund, som det fremgår af psykiatriloven.

2.2.1 FORBUD MOD DISKRIMINATION I DEN EUROPÆISKE MENNESKERETTIGHEDSKONVENTION

Artikel 14 i EMRK forbyder diskrimination. De rettigheder og friheder, som beskyttes i EMRK, skal sikres uden forskelsbehandling på grund af bl.a. race, etnicitet,³⁶ farve, religion samt "ethvert andet forhold". I henhold til Den Europæiske Menneskerettighedsdomstols (herefter EMD) praksis falder bl.a. handicap³⁷ ind under "ethvert forhold".

Anvendelsen af artikel 14 forudsætter dog ikke nødvendigvis en krænkelse af rettighederne og frihederne i EMRK. Det er tilstrækkeligt, at sagens kendsgerninger falder inden for anvendelsesområdet for en eller flere af konventionens artikler.

Når man taler om frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien falder disse indgreb under anvendelsesområdet for artikel 5 om retten til frihed og sikkerhed, artikel 3, som bl.a. forbyder nedværdigende og umenneskelig behandling, og artikel 8 om retten til respekt for privatliv.

Artikel 14 kan dermed finde anvendelse, selv om den pågældende frihedsberøvelse eller tvang i psykiatrien ikke nødvendigvis udgør en egentlig krænkelse af artikel 5, 3 eller 8.

I henhold til EMDs praksis betyder diskrimination, at der sker forskelsbehandling af personer i sammenlignelige situationer, uden at der er en objektiv eller rimelig begrundelse for det.³⁸ Kravet om en objektiv eller rimelig begrundelse indebærer, at forskelsbehandlingen skal forfølge et legitimt eller anerkendelsesværdigt formål, og at der er en rimelig grad af proportionalitet mellem det anvendte middel og det formål, der søges realiseret.³⁹ Hvor der er tale om forskelsbehandling på baggrund af race, farve eller etnicitet fortolkes "objektiv og rimelig begrundelse" så snævert som muligt.

I EMDs afgørelser om artikel 14 har statistiske data flere gange spillet en rolle. Statistiske data har således været benyttet af klagerne til at rejse en formodning om diskrimination, især med henblik på at bevise indirekte diskrimination, hvor der er tale om tilsyneladende neutrale regler, kriterier eller en praksis, som stiller en gruppe eller en person ringere end andre. Statistiske data har i den forbindelse kunnet fremføres som bevis for, at effekterne af en regel, et kriterium eller en praksis er uforholdsmæssigt ugunstig for en bestemt gruppe i sammenligning med andre i en lignende situation. Hvis en klager kan rejse en formodning om diskrimination, er det herefter staten, der skal bevise, at forskelsbehandlingen ikke udgør diskrimination på grund af fx etnicitet.⁴⁰

I EMDs praksis er der ikke blevet sat en tærskel for, hvornår det kan konstateres en formodning for, at indirekte forskelsbehandling har fundet sted på baggrund af statistiske data, men det må antages, at en betydelig andel af gruppen skal rammes uforholdsmæssigt ugunstigt. Et eksempel kan findes i D.H. m.fl. mod Tjekkiet. Her konkluderede EMD, at de tjekkiske myndigheder havde udøvet indirekte diskrimination på grund af etnicitet i strid med artikel 14 sammenholdt med artikel 2, 1. tillægsprotokol om retten til uddannelse, da romabørn **de facto** blev placeret i specialskoler, som stillede dem ringere end andre børn. EMD lagde i denne forbindelse vægt på statistiske data, som viste, at en særlig høj andel af elever med romabaggrund blev placeret i specialskoler, hvilket rejste en formodning om indirekte diskrimination. EMD lagde vægt på, at 50-56 % af eleverne på specialskoler var romaer på trods af, at de alene repræsenterede 2,26 % af den samlede population under uddannelse. Selvom der ikke kunne fremlægges en officiel national statistik over elevernes etniske oprindelse i sagen, og en nøjagtig procentandel var svær at etablere, fandt EMD, at disse tal blev understøttet af tal fra staten og uafhængige tilsynsorganer. EMD fandt på den baggrund, at tallene afslørede en dominerende tendens til, at antallet af romaelever var uforholdsmæssigt højt i disse specialskoler, hvorfor de relevante regler på området *de facto* havde haft betydelig større indflydelse på romabørn end ikke-romabørn. EMD fandt i denne forbindelse, at de psykologiske tests som tjente til at evaluere børnene ikke udgjorde en rimelig begrundelse for forskelsbehandlingen, da Domstolen mente, at der var en fare for at testene var partiske, og at resultaterne ikke blev analyseret med udgangspunkt i de romabørn, som tog dem.⁴¹

Forskelsbehandling i anvendelsen af for eksempel tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tvangsfiksering overfor en patient af ikke-vestlig

oprindelse sammenlignet med patienter med majoritetsbaggrund på grund af vedkommendes race, etnicitet, farve eller religion som hverken er saglig begrundet eller proportional kan dermed udgøre diskrimination i strid med artikel 14, sammenholdt med artikel 3, 5 og 8. I den forbindelse kan bl.a. statistisk data skabe en formodning for diskrimination.

2.2.1.1 Tolkning og sprogbarrierer under tvangsindlæggelse

Ud over, at EMRKs artikel 14 sikrer ligebehandling i beskyttelsen af konventionens rettigheder og friheder ved at forbyde diskrimination, har konventionens artikel 3 medført overvejelser om sprog- og tolkeproblemer i forbindelse med en sag om tvangsindlæggelse. Netop sprog og tolkning er foranstaltninger, der kan fremme ligebehandling på baggrund af etnicitet.

Denne sag omhandlede en tysktalende, psykisk syg person, som havde været tvangsindlagt på en specialinstitution i Belgien siden 2004. Der var ikke noget tysktalende personale på institutionen til trods for, at klager kun talte tysk. Et socialt beskyttelsesnævn havde flere gange over for institutionen indikeret, at sprogvanskeligheder kunne fratage klager en reel behandlingsmulighed. Domstolen udtalte, at det rent sproglige element kan være afgørende for, om der findes en passende psykiatrisk behandling som krævet efter artikel 3, særligt hvis ikke der træffes andre kompenserende tiltag, fx tilkald af eksterne speciallæger, der kan tale det relevante sprog, eller udvidet tolkebistand mv. Domstolen fandt, at det var i strid med artikel 3, at klager havde været tvangsindlagt uden tysktalende behandlingsmuligheder henset til, at institutionen ikke havde taget kompenserende tiltag, men blot fastslået, at der ikke var noget tysktalende personale ansat på institutionen, samt at klager var for farlig til at være anbragt på en anden tysktalende institution.⁴²

På den baggrund sikrer EMRK ikke alene ligebehandling inden for psykiatrien gennem dens forbud mod diskrimination, men også at forhold såsom tolkning under en indlæggelse ikke fratager patienterne en reel behandlingsmulighed. Dette kan i nogle situationer være særligt relevant for patienter med anden etnisk baggrund.

2.2.2 LIGEBEHANDLING OG IKKE-DISKRIMINATION I SUNDHEDSPLEJEN EFTER LOV OM ETNISK LIGEBEHANDLING

Dansk lovgivning, som fremmer ligebehandling, er i høj grad en konsekvens af de internationale menneskerettighedskonventioner og EU-direktiver, som Danmark er forpligtet af. Direktivet om etnisk ligebehandling er et af de EU-direktiver, der har haft særlig betydning for fremmelse af ligebehandling og ikke-diskrimination af personer med anden etnisk oprindelse i Danmark. Direktivet er blevet gennemført ved lov om etnisk ligebehandling.

Lov om etnisk ligebehandling har til formål at fremme ligebehandling af alle, uanset race eller etnisk oprindelse.⁴³ Fremmelsen af ligebehandling indebærer efter loven, at ingen må udsætte en anden person for forskelsbehandling på

baggrund af vedkommendes etniske oprindelse i forhold til bl.a. sundhedspleje.⁴⁴ Af bemærkningerne til loven fremgår det, at begrebet "sundhedspleje" generelt omfatter adgang til og gennemførelse af sygepleje og patientpleje⁴⁵, og derved også behandling i psykiatrien.

Lov om etnisk ligebehandling udtrykker dermed et grundlæggende princip for ligebehandling og ikke-diskrimination inden for sundhedsvæsenet, herunder i forbindelse med anvendelsen af frihedsberøvelse og anden tvang på de psykiatriske afdelinger.

2.2.3 HENSYN TIL PATIENTENS KULTURELLE BAGGRUND I PSYKIATRILOVEN

Selvom psykiatriloven ikke nævner ligebehandling eller et forbud mod diskrimination, indeholder loven et kapitel med almindelige bestemmelser. Her findes § 2, hvor det bl.a. fremgår i stk. 4, at der skal tages størst muligt hensyn til den enkelte patients livssyn og kulturelle baggrund.⁴⁶

Det er imidlertid uklart hvad der ligger i dette hensyn og hvordan det skal forvaltes, da det ikke uddybes nærmere i forarbejderne. Endvidere er det tvetydigt om bestemmelsen - ligesom § 2, stk. 1 hvor formålene for psykiatriloven oplystes - alene skal fungere rent retningsgivende for den tilgang, der skal være til patienter og patientbehandling i psykiatrien, og derfor ikke indeholder en egentlig ret for patienten.⁴⁷

2.3 OPSAMLING

Udgangspunktet i psykiatrien – ligesom i resten af sundhedsvæsenet – er patientens samtykke til indlæggelse, ophold og behandling. Psykiatriloven regulerer de omstændigheder og betingelser, under hvilke frihedsberøvelse og anden tvang må anvendes i psykiatrien i situationer, hvor patienten ikke samtykker. Da forudsætningen er samtykke og selvbestemmelse, skal man bl.a. søge patientens frivillige medvirken, give passende betænkningstid, når forholdene tillader det, og have en forudgående samtale om patientens præferencer.

Inden for menneskeretten og i national lovgivning i form af lov om etnisk ligebehandling gælder der et ligebehandlingsprincip og et forbud mod diskrimination på grund af bl.a. etnicitet, som strækker sig ind i sundhedsvæsenet og psykiatrien, og som skal iagttages, når der udøves tvang. Derudover fremgår det af psykiatriloven, at der skal tages størst muligt hensyn til den enkelte patients livssyn og kulturelle baggrund.

KAPITEL 3

TVANG OG ETNICITET – EN STATISTISK ANALYSE

I dette kapitel ser vi nærmere på sammenhængen mellem etnicitet og brugen af tvang for indlagte psykiatriske patienter. Vi undersøger sandsynligheden for, at en patient udsættes for tvang, både som et samlet begreb, men også for de enkelte tvangsformer, hvor der kontrolleres for en række faktorer såsom køn, alder, diagnose mm.

3.1 HOVEDPUNKTER

PATIENTER AF IKKE-VESTLIG OPRINDELSE HAR CIRKA 40% STØRRE SANDSYNLIGHED FOR AT BLIVE UDSAT FOR TVANG END PATIENTER AF DANSK OPRINDELSE

I perioden 2017-2018 har en psykiatrisk patient af ikke-vestlig oprindelse i gennemsnit 30% sandsynlighed for at blive udsat for tvang minimum én gang i perioden, mens en patient af dansk oprindelse har en sandsynlighed på 21,5%, når der kontrolleres for øvrige faktorer som diagnose, alder, køn mm. En patient af ikke-vestlig oprindelse har således omkring 40% øget sandsynlighed for at blive udsat for tvang i det psykiatriske system sammenlignet med en patient af dansk oprindelse. Dette billede gælder for hele perioden 2005-2018.

DETTE GÆLDER FOR SAMTLIGE TVANGSFORMER

Der er generelt forskel på sandsynligheden for tvang, når man kigger på de enkelte tvangsformer. Fx er den forventede sandsynlighed i perioden 2017-2018 for tvangsindlæggelse for patienter af ikke-vestlig oprindelse 16,6%, mens den for samme gruppe er 5,6% for tvangsbehandling. For samtlige tvangsformer, dvs. tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, fiksering og fysisk magtanvendelse samt tvangsbehandling gælder det dog, at en patient af ikke-vestlig oprindelse har større sandsynlighed for at blive udsat for den pågældende tvangsform end en patient af dansk oprindelse.

DE STØRSTE FORSKELLE MELLE ETNICITETSGRUPPERNE SER VI INDEN FOR TVANGSFORMERNE FIKSERING OG FYSISK MAGTANVENDELSE

I perioden 2017-2018 har en patient af ikke-vestlig oprindelse i gennemsnit 45% større sandsynlighed for at opleve fiksering og fysisk magtanvendelse end en patient af dansk oprindelse. For tvangsformerne tvangstilbageholdelse, tvangsindlæggelse og tvangsbehandling er tallene henholdsvis 42%, 23% og 18%.

3.2 HVAD HAR VI GJORT?⁴⁸

Vi undersøger, hvorvidt psykiatriske patienter med etnisk minoritetsbaggrund i højere grad end patienter med majoritetsbaggrund risikerer at blive udsat for tvangsmæssig psykiatrisk behandling. I undersøgelsen kigger vi på alle indlagte psykiatriske patienter opdelt på etnicitet og på, hvor mange af disse patienter der har oplevet tvang. Vores opgørelser baserer sig altså på unikke patienter (personniveau) og ikke på forløbsniveau.⁴⁹ På personniveau foretager vi to typer opgørelser:

1. Vi undersøger, om en indlagt psykiatrisk patient i en given periode har oplevet tvang minimum én gang i perioden (tvangsberørte patienter). Vi undersøger den samlede brug af tvang samt de enkelte tvangsformer særskilt.
2. Vi undersøger antallet af tvangsforanstaltninger, som en tvangsberørt patient har været udsat for i en given periode.

Analysen baserer sig på registerdataudtræk fra Sundhedsdatastyrelsen "Landspatientsregisteret – Psykiatri" (LPR PSYK) og "Registeret over Anvendelse af Tvang i Psykiatrien" (TIP). Udtrækkene indeholder alle psykiatriske indlæggelseskontakter for perioden 2005-2018 med bl.a. information om patienternes diagnoser samt brugen af forskellige tvangsformer, dvs. tvangsendlæggelse, tvangstilbageholdelse, fiksering og fysisk magtanvendelse samt tvangsbehandling.⁵⁰ Når vi bruger betegnelsen tvang, så taler vi om den samlede brug af tvangsforanstaltninger, der indeholder alle de forskellige tvangsformer. Udtrækkene over de psykiatriske indlæggelser er koblet med registre fra Danmarks Statistik, der indeholder information om bl.a. patienternes køn, alder, bopæl og etnicitet (oprindelsesland). Når vi opdeler på etnicitet, skelner vi i vores analyse som udgangspunkt ikke mellem indvandrere og efterkommere,⁵¹ men opgør etnicitet ud fra oprindelse, dvs. vi opdeler patienterne i, om de er af dansk oprindelse, ikke-vestlig oprindelse eller vestlig oprindelse.

Vi kigger på perioden 2005-2018,⁵² som vi inddeler i en række toårs perioder, hvor den første periode er fra 2005-2006 og den sidste fra 2017-2018.⁵³ Vi kigger på toårs perioder, da vores patientgrupper bliver meget små, hvis vi kigger på de enkelte år. Vores analyse fokuserer på den almindelige psykiatri, hvorfor retspsykiatriske patienter ikke indgår i analysen.

I analysen er der gjort brug af både deskriptiv statistik og mere analytisk statistik, såsom regressionsmodeller, der gør det muligt at undersøge sammenhænge, når der tages højde for andre faktorer i den statistiske model. Dette gør vi for at kunne belyse, hvorvidt de sammenhænge, vi ønsker at undersøge, er uafhængige af andre faktorer. Vores hovedresultater baserer sig på resultaterne fra regressionsmodellerne, og det er derfor disse resultater, der vises i teksten, mens de deskriptive tal fremgår af bilagsfigurerne. Regressionsmodellerne i analysen er logistiske regressionsmodeller og Poisson-regressionsmodeller. I modellerne kontrollerer vi for oprindelse, køn, alder, bopælsregion, uddannelsesniveau og

diagnoser i form af diagnosegrupper. Derudover kontrollerer vi for en række interaktionseffekter.

For bedre at kunne tolke på resultaterne fra regressionsmodellerne afrapporterer vi de såkaldte gennemsnitligt forventede sandsynligheder (logistisk regression) og gennemsnitligt forventede antal events (Poisson-regression). I vores logistiske regressionsmodel med tvang som responsvariabel angiver den gennemsnitligt forventede sandsynlighed for fx vores oprindelsesvariabel den gennemsnitlige sandsynlighed for at blive udsat for tvang, hvis alle patienter var af henholdsvis dansk, ikke-vestlig eller vestlig oprindelse, mens øvrige faktorer holdes uændret.

Vi påviser i denne rapport ikke effekter eller årsagssammenhænge. Vi kan således alene udtale os om sammenhængen mellem etnicitet og brugen af tvang i psykiatrien, hvor vi har kontrolleret for en række faktorer. Dermed kan vi udelukke, at de sammenhænge, vi ser mellem etnicitet og brugen af tvang, ikke skyldes fx den demografiske sammensætning eller den diagnosemæssige sammensætning af grupperne.

Det skal bemærkes, at selvom vi kontrollerer for diagnoser i form af diagnosegrupper, så kan der inden for samme diagnosegruppe være stor variation i graden af, hvor syg en patient er, dvs. selvom to patienter er blevet diagnosticeret med samme diagnose, kan den ene patient stadig være mere syg end den anden. Det betyder, at vi ikke kan kontrollere fuldt ud for, hvor alvorlig en sygdomstilstand en person er i. Vi kan derfor heller ikke ud fra data vide, om patienter af ikke-vestlig oprindelse er mere syge end patienter af dansk oprindelse inden for den samme diagnosegruppe. Eksempelvis kan det tænkes, at nogle af patienterne af ikke-vestlig oprindelse kan være mere traumatiseret som følge af krig og flugt. Vi kan til en vis grad kontrollere en mulig forskel i effekten fra diagnosegruppen afhængig af etnicitet ved at inkludere interaktionsled mellem diagnosen og etnicitetsvariablen. Der kan dog fortsat inden for den enkelte etnicitetsgruppe være forskel på patienters sygdomsgrad, hvilket vi – som beskrevet – ikke kan kontrollere for.

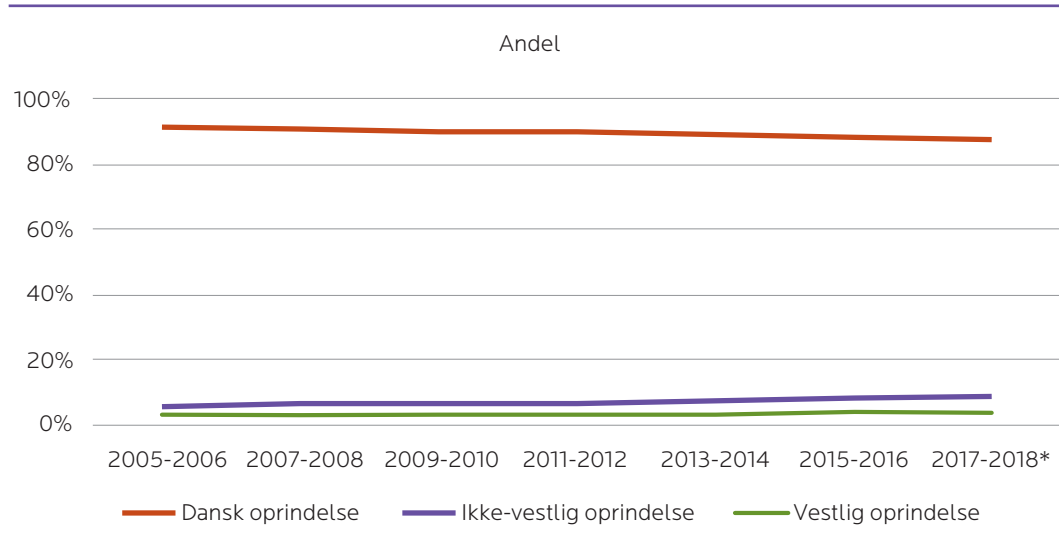
3.3 PSYKIATRIEN I TAL

3.3.1 ANTALLET AF INDLAGTE PSYKIATRISKE PATIENTER OG INDLÆGGELSESFORLØB

Antallet af indlagte psykiatriske patienter i perioden 2017-2018 (oktober 2018) er 32.930.⁵⁴ Heraf udgør patienter af dansk oprindelse 87%, mens patienter af ikke-vestlig oprindelse udgør 9% og patienter af vestlig oprindelse 4%, jf. Figur 1. Dette er i grove træk den samme fordeling som i den danske befolkning. Udviklingen i det samlede antal indlagte patienter har over perioden 2005-2018 været forholdsvis stabil. Andelen af patienter af ikke-vestlig oprindelse har dog været stigende over perioden, mens andelen af patienter af dansk oprindelse har været faldende. Vi ser, at vestlige patienter udgør en forholdsvis lille gruppe, hvorfor der kan være noget usikkerhed forbundet med tallene for denne gruppe.

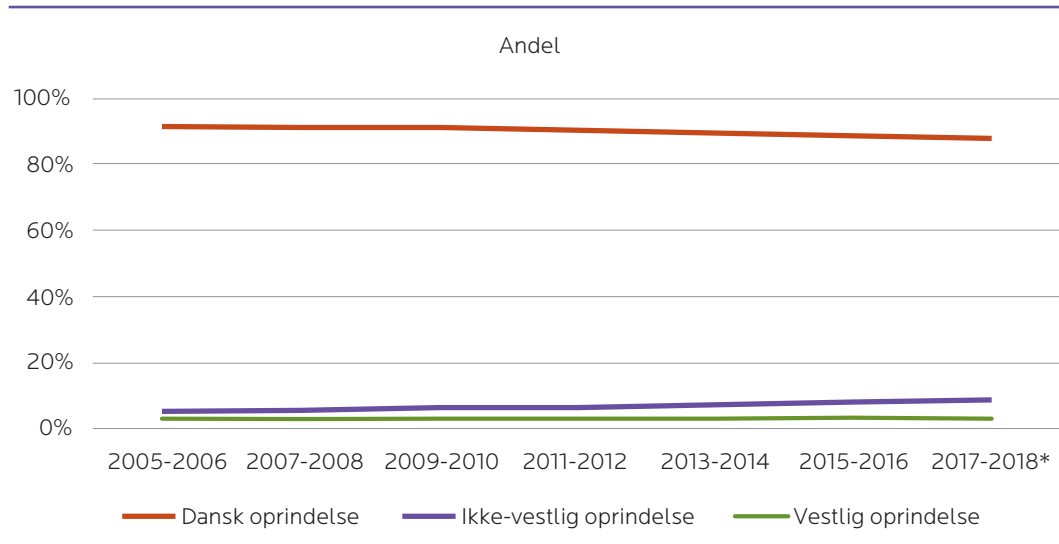
Ser vi på indlæggelsesforløb, er antallet af forløb i perioden 2017-2018 (oktober 2018) 69.773.⁵⁵ Fordelingen mellem etnicitetsgrupperne er stort set identisk med fordelingen mellem indlagte patienter set over hele perioden. I gennemsnit har en psykiatrisk patient dermed omkring to indlæggelsesforløb over en toårig periode.

FIGUR 1: INDLAGTE PSYKIATRISKE PATIENTER OPDELT PÅ OPRINDELSE



Note: Indlagte patienter dækker over unikke patienter i perioden, dvs. en patient, som har været i kontakt med det psykiatriske sundhedsvæsen en eller flere gange i løbet af perioden. * Bemærk, at 2018 ikke dækker et fuldt år, da vi kun har data til og med 10. oktober. De tilsvarende antalstabeller kan findes i bilaget.

FIGUR 2: PSYKIATRISKE INDLÆGGELSESFORLØB OPDELT PÅ OPRINDELSE



Note: Et indlæggelsesforløb indgår i den pågældende periode, hvis udskrivelsesdatoen ligger inden for denne periode. * Bemærk, at 2018 ikke dækker et fuldt år, da vi kun har data til og med 10. oktober. De tilsvarende antalstabeller kan findes i bilaget.

3.3.2 PATIENTERNES KARAKTERISTIKA

Tabel 1 viser de indlagte psykiatriske patienters sammensætning for så vidt angår en række demografiske variabler samt uddannelsesniveau, opdelt på etnicitetsgrupperne dansk oprindelse, ikke-vestlig oprindelse og vestlig oprindelse for perioden 2017-2018.⁵⁶

TABEL 1: INDLAGTE PSYKIATRISKE PATIENTERS KARAKTERISTIKA OPDELT PÅ OPRINDELSE, 2017-2018

	Dansk oprindelse	Ikke-vestlig oprindelse	Vestlig oprindelse
Antal indlagte	28.779	2.901	1.250
Alder, gennemsnit i år	45,6	38,4	44,7
Aldersgrupper, pct.			
Under 30 år	27%	31%	24%
30-39 år	15%	25%	22%
40-49 år	17%	22%	18%
50-59 år	18%	16%	15%
60-69 år	12%	5%	10%
70 år +	13%	2%	12%
Køn, pct.			
Mand	49%	56%	48%
Kvinde	51%	44%	52%
Bopælsregion, pct.			
Hovedstaden	34%	49%	48%
Sjælland	15%	11%	10%
Syddanmark	24%	17%	20%
Midtjylland	18%	18%	16%
Nordjylland	8%	5%	6%
Højeste fuldførte uddannelse, pct.			
Grundskole	46%	50%	22%
Gymnasiale og erhvervsfaglige uddannelser	35%	27%	33%
Korte videregående uddannelser	2%	3%	7%
Mellemlange videregående uddannelser	11%	8%	16%
Lange videregående uddannelser	4%	4%	13%
Uoplyst	2%	6%	10%

Note: Baseret på Danmarks Statistiks registre.

Generelt ser vi, at patienter af ikke-vestlig oprindelse har en anden demografisk sammensætning end patienter af dansk oprindelse. Det underbygger behovet for at kontrollere for demografiske variabler i vores analyse af omfanget af tvang blandt etnicitetsgrupper.

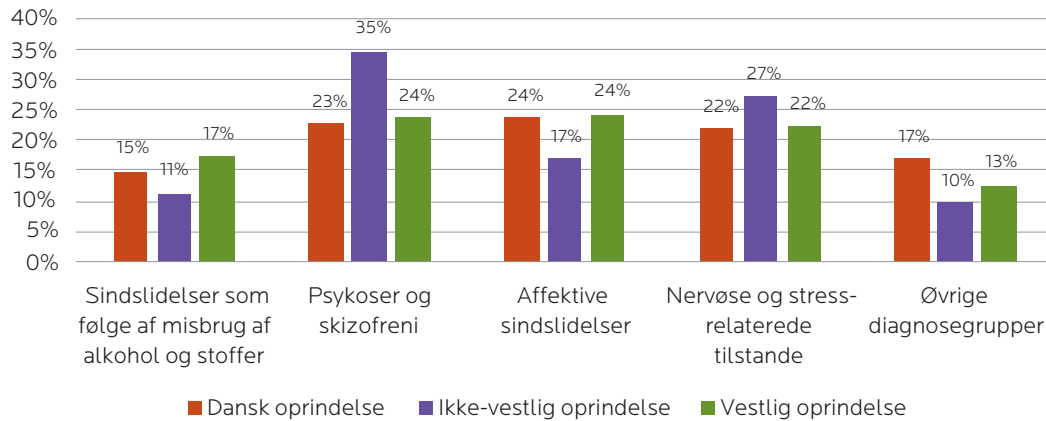
Patienter af ikke-vestlig oprindelse har en lavere gennemsnitsalder end patienter med dansk og vestlig oprindelse. 56% af patienterne af ikke-vestlig oprindelse er under 40 år, mens tallet for patienter af dansk oprindelse er 41%. Samtidig ser vi, at patienter af ikke-vestlig oprindelse har en større andel af mandlige patienter (56%), mens kønsfordelingen er mere ligeligt fordelt for patienter af dansk og vestlig oprindelse. Halvdelen af patienterne af ikke-vestlig oprindelse har bopæl i Region Hovedstaden. Tallet er 34% for patienter af dansk oprindelse. Derimod er der en større andel af patienter af dansk oprindelse, der har bopæl i Region Sjælland, Syddanmark og Nordjylland, end det er tilfældet for ikke-vestlige patienter. Sammensætningen af de ikke-vestlige og de vestlige patienter på bopælsregioner er meget ens.

Patienternes højeste fuldførte uddannelse ved indlæggelsen er primært grundskole eller gymnasiale og erhvervsfaglige uddannelser. For patienter af dansk oprindelse og patienter af ikke-vestlig oprindelse har henholdsvis 78% og 81% én af disse som højeste fuldførte uddannelse. Der er dog en lidt større andel af patienterne af dansk oprindelse, der har gymnasiale og erhvervsfaglige uddannelser, end af patienterne af ikke-vestlig oprindelse. Omvendt er der en lidt større andel af patienterne af ikke-vestlig oprindelse, der har grundskole som højeste fuldførte uddannelse, end af dem af dansk oprindelse. Af de vestlige patienter er det kun 55%, der har grundskole eller gymnasiale og erhvervsfaglige uddannelse som højeste fuldførte uddannelse. Dermed har en større andel af disse videregående uddannelser end patienterne af henholdsvis dansk og ikke-vestlig oprindelse.

3.3.3 HVILKE PSYKIATRISKE DIAGNOSER HAR PATIENTERNE?

Når vi ser på, hvilke diagnoser de indlagte patienter i perioden 2017-2018 har, jf. Figur 3, så ligger størstedelen (knap 85%) af patienternes diagnoser inden for de samme fire diagnosegrupper: Sindslidelser som følge af misbrug af alkohol og stoffer (DF1), psykoser og skizofreni (DF2), affektive sindslidelser (DF3) og nervøse og stress-relaterede tilstande (DF4).⁵⁷ Bemærk, at de øvrige diagnosegrupper af diskretionshensyn er slået sammen til én øvrig diagnosegruppe. Der er store forskelle på fordelingen af diagnosegrupper, afhængig af etnicitet. For patienter af dansk og vestlig oprindelse er fordelingen af diagnosegrupperne mere ligelig, hvorimod diagnosegrupperne psykoser og skizofreni (DF2) og (DF4) er klart dominerende for patienter af ikke-vestlig oprindelse. Det er således henholdsvis 35% og 27% af de ikke-vestlige patienter, der har diagnoser, der tilhører diagnosegrupperne psykoser og skizofreni (DF2) og nervøse og stress-relaterede tilstande (DF4), mens tallet for patienter af dansk og vestlig oprindelse er omkring 22%. Patienter af dansk og vestlig oprindelse har derimod en højere andel i diagnosegruppen sindslidelser som følge af misbrug af alkohol og stoffer (DF1) og affektive sindslidelser (DF3) end patienter af ikke-vestlig oprindelse.

FIGUR 3: PATIENTERNES DIAGNOSER OPDELT PÅ ETNICITET, 2017-2018

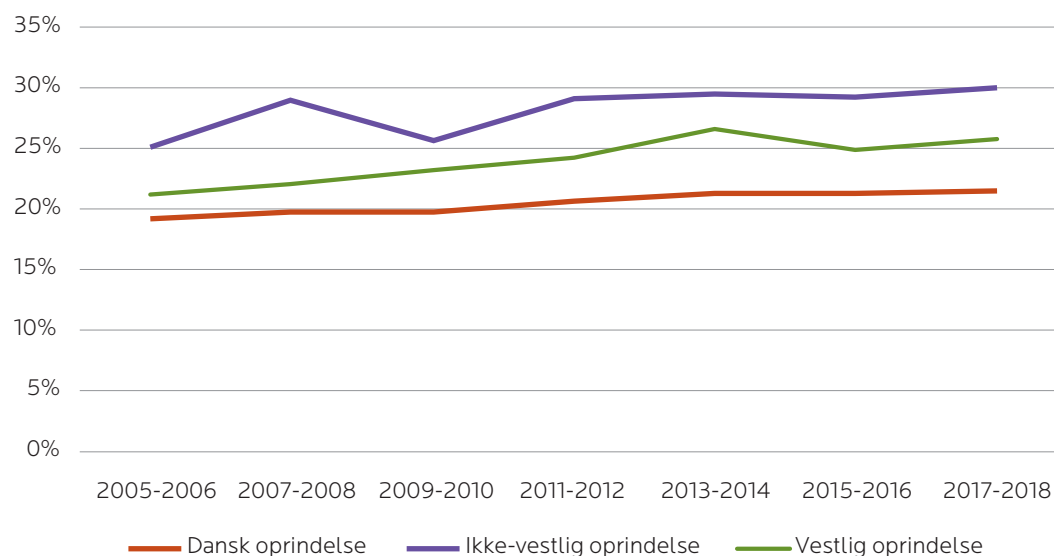


Note: Andelen af indlagte psykiatriske patienter i perioden 2017-2018, der har en diagnose inden for de enkelte hoveddiagnosegrupper, fordelt på etnicitet. Bemærk, at en patient godt kan have diagnoser inden for flere af diagnosegrupperne. Diagnosegrupperne organisk psykiske lidelser (DF0), adfærdsændringer forbundet med fysiologiske og fysiske faktorer (DF5), forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd (DF6), mental retardering (DF7), psykiske udviklingsforstyrrelser (DF8), adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser (DF9) og øvrige aktionsdiagnoser for psykiatriske kontakter (DF99) (se Tabel 1) er af diskretionshensyn slået sammen til én øvrig diagnosegruppe. En patient kan i en given periode have flere indlæggelsesforløb og kan derfor også have flere diagnoser, som tilhører forskellige diagnosegrupper. I Figur 18 i bilaget får vi et overblik over de mange forskellige diagnosegrupper, som patienternes diagnoser i den givne periode tilhører. Her ses det, at langt størstedelen (86%) af patienterne med indlæggelser i perioden 2017-2018 har diagnoser inden for den samme diagnosegruppe. 12% har diagnoser, der tilhører to forskellige diagnosegrupper, og kun 2% har diagnoser inden for tre eller flere diagnosegrupper. Der er ikke nogen forskel på etnicitetsgrupperne, hvorfor det kun er de samlede tal for alle patienter, der vises.

3.4 SAMMENHÆNGEN MELLEM BRUGEN AF TVANG OG ETNICITET

Set over hele perioden 2005-2018 har patienter af ikke-vestlig oprindelse en signifikant højere sandsynlighed for at blive udsat for tvang i det psykiatriske system end patienter af dansk og vestlig oprindelse, når der kontrolleres for øvrige faktorer. I perioden 2017-2018 havde patienter af ikke-vestlig oprindelse 30% sandsynlighed for at blive udsat for tvang minimum én gang i perioden. For patienter af dansk oprindelse var tallet 21,5% og for patienter af vestlig oprindelse 25,8%. Det betyder således, at en ikke-vestlig patient i gennemsnit har omkring 40% større sandsynlighed for at blive udsat for tvang end en patient af dansk oprindelse.⁵⁸ Denne forskel er mere eller mindre uændret igennem hele perioden.⁵⁹ Der påvises ikke nogen signifikant forskel mellem patienter af dansk og vestlig oprindelse (se Tabel 3 bilag).

FIGUR 4: FORVENTET SANDSYNLIGHED FOR TVANG OPDELT PÅ OPRINDELSE – KONTROLLERET FOR ØVRIGE FAKTORER, 2005-2018



Note: Forventet sandsynlighed for at blive udsat for tvang minimum én gang i den pågældende periode. Baseret på gennemsnitligt forventede sandsynligheder i logistisk regressionsmodel. Kontrolleret for køn, alder, oprindelse, bopælsregion, uddannelse og diagnose (DF1, DF2, DF3, DF4, øvrige DF-diagnoser). Derudover er en række interaktionsled inkluderet i modellen: køn X oprindelse, alder X oprindelse, bopælsregion X oprindelse, DF1 X oprindelse, DF2 X oprindelse, DF4 X oprindelse. Den logistiske regressionsmodel er udarbejdet for hver enkelt periode. Regressionsoutputtet fremgår af Tabel 3 i bilag.

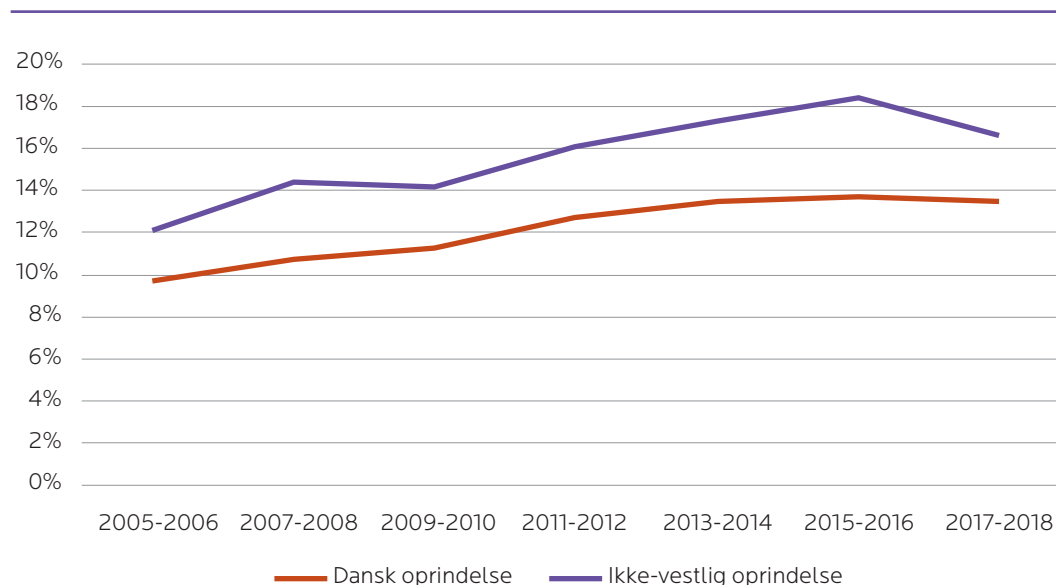
Det er vigtigt at understrege, at ovennævnte tal omfatter alle tvangsformer, dvs. både de mere og de mindre indgribende former. Tallene viser derfor ikke, om der eksempelvis har været et skift til mindre indgribende tvangsformer i perioden, eller om den forskel, vi ser mellem grupperne, er gældende for alle tvangsformerne eller kun for enkelte af dem. Af denne grund er det nødvendigt at se på tvangsformerne hver for sig for at kunne danne sig et mere nuanceret billede af brugen af tvang i psykiatrien. Nedenfor gennemgår vi de enkelte tvangsformer særskilt: tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, fiksering og fysisk magtanvendelse samt tvangsbehandling. Her fokuserer vi på patienter af dansk og ikke-vestlig oprindelse, da der – for næsten alle tvangsformer – ikke kan påvises nogen signifikant forskel mellem patienter af dansk og vestlig oprindelse i regressionsmodellerne (se Tabel 5-Tabel 9 i bilag).

3.4.1 TVANGSINDLÆGGELSE

Der har i perioden 2005-2018 været en stigende tendens i alle etnicitetsgrupper for så vidt angår forventet sandsynlighed for at blive tvangsindlagt. I perioden 2005-2006 var sandsynligheden for at blive tvangsindlagt minimum én gang i perioden 9,7% for patienter af dansk oprindelse. Denne sandsynlighed lå i 2017-2018 på 13,5%, når der kontrolleres for øvrige faktorer. Tilsvarende er sandsynligheden for at blive tvangsindlagt steget fra omkring 12% i 2005-2006 til 16,6% i 2017-2018 for ikke-vestlige patienter. I 2017-2018 ses dermed en relativ forskel mellem

den forventede sandsynlighed for tvangsindlæggelse for patienter af ikke-vestlig oprindelse og patienter af dansk oprindelse på 23%, en forskel der mere eller mindre ses gennem hele perioden.⁶⁰

FIGUR 5: FORVENTET SANDSYNLIGHED FOR TVANGSINDLÆGGELSE OPDELT PÅ OPRINDELSE – KONTROLLERET FOR ØVRIGE FAKTORER, 2005-2018

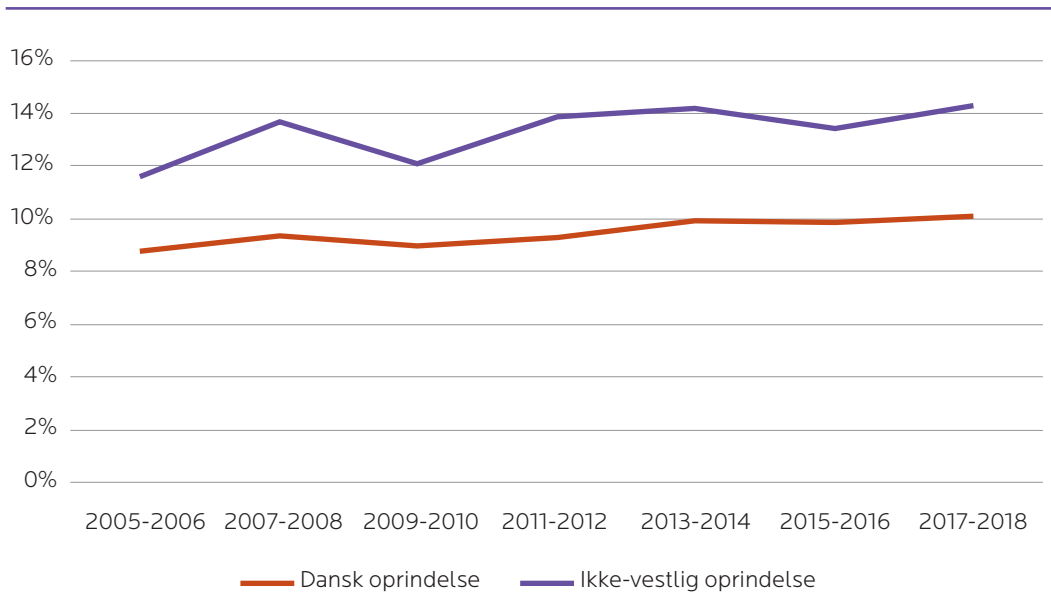


Note: Forventet sandsynlighed for at blive tvangsindlagt minimum én gang i den pågældende periode. Baseret på gennemsnitligt forventede sandsynligheder i logistisk regressionsmodel. Kontrolleret for køn, alder, oprindelse, bopælsregion, uddannelse og diagnose (DF1, DF2, DF3, DF4, øvrige DF-diagnoser). Derudover er en række interaktionsled inkluderet i modellen: køn X alder, oprindelse X alder, DF2 X oprindelse, øvrige DF X oprindelse. Den logistiske regressionsmodel er udarbejdet for hver enkelt periode. Regressionsoutputtet fremgår af Tabel 5 i bilag.

3.4.2 TVANGSTILBAGEHOLDELSE

Patienter af ikke-vestlig oprindelse har større sandsynlighed for at opleve tvangstilbageholdelse i hele perioden 2005-2018 i forhold til patienter af dansk oprindelse. I 2017-2018 er den forventede sandsynlighed for at blive tvangstilbageholdt minimum én gang i perioden for en ikke-vestlig patient 14,3%, mens den for en patient af dansk oprindelse er omkring 10%. Det vil sige, at patienter af ikke-vestlig oprindelse har en 42% større sandsynlighed for at blive tvangstilbageholdt end patienter af dansk oprindelse. Forskellen mellem patienter af ikke-vestlig og dansk oprindelse varierer lidt med relative forskelle på mellem 32%-50%, når vi ser på hele perioden.⁶¹

**FIGUR 6: FORVENTET SANDSYNLIGHED FOR TVANGSTILBAGEHOLDELSE
OPDELT PÅ OPRINDELSE – KONTROLLERET FOR ØVRIGE FAKTORER,
2005-2018**

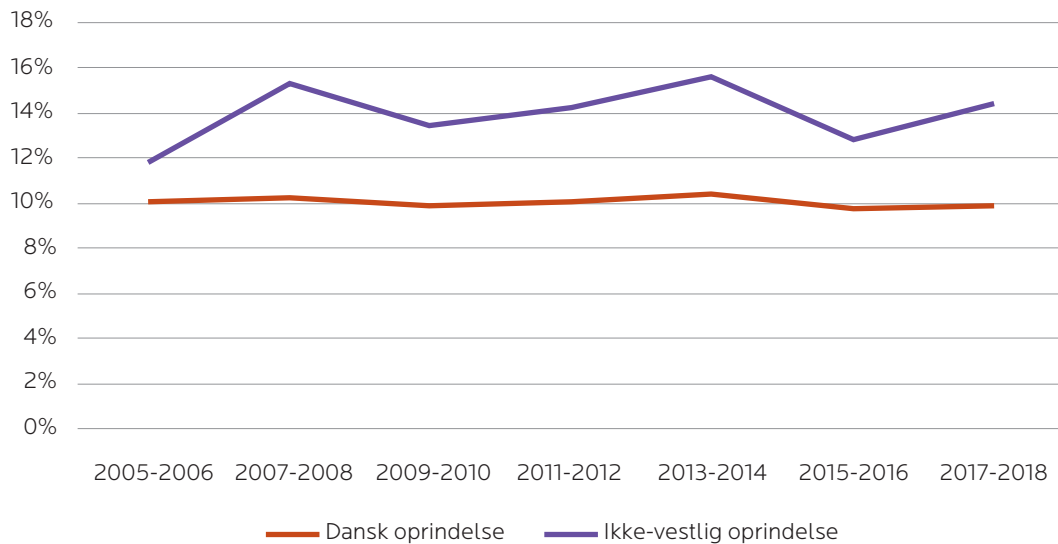


Note: Forventet sandsynlighed for at blive tvangstilbageholdt minimum én gang i den pågældende periode. Baseret på gennemsnitligt forventede sandsynligheder i logistisk regressionsmodel. Kontrolleret for køn, alder, oprindelse, bopælsregion, uddannelse og diagnose (DF1, DF2, DF3, DF4, øvrige DF-diagnoser). Derudover er en række interaktionsled inkluderet i modellen: oprindelse X alder, oprindelse X bopælsregion, DF1 X oprindelse, DF2 X oprindelse, DF4 X oprindelse, øvrige DF X oprindelse. Den logistiske regressionsmodel er udarbejdet for hver enkelt periode. Regressionsoutputtet fremgår af Tabel 6 i bilag.

3.4.3 FIKSERING OG FYSISK MAGTANVENDELSE

I perioden 2017-2018 har patienter af ikke-vestlig oprindelse 14,4% sandsynlighed for at blive udsat for tvangsformen fiksering og fysisk magtanvendelse, som indeholder tvangsforanstaltningerne bæltefiksering (der også indeholder brugen af remme og handsker), fastholdelse samt beroligende medicin. For patienter af dansk oprindelse er tallet 9,9%. Det svarer til, at en ikke-vestlig patient i gennemsnit har omkring 45% større sandsynlighed for at blive udsat for fiksering og fysisk magtanvendelse end en patient af dansk oprindelse. Forskellen mellem patienter af ikke-vestlig og dansk oprindelse varierer en smule, når vi ser over hele perioden, men ligger med en gennemsnitlig relativ forskel på omkring 40%.⁶²

FIGUR 7: FORVENTET SANDSYNLIGHED FOR FIKSERING OG FYSISK MAGTANVENDELSE OPDELT PÅ OPRINDELSE – KONTROLLERET FOR ØVRIGE FAKTORER, 2005-2018

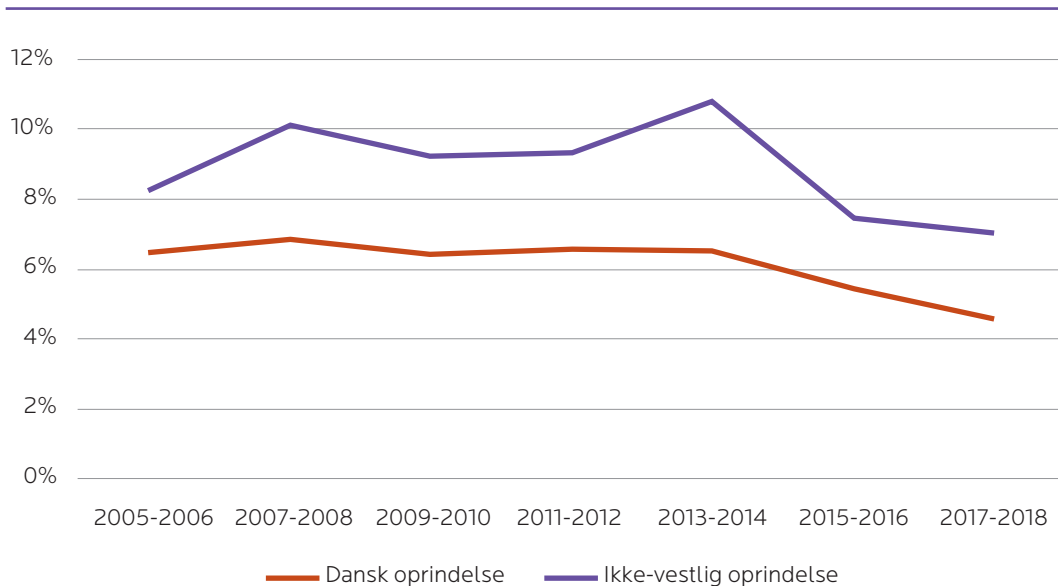


Note: Forventet sandsynlighed for at blive udsat for fiksering og fysisk magtanvendelse minimum én gang i den pågældende periode. Baseret på gennemsnitligt forventede sandsynligheder i logistisk regressionsmodel. Kontrolleret for køn, alder, oprindelse, bopælsregion, uddannelse og diagnose (DF1, DF2, DF3, DF4, øvrige DF-diagnoser). Derudover er en række interaktionsled inkluderet i modellen: oprindelse X alder, oprindelse X bopælsregion, DF2 X oprindelse, DF4 X oprindelse, øvrige DF X oprindelse. Den logistiske regressionsmodel er udarbejdet for hver enkelt periode. Regressionsoutputtet fremgår af Tabel 7 i bilag.

3.4.4 BÆLTEFIKSERING

Partnerskabsaftalen mellem Danske Regioner og Sundhedsministeriet fra 2014 har et fastsat mål om, at andelen af patienter, der bæltefikseres, ud af antal indlagte skal halveres inden 2020 (Danske Regioner, 2014). Nedenfor ser vi alene på omfanget af bæltefiksering. Vi ser et generelt fald i anvendelsen af bæltefiksering over hele perioden, dog særligt fra 2013-2014 og frem. Samtidig fremgår det, at patienter af ikke-vestlig oprindelse har en højere sandsynlighed for at blive udsat for bæltefiksering end patienter af dansk oprindelse. Dette gælder for hele perioden. I perioden 2017-2018 har en ikke-vestlig patient en forventet sandsynlighed på 7% for at blive bæltefikseret minimum én gang, mens tallet for en patient af dansk oprindelse er 4,6%. Mens omfanget af bæltefiksering har været faldende og ligger på det laveste niveau i perioden 2017-2018 for alle etnicitetsgrupper, så er 2017/2018-niveauet for patienter af ikke-vestlig oprindelse fortsat højere end niveauet i de tidlige perioder for patienter af dansk oprindelse.⁶³

FIGUR 8: FORVENTET SANDSYNLIGHED FOR BÆLTEFIKSERING OPDELT PÅ OPRINDELSE – KONTROLLERET FOR ØVRIGE FAKTORER, 2005-2018

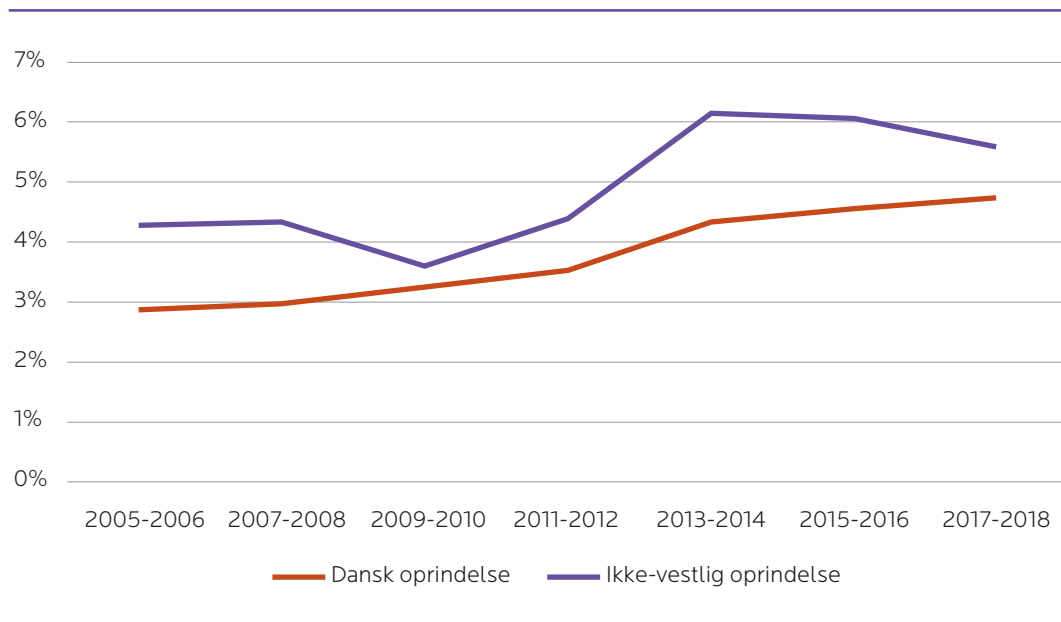


Note: Forventet sandsynlighed for at blive udsat for bæltefiksering minimum én gang i den pågældende periode. Baseret på gennemsnitligt forventede sandsynligheder i logistisk regressionsmodel. Kontrolleret for køn, alder, oprindelse, bopælsregion, uddannelse og diagnose (DF1, DF2, DF3, DF4, øvrige DF-diagnoser). Derudover er en række interaktionsled inkluderet i modellen: oprindelse X alder, køn X alder, oprindelse X bopælsregion, DF2 X oprindelse, DF4 X oprindelse. Den logistiske regressionsmodel er udarbejdet for hver enkelt periode. Regressionsoutputtet fremgår af Tabel 8 i bilag.

3.4.5 TVANGSBEHANDLING

Generelt ser vi, at der er en markant lavere forventet sandsynlighed for at blive udsat for tvangsbehandling, som indeholder tvangsforanstaltningerne medicinering, ECT, ernæring og legemlig lidelse, end det er tilfældet for de øvrige tvangsformer (tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og fiksering og fysisk magtanvendelse). Ligesom for tvangsindlæggelse har der været en lille stigning i sandsynligheden for at blive udsat for tvangsbehandling fra 2005-2006 til 2017-2018, og ligesom for de øvrige tvangsformer er der trods det generelt lavere niveau for denne tvangsform, større sandsynlighed for, at en ikke-vestlig patient tvangsbehandles end en patient af dansk oprindelse. I 2017-2018 er der således en sandsynlighed på 5,6% for at en ikke-vestlig patient oplever tvangsbehandling, mens sandsynligheden for en patient af dansk oprindelse ligger på 4,7%.⁶⁴ Med forbehold for de relativt lave procentsatser svarer dette til, at en ikke-vestlig patient i gennemsnit har omkring 18% større sandsynlighed for at blive udsat for tvangsbehandling end en patient af dansk oprindelse.

**FIGUR 9: FORVENTET SANDSYNLIGHED FOR TVANGSBEHANDLING
OPDELT PÅ OPRINDELSE – KONTROLLERET FOR ØVRIGE FAKTORER,
2005-2018**



Note: Forventet sandsynlighed for at blive udsat for tvangsbehandling minimum én gang i den pågældende periode. Baseret på gennemsnitligt forventede sandsynligheder i logistisk regressionsmodel. Kontrolleret for køn, alder, oprindelse, bopælsregion, uddannelse og diagnose (DF1, DF2, DF3, DF4, øvrige DF-diagnoser). Derudover er en række interaktionsled inkluderet i modellen: køn X alder, DF4 X oprindelse. Den logistiske regressionsmodel er udarbejdet for hver enkelt periode. Regressionsoutputtet fremgår af Tabel 9 i bilag.

3.5 TVANG UNDER INDLÆGGELSE OPDELT PÅ INDLÆGGELSESVILKÅR

Vi ved, at patienter, hvis indlæggelsesforløb starter med en tvangsindlæggelse, i større omfang også vil blive udsat for anden tvang under deres indlæggelse end patienter, der indlægges frivilligt (Sundhedsstyrelsen, 2018). Nedenfor ser vi på omfanget af tvang under indlæggelse for personer med indlæggelsesforløb, der starter med henholdsvis frivillig indlæggelse og tvangsindlæggelse. Dette giver os et indtryk af, om de forskelle, vi ser mellem patienter af ikke-vestlig og dansk oprindelse i tallene ovenfor, kan henføres til, at der er en større andel af de ikke-vestlige patienter, der oplever en tvangsindlæggelse.

Konkret har vi opdelt alle indlæggelsesforløbene på basis af, om de starter med en tvangsindlæggelse eller en frivillig indlæggelse. Herefter opgør vi, om patienterne inden for de to respektive grupper i løbet af den pågældende periode minimum én gang har oplevet én af tvangsformerne tvangstilbageholdelse, fiksering og fysisk magtanvendelse eller tvangsbehandling.⁶⁵ Her er det værd at bemærke, at gruppen af patienter med tvangsindlæggelsesforløb er væsentlig mindre end gruppen af patienter med frivillige indlæggelsesforløb, og at især gruppen med patienter af ikke-vestlig oprindelse her er lille, hvorfor der kan være noget variation i tallene for denne gruppe.

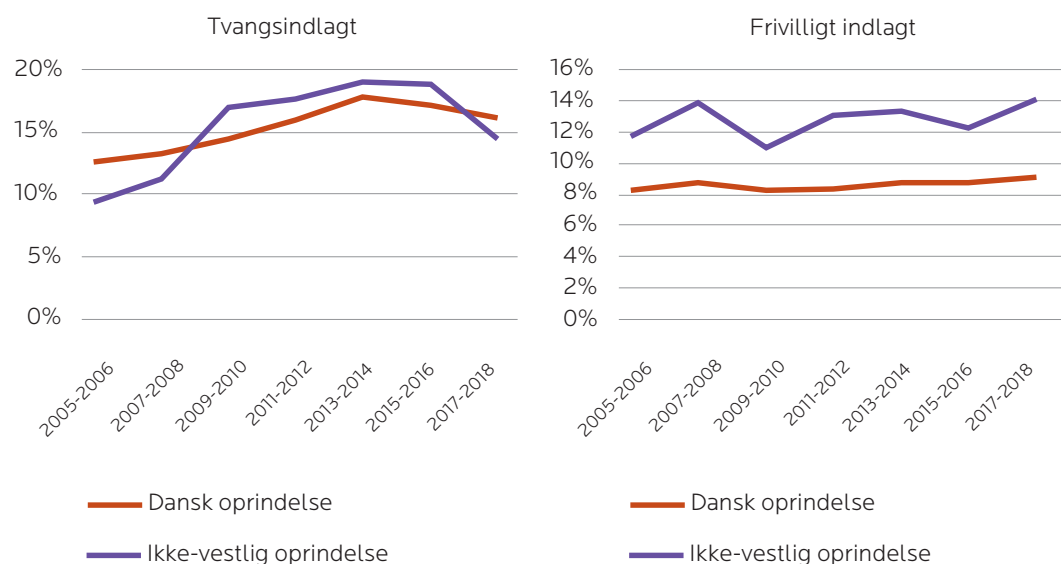
Af Figur 10-Figur 12 ser vi, at patienter med indlæggelsesforløb, der starter med en tvangsindlæggelse, i højere grad udsættes for tvang under deres indlæggelse

end patienter, der indlægges frivilligt. Dette gælder for alle tvangsformerne, men ses særligt for tvangsformerne fiksering og fysisk magtanvendelse samt tvangsbehandling. I perioden 2017-2018 har patienter af dansk oprindelse med tvangsindlæggelsesforløb 37% sandsynlighed for at blive udsat for fiksering og fysisk magtanvendelse, mens tallet er 6% for patienter med frivillige indlæggelsesforløb.

Derudover ser vi, at der for patienter med indlæggelsesforløb, der starter med en tvangsindlæggelse, generelt ikke er nogen signifikant forskel mellem patienter af dansk og ikke-vestlig oprindelse for så vidt angår sandsynligheden for tvang under indlæggelsen.⁶⁶

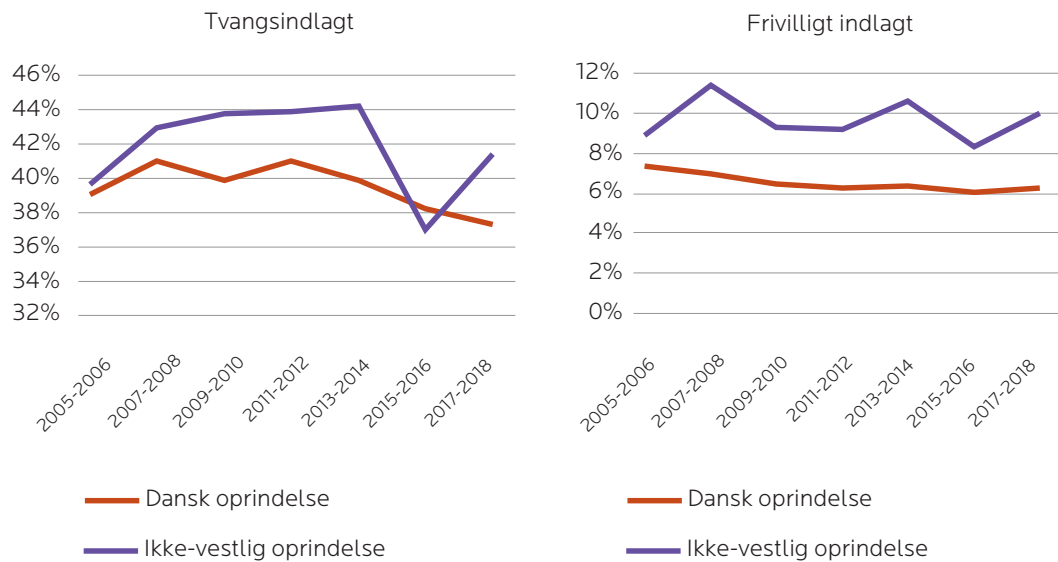
For patienter med indlæggelsesforløb, der starter med en frivillig indlæggelse, ser vi derimod fortsat, at patienter af ikke-vestlig oprindelse har en højere sandsynlighed for at blive udsat for tvang under indlæggelsen end patienter af dansk oprindelse.⁶⁷ Dette indikerer, at de forskelle, vi ser i sandsynligheden for tvang for patienter af dansk og ikke-vestlig oprindelse, ikke udelukkende skyldes, at en større andel af sidstnævnte oplever at blive tvangsindlagt.⁶⁸

FIGUR 10: FORVENTET SANDSYNLIGHED FOR TVANGSTILBAGEHOLDELSE OPDELT PÅ OPRINDELSE OG INDLÆGGELSESVILKÅR – KONTROLLERET FOR ØVRIGE FAKTORER, 2005-2018



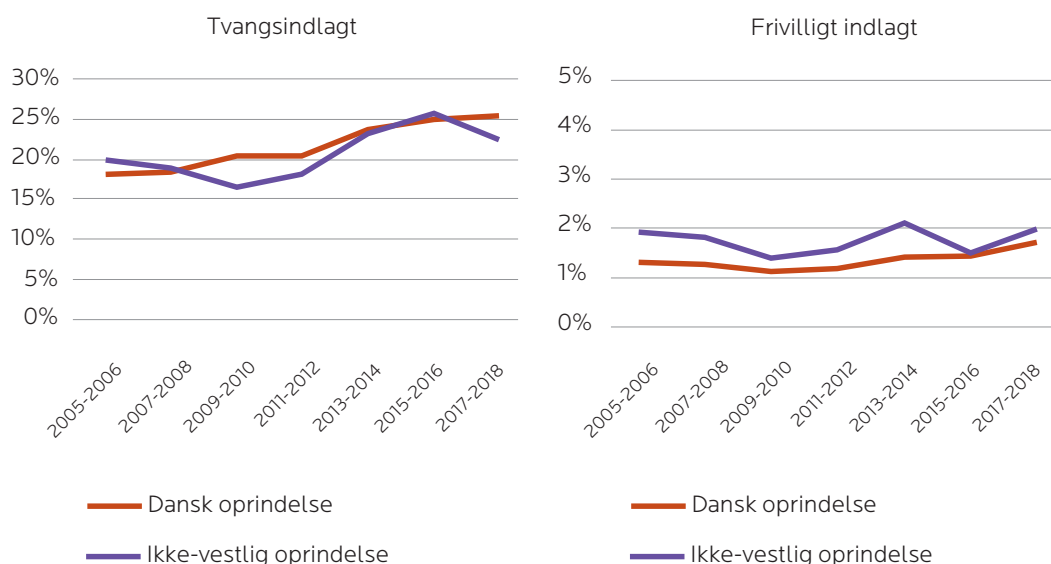
Note: Forventet sandsynlighed for at blive tvangstilbageholdt minimum én gang i den pågældende periode opdelt på patienter med indlæggelsesforløb, der starter med henholdsvis tvangsindlæggelse og frivillig indlæggelse. Baseret på gennemsnitligt forventede sandsynligheder i logistisk regressionsmodel. Kontrolleret for køn, alder, oprindelse, bopælsregion, uddannelse og diagnose (DF1, DF2, DF3, DF4, øvrige DF-diagnoser). Derudover er der i modellen for de frivilligt indlagte også inkluderet en række interaktionsled: oprindelse X alder, oprindelse X bopælsregion, DF1 X oprindelse, DF2 X oprindelse, DF4 X oprindelse, øvrige DF X oprindelse. Den logistiske regressionsmodel er udarbejdet for hver enkelt periode. Regressionsoutputtet fremgår af Tabel 10-Tabel 11 i bilag. For tvangsindlæggelser er der ingen signifikante forskelle mellem 2005 og 2018, hvorimod forskellene er signifikante for alle enkelte perioder på et 1% signifikansniveau for de frivillige indlæggelser.

FIGUR 11: FORVENTET SANDSYNLIGHED FOR FIKSERING OG FYSISK MAGTANVENDELSE OPDELT PÅ OPRINDELSE OG INDLÆGGESESVILKÅR – KONTROLLERET FOR ØVRIGE FAKTORER, 2005-2018



Note: Forventet sandsynlighed for at blive udsat for fiksering og fysisk magtanvendelse minimum én gang i den pågældende periode opdelt på patienter med indlæggelsesforløb, der starter med henholdsvis tvangsindlæggelse og frivillig indlæggelse. Baseret på gennemsnitligt forventede sandsynligheder i logistisk regressionsmodel. Kontrolleret for køn, alder, oprindelse, bopælsregion, uddannelse og diagnose (DF1, DF2, DF3, DF4, øvrige DF-diagnoser). Derudover er der i modellen for de frivilligt indlagte også inkluderet en række interaktionsled: oprindelse X alder, oprindelse X bopælsregion, DF2 X oprindelse, DF4 X oprindelse, øvrige DF X oprindelse. Den logistiske regressionsmodel er udarbejdet for hver enkelt periode. Regressionsoutputtet fremgår af Tabel 12-Tabel 13 i bilag. For tvangsindlæggelser er der kun signifikante forskelle i 2012-13 samt 2017-18 på et 10% signifikansniveau. Forskellene er signifikante for alle enkeltperioder på et 1% signifikansniveau for de frivillige indlæggelser.

FIGUR 12: FORVENTET SANDSYNLIGHED FOR TVANGSBEHANDLING OPDELT PÅ OPRINDELSE OG INDLÆGGESESVILKÅR – KONTROLLERET FOR ØVRIGE FAKTORER, 2005-2018



Note: Forventet sandsynlighed for at blive udsat for tvangsbehandling minimum én gang i den pågældende periode opdelt på patienter med indlæggelsesforløb, der starter med henholdsvis tvangsindlæggelse og frivillig indlæggelse. Baseret på gennemsnitligt forventede sandsynligheder i logistisk regressionsmodel. Kontrolleret for køn, alder, oprindelse, bopælsregion, uddannelse og diagnose (DF1, DF2, DF3, DF4, øvrige DF-diagnoser). Derudover er der i modellen for de frivilligt indlagte også inkluderet et interaktionsled: køn X alder. Den logistiske regressionsmodel er udarbejdet for hver enkelt periode. Regressionsoutputtet fremgår af Tabel 14-Tabel 15 i bilag. For tvangsindlæggelser er der kun signifikante forskelle i 2009-10 på et 10% signifikansniveau. Forskellene er signifikante for frivillige indlæggelser på et 1% signifikansniveau i 2012-13, på et 5% signifikansniveau i 2005-06 og 2007-08 samt på et 10% signifikansniveau i 2010-11. De resterende perioder er insignifikante.

3.6 ANTALLET AF TVANGSANVENDELSER FOR PATIENTER UDSAT FOR TVANG

Ovenfor har vi vist, at patienter af ikke-vestlig oprindelse har en større sandsynlighed for at blive udsat for tvang end patienter af dansk (og vestlig) oprindelse. Nu ser vi på, hvor mange gange der anvendes tvangsmæssig behandling af de patienter, der oplever tvang, dvs. hvorvidt der inden for gruppen af tvangsberørte patienter er en forskel i antallet af gange, patienterne udsættes for tvang. Er gruppen af ikke-vestlige tvangsberørte patienter fx mere syge end tvangsberørte patienter af dansk oprindelse, så kunne vi her forvente, at de ikke-vestlige patienter underlægges tvangsmæssig behandling hyppigere end patienter af dansk oprindelse. Dette viser sig dog ikke at være tilfældet.

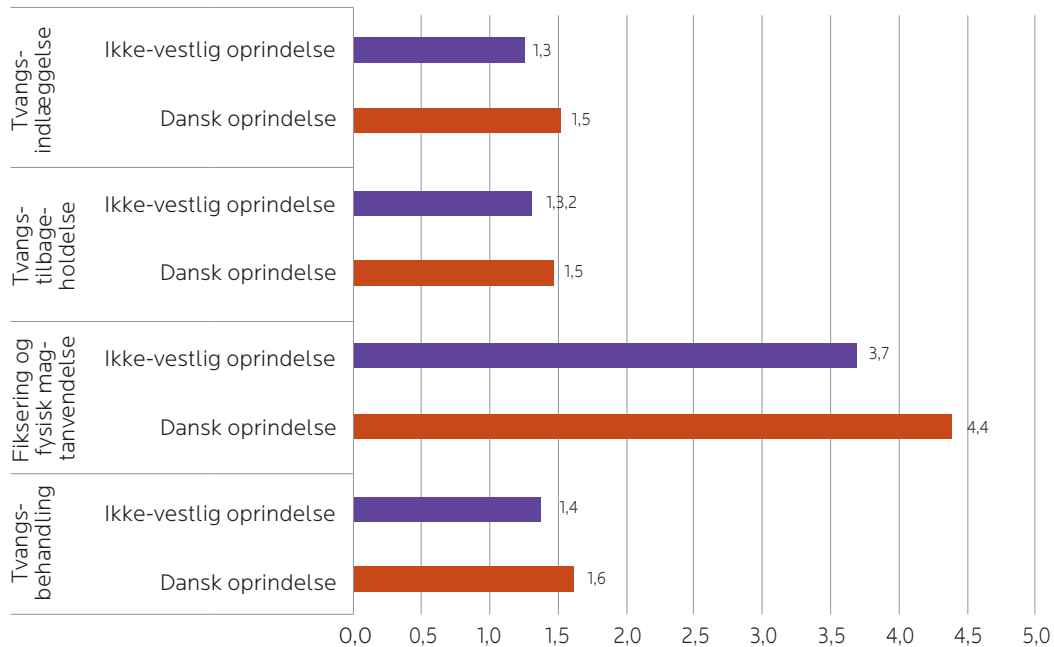
Inden for hver tvangsform bliver langt størstedelen af de tvangsberørte patienter udsat for tvangsmæssig behandling mellem én og tre gange.⁶⁹ For tvangsformerne tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tvangsbehandling gælder dette for over 90% af patienterne, mens det for fiksering og fysisk magtanvendelse gælder for lidt over 70%. Her ligger omkring 20-24% på mellem fire til ti gange. Kigger

vi på denne gruppe, der tæller mere end 90% af de tvangsberørte patienter, er fordelingen af antal gange stort set ens mellem patienter af ikke-vestlig og af dansk oprindelse. Dette gælder for alle tvangsformerne.⁷⁰

Kigger vi derimod på det gennemsnitligt forventede antal gange, henholdsvis en ikke-vestlig og en dansk tvangsberørt patient underlægges den enkelte tvangsform i løbet af deres indlæggelse, så er antallet generelt set højere for patienter af dansk oprindelse end for de ikke-vestlige patienter (se Figur 13). Dette ses særligt for tvangsformen fiksering og fysisk magtanvendelse, hvor det gennemsnitligt forventede antal gange, en patient af dansk oprindelse bliver udsat for fiksering og fysisk magtanvendelse, er 4,4 imod 3,7 gange for en patient af ikke-vestlig oprindelse.

Forskellen mellem det forventede antal tvangsforanstaltninger kan tyde på, at en mindre andel af de tvangsberørte patienter af dansk oprindelse underlægges tvangsmæssig behandling i lang hyppigere grad end tilfældet er for de ikke-vestlige patienter. Kigger man således kun på de patienter, der ikke indgår i plus-kategorierne (patienter udsat for henholdsvis fire eller flere tvangsindlæggelser, fire eller flere tvangstilbageholdelser, 10 eller flere fikseringer og fysiske magtanvendelser og tre eller flere tvangsbehandlinger), så er der ikke nogen forskel mellem det forventede antal tvangsforanstaltninger mellem patienter af ikke-vestlig og dansk oprindelse (se Figur 33 i bilag).⁷¹

FIGUR 13: FORVENTET ANTAL TVANGSFORANSTALTNINGER FOR PATIENTER UDSAT FOR TVANG OPDELT PÅ OPRINDELSE OG TVANGSFORM – KONTROLLERET FOR ØVRIGE FAKTORER, 2017-2018



Note: Forventet antal tvangsforanstaltninger for patienter udsat for tvang i perioden 2017-2018. Baseret på gennemsnitligt forventede antal gange i Poisson-regressionsmodel (zero-truncated). Kontrolleret for køn, alder, oprindelse, bopælsregion, uddannelse og diagnose (DF1, DF2, DF3, DF4, øvrige DF-diagnoser). Derudover er der i modellerne inkluderet en række interaktionsled. I modellen for tvangsindlæggelse indgår køn X alder, oprindelse X alder, oprindelse X DF2 og oprindelse X øvrige DF. I modellen for tvangstilbageholdelse indgår oprindelse X alder, oprindelse X region, oprindelse X DF1, oprindelse X DF2, oprindelse X DF4 og oprindelse X øvrige DF. I modellen for fiksering og fysisk magtanvendelse indgår oprindelse X alder, oprindelse X region, oprindelse X DF2, oprindelse X DF4 og oprindelse X øvrige DF. I modellen for tvangsbehandling indgår oprindelse X alder og oprindelse X DF4. Regressionsmodellen er udarbejdet for hver enkel tvangsform. Kun patienter, der har været udsat for den enkelte tvangsform, indgår i modellen. Regressionsoutputtet fremgår af model (1) i Tabel 16-Tabel 19 i bilag, der her er transformeret til forventede antal tvangsforanstaltninger.

3.7 OPSAMLING

Den kvantitative analyse viser, at patienter af ikke-vestlig oprindelse i perioden 2017-2018 i gennemsnit har en knap 40% øget sandsynlighed for at blive udsat for tvang i det psykiatriske system sammenlignet med patienter af dansk oprindelse. Dette billede har været gældende set over hele perioden 2005-2018.

Undersøges de enkelte tvangsformer: tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, fiksering og fysisk magtanvendelse samt tvangsbehandling, gælder det, at patienter af ikke-vestlig oprindelse har større sandsynlighed for at blive udsat for samtlige tvangsformer end patienter af dansk oprindelse. Den største forskel findes i tvangsformen fiksering og fysisk magtanvendelse, hvor en patient af ikke-vestlig oprindelse i perioden 2017-2018 i gennemsnit havde 45% større sandsynlighed for at blive underlagt denne type tvang end en patient af dansk oprindelse.

Analysen indikerer desuden, at de forskelle, vi ser i sandsynligheden for at patienter af hhv. dansk og ikke-vestlig oprindelse udsættes for tvang, ikke kan tilskrives, at en større andel af sidstnævnte oplever at blive tvangsindlagt, eller at de udsættes for tvang flere gange i løbet af deres indlæggelse end patienter af dansk oprindelse.

KAPITEL 4

TVANG OG ETNICITET – EN KVALITATIV ANALYSE

Studier fra Storbritannien, Schweiz, Holland og Danmark viser, at psykiatriske patienter med etnisk minoritetsbaggrund i højere grad end patienter med etnisk majoritetsbaggrund risikerer tvangsmæssig psykiatrisk behandling (Nørredam et al. 2010). Denne rapport viser samme tendens. Spørgsmålet er, **hvorfor** det forholder sig sådan? Dette spørgsmål har vi på baggrund af observationer og en række interviews med sundhedspersonale, patienter, patientrådgivere og pårørende forsøgt at give nogle svar på. Spørgsmålet er komplekst, og denne rapport er ikke udtømmende.

I litteraturen tilskrives den etniske variation i anvendelsen af tvang patientrelaterede og/eller systembårne forklaringer. Oftest vil det dog være et samspil af forskellige faktorer, der resulterer i, at patienter med etnisk minoritetsbaggrund oftere udsættes for tvang i psykiatrien end patienter med etnisk majoritetsbaggrund. Nogle af disse faktorer vedrører de forhold, der går forud for en indlæggelse, mens andre faktorer knytter sig til selve indlæggelsen. I denne undersøgelse har vi valgt primært at undersøge de faktorer, der gør sig gældende under indlæggelse. Vi vil dog indledningsvist, med udgangspunkt i litteraturen, kort berøre nogle af de faktorer, der relaterer sig til tiden før patienternes indlæggelse.

Flere undersøgelser indikerer, at personer med etnisk minoritetsbaggrund er mere tilbageholdende med at søge lægehjælp eller psykiatrisk behandling end personer med majoritetsbaggrund (Galon et al. 2012; Lawlor et al. 2010). Dette kan muligvis skyldes benægtelse eller stigmatisering af psykiske lidelser, manglende kendskab til symptomer eller en frygt blandt etniske minoriteter for at videregive personlige oplysninger til offentlige myndigheder (Galon et al. 2012; Kisely og Xiao 2010; Tarsitiani et al. 2012).

Undersøgelser viser også, at manglende viden om tilgængelige sundhedsydelse og minoritetspatientgruppens ofte lavere socioøkonomiske status har en negativ effekt (Galon et al. 2012; Kisely og Xiao 2012; Nørredam et al. 2010). Sociale netværk har omvendt en positiv indvirkning på adgangen til psykiatrisk behandling (Nørredam et al. 2010; Rotenberg et al. 2017). Får personer med etnisk minoritetsbaggrund kontakt med sundhedssystemet senere end personer med en majoritetsbaggrund, kan dette betyde, at de er mere syge, når de først bliver indlagt.

Af systembårne forklaringer før indlæggelsen fremhæver flere forskere, at sundhedspersonale har tendens til at overse traumer og psykiske lidelser blandt etniske minoriteter, hvorfor det tager længere tid for en patient med etnisk minoritetsbaggrund af få en henvisning til specialiseret psykiatrisk behandling. Manglende diagnosticering og begrænset adgang kan således forsinke tidspunktet for, hvornår patienter modtager behandling, og dermed forværre sygdomstilstanden (Galon et al. 2012; Nørredam et al. 2010).

Manglende eller fejlslåen diagnosticering blandt etniske minoriteter er en problemstilling, der ligeledes gør sig gældende blandt børn i skolealderen. Forholdsvis få skoleelever med etnisk minoritetsbaggrund diagnosticeres med fx ADHD i sammenligning med elever med etnisk majoritetsbaggrund (Mygind 2008; Schultz 2009; Stanek 2014, 2015). Lærere og pædagoger, der skal henvise til børnepsykiatriske udredninger, kan fejlfortolke elevernes adfærd eller være påvirket af særlige forventninger til elevgruppen, hvorfor nogle psykiske lidelser blandt elever med etnisk minoritetsbaggrund kan blive overset eller tilskrevet fx kulturelle forskelle, familiære problemer eller tosprogethed (Gilliam 2018).

I den statistiske analyse har vi forsøgt at kontrollere for det forhold, at nogle etniske minoritetspatienter kan være mere syge ved indlæggelsen. Selvom vi kontrollerer for diagnoser i form af diagnosegrupper, kan der inden for samme diagnosegruppe være stor variation i graden af, hvor syg en patient er. Det betyder, at vi, selv efter den udførte analyse, ikke kan vide om patienter med etnisk minoritetsbaggrund er mere syge ved indlæggelse.

4.1 OPLEVELSE AF TVANG – INTERVIEWS MED PATIENTER

Som nævnt ovenfor har vi i den kvalitative undersøgelse fokuseret på de faktorer, der gør sig gældende under patientens indlæggelse, og hvilken indvirkning, disse kan have på den øgede brug af tvang i forhold til etniske minoritetspatienter.

For at kunne give et indtryk af, hvordan tvang opleves under indlæggelsen, har vi interviewet en række patienter med etnisk minoritetsbaggrund, som har fortalt om deres oplevelser med tvang.

Patienterne er også blevet bedt om at reflektere over, om deres etniske baggrund spiller ind i den anvendte tvang. Ingen af patienterne mener dog, at det, at de har en anden etnisk baggrund, har spillet en rolle for den tvang, de har været underlagt.

Fælles for patienternes beretninger er en følelse af frustration og afmagt. De oplever ikke at kunne sætte sig op imod personalets ønsker eller indgå i dialog med personalet. Selvom patienterne beskriver utilfredshed eller frustration over for personalets ageren, er de opgivende i forhold til muligheden for at snakke med personalet eller indgive en klage. En patient beskriver det som nytteløst. Patienterne fortæller, at de ikke kan kommunikere tilfredsstillende med personalet. Flere af patienterne giver udtryk for, at de ikke oplever at blive mødt respektfuldt og ligeværdigt af personalet, og at personalet ikke i tilstrækkelig grad har eller

tager sig tid til at lytte og forstå patienternes perspektiv. Tvang anvendes således, i patienternes optik, i stedet for konstruktiv kommunikation.

Interviewene viser ligeledes, at oplevelsen af tvang kan medføre en følelse af utryghed og manglende bestemmelse over egen krop. I det følgende præsenteres de enkelte patientinterviews.

PATIENTINTERVIEW 1

Hvorfor tvang, hvilken form for tvang?

En patient med paranoid skizofreni har været udsat for tvangsfiksering, tvangsmedicinering og skærmning. Han er i en periode tvangsfikseret flere uger og kan ikke stå på sine ben, da han bliver løsnet. Han bliver bl.a. fikseret, fordi han anses som farlig for sine omgivelser. Selv siger han, at han var vred, følte sig misforstået og ikke ønskede den tilbudte medicin.

Oplevelse af tvang

"Når jeg fortalte om problemet, følte jeg ikke, at de hørte på det. De sagde 'jeg hører, hvad du siger', men jeg følte ikke, at de lyttede til mig." "Når jeg bad dem om at snakke med mig, havde de ikke tid." "Jeg følte, at de kørte på mig." "De taler til mig som en uartig teenagedreng, som ikke forstår noget. Det er nedladende. Som om man ikke forstår, hvad de siger. Jeg er trods alt 40 år. Jeg føler, at jeg bliver talt ned til."

"Når de kommer hen, kommer de gerne 4-6 mand ind på samme tid. Jeg føler mig presset op i en krog. Er det egentlig nødvendigt? Kan vi ikke bare snakke om det? Jeg følte ikke, at det var nødvendigt. De giver ordrer, de kan godt lide at vise, at det er dem, der har magten."

Hvordan kunne tvangen have været undgået?

"Det kunne have været undgået, hvis de havde talt med mig. Spurgt mig, hvad problemet var. De sad med krydsede arme. De kunne have brugt to minutter, så var de væk igen. Jeg følte ikke, at jeg blev lyttet til, overhovedet ikke."

PATIENTINTERVIEW 2

Hvorfor tvang, hvilken form for tvang?

Patienten har været udsat for en langvarig tvangsfiksering, fordi han bl.a. har været udadreagerende. Fikseringerne har nogle gange haft en udstrækning på flere måneder ad gangen. Han oplever selv, at han ikke har fået den medicin, han har brug for.

Oplevelse af tvang

"Tankerne styrede mig. Jeg havde aggressioner, og dem kunne jeg ikke holde tilbage. Jeg følte ikke, at jeg kunne klage. Så jeg var nødt til at bruge mine hænder. Det nyttede ikke noget at tale til dem."

Hvordan kunne tvangen have været undgået?

"Hvis de bare lader mig være, så går jeg ikke ... jeg gik ikke efter folk. Det var dem, der gik efter mig." Han siger senere, at jo mere han oplevede, at de provokerede ham, jo mere aggressiv følte han sig. Han er nu flyttet til et andet sted, hvor han oplever, at der er en bedre kommunikation, større forudsigelighed og flere regler. Han siger, at de på det nye sted hellere vil dæmpe konflikterne end skabe dem, og at personalet generelt er mere professionelt.

PATIENTINTERVIEW 3

Hvilken form for tvang?

Patienten har oplevet tvangsmæssigt at blive underlagt elektrochokbehandling. Hun har klaget over afgørelsen, men uden held. Den første behandling foregår ved, at hun først tvangsfikseres og så efterfølgende bliver givet behandlingen under narkose.

Oplevelse af tvang

Hun siger: "Jeg synes jo, det er meget ubehageligt, at jeg bliver tvunget til en behandling, som jeg ikke har specielt lyst til at få. Det er jo lidt kedeligt, at det er sådan. De skønnede, at det var nødvendigt for mig, men jeg ønskede det ikke."

"Jeg får noget medicinsk behandling her, så jeg kunne ikke forstå, hvorfor jeg også skulle ... altså, hvorfor jeg skulle tvinges til det her. Hvorfor vi ikke bare kunne fortsætte med medicinsk behandling."

For patienten handler det om selvbestemmelse: "Det er jo først og fremmest det, at man bestemmer over sin egen krop. Det synes jeg. Det ... det kan jeg ikke se, at de kan tvinge en til at komme igennem sådan en behandling her ..."

Patienten har tidligere fået elektrochokbehandling og har erfaring med, at behandlingen bl.a. går ud over hukommelsen. Derfor ønsker hun ikke elektrochokbehandling.

Oplevelse specifikt af bæltefiksering

Patienten har oplevet bæltefiksering og beskriver det på følgende måde: "Det føles ubehageligt. Utrolig ubehageligt. Der var virkelig ... altså, der er man simpelthen

bæltefikseret, fordi ... det er jo sådan en måde at sige: 'nu holder du dig i ro.' Det er meget underligt. Det er ubehageligt, at der er nogle andre, der bestemmer, hvordan man skal have det. Det er meget underligt. Det er sådan ... det er ikke særlig rart."

PATIENTINTERVIEW 4

Hvorfor tvang, hvilken form for tvang?

Patienten får et panikanfald på fællesarealet og tror, at der er noget galt med hendes hjerte. Hun bliver efterfølgende tvunget ind på sin stue af personalet. Hun beskriver det som følger: "Det pressede rigtig meget [på hendes bryst], og jeg skreg: 'Tilkald læge! Gør noget! Der er noget galt med mig!' Og de hører ikke efter. Manden tog den ene arm, kvinden den anden og den tredje åbner døren til min stue, og de trækker mig derind, og de sætter mig på sengen og siger, at jeg skulle slippe af."

Hun får herefter noget beroligende medicin, og personalet beder hende om at opholde sig på hendes egen stue i 30 minutter. Den beroligende medicin gør, at hun føler sig søvrig. Hun er imidlertid bange for at falde i søvn, fordi hun stadig er bange for, at der er noget reelt galt med hendes hjerte. Efter 20 minutter på stuen, 10 minutter før hun har fået lov, forsøger hun at forlade sin stue, men bliver stoppet af personalet og bedt om at blive på stuen.

Hun tager efterfølgende et bad, og to gange kommer personalet ind på hendes stue uden at banke på. Hun er begge gange nøgen. Hun fortæller, at hun både føler sig blottet og krænket. Hun får efterfølgende taget en såkaldt EKG-måling, der er en måling af hendes hjerteaktivitet. Målingen indebærer, at hun skal tage tøjet af overkroppen, denne gang over for en mandlig sygeplejerske. Hun føler sig igen blottet, og oplever den mandlige sygeplejerske som sur og kommanderende.

Oplevelse af tvang

Efter en samtale med lægen bliver hun bedt om at tage noget medicin. Hun vil på den ene side gerne tage medicinen, men har samtidig svært ved det. Hun bliver derfor fastholdt og givet en injektion: "Så siger [den mandlige sygeplejerske]: 'Hvis patienten ikke vil tage den, så indsprøjter vi.' [] Den ene holder mit ene ben []. Den anden holder mit andet ben []. Så hårdt. Jeg lå sådan her, og han holdt rigtigt, rigtigt hårdt. Jeg kunne ikke mærke min hånd. Den blev følelsesløs []. Han brugte hele sin krop, og jeg skreg og skreg og sagde, at det gjorde ondt, og at han risikerede at brække min arm. Jeg var helt hysterisk, jeg følte mig misbrugt og mishandlet." [Patienten fremviser mærker efter hårdt greb og et blåt mærke].

4.2 BESKRIVELSER AF TVANG – INTERVIEWS MED SUNDHEDSPERSONALE

I denne undersøgelse har vi primært beskæftiget os med tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magtanvendelse og tvangstilbageholdelse. I det juridiske afsnit (kapitel 2) har vi gennemgået betingelserne for brug af disse tvangsformer.

I det følgende gives nogle forskellige eksempler på brug af tvang, baseret på beskrivelser fra det interviewede sundhedspersonale. Eksemplerne skal således ikke forstås som en juridisk gennemgang af, hvornår tvang er tilladt.

I eksemplerne indgår brug af tvang i forbindelse med, at en patient overfalder personalet. Herudover er der et eksempel på, at tvang anvendes i forbindelse med tvangsmedicinering af en patient. Endelig er der et eksempel på en patient, der forstyrrer sine medpatienter, hvorefter tvang anvendes.

SUNDHEDSPERSONALEINTERVIEW 1

En patient er støjende ude i fællesmiljøet på afdelingen. For at patienten ikke skal forstyrre de andre patienter unødigt, forsøger personalet at få den pågældende ind på sin egen stue, hvilket patienten modsætter sig. Da personalet tager fysisk fat i hende for at få hende ind på stuen, sparker patienten ud efter personalet og rammer én i maven. Herudover både bider og skubber patienten personalet. Patienten bliver herefter fysisk tvunget ind på sin egen stue og bliver bedt om at tage noget beroligende medicin. Da patienten ikke ønsker dette, gives medicinen med tvang. For at kunne give patienten medicinen med tvang, fastholdes patienten af flere personer fra personalet. Om grunden til, at det var nødvendigt at tage patienten ind på hendes stue i første omgang, siger den interviewede: "Patienten var højtråbende, og vi kunne ikke få hende til at skærme sig på stuen. Nogle gange kan det jo godt virke, og i princippet er det jo heller ikke, fordi de ikke må reagere, men det nytter ikke noget, at de gør det i miljøet, hvor de skræmmer de andre patienter. Og det var det hun gjorde."

SUNDHEDSPERSONALEINTERVIEW 2

En kvinde, der lider af mani, har ikke sovet det meste af natten. Hun er vred og irriteret og "hurtigkørende". Hun har ifølge lægen brug for medicin, så hun kan hvile sig. Det ønsker hun dog ikke. På den baggrund planlægger personalet at tvinge hende til at tage medicin og fastlægger, hvilke "roller" det enkelte personale skal have, altså hvem der skal holde hende, hvem der taler med hende, og hvem der giver hende medicinen. Hun bliver for sidste gang tilbudt at tage medicinen frivilligt, og da hun afslår, tager personalet fysisk fat i hende, lægger hende ned på sengen og giver hende en injektion. Hun fastholdes i 2-3 minutter, til hun er rolig, og bliver bedt om efterfølgende at opholde sig på sin stue.

SUNDHEDSPERSONALEINTERVIEW 3

En mandlig patient opfører sig provokerende over for medpatienter og lytter ikke til personalets henstillinger. Samarbejdet mellem ham og personalet bliver dårligere og dårligere og på et tidspunkt overfalder patienten personalet, hvorefter han bliver bæltefikseret. Mens han er i bælte, fremkommer han stadig med trusler.

4.3 MULIGE ÅRSAGER TIL ANVENDELSE AF MERE TVANG OVER FOR ETNISKE MINORITETSPATIENTER

Vi har i det ovenstående set på forskellige eksempler på tvang, og hvordan tvang opleves i et patientperspektiv. I det følgende vil vi se nærmere på, hvilke forklaringer der kan være på, at patienter med etnisk minoritetsbaggrund udsættes for mere tvang end patienter med dansk etnisk baggrund. Som indledning introduceres kort den generelle forebyggelse af tvang i psykiatrien.

I psykiatrien benytter man sig bl.a. af Safewards som en tvangsforebyggende mekanisme. Safewards er en konflikt håndteringsmodel, der forklarer konflikters opståen og mulige udvikling samt 10 praksisnære interventioner, der kan forebygge konfliktfyldte situationer i psykiatriske afsnit. Interventionerne er relationsskabende, og hensigten er, at personalet gennem en stærk relation og tilknytning til patienten kan forebygge brugen af tvangshandlinger. De interventioner, Safewards introducerer, består bl.a. i at sikre god kommunikation, afklare gensidige forventninger og skabe tryghed (Berring og Bak 2015).

Det interviewede personale har generelt fokus på at mindske tvang, og sundhedspersonalet refererer til forebyggende tiltag som fx tid med patienten, nærvær, fleksibilitet hos personalet, relevante aktiviteter, en ligeværdig modtagelse af patienten og en god kommunikation.

Det store flertal af det interviewede sundhedspersonale fortæller, at der ikke er særskilt fokus på forebyggelse og nedbringelse af tvang over for patienter med etnisk minoritetsbaggrund, ligesom de enkelte psykiatriske afdelinger ikke opgør forskellen i brug af tvang mellem majoritets- og minoritetspatienter.

Vi har bedt sundhedspersonalet reflektere specifikt over, hvad der kan bidrage til at forklare forskellene i brugen af tvang over for patienter med henholdsvis etnisk minoritets- og majoritetsbaggrund. Dette beskrives i det følgende.

4.3.1 SPROGBARRIERER

Næsten alt det interviewede sundhedspersonale og flere patientrådgivere peger på sprogbarrierer som en af forklaringerne på, at etniske minoriteter udsættes for mere tvang end patienter med en etnisk dansk baggrund. De kommunikative udfordringer kan spille ind på en række forskellige måder og bl.a. gøre det svært at deeskalere konflikter. I det følgende beskriver vi, hvordan den sproglige faktor ifølge de interviews, vi har foretaget, kan have indflydelse på anvendelsen af tvang.

Forsinket diagnosticering

Ifølge flere af de interviewede kan en diagnosticering af en patient blive forsinket eller blive forkert som følge af sproglige barrierer, hvilket kan være frustrerende og konfliktskabende. En læge kalder "sproget det største indblik i, hvordan folk fungerer", og peger på det problematiske i, at en række nuancer kan gå tabt på grund af de sproglige forhindringer. Taler patienten ikke flydende dansk kan dette således være en hindring for behandlingen og indirekte have indflydelse på brugen af tvang. At sproglige misforståelser i værste fald kan føre til en fejl-diagnosticering er beskrevet i andre undersøgelser på området (Nørredam et al. 2010; Tarsitiani et al. 2012).

Udfordringer i forhold til deeskalering af konflikter

Et yderligere aspekt, der fremhæves af flere interviewpersoner, er sundhedspersonalets manglende mulighed for at deeskalere en konflikt, når der er sproglige barrierer. Dette ses også i flere internationale undersøgelser (Bhui et al. 2013; Tarsitiani et al. 2013). Når der opstår en konflikt mellem en patient og et eller flere personalemedlemmer, er en deeskalering via sproget, fx beroligende ord, ét af de værktøjer, der normalt tages i brug. Kan sundhedspersonalet og patienten ikke fuldt ud forstå hinanden, er en sådan deeskalering imidlertid vanskelig. En sygeplejerske siger, at der kan ske en "blokering af udvekslingen", hvor patienten og sundhedspersonalet ikke kan gøre sig forståelige over for hinanden, hvilket både kan lede til misforståelser og være konfliktfremkaldende.

Interviewene tyder desuden på, at personalet kan have sværere ved at opfange, at en konflikt eller en krise er på vej. Ifølge flere informanter kan mange ting gå tabt via det sproglige, hvilket bl.a. gør det vanskeligere at vide, hvad der trigger patienten. På samme måde opdager personalet måske heller ikke, at patienten er blevet triggeret før meget sent, og en situation er eskaleret.

Sproglige udfordringer i akutte situationer

Betydningen af sprogbarrierer kan også vise sig i akutte situationer. Har patient og personale svært ved at forstå hinanden, og eskalerer konflikten, kan dette være en udfordring. I en akut situation kan det eksempelvis være vanskeligt at anvende tolkebistand, og det kan derfor være nødvendigt – om muligt – at inddrage flersprogligt personale.

Ifølge det interviewede personale kan sprogbarrierer også spille ind på andre måder i akutte situationer, fx i forbindelse med en tvangsindlæggelse, hvor det kan være afgørende, at en patient forstår sin situation og sine rettigheder. Ifølge flere af de interviewede er dette en faktor, der har indflydelse på, om der anvendes tvangsmedicinering over for patienten. Forstår patienten baggrunden for sin (akutte) indlæggelse og begrundelsen for den ordinerede medicin, er risikoen for tvangsmedicinering mindre.

Udfordringer i forhold til forklaring af regler

Sproglige barrierer spiller også ind i forhold til tvangstilbageholdelse. Tvangstilbageholdelse af en patient sker typisk, når en patient bliver indlagt frivilligt, men efterfølgende ønsker at blive udskrevet, uden at personalet vil godkende en sådan udskrivelse. Dette kan være en potentiel konfliktsituation for alle patienter, både etnisk danske og etniske minoritetspatienter. Er der en sprogbarriere i forhold til patienten, bliver situationen dog mere udfordrende, og det kan være vanskeligt at forklare patienten, hvorfor en tilbageholdelse er nødvendig. En sygeplejerske siger: "[...] og hvis nogen kom, som ikke havde de sproglige evner [...], så vil personalet ikke have samme mulighed for at forklare, hvorfor han har brug for hjælp, og hvad meningen med tvangstilbageholdelsen er." Hun tilføjer, at sandsynligheden for tvang således er større.

Forklaring af rammer og forventninger i afdelingen

En anden udfordring, der også vedrører det sproglige, er processen med at gøre patienten bekendt med regler og rammer på afdelingen. Dette kan ifølge flere interviewpersoner være konfliktskabende.

En læge siger fx, at konflikter meget nemt kan opstå, når der er en sprogbarriere, især når patienterne på grund af deres sygdom allerede er vanskeligt tilgængelige: "Vi er usikre på, om vi forstår ham, og han forstår måske ikke os. Han bliver måske frustreret over, at han ikke forstår os eller nogle af afdelingens regler. Og det kan jo så ende med en tvangssituation, der godt kunne have været undgået, hvis vi havde forstået hinanden." En sygeplejerske siger tilsvarende: "Det var bare rigtig svært for mig på engelsk at forklare hende, hvad der skulle ske, hvad det var for nogle forventninger, vi havde, og hvad vi kunne gøre for hende. Og det var svært for hende at give udtryk for, hvad det var, hun havde brug for hjælp til." Ifølge sygeplejersken kan dette således være en faktor, der bidrager til øget brug af tvang.

Tone over for patienter

En eskalerende faktor af betydning, som nævnes af flere interviewpersoner, er den tone, personalet anvender. Det kan fx være konflikteskalierende at tale i bydeform til patienterne som fx "du skal gå ind på din stue," "vi går nu", "sådan gør vi det", "det er vores rammer." En kommanderende tone kan være ekstra tydelig, når kommunikationen sker til en patient, som kun kan begrænset dansk. Her bliver kommunikationen nogle gange unuanceret, og forhold bliver ikke forklaret grundigt nok.

Sårbarhed i forhold til personaleskift

Ifølge en undersøgelse af Jesper Bak (2015) kan antallet af vikarer på en afdeling spille ind i forhold til brugen af tvang. Dette nikker flere interviewpersoner genkendende til. Det er positivt, at patienterne kender og er trygge ved personalet, og at personalet kender patienterne og deres historie og ved, hvad de har brug for. Det kendte personale kan bedre tolke og reagere på en patients udsagn. I forhold til etniske minoritetspatienter, hvor der er en sproglig barriere, kan denne faktor blive ekstra udslagsgivende, fordi det kan være sværere for patienten at forklare sig. Det

kan derfor være mere sårbart for den enkelte, at personalet skifter, og kan give en følelse af at starte forfra.

Information til pårørende

De sproglige udfordringer ses ikke kun i relation til patienten, men ofte også i forbindelse med samarbejdet med de pårørende. Et problem er fx, at pårørende med sproglige barrierer ikke i lige så stort omfang som etnisk danske pårørende kan blive tilbudt pårørendeundervisning i de specifikke sygdomme. Det gør, at de ikke får samme forståelse for sygdommene og derfor måske ikke formår at støtte patienten i tilstrækkeligt omfang. En sygeplejerske fortæller, at hvis en patient får en skizofrenidiagnose, vil både patient og pårørende typisk blive tilbudt undervisning i, hvad sygdommen medfører, men at disse tilbud primært er på dansk. Patienter og pårørende med anden sproglig baggrund vil derfor ikke blive tilbudt samme information.

Tolkning

Ifølge det interviewede sundhedspersonale anvendes tolke primært til samtaler med lægen, både i form af såkaldte fremmødetolke og telefontolke. Nogle af de interviewede mener, at tolke bruges tilstrækkeligt, mens andre mener, at man kunne bruge tolke i større omfang, og at den ventetid, der er på tolke, kan være et problem. Tolkene er ifølge interviewene primært til stede i situationer, der er planlagt på forhånd, og således ikke i akutoptåede situationer. Brugen af tolke og udfordringer relateret til dette er en kendt problematik i sundhedsvæsenet. En tidligere undersøgelse fra Institut for Menneskerettigheder viser eksempelvis, at patienter med etnisk minoritetsbaggrund stilles ringere i forhold til retten til sundhed bl.a. på grund af manglende adgang til god og kvalificeret tolkning (Institut for Menneskerettigheder 2014). Undersøgelsen fra 2014 viser også, at tolke, der anvendes i sundhedsvæsenet, ofte mangler basale faglige kompetencer, og at kvaliteten af det tolkearbejde, der bliver leveret i det danske sundhedsvæsen, langt fra altid har det niveau, der er nødvendigt for at sikre, at patienter med behov for tolkebistand får den rette behandling. Tolkningens ringe kvalitet giver naturligvis nogle problemer, da kommunikationen mellem patient og læge har afgørende betydning for diagnosticering, sygdomsforløb og helbredelse.

Interviewene med sundhedspersonale viser, at nogle af de ovennævnte problemstillinger også gør sig gældende i psykiatrien, både hvad angår brug og kvalitet af tolkning.

Materialet viser desuden, at særlige problemstillinger gør sig gældende i psykiatrien. En af disse er behovet for, at tolken leverer en nøjagtig oversættelse af det, som patienten siger. I modsætning til en række andre tolkesamtaler er det vigtige ikke nødvendigvis, **hvad** patienten siger, men **hvordan** patienten siger det. Bruger en patient usammenhængende formuleringer eller en underlig grammatik, skal tolken således gerne oversætte dette. Dette sker imidlertid ikke altid. En læge fortæller om det problematiske i, at tolkene "rydder op i sproget" eller "oversætter meningen bag", hvilket ikke er formålstjenesteligt. En anden interviewperson siger

enslydende: "Meget af det, vores patienter siger, giver umiddelbart ikke nogen mening. Og det har de [tolkene] svært ved bare at oversætte ordret []. Og der ligger jo meget i ... hvis du har tankeforstyrrelser, kan det også komme frem i den måde, dine sætninger bliver bygget op på, og de ord du bruger."

En anden problemstilling i forhold til tolkning er manglende grundlæggende kendskab til psykiatrien hos nogle tolke. Når tolkene ikke forstår, hvad psykiateren forsøger at formidle til patienten, herunder diagnoser, kan tolkene ofte ikke foretage den fornødne oversættelse. En læge siger om denne problematik: "Hvis man slet ikke ved, hvad det vil sige at have en vrangforestilling? [] Så bliver det jo en noget andet form for rådgivning eller støtte, de får, de patienter."

En anden problemstilling, som flere peger på, er, at nogle psykiatriske patienter kan udvise mistillid til tolken og bl.a. være bange for, at tolken ikke overholder sin tavshedspligt. Patienten kan også føle modstand mod tolken, hvis denne fx kommer fra en anden fraktion i oprindelseslandet. Mens dette er en velkendt problemstilling i forhold til tolkning generelt (Enheden for Brugerundersøgelser 2009), er problemet en smule anderledes i psykiatrien, fordi nogle patienter i forvejen er paranoide.

En anden relateret særproblemstilling i psykiatrien er tolkning over telefon. En patientrådgiver fortæller, at tolkning per telefon kan være angstprovokerende for patienten og svær at gennemføre med psykisk syge patienter. Nogle patienter ønsker eksempelvis ikke at tale i telefon med personer, de ikke kender. En patientrådgiver siger: "Jeg har oplevet et par gange, at de ikke har lyst til at tale i telefon. De skal tale med læge og patientrådgivere på den måde. Det, tænker jeg, øger frustrationerne. Når tolken har været dér i form af fysisk fremmøde, er det gået bedre."

4.3.2 KULTURELLE BARRIERER

Flere forskere peger på, at bl.a. manglende kulturelle kompetencer hos sundhedspersonalet kan have indflydelse på anvendelsen af tvang (Bhui et al. 2013; Nørredam et al. 2010; Tarsitiani et al. 2012). Interviewene med sundhedspersonalet i forbindelse med denne undersøgelse viser samme tendens. Næsten alle de interviewede peger på kulturelle faktorer som en mulig forklaring på, hvorfor patienter med etnisk minoritetsbaggrund i større omfang udsættes for tvang. De kulturelle faktorer gør sig gældende på en række forskellige niveauer, hvilket vil blive gennemgået i det følgende.

Anerkendelse af særlige behov

En manglende kulturel forståelse blandt sundhedspersonalet kan give sig udtryk i mindre imødekommenhed over for eksempelvis religiøse praksisser. Ifølge flere sygeplejersker kan det være konfliktskabende, når personalet ikke imødekommer patienternes behov for at bede eller udføre andre religiøse handlinger i tilstrækkelig grad. Nogle af disse konflikter kunne ifølge en sygeplejerske have været undgået, hvis personalet havde spurgt til patientens religiøse praksis og

udvist mere forståelse i denne forbindelse. Fx mener sygeplejersken, at det kan være uhensigtsmæssigt at insistere på at gennemføre en lægesamtale på et tidspunkt, hvor patienten skal bede, og at det i en sådan situation er vigtigt at udvise kulturel forståelse. Hun siger bl.a. ”Jamen, de der 10 minutter [hvor patienten skal bede], så lad da patienten få det overstået. Så har du en mindre konflikt med ham, og så er han under samtalen modtagelig over for, hvad du har tænkt dig at gøre.” Et andet eksempel er patientens ønske om at holde Ramadan og bl.a. spise på andre tidspunkter, end de andre patienter gør. En sygeplejerske oplever, at de generelt i psykiatrien er blevet bedre til at imødekomme dette ønske, men at en patients anmodning om fx at stå tidligt op for at spise nogle gange kan kollidere med deres behandlingsplan, der bl.a. handler om, at patienten skal have sammenhængende hvile om natten.

Aktiviteter

Passende aktiviteter på de psykiatriske afdelinger kan være konfliktforebyggende. En patientrådgiver mener imidlertid, at patienter med anden etnisk baggrund i nogle tilfælde er mere isolerede på de psykiatriske afdelinger og ikke fuldt ud forstår de tilbud, der er på afdelingen, og intentionen bag dem. Han mener således, at nogle patienter med minoritetsbaggrund ikke i samme grad tager del i fællesskabet, herunder fællesspisning, fællesmøder og fællessang.

Manglende sygdomsforståelse og systemindsigt

Ifølge flere interviewpersoner udviser nogle etniske minoritetspatienter en manglende forståelse for psykiske lidelser, hvilket bl.a. kan vanskeliggøre samarbejdet med patienten og betyde manglende opbakning fra familiens side. Familierne kan være uforstående, og patienten kan selv se indlæggelsen som et nederlag og have svært ved at forstå den. Dette kan potentielt lede til mere tvang.

En sygeplejerske siger om problemet med manglende indsigt i psykiske lidelser og behandlingsformen: ”Hvis man er ude af stand til at forstå, at man er syg og har brug for behandling, og hvis man er uenig i behandlingen og indlæggelsen, er der større tendens til at reagere udadtil og blive udsat for tvangsforanstaltninger []. Mange konflikter opstår, fordi patienter er stærkt uenige og ikke forstår, hvorfor de skal i behandling.”

Nogle etniske minoritetspatienter mangler også en forståelse af vilkårene for deres indlæggelse, fx at de er på en lukket afdeling, og at en myndighed med en indlæggelse kan gribe ind i deres selvbestemmelsesret. Flere patientrådgivere har oplevet denne undren hos etniske minoritetspatienter, herunder at de ikke forstår, hvor grænsen går for, hvornår man kan fortsætte med at være hjemme, og hvornår man bør være indlagt. Herudover nævner flere patientrådgivere, at indlagte med anden etnisk baggrund kan frygte psykiatrien, fordi de har dårlige erfaringer fra deres hjemlande.

4.3.3 NEDSÆTTENDE HOLDNINGER OG FORDOMME

Forskellige internationale undersøgelser af psykiatrien peger på, at fordomme og særlige forventninger til patienter med anden etnisk baggrund kan være en forklaring på, at patienter med etnisk minoritetsbaggrund udsættes for mere tvang end patienter med etnisk majoritetsbaggrund (Bhui et al. 2013; Lawlor et al. 2010; Tarsitiani et al. 2012). Dette ses også i interviewmaterialet, hvor flere interviewpersoner blandt sundhedspersonalet giver udtryk for, at der i psykiatrien er fordomme over for etniske minoriteter, uden at de kender omfanget af problemet. Fordommene giver sig til udtryk i nedsættende udtalelser om etniske minoritetspatienter og manglende forståelse for nogle af de særlige behov, patienter med etnisk minoritetsbaggrund kan have.

Ifølge flere interviewpersoner kan det være konfliktskabende, hvis personalet ikke er imødekomende over for forskelle i patientgruppen. En sygeplejerske peger eksempelvis på, at det kan være problematisk, når personalet ikke er åbne over for, at nogle patienter har særlige kostvaner, eller at en kvindelig patient fx ikke ønsker en mandlig kontaktperson. Det er således vigtigt at vise imødekommenhed og fleksibilitet, når som helst det er muligt, fordi det kan have indflydelse på, om der opstår en konflikt eller ej og dermed også risikoen for tvang.

På samme måde, som en generelt manglende åbenhed kan være konfliktskabende, kan en kritisk fordømmende holdning gøre det vanskeligt at skabe en god relation til patienten. En sygeplejerske siger eksempelvis, at det kan være "svært at arbejde relationelt, hvis man har [en nedsættende] holdning til dem, man skal arbejde relationelt med."

For at forebygge konflikter er det således ifølge sygeplejersken vigtigt, at personalet holder fast i en nysgerrig, åben holdning til patienten. Fordomme kan være med til at eskalere situationer, hvilket personalet ifølge sygeplejersken ikke altid vil erkende. Flere peger således på vigtigheden af at arbejde med fordomme i personalet frem for fx deeskalering og på, at dette vil have indflydelse på nedbringelsen af tvang.

Patienter misforstås som truende

Ifølge flere af de interviewede sygeplejersker og patientrådgivere kan der opstå misforståelser, når særligt unge patienter anvender det, som personalet kalder "gadesprog." Flere sygeplejersker peger på, at der er risiko for, at nogle patienters "gadesprog" misforstås af personalet, og at patienterne ses som truende, selvom de ikke er det. Dette ses også i undersøgelser på området, der peger på, at sproglige forskelle bl.a. kan føre til fejltolkninger af adfærd (Bhui et al. 2013; Tarsitiani et al. 2012).

En sygeplejerske siger om reaktionen på "gadesproget": "Så kommer der misforståelser, og man tænker, at de truer [...], og så kører stemningen op, og så ender det med, at der bliver brugt tvang []. Men måske er det bare det sprog, de bruger på gaden." En anden sygeplejerske oplever også, at det i nogle etniske

minoritetsgrupper er almindeligt at råbe højt og skælde ud, hvis man bliver frustreret, hvilket kan blive misforstået af personalet. Ifølge sygeplejersken kan dette medføre, at personalet kan blive bange eller føle sig truede af patienten, selvom der ikke er nogen grund til dette.

Samtidig med, at nogle etniske minoritetspatienter kan misforstås som truende, giver flere interviewpersoner også udtryk for, at de som personale i nogle situationer er mere på vagt over for (unge) etniske minoritetspatienter. En sygeplejerske siger fx: "Vi er lidt hurtigere til at reagere med tvang over for det, vi ikke kender. Og det bliver lidt længere væk fra os selv, hvis patienten har en anden hudfarve, et andet navn, en anden kultur, end hvis det er én, der har samme hud som os, hedder det samme som os og i hvert fald på papiret har samme kultur som os." En anden sygeplejerske siger ensstemmende: "noget, der er lidt fremmed, det er man lidt mere på vagt overfor [] så er man hurtigere til at sige [hvis der opstår en konfliktsituation] at "ham der han skal bringes til ro." Hun siger videre, at hun nok ikke vil være lige så bekymret, hvis patienten var en 40-årig kvinde som mindede om hende selv. Sygeplejersken sætter således ord på nogle forbehold og fordomme blandt personalet overfor etniske minoritetspatienter, som kan have indflydelse på graden af den udøvede tvang. Dette ses også i internationale undersøgelser, der bl.a. kæder brugen af tvang sammen med en stereotypisering af nogle patientgrupper som mere voldelige (Webber og Huxley, 2004 i Lawlor et al. 2018).

KAPITEL 5

KONKLUSION OG ANBEFALINGER

Institut for Menneskerettigheder har på baggrund af rapportens analyser formuleret en række anbefalinger.

1. FOKUS PÅ NEDBRINGELSE AF TVANG MOD ETNISKE MINORITETER

Denne rapport bekræfter – i tråd med tidligere danske og internationale undersøgelser – at patienter med etnisk minoritetsbaggrund i højere grad end patienter med etnisk majoritetsbaggrund udsættes for tvang i psykiatrien. Det er væsentligt, at denne problemstilling anerkendes, og at der sættes fokus på den, hvilket aktuelt ikke synes at være tilfældet. Det er vigtigt, at det er en ledelsesprioritering at nedbringe brugen af tvang over for patienter med etnisk minoritetsbaggrund, både for at sikre kontinuerligt fokus på problematikken på de psykiatriske afdelinger og for at sikre, at der afsættes den nødvendige mængde tid og ressourcer til at håndtere problemstillingen. Data på området bør herudover kontinuerligt indsamles og monitoreres.

Institut for Menneskerettigheder anbefaler:

- At Sundheds- og Ældreministeriet sikrer nedbringelse af tvang overfor etniske minoriteter og sikrer data på området.

2. BEDRE ADGANG TIL KVALIFICERET TOLKNING

Det fremgår af undersøgelsen, at adgangen til kvalificerede tolke i psykiatrien er begrænset. Imidlertid er kvalificeret tolkebistand afgørende for at sikre, at kommunikationen mellem patient og sundhedspersonale er fyldestgørende. Tolke bør have et grundlæggende kendskab til psykiatrien for at kunne tilbyde den nødvendige, præcise tolkning.

Institut for Menneskerettigheder anbefaler:

- At regionerne sikrer, at der alene anvendes tolke, der har det fornødne kendskab til psykiatrien og et tilstrækkeligt sprogligt niveau til at kunne tilbyde tilstrækkelig kvalificeret tolkebistand.

3. UDDANNELSE I TVÆRKULTUREL SYGEPLEJE I PSYKIATRIEN

Én årsag til, at patienter med minoritetsbaggrund oftere udsættes for tvang end majoritetspatienter, er manglende kulturel forståelse blandt sundhedspersonalet i psykiatrien. Denne undersøgelse viser – i tråd med andre relevante undersøgelser på området – at manglende kulturelle kompetencer blandt sundhedspersonalet kan medføre øget anvendelse af tvang (Bhui et al. 2013; Kisely og Xiao 2010; Lawlor

et al. 2010, Nørredam et al. 2010; Tarsitiani et al. 2012). Fordomme og særlige forventninger til patienter med anden etnisk baggrund end dansk kan udfordre kommunikationen og relationen mellem patient og sundhedspersonale. Samtidig kan manglende forståelse for patientens baggrund og udtryksformer forringe effekten af traditionelle deeskaleringsteknikker.

Institut for Menneskerettigheder anbefaler:

- At adgangen til undervisningsforløb om fordomme og tværkulturel sygepleje i psykiatrien styrkes for at højne den generelle, kulturelle forståelse blandt sundhedspersonalet.

3. ØGET BRUG AF SUNDHEDSPERSONALE MED FLERSPROGLIGE KOMPETENCER

Sprogbarrierer er en væsentlig forklaring på, hvorfor patienter med etnisk minoritetsbaggrund oftere udsættes for tvang end patienter med etnisk majoritetsbaggrund. Sprogbarrierer kan føre til unuanceret kommunikation, mangelfulde forklaringer og i nogle tilfælde en hård tone over for patienten. De kommunikative udfordringer kan påvirke konfliktsituationer negativt, udfordre diagnosticeringsprocessen samt gøre det sværere at skabe en positiv relation mellem patient og sundhedspersonale. For at begrænse de sproglige barrierer mellem patient og personale bør en større andel af sundhedspersonalet have flersproglige kompetencer. Særligt i akutte situationer, hvor kommunikation er afgørende for en konflikts udvikling, vil flersproget personale spille en vigtig rolle, da det er vanskeligt at anvende tolkebistand i sådanne situationer.

Institut for Menneskerettigheder anbefaler:

- At det på de psykiatriske afdelinger prioriteres, at der ansættes sundhedspersonale med flersproglige kompetencer.

DATAGRUNDLAG OG METODE

Dette kapitel beskriver i mere detaljeret grad datagrundlaget og metoden bag den statistiske analyse i kapitel 3.

A. DATAGRUNDLAG

Analysen baserer sig på registerdataudtræk fra Sundhedsdatastyrelsens "Landspatientsregisteret – Psykiatri" (LPR PSYK) og "Registeret over Anvendelse af Tvang I Psykiatrien" (TIP). Dette er koblet med registre fra Danmarks Statistik, der indeholder information om bl.a. patienternes køn, alder, bopæl og etnicitet (oprindelsesland).

I. LPR PSYK-REGISTRET

Vores udtræk fra LPR PSYK indeholder alle psykiatriske indlæggelseskontakter med en udskrivningsdato i perioden 2000-2018 (til og med 10. oktober 2018) samt indlæggelseskontakter, der er uafsluttet på udtrækstidspunktet (d. 10. oktober 2018), for patienter, der er fyldt 18 år på indlæggelsestidspunktet.⁷² Psykiatriske indlæggelseskontakter dækker over alle kontakter, der indeholder DF-diagnosekoderne (ICD-10 koden, psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser, inkl. psykiske udviklingsforstyrrelser) som enten aktions- eller bi-diagnose.⁷³ En aktionsdiagnose er den diagnose, der ved afslutningen af en kontakt bedst angiver den vigtigste tilstand, som kontakten drejede sig om (Sundhedsdatastyrelsen, Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2019, Vejledningsdel, 2019).

Vi inddeler diagnoserne i hoveddiagnosegrupper efter ICD-10 diagnosesystemet (se Tabel 2 for en oversigt over disse) og anvender kun aktionsdiagnoserne.⁷⁴ I de tilfælde, hvor aktionsdiagnosen er en retspsykiatrisk diagnose (DZ046*), sættes aktionsdiagnosen til den første bi-diagnose vi møder i datasættet.⁷⁵

Til sidst har vi slået indlæggelseskontakter, hvor udskrivelsesdato er lig med indlæggelsesdato, sammen til et indlæggelsesforløb, så vi i stedet for indlæggelseskontakter arbejder med indlæggelsesforløb. Det resulterer i 723.714 indlæggelsesforløb. Informationen vedrørende diagnosegruppe og retspsykiatri fra indlæggelseskontakterne samles, når vi danner indlæggelsesforløbene.⁷⁶

TABEL 2: OVERSICHT OVER HOVEDDIAGNOSEGRUPPER

Forkortelse	Navn	Diagnosekoder
DF0	Organisk (inkl. symptomatiske) psykiske lidelser	DF00-DF09
DF1	Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer	DF10-19
DF2	Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser	DF20-29
DF3	Affektive sindslidelser	DF30-39
DF4	Nervøse og stress-relaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer	DF40-49
DF5	Adfærdsændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer	DF50-59
DF6	Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstrukturen og adfærd	DF60-69
DF7	Mental retardering (åndssvaghed)	DF70-79
DF8	Psykiske udviklingsforstyrrelser	DF80-89
DF9	Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndommen eller adolescens	DF90-98
DF99	Øvrige aktionsdiagnoser for psykiatriske kontakter	Diagnosekoder der fremgår af listen over anbefalede aktionsdiagnoser for psykiatriske kontakter

Note: Diagnosegruppen DF99 består af diagnoser (på nær rådgivningsdiagnoser), der ikke er DF* diagnoser, men som fremgår af listen over anbefalede aktionsdiagnoser for psykiatriske kontakter (Sundhedsdatastyrelsen, Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2019, Vejledningsdel, 2019). Navnene for hovedgrupperne DF0-DF9 er fra <https://sind.dk/faa-hjaelp/fakta-om-sindslidelser-og-psykiske-diagnoser>

II. TIP-REGISTRET

Vi kobler indlæggelsesforløbene fra LPR PSYK med registreringer over tvangsforanstaltninger fra TIP-registrene. Vi anvender de TIP-registre, der vedrører frihedsberøvelser, tvangsbehandlinger samt fiksering og fysisk magtanvendelse.

Registreringer af tvangsforanstaltninger for perioden 2000-2004 baserer sig på papirindberetninger, mens registreringerne fra 2005 og frem baserer sig på elektroniske indberetninger i Sundhedsstyrelsens elektroniske Indberetningssystem (SEI) direkte fra de psykiatriske afdelinger. Papirindberetninger fra 2004 er overført til SEI. Overgangen til SEI har medført en ændring i registerets datastruktur fra 2004 (Sundhedsdatastyrelsen, Dokumentation af registre, Register over anvendelse af tvang i psykiatrien, 2020). Databruddet betyder, at vi har valgt kun at anvende de nye tabeller, som indeholder tvangsforanstaltninger fra 2004 og frem, og desuden har vi valgt kun at se på perioden fra 2005 og frem i vores analyser, da indsamlingsmetoden for disse år er ens.

Registrene indeholder én tvangsforanstaltning pr. hændelsesdato, hvilket betyder, at et indlæggelsesforløb kan have flere tvangsforanstaltninger tilkøbet.⁷⁷ Det kan være flere af den samme tvangsform, der er udført på forskellige hændelsesdatoer, eller det kan være forskellige former for tvangsforanstaltninger udført inden for samme indlæggelsesforløb.

Vi anvender betegnelsen tvang om den samlede brug af tvangsforanstaltninger, der indeholder alle de forskellige tvangsformer: tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, fiksering og magtanvendelse samt tvangsbehandling. De sidste to tvangsformer består af flere forskellige tvangsforanstaltninger. Inddelingen af disse tvangsforanstaltninger følger TIP-registrenes inddeling. Det betyder, at vi arbejder med følgende fire tvangsformer:

- **Tvangsindlæggelse:** Er en tvangsforanstaltning under frihedsberøvelse, men vi behandler den her som en selvstændig tvangsform.
- **Tvangstilbageholdelse:** Er, ligesom tvangsindlæggelse, en tvangsforanstaltning under frihedsberøvelse, men behandles her som en selvstændig tvangsform, da vi ønsker at skelne mellem tvangsforanstaltninger, der sker **under** indlæggelsen, og tvangsindlæggelse, der er tvang i form af en indlæggelse.
- **Fiksering og fysisk magtanvendelse:** Indeholder tvangsforanstaltningerne 1) bæltefiksering, som er slået sammen med brugen af remme og handsker, 2) fastholdelse samt 3) beroligende medicin. Vi har valgt ikke at inkludere døraflåsning af afdelingens yderdør, da dette er afdelings- og ikke personspecifikt, samt personlig skærmning, da denne foranstaltning først blev en del af TIP-registeret i 2007.
- **Tvangsbehandling:** Indeholder tvangsforanstaltningerne 1) medicinering, 2) ECT, 3) ernæring og 4) legemlig lidelse. I registeret indgår også tvungen opfølgning, men denne blev først indført i TIP-registeret i 2011, hvorfor vi har valgt ikke at inkludere den.

III. DST-REGISTRE

Patientdata fra LPR PYK- og TIP-registrene er koblet med registerdata fra Danmarks Statistik, som indeholder oplysninger om fx patienternes køn, alder, bopæl samt herkomst og oprindelse for hele undersøgelsesperioden. Derudover har vi oplysninger om patienternes fuldførte uddannelser og afslutningstidspunktet for disse, så vi dermed kan definere patienternes højeste fuldførte uddannelse på tidspunktet for deres indlæggelser.⁷⁸

Når vi opgør en patients etnicitet bruger vi variablene "IE_TYPE" og "Oprindelsesland". "IE_TYPE" fortæller, om en person er indvandrer, efterkommer eller af dansk oprindelse.⁷⁹ Dertil kan man ud fra variabelen "Oprindelsesland" definere oprindelseslandet for indvandrere og efterkommere.⁸⁰ Her opdeler vi landene i ikke-vestlige og vestlige lande.⁸¹

B. METODE

I. OPGØRELSESMETODE

Formålet med undersøgelsen er at afdække, hvorvidt psykiatriske patienter med etnisk minoritetsbaggrund (her: ikke-vestlig oprindelse) i højere grad end patienter med majoritetsbaggrund (her: dansk oprindelse) risikerer at blive udsat for tvangsmæssig psykiatrisk behandling. For at undersøge dette ser vi på alle indlagte psykiatriske patienter opdelt på etnicitet og på, hvor mange af disse patienter, der har oplevet tvang. Vores opgørelser baserer sig altså på unikke patienter (personniveau) og ikke på forløbsniveau. På personniveau laver vi to typer opgørelser:

1. Vi undersøger, om en indlagt psykiatrisk patient i en given periode har oplevet tvang minimum én gang (tvangsberørte patienter). Dette gør vi for den samlede brug af tvang samt særskilt for de enkelte tvangsformer.
2. Vi undersøger antallet af tvangsforanstaltninger, som en tvangsberørt patient har været udsat for i en given periode.

Hvis en patient således har været udsat for tvangstilbageholdelse en enkelt gang og bæltefiksering fem gange i en given periode, så vil patienten indgå som en tvangsberørt patient i opgørelsestype 1 – her både i opgørelsen over den samlede brug af tvang og i de enkeltvise opgørelser over henholdsvis tvangsformerne tvangstilbageholdelse og fiksering samt fysisk magtanvendelse – og patienten vil indgå med samlet set seks tvangsforanstaltninger i opgørelsestype 2 – én enkelt under tvangsformen tvangstilbageholdelse og fem under fiksering og fysisk magtanvendelse. Opgørelsestype 1 siger dermed noget om, hvor mange patienter der oplever tvang, mens opgørelsestype 2 siger noget om hyppigheden af brugen af tvangsmæssig behandling for de patienter, der er berørt af tvang.

Når vi opdeler på etnicitet, skelner vi i vores analyse som udgangspunkt ikke mellem indvandrere og efterkommere, men opgør etnicitet ud fra oprindelse. Vi

opdelar således patienterne alt efter, om de er af dansk oprindelse, ikke-vestlig oprindelse eller vestlig oprindelse.

For at kunne udarbejde opgørelserne på personniveau for en given periode har vi samlet alle indlæggelsesforløb og informationer i en given periode for den enkelte patient til en unik observation. Det betyder, at vi lægger informationer om bl.a. diagnoser og tvang fra de forskellige indlæggelsesforløb sammen, således at en patient fremgår med alle diagnoser og eventuelle tvangsformer fra indlæggelsesforløbene.

II. UNDERSØGELSESPERIODE OG POPULATIONSAFGRÆNSNING

Vores fulde undersøgelsesperiode går fra 2005-2018, og vi inddeler den samlede periode i en række toårs perioder, hvor den første periode er fra 2005-2006 og den sidste fra 2017-2018.⁸² Bemærk, at vi kun har data over indlæggelser til og med 10. oktober 2018, hvorfor den sidste periode ikke dækker hele 2018. Et indlæggelsesforløb placeres i en periode ud fra dets udskrivelsesdato, dvs. at et indlæggelsesforløb, der starter i 2016 og slutter i 2017, vil indgå i 2017-2018 perioden.⁸³

Vi ønsker at give et billede af, hvordan situationen ser ud inden for de seneste år. Da det stadig er relevant i denne sammenhæng at se på, om udviklingen har været positiv eller negativ, har vi imidlertid valgt også at inkludere perioder tilbage i tid.

Vores analyse fokuserer på den almindelige psykiatri, hvorfor retspsykiatriske patienter ikke indgår i analysen.⁸⁴ En retspsykiatrisk patient er defineret som en patient, der i løbet af den enkelte toårige periode minimum én gang har haft en retspsykiatrisk indlæggelse.

III. STATISTISK METODE

I analysen er der gjort brug af deskriptiv statistik og ligeledes mere analytisk statistik, i form af regressionsmodeller, der gør det muligt at undersøge sammenhænge, når der tages højde for andre faktorer i den statistiske model. Dette gør vi for at kunne belyse, hvorvidt de sammenhænge, vi ønsker at undersøge, er uafhængige af andre faktorer. Vores hovedresultater baserer sig på resultaterne fra regressionsmodellerne, og det er derfor disse resultater, der vises i teksten, mens de deskriptive tal fremgår af bilagsfigurerne.

Vi anvender logistiske regressionsmodeller til vores analyse af opgørelsestype 1. En logistisk regressionsmodel er en model, hvor man analyserer en binær responsvariabel, dvs. en responsvariabel der kun har to mulige udfald. I vores tilfælde er responsvariablen, om en patient har været udsat for tvang (1) eller ikke udsat for tvang (0). Vi undersøger altså, hvilken betydning de forklarende variabler har for risikoen for at blive udsat for tvang. Vi kan dermed undersøge sammenhængen mellem tvang og etnicitet samtidig med, at vi fastholder værdierne for de øvrige forklarende variabler.

Derudover anvender vi (zero-truncated) Poisson-regressionsmodeller til vores analyse af opgørelsestype 2. En (zero-truncated) Poisson-regression er en model, hvor man analyserer en tællevariabel. I vores tilfælde er responsvariablen antallet af tvangsforanstaltninger, dvs. antallet af gange i en given periode en patient har været udsat for en tvangsforanstaltning. Da vi i disse modeller kun ser på patienter, der i perioden har været udsat for tvang, vil alle patienter i modellerne have været udsat for minimum én tvangsforanstaltning. Vi har således ikke nogen nul-værdier i disse modeller, hvilket vi tager højde for ved at anvende en "zero-truncated" Poisson-regression.

I alle modellerne kontrollerer vi for oprindelse, køn, alder, bopælsregion, uddannelsesniveau og diagnoser i form af diagnosegrupper.⁸⁵ Derudover kontrollerer vi for en række interaktionseffekter. Det er en interaktionseffekt, når effekten af en variabel afhænger af værdien af anden variabel, fx hvis effekten fra vores kønsvariabel afhænger af etnicitet, eller alderseffekten afhænger af køn. Det er forskelligt fra model til model, hvilke interaktionsled der er inkluderet. Dette er afgjort ud fra en række modeltest, som er lavet ud fra den seneste tidsperiode. I mange af modellerne indgår interaktionsleddene oprindelsesland X alder, oprindelsesland X bopælsregion samt oprindelsesland X diagnosegruppe.

Alle analyser er foretaget på Danmarks Statistiks forskermaskine, hvor informationer er pseudonymiseret.

FIGUROVERSIGT

Figur 1: Indlagte psykiatriske patienter opdelt på oprindelse	20
Figur 2: Psykiatriske indlæggelsesforløb opdelt på oprindelse	20
Figur 3: Patienternes diagnoser opdelt på etnicitet, 2017-2018	23
Figur 4: Forventet sandsynlighed for tvang opdelt på oprindelse – kontrolleret for øvrige faktorer, 2005-2018	24
Figur 5: Forventet sandsynlighed for tvangsindlæggelse opdelt på oprindelse – kontrolleret for øvrige faktorer, 2005-2018	25
Figur 6: Forventet sandsynlighed for tvangstilbageholdelse opdelt på oprindelse – kontrolleret for øvrige faktorer, 2005-2018	26
Figur 7: Forventet sandsynlighed for fiksering og fysisk magtanvendelse opdelt på oprindelse – kontrolleret for øvrige faktorer, 2005-2018	27
Figur 8: Forventet sandsynlighed for bæltefiksering opdelt på oprindelse – kontrolleret for øvrige faktorer, 2005-2018	28
Figur 9: Forventet sandsynlighed for tvangsbehandling opdelt på oprindelse – kontrolleret for øvrige faktorer, 2005-2018	29
Figur 10: Forventet sandsynlighed for tvangstilbageholdelse opdelt på oprindelse og indlæggelsesvilkår – kontrolleret for øvrige faktorer, 2005-2018	30
Figur 11: Forventet sandsynlighed for fiksering og fysisk magtanvendelse opdelt på oprindelse og indlæggelsesvilkår – kontrolleret for øvrige faktorer, 2005-2018	31
Figur 12: Forventet sandsynlighed for tvangsbehandling opdelt på oprindelse og indlæggelsesvilkår – kontrolleret for øvrige faktorer, 2005-2018	32
Figur 13: Forventet antal tvangsforanstaltninger for patienter udsat for tvang opdelt på oprindelse og tvangsform – kontrolleret for øvrige faktorer, 2017-2018	34
Figur 14: Indlagte psykiatriske patienter opdelt på oprindelse i antal	60
Figur 15: Psykiatriske indlæggelsesforløb opdelt på oprindelse i antal	60
Figur 16: Forventet sandsynlighed for tvang opdelt på oprindelse og køn – kontrolleret for øvrige faktorer, 2017-2018	61
Figur 17: Forventet sandsynlighed for tvang opdelt på oprindelse og bopælsregion – kontrolleret for øvrige faktorer, 2017-2018	62
Figur 18: Antallet af diagnosegrupper, som patienternes diagnoser tilhører, 2017-2018	63
Figur 19: Forventet sandsynlighed for tvang under indlæggelsesforløb opdelt på oprindelse – kontrolleret for øvrige faktorer, 2005-2018	63
Figur 20: Andel af patienter udsat for tvang, 2005-2018	64
Figur 21: Andel af patienter tvangsindlagt, 2005-2018	64
Figur 22: Andel af patienter tvangstilbageholdt, 2005-2018	65
Figur 23: Andel af patienter udsat for fiksering og fysisk magtanvendelse, 2005-2018	65
Figur 24: Andel af patienter udsat for bæltefiksering, 2005-2018	66
Figur 25: Andel af patienter tvangsbehandlet, 2005-2018	66
Figur 26: Andel af patienter tvangstilbageholdt opdelt på indlæggelsesvilkår, 2005-2018	67

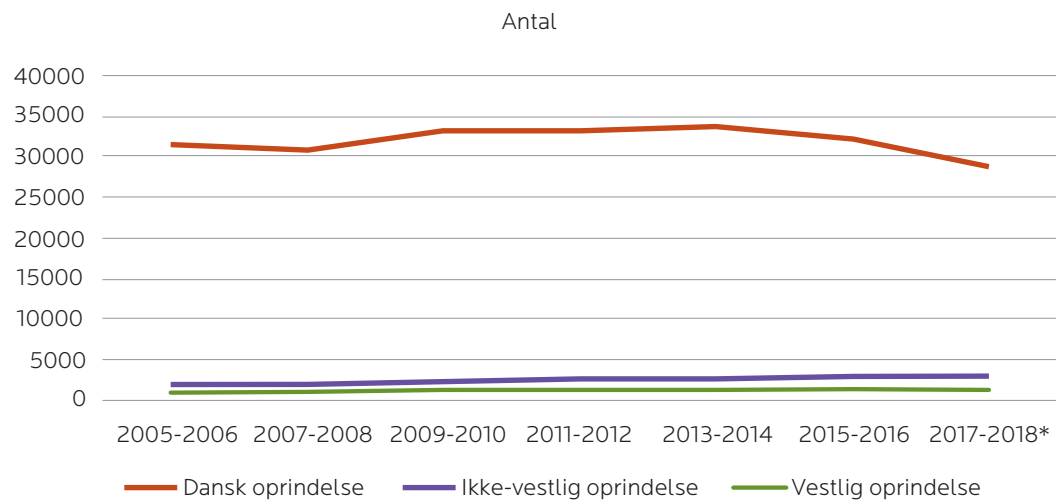
Figur 27: Andel af patienter udsat for fiksering og fysisk magtanvendelse opdelt på indlæggelsesvilkår, 2005-2018	67
Figur 28: Andel af patienter tvangsbehandlet opdelt på indlæggelsesvilkår, 2005-2018	68
Figur 29: Antallet af tvangsindlæggelser for patienter tvangsindlagt opdelt på oprindelsesland, 2017-2018	68
Figur 30: Antallet af tvangstilbageholdelser for patienter tvangstilbageholdt opdelt på oprindelsesland, 2017-2018	69
Figur 31: Antallet af fikseringer og fysiske magtanvendelser for patienter udsat for fiksering og fysisk magtanvendelse opdelt på oprindelsesland, 2017-2018	69
Figur 32: Antallet af tvangsbehandlinger for patienter tvangsbehandlet opdelt på oprindelsesland, 2017-2018	70
Figur 33: Forventet antal tvangsforanstaltninger for patienter udsat for tvang* opdelt på oprindelse og tvangsform – kontrolleret for øvrige faktorer, 2017-2018	71

TABELOVERSIGT

Tabel 1: Indlagte psykiatriske patienters karakteristika opdelt på oprindelse, 2017-2018	21
Tabel 2: Oversigt over hoveddiagnosegrupper	53
Tabel 3: Logistisk regressionsmodel for tvang, 2005-2018	72
Tabel 4: Logistisk regressionsmodel for tvang under indlæggelsesforløb, 2005-2018	74
Tabel 5: Logistisk regressionsmodel for tvangsindlæggelse, 2005-2018	76
Tabel 6: Logistisk regressionsmodel for tvangstilbageholdelse, 2005-2018	78
Tabel 7: Logistisk regressionsmodel for fiksering og fysisk magtanvendelse, 2005-2018	80
Tabel 8: Logistisk regressionsmodel for bæltefiksering, 2005-2018	82
Tabel 9: Logistisk regressionsmodel for tvangsbehandling, 2005-2018	84
Tabel 10: Logistisk regressionsmodel for tvangstilbageholdelse for patienter med tvangsindlæggelsesforløb, 2005-2018	86
Tabel 11: Logistisk regressionsmodel for tvangstilbageholdelse for patienter med frivillige indlæggelsesforløb, 2005-2018	87
Tabel 12: Logistisk regressionsmodel for fiksering og fysisk magtanvendelse for patienter med tvangsindlæggelsesforløb, 2005-2018	89
Tabel 13: Logistisk regressionsmodel for fiksering og fysisk magtanvendelse for patienter med frivillige indlæggelsesforløb, 2005-2018	90
Tabel 14: Logistisk regressionsmodel for tvangsbehandling for patienter med tvangsindlæggelsesforløb, 2005-2018	92
Tabel 15: Logistisk regressionsmodel for tvangsbehandling for patienter med frivillige indlæggelsesforløb, 2005-2018	93
Tabel 16: Poisson-regressionsmodel for antal tvangsindlæggelser, 2017-2018	94
Tabel 17: Poisson-regressionsmodel for antal tvangstilbageholdelser, 2017-2018	96
Tabel 18: Poisson-regressionsmodel for antal fikseringer og fysiske magtanvendelser, 2017-2018	98
Tabel 19: Poisson-regressionsmodel for antal tvangsbehandlinger, 2017-2018	100

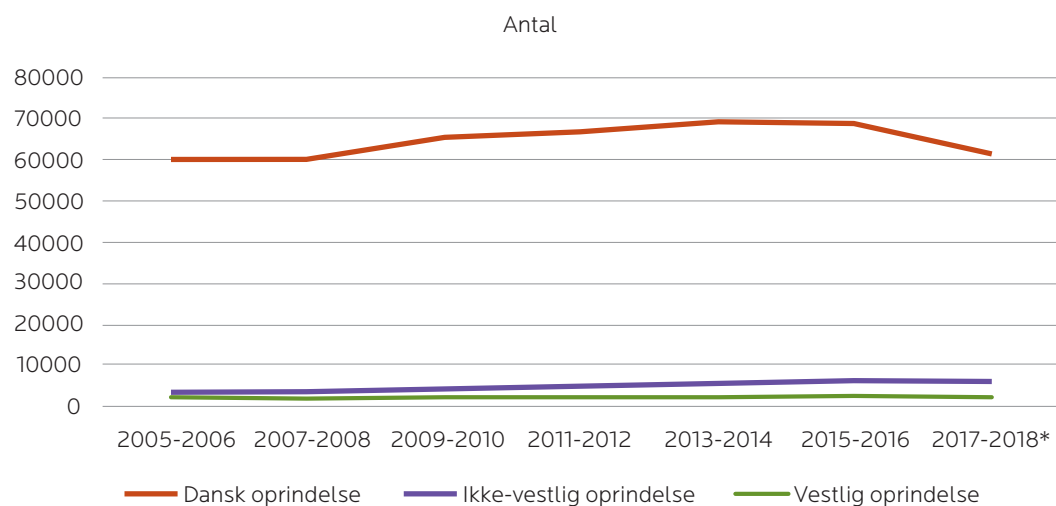
PATIENTER OG FORLØB I ANTAL

FIGUR 14: INDLAGTE PSYKIATRISKE PATIENTER OPDELT PÅ OPRINDELSE I ANTAL



Note: Indlagte patienter dækker over unikke patienter i perioden, dvs. en patient, som har været i kontakt med det psykiatriske sundhedsvæsen en eller flere gange i løbet af perioden. * Bemærk, at 2018 ikke dækker et fuldt år, da vi kun har data til og med 10. oktober.

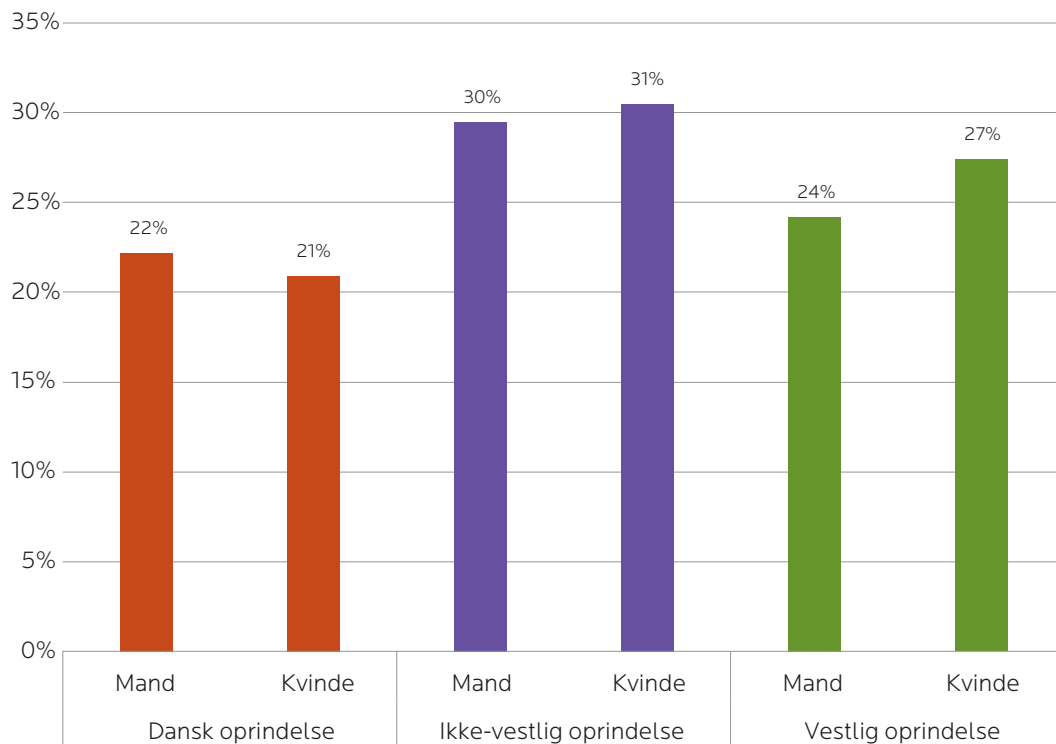
FIGUR 15: PSYKIATRISKE INDLÆGGELSESFORLØB OPDELT PÅ OPRINDELSE I ANTAL



Note: Et indlæggelsesforløb indgår i den pågældende periode, hvis udskrivelsesdatoen ligger inde for denne periode. *Bemærk, at 2018 ikke dækker et fuldt år, da vi kun har data til og med 10. oktober.

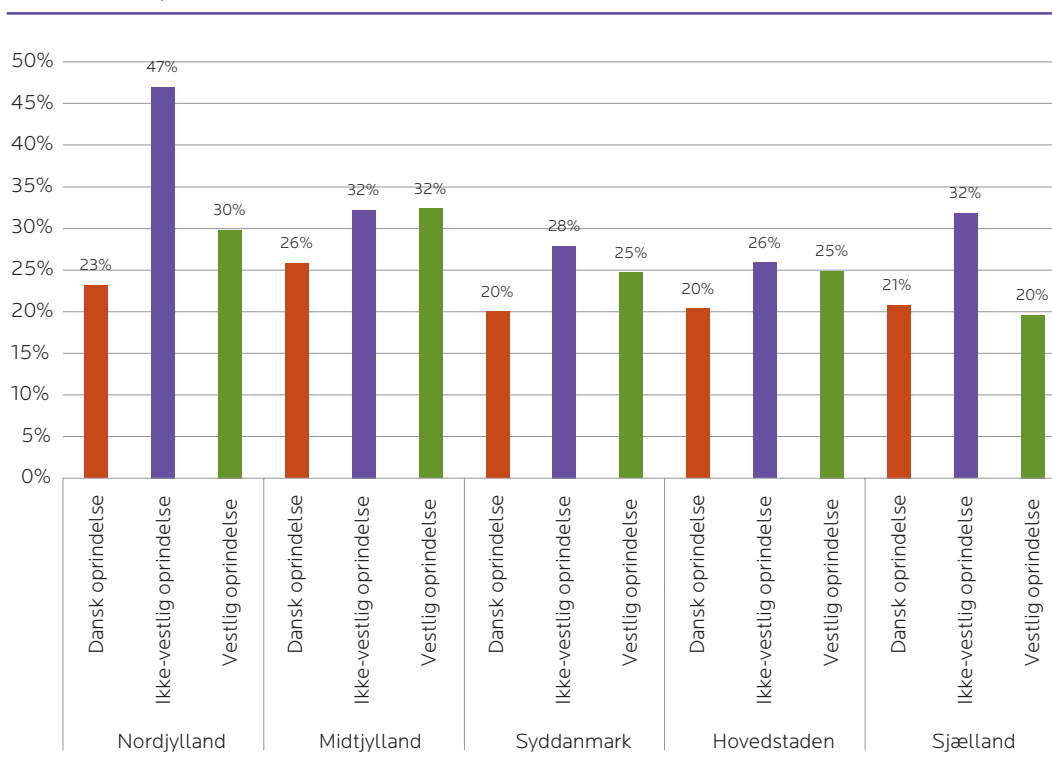
FORVENTEDE SANDSYNLIGHEDER FOR TVANG

FIGUR 16: FORVENTET SANDSYNLIGHED FOR TVANG OPDELT PÅ OPRINDELSE OG KØN – KONTROLLERET FOR ØVRIGE FAKTORER, 2017-2018



Note: Forventet sandsynlighed for at blive udsat for tvang minimum én gang i perioden 2017-2018 opdelt på oprindelse og køn. Baseret på gennemsnitligt forventede sandsynligheder i logistisk regressionsmodel. Kontrolleret for køn, alder, oprindelse, bopælsregion, uddannelse og diagnose (DF1, DF2, DF3, DF4, øvrige DF-diagnoser). Derudover er en række interaktionstermer inkluderet i modellen: køn X oprindelse, alder X oprindelse, bopælsregion X oprindelse, DF1 X oprindelse, DF2 X oprindelse, DF4 X oprindelse.

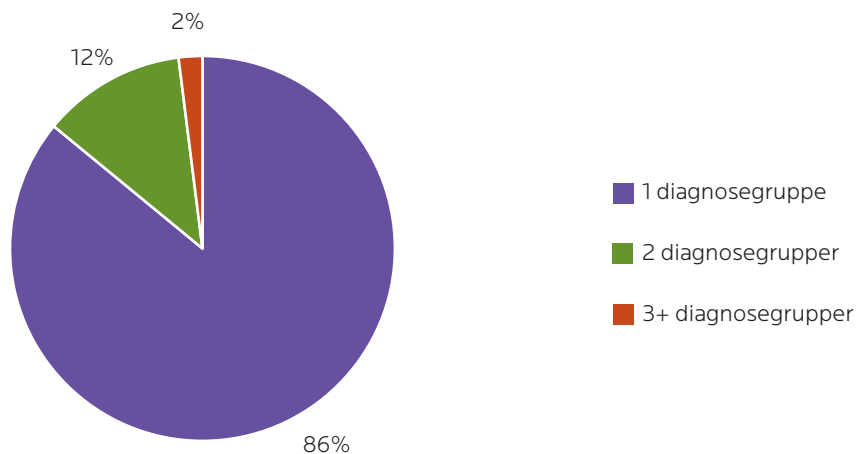
FIGUR 17: FORVENTET SANDSYNLIGHED FOR TVANG OPDELT PÅ OPRINDELSE OG BOPÆLSREGION – KONTROLLERET FOR ØVRIGE FAKTORER, 2017-2018



Note: Forventet sandsynlighed for at blive udsat for tvang minimum én gang i perioden 2017-2018 opdelt på oprindelse og bopælsregion. Baseret på gennemsnitligt forventede sandsynligheder i logistisk regressionsmodel. Kontrolleret for køn, alder, oprindelse, bopælsregion, uddannelse og diagnose (DF1, DF2, DF3, DF4, øvrige DF-diagnoser). Derudover er en række interaktionstermer inkluderet i modellen: køn X oprindelse, alder X oprindelse, bopælsregion X oprindelse, DF1 X oprindelse, DF2 X oprindelse, DF4 X oprindelse.

ANTALLET AF DIAGNOSEGRUPPER, SOM PATIENTERNES DIAGNOSER TILHØRER

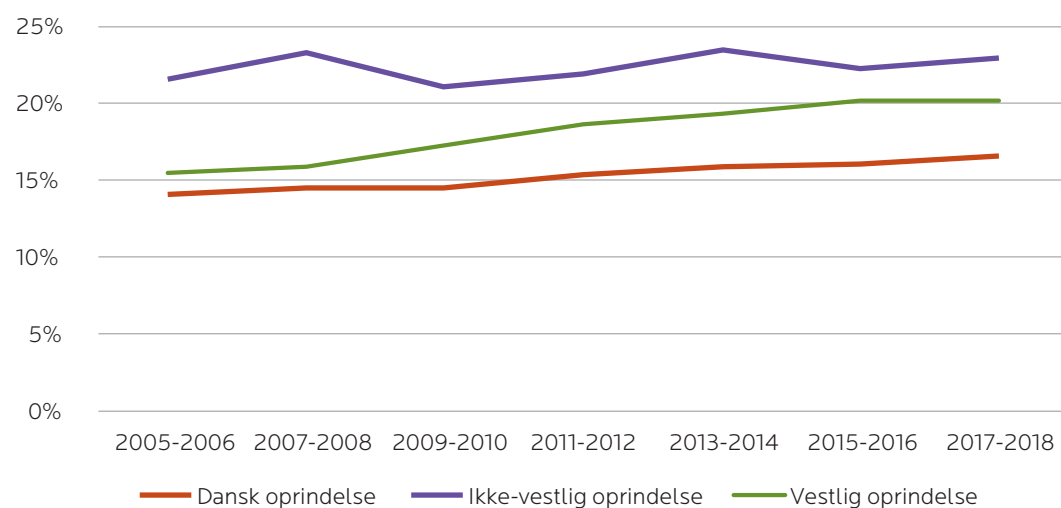
FIGUR 18: ANTALLET AF DIAGNOSEGRUPPER, SOM PATIENTERNES DIAGNOSER TILHØRER, 2017-2018



Note: Andelen af indlagte psykiatriske patienter i perioden 2017-2018, der har diagnoser inden for henholdsvis 1, 2 og 3 eller flere diagnosegrupper.

FORLØBSREGRESSION

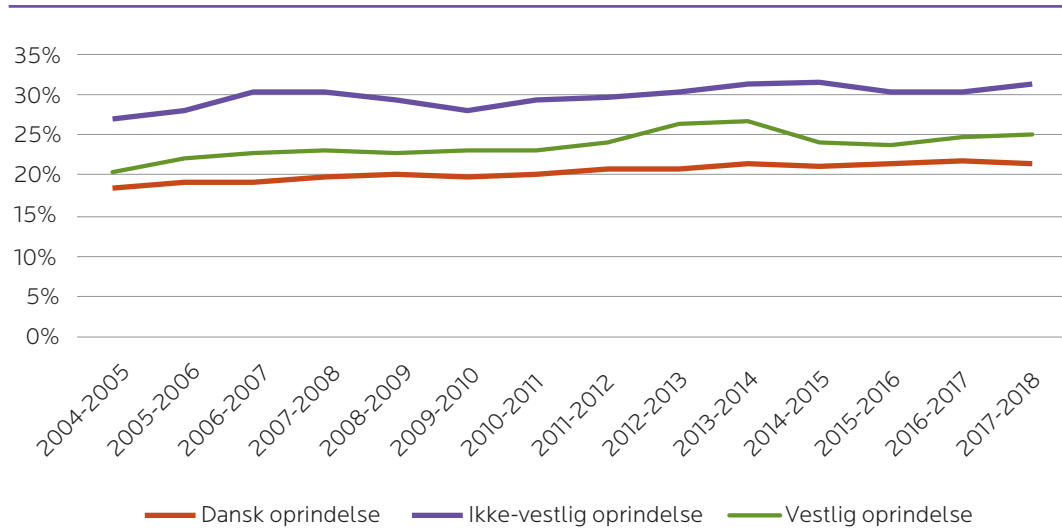
FIGUR 19: FORVENTET SANDSYNLIGHED FOR TVANG UNDER INDLÆGGELSESFORLØB OPDELT PÅ OPRINDELSE – KONTROLLERET FOR ØVRIGE FAKTORER, 2005-2018



Note: Forventet sandsynlighed for at blive udsat for tvang under et indlæggelsesforløb i den pågældende periode. Baseret på gennemsnitligt forventede sandsynligheder i logistisk regressionsmodel. Kontrolleret for køn, alder, oprindelse, bopælsregion, uddannelse og diagnose (DF1, DF2, DF3, DF4, øvrige DF-diagnoser). Derudover er en række interaktionsled inkluderet i modellen: oprindelse X køn, oprindelse X alder, oprindelse X bopælsregion, DF1 X oprindelse, DF2 X oprindelse og DF4 X oprindelse. Den logistiske regressionsmodel er udarbejdet for hver enkelt periode.

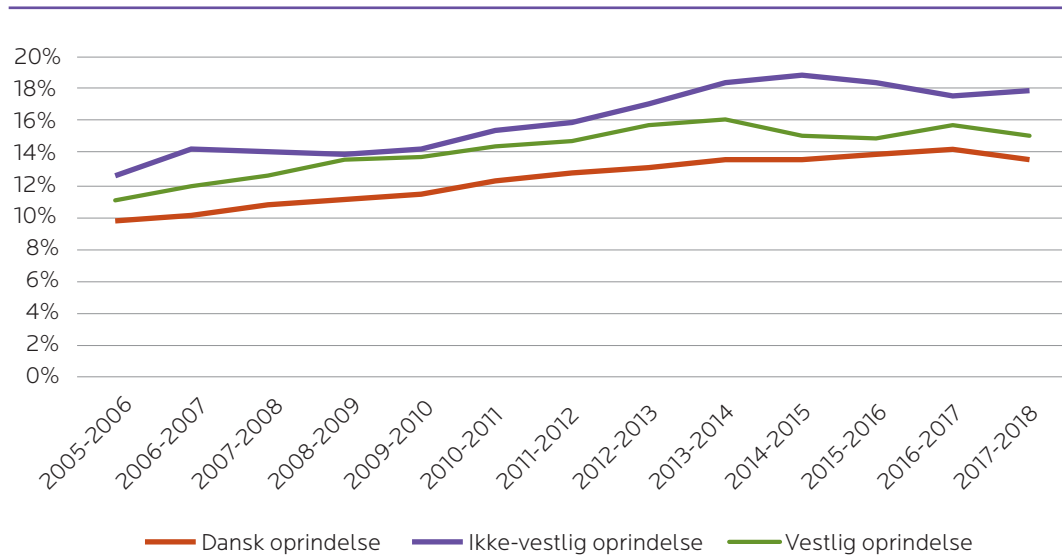
ANDELSTABELLER (IKKE KONTROLLERET FOR ØVRIGE FAKTORER)

FIGUR 20: ANDEL AF PATIENTER UDSAT FOR TVANG, 2005-2018



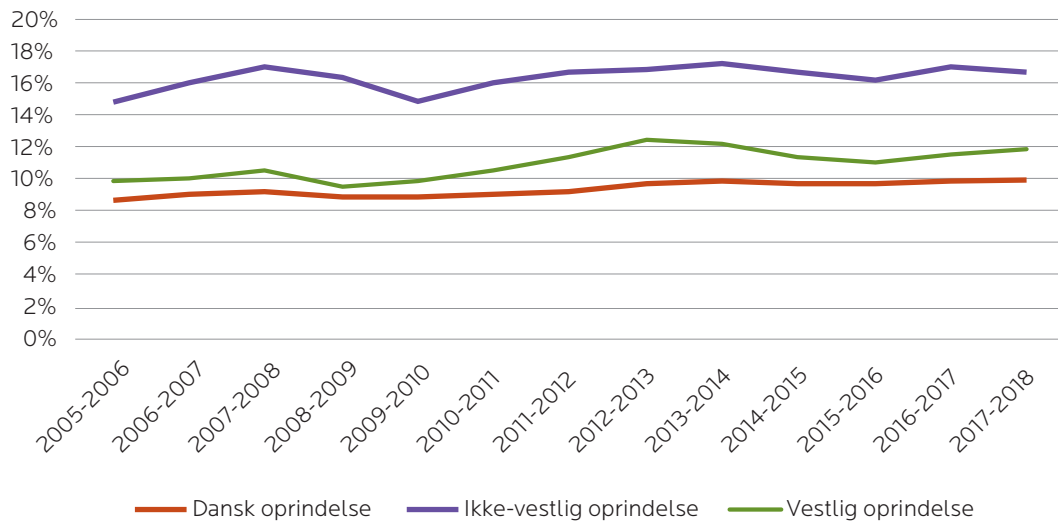
Note: Andelen af patienter udsat for tvang minimum én gang i perioden opdelt på oprindelse.

FIGUR 21: ANDEL AF PATIENTER TVANGSINDLAGT, 2005-2018



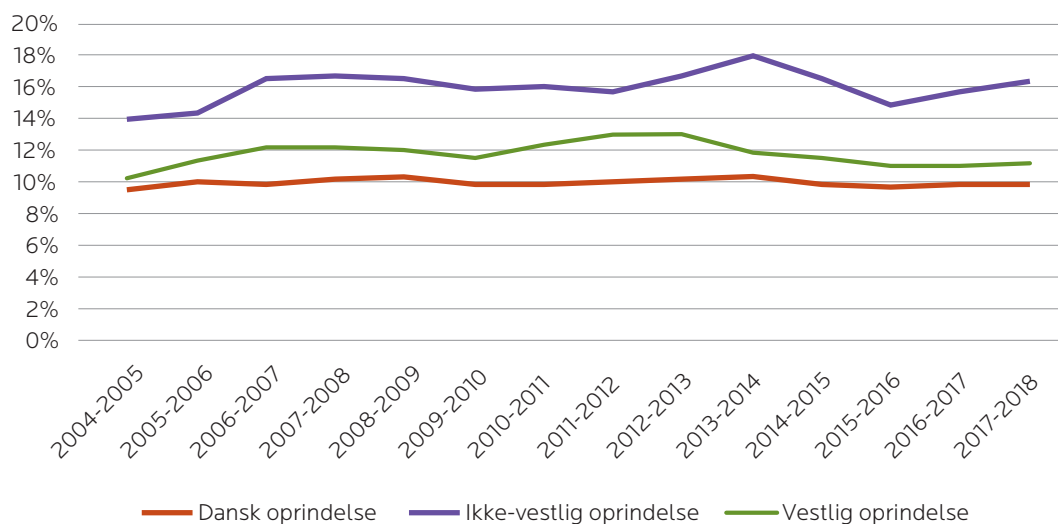
Note: Andelen af patienter tvangsindlagt minimum én gang i perioden opdelt på oprindelse.

FIGUR 22: ANDEL AF PATIENTER TVANGSTILBAGEHOLDT, 2005-2018



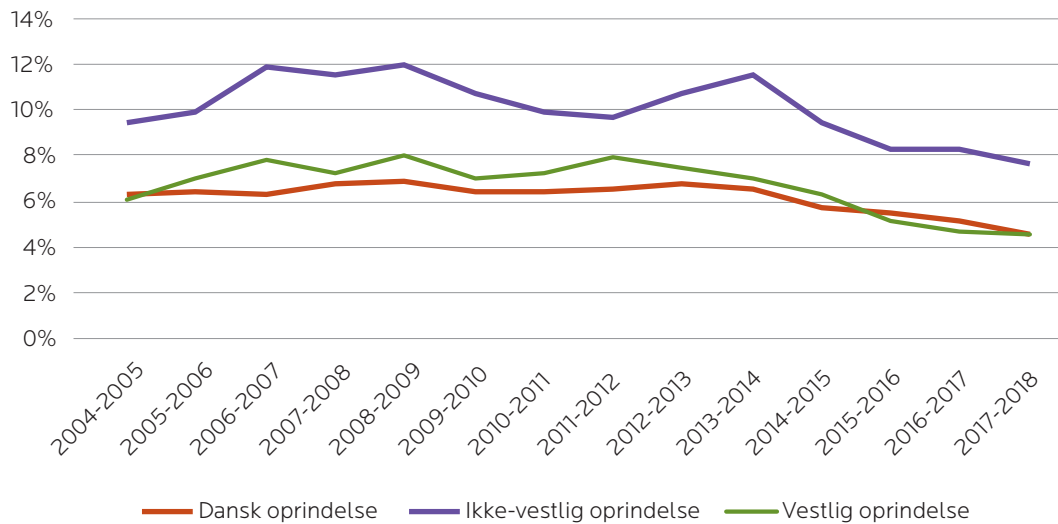
Note: Andelen af patienter tvangstilbageholdt minimum én gang i perioden opdelt på oprindelse.

FIGUR 23: ANDEL AF PATIENTER UDSAT FOR FIKSERING OG FYSISK MAGTANVENDELSE, 2005-2018



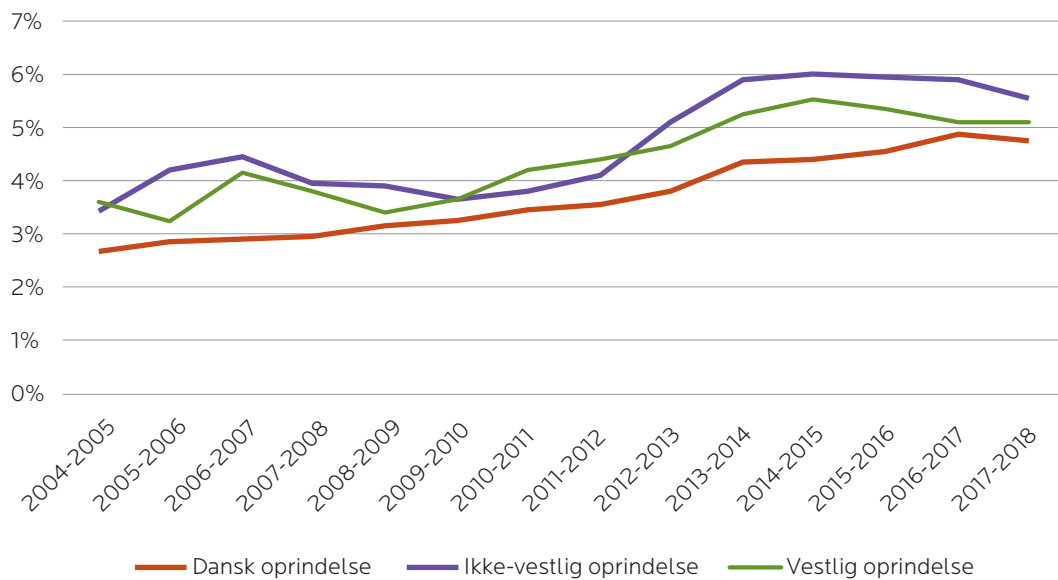
Note: Andelen af patienter udsat for fiksering og fysisk magtanvendelse minimum én gang i perioden opdelt på oprindelse.

FIGUR 24: ANDEL AF PATIENTER UDSAT FOR BÆLTEFIKSERING, 2005-2018



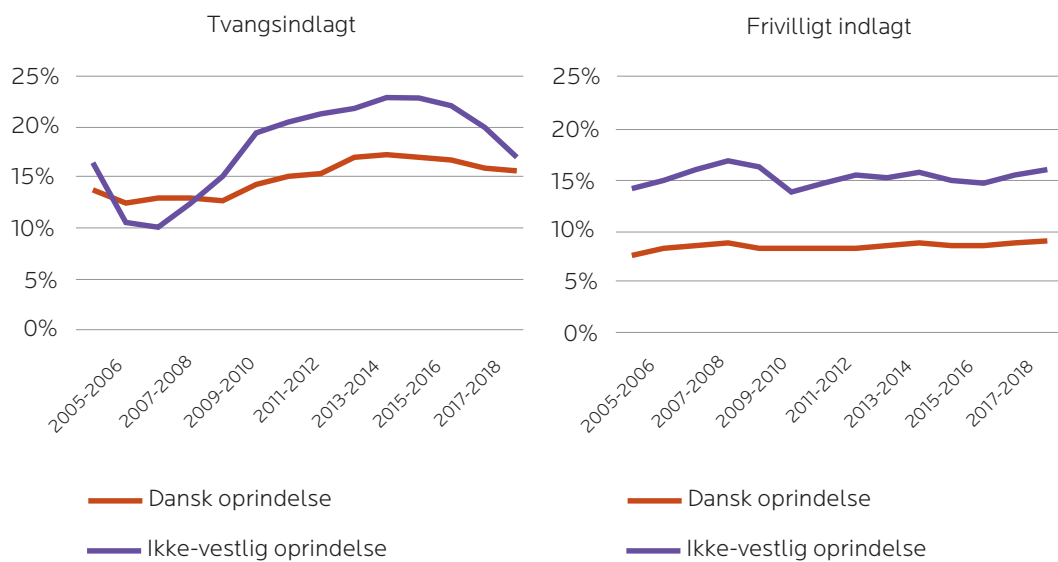
Note: Andelen af patienter udsat for bæltefiksering minimum én gang i perioden opdelt på oprindelse.

FIGUR 25: ANDEL AF PATIENTER TVANGSBEHANDLET, 2005-2018



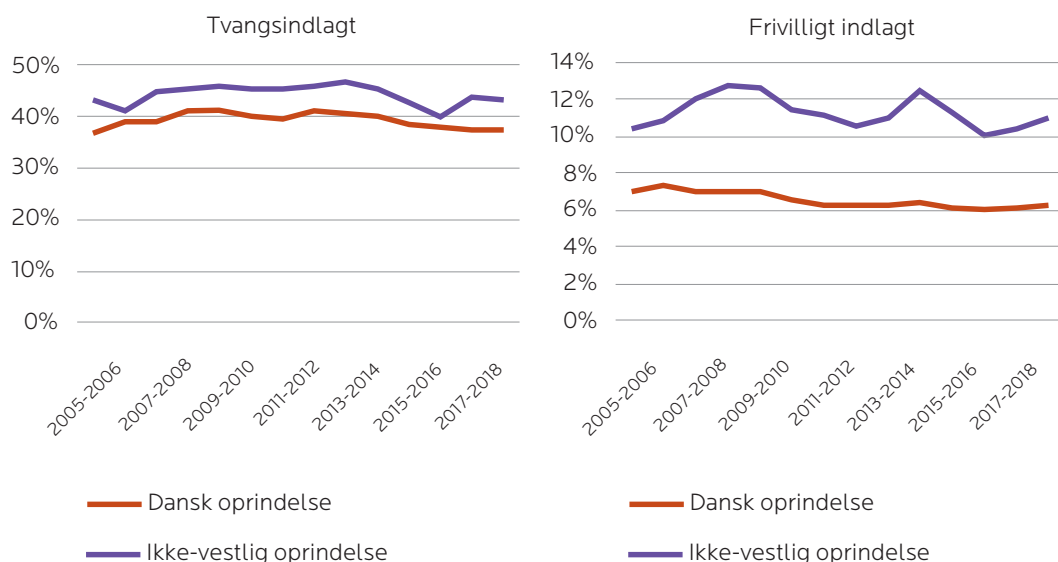
Note: Andelen af patienter udsat tvangsbehandlet minimum én gang i perioden opdelt på oprindelse.

FIGUR 26: ANDEL AF PATIENTER TVANGSTILBAGEHOLDT OPDELT PÅ INDLÆGGESESVILKÅR, 2005-2018



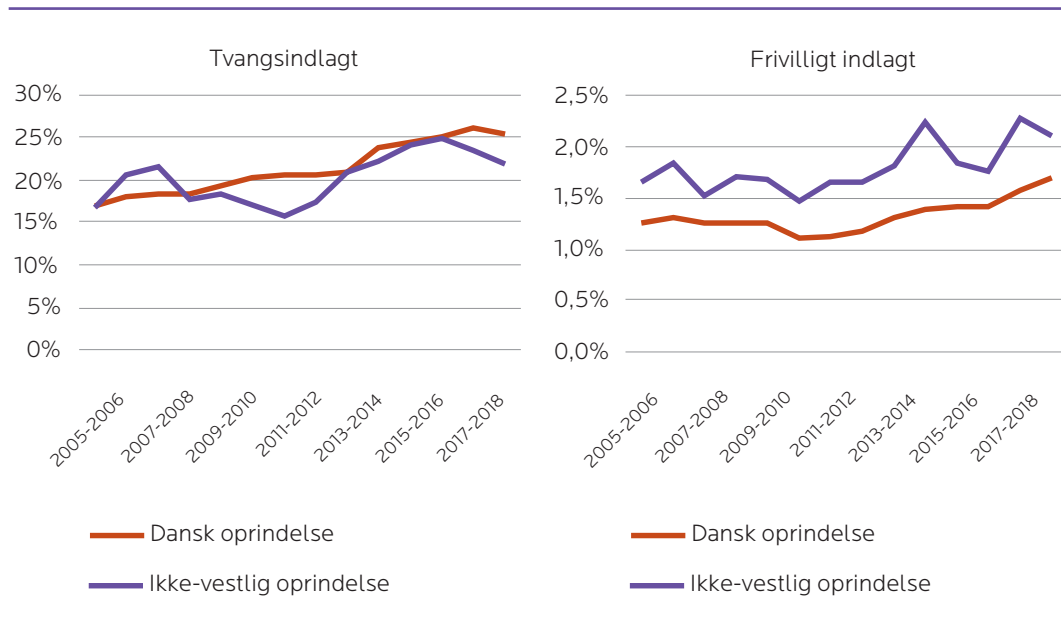
Note: Andelen af patienter tvangstilbageholdt minimum én gang i perioden opdelt på oprindelse og indlæggelsesvilkår.

FIGUR 27: ANDEL AF PATIENTER UDSAT FOR FIKSERING OG FYSISK MAGTANVENDELSE OPDELT PÅ INDLÆGGESESVILKÅR, 2005-2018



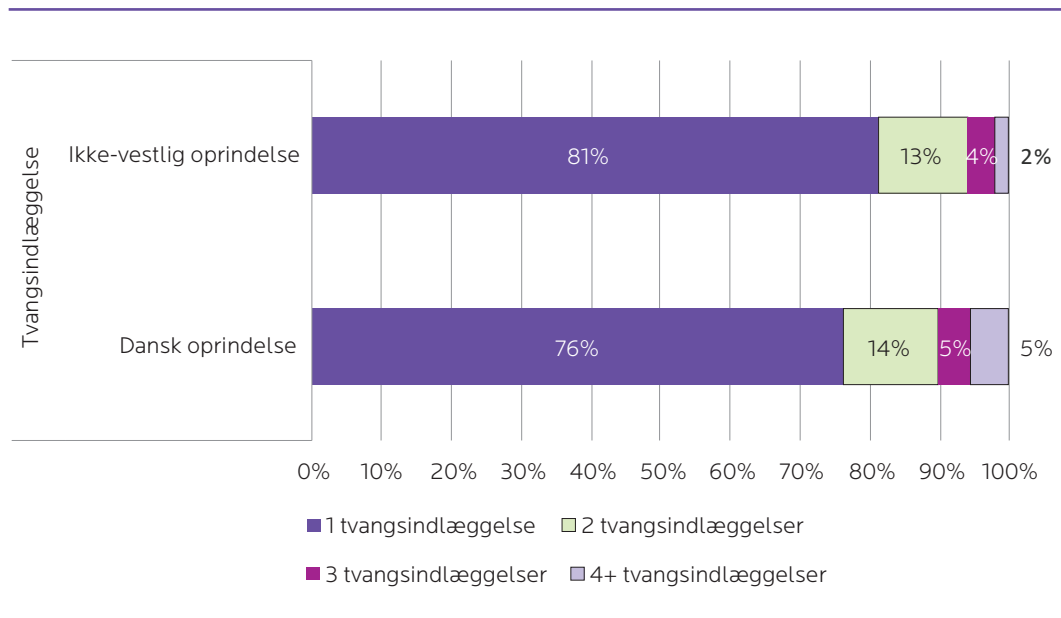
Note: Andelen af patienter udsat for fiksering og fysisk magtanvendelse minimum én gang i perioden opdelt på oprindelse og indlæggelsesvilkår.

FIGUR 28: ANDEL AF PATIENTER TVANGSBEHANDLET OPDELT PÅ INDLÆGGELSESVILKÅR, 2005-2018



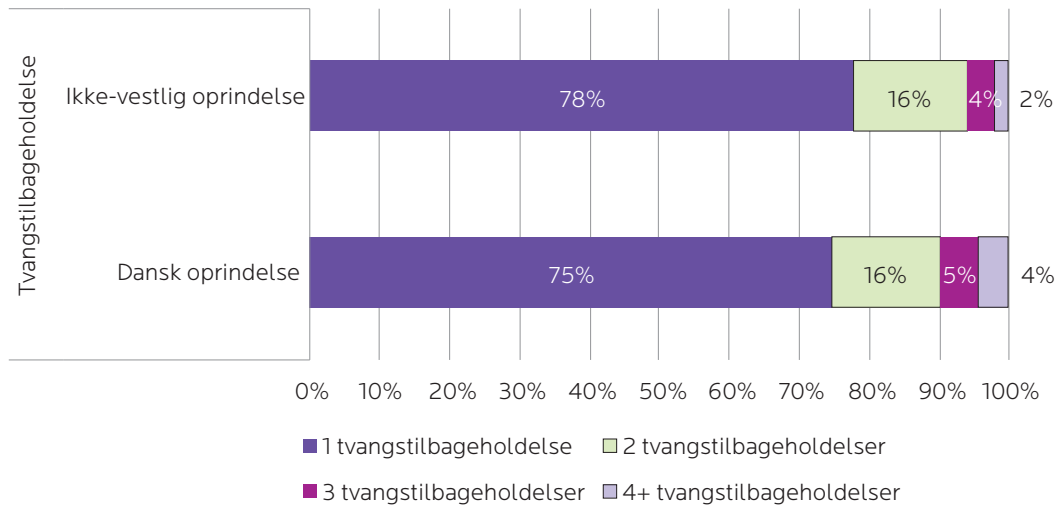
Note: Andelen af patienter tvangsbehandlet minimum én gang i perioden opdelt på oprindelse og indlæggelsesvilkår.

FIGUR 29: ANTALLET AF TVANGSINDLÆGGELSER FOR PATIENTER TVANGSINDLAGT OPDELT PÅ OPRINDELSES LAND, 2017-2018



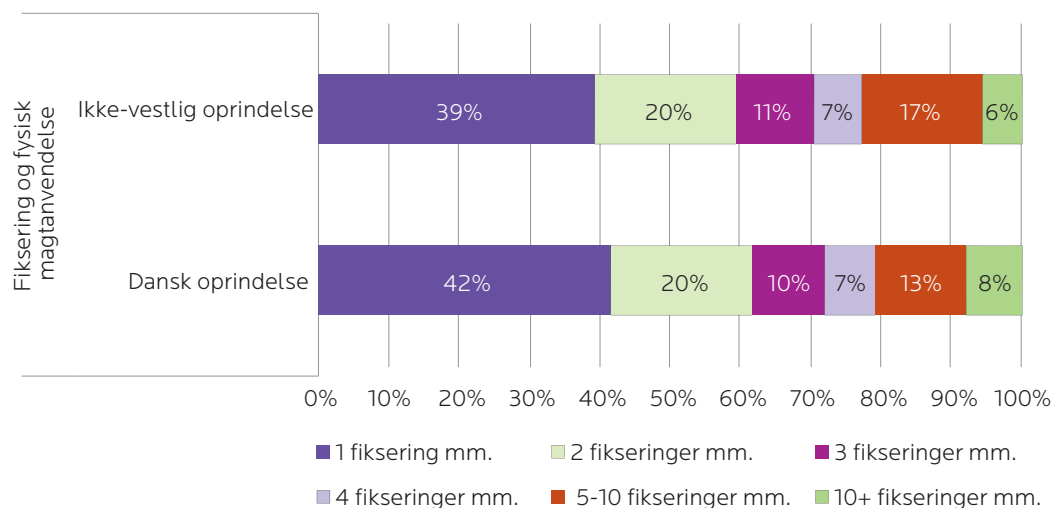
Note: Andelen af patienter, der har været tvangsindlagt, der har haft henholdsvis 1, 2, 3 eller 4 og flere tvangsindlæggelser i perioden 2017-2018. Kategorien 4+ er valgt af diskretionsmæssige hensyn.

FIGUR 30: ANTALLET AF TVANGSTILBAGEHOLDELSER FOR PATIENTER TVANGSTILBAGEHOLDT OPDELT PÅ OPRINDELSESLAND, 2017-2018

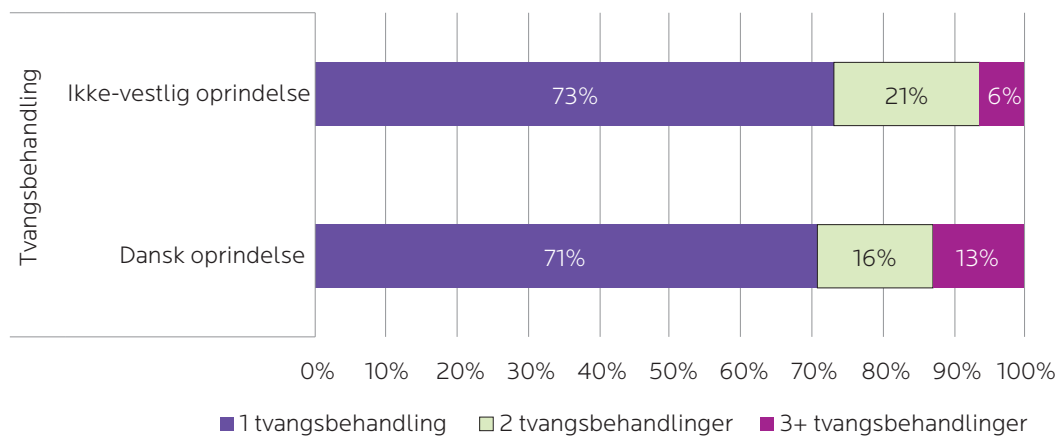


Note: Andelen af patienter, der har været tvangstilbageholdt, der har haft henholdsvis 1, 2, 3 eller 4 og flere tvangstilbageholdelser i perioden 2017-2018. Kategorien 4+ er valgt af diskretionsmæssige hensyn.

FIGUR 31: ANTALLET AF FIKSERINGER OG FYSISKE MAGTANVENDELSER FOR PATIENTER UDSAT FOR FIKSERING OG FYSISK MAGTANVENDELSE OPDELT PÅ OPRINDELSESLAND, 2017-2018

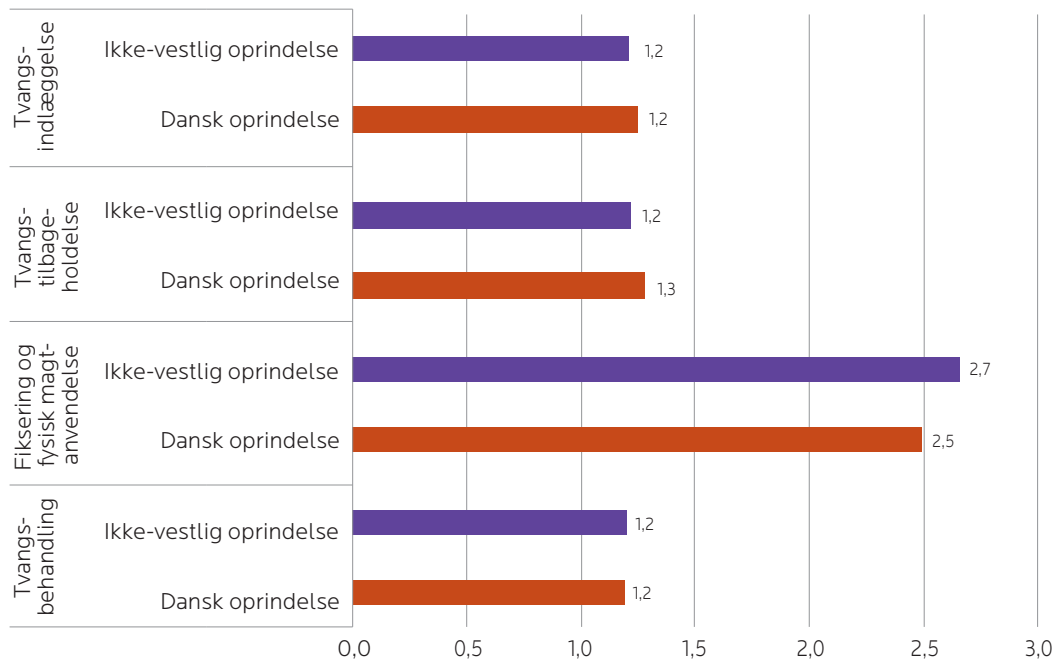


Note: Andelen af patienter, der har været udsat for fiksering og fysisk magtanvendelse, der har haft henholdsvis 1, 2, 3, 4, 5-10 eller 10 og flere fikseringer mm. i perioden 2017-2018. Kategorien 10+ er valgt af diskretionsmæssige hensyn.

FIGUR 32: ANTALLET AF TVANGSBEHANDLINGER FOR PATIENTER TVANGSBEHANDLET OPDELT PÅ OPRINDELSESLAND, 2017-2018

Note: Andelen af patienter, der har været tvangsbehandlet, der har haft henholdsvis 1, 2 eller 3 og flere tvangsbehandlinger i perioden 2017-2018. Kategorien 3+ er valgt af diskretionsmæssige hensyn.

FIGUR 33: FORVENTET ANTAL TVANGSFORANSTALTNINGER FOR PATIENTER UDSAT FOR TVANG* OPDELT PÅ OPRINDELSE OG TVANGSFORM – KONTROLLERET FOR ØVRIGE FAKTORER, 2017-2018



Note: Forventet antal tvangsforanstaltninger for patienter udsat for tvang* i perioden 2017-2018. Baseret på gennemsnitligt forventede antal gange i Poisson-regressionsmodel (zero-truncated). Kontrolleret for køn, alder, oprindelse, bopælsregion, uddannelse og diagnose (DF1, DF2, DF3, DF4, øvrige DF-diagnoser). Derudover er der i modellerne inkluderet en række interaktionsled. I modellen for tvangsindlæggelse indgår køn X alder, oprindelse X alder, oprindelse X DF2 og oprindelse X øvrige DF. I modellen for tvangstilbageholdelse indgår oprindelse X alder, oprindelse X region, oprindelse X DF1, oprindelse X DF2, oprindelse X DF4 og oprindelse X øvrige DF. I modellen for fiksering og fysisk magtanvendelse indgår oprindelse X alder, oprindelse X region, oprindelse X DF2, oprindelse X DF4 og oprindelse X øvrige DF. I modellen for tvangsbehandling indgår oprindelse X alder og oprindelse X DF4. Regressionsmodellen er udarbejdet for hver enkel tvangsform. Regressionsoutputtet fremgår af model (2) i Tabel 16-Tabel 19 i bilag.

*Kun patienter, der har været udsat for den enkelte tvangsform indgår i modellen. I modellen for tvangsindlæggelse indgår kun patienter med færre end fire tvangsindlæggelser. I modellen for tvangstilbageholdelse indgår kun patienter med færre end fire tvangstilbageholdelser. I modellen for fiksering og fysisk magtanvendelse indgår kun patienter med færre end 10 anvendelser, og i modellen for tvangsbehandling indgår kun patienter med færre end tre tvangsbehandlinger.

TABEL 3: LOGISTISK REGRESSIONSMODEL FOR TVANG, 2005-2018

	2005 06 (1)	2007 08 (2)	2009 10 (3)	2010 11 (4)	2012 13 (5)	2015 16 (6)	2017 18 (7)
Ikke-vestlig oprindelse	1,053*** [0,311]	1,286*** [0,301]	1,243*** [0,280]	0,992*** [0,275]	1,521*** [0,254]	1,368*** [0,259]	2,017*** [0,246]
Vestlig oprindelse	-0,237 [0,426]	0,597 [0,400]	-0,352 [0,404]	0,0111 [0,372]	0,0588 [0,354]	0,04 [0,381]	0,254 [0,366]
Alder	0,0119*** [0,000888]	0,0157*** [0,000868]	0,0170*** [0,000829]	0,0167*** [0,000806]	0,0185*** [0,000789]	0,0172*** [0,000794]	0,0156*** [0,000836]
Kvinde	-0,150*** [0,0307]	-0,109*** [0,0308]	-0,105*** [0,0299]	-0,111*** [0,0294]	-0,159*** [0,0290]	-0,0996*** [0,0296]	-0,0877*** [0,0311]
Region Midtjylland	-0,0281 [0,0611]	0,043 [0,0614]	-0,0874 [0,0579]	0,196*** [0,0586]	0,190*** [0,0578]	0,0871 [0,0591]	0,161*** [0,0621]
Region Syddanmark	-0,266*** [0,0617]	-0,152** [0,0613]	-0,191*** [0,0573]	0,0295 [0,0572]	0,0758 [0,0563]	-0,234*** [0,0582]	-0,207*** [0,0608]
Region Hovedstaden	-0,00267 [0,0577]	0,0259 [0,0578]	-0,325*** [0,0543]	-0,115** [0,0545]	-0,0542 [0,0538]	-0,209*** [0,0550]	-0,181*** [0,0583]
Region Sjælland	-0,148** [0,0651]	-0,191*** [0,0660]	-0,365*** [0,0627]	-0,0984 [0,0619]	-0,155** [0,0618]	-0,284*** [0,0632]	-0,156** [0,0654]
Gymnaisiale og erhvervsfaglige udd.	-0,124*** [0,0326]	-0,125*** [0,0326]	-0,132*** [0,0314]	-0,0867*** [0,0309]	-0,147*** [0,0305]	-0,108*** [0,0309]	-0,161*** [0,0325]
Korte videregående udd.	-0,121 [0,101]	-0,1 [0,0997]	-0,206** [0,0959]	0,0101 [0,0920]	-0,0923 [0,0862]	-0,0697 [0,0900]	-0,141 [0,0922]
Mellemlange videregående udd.	-0,166*** [0,0542]	-0,0781 [0,0526]	-0,0854* [0,0514]	-0,0193 [0,0496]	-0,146*** [0,0483]	-0,0303 [0,0485]	-0,128** [0,0508]
Lange videregående udd.	0,0807 [0,0827]	0,0583 [0,0817]	0,0546 [0,0788]	0,103 [0,0740]	0,117* [0,0685]	0,00823 [0,0693]	0,126* [0,0705]
Uoplyst udd.	-0,00418 [0,0624]	0,081 [0,0656]	0,084 [0,0668]	0,243*** [0,0686]	0,258*** [0,0690]	0,307*** [0,0750]	0,0961 [0,0821]
DF1	0,399*** [0,0492]	0,438*** [0,0492]	0,393*** [0,0462]	0,348*** [0,0443]	0,370*** [0,0436]	0,498*** [0,0448]	0,412*** [0,0479]
DF2	1,491*** [0,0469]	1,581*** [0,0459]	1,573*** [0,0430]	1,488*** [0,0411]	1,582*** [0,0405]	1,572*** [0,0419]	1,537*** [0,0446]
DF3	0,101** [0,0451]	0,154*** [0,0440]	0,0913** [0,0408]	0,0301 [0,0396]	0,152*** [0,0389]	0,214*** [0,0408]	0,211*** [0,0443]
DF4	-0,309*** [0,0568]	-0,316*** [0,0558]	-0,197*** [0,0499]	-0,340*** [0,0452]	-0,218*** [0,0430]	-0,271*** [0,0447]	-0,307*** [0,0470]
Øvrig DF	1,092*** [0,0445]	1,216*** [0,0433]	1,218*** [0,0401]	1,165*** [0,0385]	1,319*** [0,0379]	1,328*** [0,0393]	1,284*** [0,0422]
Ikke-vestlig oprindelse X Kvinde	0,257** [0,116]	0,263** [0,110]	0,116 [0,105]	0,356*** [0,101]	0,127 [0,0964]	0,262*** [0,0950]	0,145 [0,0960]
Vestlig oprindelse X Kvinde	0,0129 [0,165]	-0,0462 [0,165]	0,204 [0,155]	0,166 [0,152]	0,276** [0,138]	0,129 [0,142]	0,279* [0,147]
Ikke-vestlig oprindelse X Alder	-0,0198*** [0,00476]	-0,0207*** [0,00421]	-0,0223*** [0,00393]	-0,0132*** [0,00373]	-0,0221*** [0,00349]	-0,0206*** [0,00334]	-0,0213*** [0,00338]

Fortsat

	2005 06 (1)	2007 08 (2)	2009 10 (3)	2010 11 (4)	2012 13 (5)	2015 16 (6)	2017 18 (7)
Vestlig oprindelse X Alder	0,0061 [0,00490]	-0,00657 [0,00472]	-0,0012 [0,00432]	-0,00306 [0,00435]	-0,00141 [0,00397]	-0,00639 [0,00390]	0,0023 [0,00402]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Midtjylland	-0,0361 [0,261]	-0,00832 [0,261]	-0,173 [0,244]	0,0593 [0,243]	-0,098 [0,227]	-0,301 [0,236]	-0,884*** [0,223]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Syddanmark	0,152 [0,268]	-0,0203 [0,263]	-0,26 [0,251]	-0,164 [0,241]	-0,175 [0,227]	-0,0299 [0,236]	-0,754*** [0,226]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Hovedstaden	-0,225 [0,243]	-0,00758 [0,241]	0,083 [0,225]	-0,159 [0,225]	-0,276 [0,209]	-0,183 [0,219]	-0,892*** [0,209]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Sjælland	-0,195 [0,289]	0,186 [0,289]	-0,0757 [0,269]	-0,354 [0,269]	-0,0108 [0,244]	-0,295 [0,259]	-0,588** [0,238]
Vestlig oprindelse X Region Midtjylland	-0,0808 [0,389]	0,122 [0,371]	0,347 [0,370]	0,289 [0,345]	0,0887 [0,322]	0,396 [0,360]	-0,0165 [0,336]
Vestlig oprindelse X Region Syddanmark	-0,105 [0,384]	-0,078 [0,356]	0,224 [0,366]	0,207 [0,330]	0,0575 [0,317]	0,514 [0,346]	-0,0864 [0,330]
Vestlig oprindelse X Region Hovedstaden	0,0162 [0,350]	0,181 [0,313]	0,504 [0,333]	0,198 [0,304]	0,183 [0,288]	0,311 [0,328]	-0,1 [0,305]
Vestlig oprindelse X Region Sjælland	0,0969 [0,411]	0,346 [0,367]	0,768** [0,378]	0,195 [0,364]	0,0881 [0,352]	0,443 [0,389]	-0,477 [0,375]
Ikke-vestlig oprindelse X DF1	0,426** [0,195]	0,633*** [0,175]	0,667*** [0,161]	0,283* [0,155]	0,320** [0,146]	0,443*** [0,145]	0,314** [0,142]
Vestlig oprindelse X DF1	0,173 [0,214]	-0,679*** [0,258]	-0,198 [0,216]	-0,0618 [0,200]	-0,109 [0,189]	0,229 [0,187]	-0,101 [0,196]
Ikke-vestlig oprindelse X DF2	0,217 [0,133]	-0,0958 [0,120]	0,0599 [0,115]	0,0659 [0,111]	0,0262 [0,106]	0,0724 [0,106]	0,0999 [0,105]
Vestlig oprindelse X DF2	0,0762 [0,183]	-0,211 [0,174]	0,26 [0,172]	0,286* [0,169]	0,17 [0,154]	-0,019 [0,162]	-0,0836 [0,163]
Ikke-vestlig oprindelse X DF4	0,232 [0,168]	-0,127 [0,161]	0,101 [0,146]	-0,0134 [0,131]	0,0382 [0,124]	-0,159 [0,128]	0,0229 [0,127]
Vestlig oprindelse X DF4	0,265 [0,255]	-0,725** [0,343]	0,455** [0,219]	-0,117 [0,230]	0,238 [0,183]	0,123 [0,193]	-0,464** [0,225]
Konstant	-2,559*** [0,0827]	-2,851*** [0,0819]	-2,701*** [0,0762]	-2,753*** [0,0746]	-2,901*** [0,0735]	-2,758*** [0,0754]	-2,649*** [0,0787]
Observationer	34.491	34.099	36.785	36.894	37.804	36.461	32.930

SNote: * = signifikant på et 10-procentsniveau, ** = signifikant på et 5-procentsniveau, *** = signifikant på et 1-procentsniveau. Der er anvendt en logit model. De viste parameterestimerer er log odds estimerer, og de tilhørende standardfejl er angivet i parentes.

TABEL 4: LOGISTISK REGRESSIONSMODEL FOR TVANG UNDER INDLÆGGELSESFORLØB, 2005-2018

	2005 06 (1)	2007 08 (2)	2009 10 (3)	2010 11 (4)	2012 13 (5)	2015 16 (6)	2017 18 (7)
Ikke-vestlig oprindelse	0,387	0,885***	1,189***	1,232***	1,237***	0,987***	1,444***
	[0,299]	[0,308]	[0,315]	[0,332]	[0,279]	[0,244]	[0,223]
Vestlig oprindelse	-0,457	-0,016	-0,445	-0,39	-0,113	0,15	0,403
	[0,439]	[0,428]	[0,390]	[0,330]	[0,400]	[0,361]	[0,342]
Alder	0,00818***	0,0117***	0,0130***	0,0105***	0,0122***	0,00935***	0,00793***
	[0,00109]	[0,00126]	[0,00115]	[0,00109]	[0,00109]	[0,00107]	[0,00117]
Kvinde	-0,0666*	-0,021	-0,0924**	-0,041	-0,048	0,016	0,062
	[0,0355]	[0,0375]	[0,0370]	[0,0371]	[0,0364]	[0,0360]	[0,0379]
Region Midtjylland	-0,186***	-0,135*	-0,186***	0,041	0,093	-0,053	0,111
	[0,0695]	[0,0726]	[0,0686]	[0,0705]	[0,0725]	[0,0709]	[0,0764]
Region Syddanmark	-0,380***	-0,374***	-0,343***	-0,165**	-0,034	-0,248***	-0,268***
	[0,0703]	[0,0720]	[0,0681]	[0,0691]	[0,0670]	[0,0686]	[0,0733]
Region Hovedstaden	-0,127**	-0,207***	-0,428***	-0,362***	-0,108*	-0,270***	-0,253***
	[0,0642]	[0,0659]	[0,0613]	[0,0617]	[0,0649]	[0,0634]	[0,0669]
Region Sjælland	-0,159**	-0,310***	-0,250***	-0,138*	-0,102	-0,232***	-0,081
	[0,0703]	[0,0782]	[0,0747]	[0,0707]	[0,0717]	[0,0746]	[0,0749]
Gymnasiale og erhvervsfaglige udd.	-0,122***	-0,0854**	-0,106***	-0,054	-0,100**	-0,123***	-0,147***
	[0,0376]	[0,0392]	[0,0379]	[0,0391]	[0,0396]	[0,0383]	[0,0407]
Korte videregående udd.	-0,038	-0,065	-0,161	-0,073	-0,020	-0,099	-0,114
	[0,108]	[0,105]	[0,133]	[0,101]	[0,0940]	[0,0968]	[0,0946]
Mellemlange videregående udd.	-0,090	-0,040	0,027	0,040	-0,093	-0,123**	-0,134**
	[0,0639]	[0,0663]	[0,0683]	[0,0631]	[0,0584]	[0,0611]	[0,0618]
Lange videregående udd.	0,079	0,134*	0,060	0,031	0,12	0,038	0,208**
	[0,0854]	[0,0811]	[0,114]	[0,125]	[0,0828]	[0,0776]	[0,0872]
Uoplyst udd.	0,069	0,190**	0,198**	0,359***	0,287***	0,213***	0,033
	[0,0700]	[0,0741]	[0,0794]	[0,0789]	[0,0854]	[0,0800]	[0,0853]
DF1	0,760***	1,039***	0,532***	0,559***	0,373***	0,537***	0,649***
	[0,124]	[0,107]	[0,0886]	[0,0822]	[0,0847]	[0,0967]	[0,108]
DF2	1,597***	1,969***	1,658***	1,547***	1,465***	1,501***	1,559***
	[0,123]	[0,106]	[0,0864]	[0,0801]	[0,0814]	[0,0942]	[0,105]
DF3	0,412***	0,805***	0,405***	0,321***	0,407***	0,536***	0,533***
	[0,121]	[0,102]	[0,0840]	[0,0776]	[0,0784]	[0,0927]	[0,104]
DF4	0,126	0,459***	0,239***	-0,006	0,007	0,151	0,221**
	[0,129]	[0,108]	[0,0894]	[0,0811]	[0,0822]	[0,0975]	[0,106]
Øvrig DF	1,483***	1,969***	1,596***	1,534***	1,592***	1,669***	1,707***
	[0,126]	[0,108]	[0,0897]	[0,0850]	[0,0863]	[0,0984]	[0,108]
Ikke-vestlig oprindelse X Kvinde	0,314***	0,355***	0,13	0,424***	0,149	0,274***	0,236**
	[0,122]	[0,109]	[0,111]	[0,116]	[0,101]	[0,105]	[0,101]
Vestlig oprindelse X Kvinde	0,136	0,040	0,005	0,010	0,188	0,077	0,108
	[0,175]	[0,171]	[0,155]	[0,156]	[0,146]	[0,163]	[0,162]
Ikke-vestlig oprindelse X Alder	-0,008	-0,0144***	-0,0188***	-0,0174***	-0,0165***	-0,0145***	-0,0163***
	[0,00598]	[0,00435]	[0,00459]	[0,00566]	[0,00412]	[0,00392]	[0,00373]

Fortsat

	2005 06 (1)	2007 08 (2)	2009 10 (3)	2010 11 (4)	2012 13 (5)	2015 16 (6)	2017 18 (7)
Vestlig oprindelse X Alder	0,001 [0,00494]	-0,006 [0,00539]	0,001 [0,00446]	0,006 [0,00442]	0,00755* [0,00439]	-0,002 [0,00449]	0,0115*** [0,00434]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Midtjylland	0,403 [0,268]	0,054 [0,263]	-0,117 [0,254]	-0,124 [0,229]	0,098 [0,241]	-0,187 [0,229]	-0,849*** [0,203]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Syddanmark	0,328 [0,249]	0,181 [0,265]	-0,185 [0,269]	-0,299 [0,239]	0,074 [0,231]	0,024 [0,203]	-0,410** [0,195]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Hovedstaden	0,047 [0,226]	0,037 [0,243]	0,076 [0,235]	-0,277 [0,215]	-0,18 [0,216]	-0,090 [0,185]	-0,693*** [0,176]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Sjælland	-0,023 [0,287]	0,092 [0,294]	-0,035 [0,273]	-0,456* [0,256]	0,052 [0,252]	-0,169 [0,238]	-0,377* [0,201]
Vestlig oprindelse X Region Midtjylland	0,539 [0,417]	0,552 [0,388]	0,418 [0,353]	0,461 [0,303]	-0,092 [0,334]	0,151 [0,335]	-0,624* [0,330]
Vestlig oprindelse X Region Syddanmark	0,186 [0,448]	0,231 [0,386]	0,381 [0,358]	0,118 [0,286]	-0,188 [0,341]	0,001 [0,328]	-0,741** [0,330]
Vestlig oprindelse X Region Hovedstaden	0,628* [0,380]	0,582* [0,334]	0,825*** [0,318]	0,201 [0,260]	-0,243 [0,313]	-0,035 [0,308]	-0,878*** [0,302]
Vestlig oprindelse X Region Sjælland	0,869* [0,517]	0,817** [0,378]	0,796** [0,381]	-0,23 [0,336]	-0,52 [0,359]	-0,074 [0,381]	-1,172*** [0,370]
Ikke-vestlig oprindelse X DF1	0,562** [0,259]	0,724*** [0,177]	0,769*** [0,161]	0,420** [0,165]	0,307* [0,160]	0,471*** [0,158]	0,595*** [0,153]
Vestlig oprindelse X DF1	-0,174 [0,225]	-0,602** [0,263]	-0,248 [0,213]	-0,21 [0,218]	-0,136 [0,202]	0,367* [0,206]	0,107 [0,208]
Ikke-vestlig oprindelse X DF2	0,16 [0,151]	0,009 [0,125]	-0,065 [0,125]	-0,15 [0,129]	-0,244** [0,117]	-0,074 [0,120]	0,057 [0,116]
Vestlig oprindelse X DF2	-0,136 [0,211]	-0,059 [0,172]	0,066 [0,169]	0,469*** [0,176]	0,284* [0,171]	0,293 [0,187]	0,209 [0,183]
Ikke-vestlig oprindelse X DF4	0,294 [0,200]	-0,275 [0,184]	0,033 [0,159]	0,085 [0,145]	-0,019 [0,137]	-0,238 [0,149]	-0,088 [0,143]
Vestlig oprindelse X DF4	0,141 [0,321]	-0,56 [0,367]	0,199 [0,241]	0,087 [0,247]	0,368* [0,203]	-0,066 [0,217]	-1,026*** [0,297]
Konstant	-2,979*** [0,146]	-3,503*** [0,138]	-3,071*** [0,115]	-2,955*** [0,106]	-3,084*** [0,109]	-2,916*** [0,120]	-2,934*** [0,131]
Observationer	65.938	65.745	71.741	73.654	77.282	77.382	69.773

Note: * = signifikant på et 10-procentsniveau, ** = signifikant på et 5-procentsniveau, *** = signifikant på et 1-procentsniveau. Der er anvendt en logit model. De viste parameterestimer er log odds estimer, og de tilhørende standardfejl er angivet i parentes.

TABEL 5: LOGISTISK REGRESSIONSMODEL FOR TVANGSINDLÆGGELSE, 2005-2018

	2005 06 (1)	2007 08 (2)	2009 10 (3)	2010 11 (4)	2012 13 (5)	2015 16 (6)	2017 18 (7)
Ikke-vestlig oprindelse	0,922*** [0,263]	1,033*** [0,232]	1,232*** [0,210]	0,735*** [0,203]	1,325*** [0,181]	1,329*** [0,171]	1,498*** [0,178]
Vestlig oprindelse	-0,023 [0,356]	-0,025 [0,344]	0,39 [0,288]	0,231 [0,284]	0,275 [0,260]	0,766*** [0,240]	-0,028 [0,266]
Alder	0,0186*** [0,00164]	0,0173*** [0,00158]	0,0238*** [0,00146]	0,0231*** [0,00139]	0,0241*** [0,00132]	0,0239*** [0,00134]	0,0234*** [0,00141]
Kvinde	-0,197* [0,108]	-0,318*** [0,104]	0,034 [0,0965]	-0,021 [0,0914]	-0,129 [0,0880]	-0,131 [0,0878]	0,028 [0,0910]
Region Midtjylland	-0,067 [0,0753]	0,083 [0,0738]	0,055 [0,0701]	0,230*** [0,0680]	0,212*** [0,0655]	0,166** [0,0666]	0,189*** [0,0688]
Region Syddanmark	-0,298*** [0,0763]	-0,133* [0,0740]	-0,016 [0,0692]	0,112* [0,0661]	0,111* [0,0638]	-0,085 [0,0651]	-0,152** [0,0675]
Region Hovedstaden	-0,148** [0,0707]	-0,101 [0,0697]	-0,179*** [0,0656]	-0,105* [0,0633]	-0,074 [0,0610]	-0,238*** [0,0622]	-0,326*** [0,0652]
Region Sjælland	-0,105 [0,0793]	-0,124 [0,0793]	-0,157** [0,0752]	-0,007 [0,0716]	-0,052 [0,0696]	-0,227*** [0,0715]	-0,119 [0,0727]
Gymnasiale og erhvervsfaglige udd.	-0,148*** [0,0430]	-0,133*** [0,0415]	-0,148*** [0,0388]	-0,158*** [0,0374]	-0,152*** [0,0360]	-0,145*** [0,0364]	-0,180*** [0,0386]
Korte videregående udd.	0,005 [0,129]	-0,074 [0,127]	-0,308** [0,124]	-0,038 [0,111]	-0,022 [0,1000]	0,031 [0,102]	-0,097 [0,108]
Mellemlange videregående udd.	-0,209*** [0,0739]	-0,204*** [0,0704]	-0,159** [0,0656]	-0,170*** [0,0619]	-0,217*** [0,0589]	-0,127** [0,0586]	-0,222*** [0,0623]
Lange videregående udd.	-0,031 [0,113]	0,138 [0,102]	-0,046 [0,100]	-0,022 [0,0908]	0,012 [0,0830]	-0,12 [0,0853]	0,009 [0,0865]
Uoplyst udd.	-0,064 [0,0782]	0,037 [0,0788]	0,010 [0,0790]	0,109 [0,0796]	0,220*** [0,0771]	0,250*** [0,0837]	0,160* [0,0923]
DF1	0,346*** [0,0614]	0,414*** [0,0585]	0,349*** [0,0539]	0,313*** [0,0502]	0,295*** [0,0480]	0,511*** [0,0486]	0,399*** [0,0521]
DF2	1,223*** [0,0601]	1,263*** [0,0558]	1,269*** [0,0516]	1,244*** [0,0480]	1,197*** [0,0464]	1,332*** [0,0479]	1,280*** [0,0514]
DF3	-0,531*** [0,0637]	-0,349*** [0,0576]	-0,536*** [0,0539]	-0,446*** [0,0502]	-0,377*** [0,0480]	-0,352*** [0,0503]	-0,259*** [0,0545]
DF4	-0,124* [0,0690]	-0,273*** [0,0672]	-0,116** [0,0580]	-0,261*** [0,0516]	-0,226*** [0,0480]	-0,270*** [0,0499]	-0,347*** [0,0529]
Øvrig DF	0,942*** [0,0583]	1,088*** [0,0538]	1,116*** [0,0493]	1,134*** [0,0461]	1,214*** [0,0444]	1,330*** [0,0461]	1,312*** [0,0499]
Kvinde X Alder	-1,02E-5 [0,00206]	0,00456** [0,00197]	-0,00305* [0,00184]	-0,002 [0,00176]	-0,001 [0,00169]	0,001 [0,00169]	-0,003 [0,00178]
Ikke-vestlig oprindelse X Alder	-0,0101* [0,00595]	-0,00977* [0,00507]	-0,0160*** [0,00467]	-0,004 [0,00437]	-0,0185*** [0,00391]	-0,0158*** [0,00369]	-0,0232*** [0,00391]

Fortsat

	2005 06 (1)	2007 08 (2)	2009 10 (3)	2010 11 (4)	2012 13 (5)	2015 16 (6)	2017 18 (7)
Vestlig oprindelse X Alder	0,001 [0,00603]	0,002 [0,00567]	-0,000 [0,00492]	-0,003 [0,00491]	0,000 [0,00449]	-0,00879** [0,00440]	0,006 [0,00456]
Ikke-vestlig oprindelse X DF2	-0,279* [0,157]	-0,358** [0,145]	-0,359*** [0,132]	-0,138 [0,124]	-0,126 [0,115]	-0,283** [0,111]	-0,127 [0,114]
Vestlig oprindelse X DF2	0,073 [0,228]	0,173 [0,217]	-0,185 [0,195]	0,326* [0,193]	0,069 [0,174]	-0,2 [0,173]	-0,087 [0,185]
Ikke-vestlig oprindelse X Øvrig DF	-0,248 [0,235]	-0,214 [0,200]	-0,215 [0,179]	-0,654*** [0,188]	-0,304* [0,157]	-0,351** [0,153]	-0,524*** [0,158]
Vestlig oprindelse X Øvrig DF	0,202 [0,257]	0,104 [0,252]	-0,079 [0,211]	0,112 [0,214]	-0,261 [0,203]	-0,267 [0,198]	-0,080 [0,213]
Konstant	-3,364*** [0,120]	-3,417*** [0,114]	-3,580*** [0,107]	-3,500*** [0,100]	-3,488*** [0,0967]	-3,483*** [0,0988]	-3,380*** [0,103]
Observationer	34.491	34.099	36.785	36.894	37.804	36.461	32.930

Note: * = signifikant på et 10-procentsniveau, ** = signifikant på et 5-procentsniveau, *** = signifikant på et 1-procentsniveau. Der er anvendt en logit model. De viste parameterestimer er log odds estimer, og de tilhørende standardfejl er angivet i parentes.

TABEL 6: LOGISTISK REGRESSIONSMODEL FOR TVANGSTILBAGEHOLDELSE, 2005-2018

	2005 06 (1)	2007 08 (2)	2009 10 (3)	2010 11 (4)	2012 13 (5)	2015 16 (6)	2017 18 (7)
Ikke-vestlig oprindelse	0,963** [0,404]	1,686*** [0,378]	1,474*** [0,339]	1,748*** [0,338]	1,405*** [0,320]	1,366*** [0,311]	2,010*** [0,285]
Vestlig oprindelse	-0,050 [0,533]	0,458 [0,549]	-0,085 [0,519]	0,718 [0,468]	0,535 [0,447]	-0,133 [0,466]	0,254 [0,468]
Alder	-0,00232* [0,00124]	0,00331*** [0,00118]	0,00311*** [0,00115]	0,00297*** [0,00112]	0,00367*** [0,00106]	-0,000 [0,00109]	-0,001 [0,00115]
Kvinde	0,03 [0,0399]	0,013 [0,0389]	-0,022 [0,0382]	0,049 [0,0374]	0,009 [0,0360]	0,0613* [0,0368]	0,029 [0,0382]
Region Midtjylland	-0,026 [0,0856]	0,036 [0,0847]	-0,185** [0,0781]	0,297*** [0,0824]	0,126 [0,0783]	-0,056 [0,0790]	0,052 [0,0851]
Region Syddanmark	-0,192** [0,0867]	0,019 [0,0838]	-0,202*** [0,0771]	0,123 [0,0816]	0,003 [0,0774]	-0,244*** [0,0784]	-0,136 [0,0838]
Region Hovedstaden	0,125 [0,0801]	0,175** [0,0789]	-0,288*** [0,0725]	0,077 [0,0773]	0,106 [0,0724]	-0,086 [0,0727]	0,072 [0,0787]
Region Sjælland	-0,081 [0,0913]	-0,038 [0,0902]	-0,154* [0,0822]	0,040 [0,0875]	-0,089 [0,0839]	-0,298*** [0,0855]	-0,158* [0,0904]
Gymnaisiale og erhvervsfaglige udd.	-0,034 [0,0443]	-0,0920** [0,0438]	-0,107** [0,0427]	0,038 [0,0418]	-0,129*** [0,0408]	-0,017 [0,0414]	-0,110** [0,0434]
Korte videregående udd.	-0,073 [0,139]	-0,166 [0,139]	-0,105 [0,129]	0,025 [0,127]	-0,197 [0,121]	-0,107 [0,127]	-0,040 [0,123]
Mellemlange videregående udd.	-0,001 [0,0720]	0,128* [0,0673]	-0,047 [0,0703]	0,076 [0,0676]	-0,062 [0,0638]	0,082 [0,0648]	0,047 [0,0666]
Lange videregående udd.	0,200* [0,109]	0,201* [0,105]	0,209** [0,102]	0,230** [0,0971]	0,238*** [0,0861]	0,248*** [0,0875]	0,187** [0,0906]
Uoplyst udd.	-0,049 [0,0921]	0,079 [0,0891]	0,1 [0,0913]	0,157* [0,0929]	0,107 [0,0922]	0,248** [0,0997]	0,033 [0,110]
DF1	0,444*** [0,0661]	0,403*** [0,0655]	0,411*** [0,0622]	0,495*** [0,0591]	0,467*** [0,0571]	0,557*** [0,0590]	0,575*** [0,0617]
DF2	1,735*** [0,0598]	1,752*** [0,0565]	1,810*** [0,0537]	1,824*** [0,0516]	1,828*** [0,0497]	1,804*** [0,0517]	1,767*** [0,0550]
DF3	0,657*** [0,0585]	0,631*** [0,0552]	0,669*** [0,0523]	0,648*** [0,0507]	0,789*** [0,0486]	0,870*** [0,0509]	0,839*** [0,0552]
DF4	-0,554*** [0,0881]	-0,347*** [0,0790]	-0,288*** [0,0725]	-0,345*** [0,0649]	-0,204*** [0,0594]	-0,215*** [0,0613]	-0,137** [0,0626]
Øvrig DF	0,955*** [0,0600]	1,072*** [0,0557]	0,969*** [0,0534]	1,015*** [0,0515]	1,136*** [0,0493]	1,121*** [0,0515]	1,125*** [0,0555]
Ikke-vestlig oprindelse X Alder	-0,0167*** [0,00640]	-0,0293*** [0,00556]	-0,0230*** [0,00519]	-0,0257*** [0,00487]	-0,0211*** [0,00446]	-0,0173*** [0,00433]	-0,0173*** [0,00439]
Vestlig oprindelse X Alder	0,009 [0,00661]	-0,0108* [0,00654]	0,002 [0,00603]	-0,005 [0,00578]	-0,002 [0,00526]	0,00876* [0,00525]	0,005 [0,00524]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Midtjylland	-0,16 [0,334]	0,023 [0,325]	-0,025 [0,290]	0,038 [0,299]	0,090 [0,290]	-0,470* [0,284]	-0,950*** [0,257]

Fortsat

	2005 06 (1)	2007 08 (2)	2009 10 (3)	2010 11 (4)	2012 13 (5)	2015 16 (6)	2017 18 (7)
Ikke-vestlig oprindelse X Region Syddanmark	0,339 [0,335]	-0,146 [0,328]	-0,405 [0,307]	-0,234 [0,302]	0,127 [0,291]	-0,523* [0,289]	-0,707*** [0,259]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Hovedstaden	-0,239 [0,306]	-0,023 [0,298]	-0,000 [0,267]	-0,066 [0,278]	-0,058 [0,268]	-0,207 [0,258]	-0,891*** [0,233]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Sjælland	-0,333 [0,374]	0,074 [0,357]	-0,174 [0,322]	-0,14 [0,330]	-0,055 [0,317]	-0,416 [0,316]	-0,770*** [0,278]
Vestlig oprindelse X Region Midtjylland	-0,501 [0,498]	-0,352 [0,560]	-0,085 [0,487]	0,091 [0,426]	-0,255 [0,405]	-0,081 [0,435]	0,19 [0,438]
Vestlig oprindelse X Region Syddanmark	-1,024* [0,533]	-0,327 [0,517]	-0,246 [0,486]	-0,285 [0,428]	-0,095 [0,399]	0,071 [0,413]	0,001 [0,438]
Vestlig oprindelse X Region Hovedstaden	-0,326 [0,431]	0,375 [0,436]	0,124 [0,422]	-0,093 [0,380]	-0,21 [0,358]	-0,314 [0,386]	-0,029 [0,397]
Vestlig oprindelse X Region Sjælland	-0,408 [0,521]	-0,22 [0,539]	-0,15 [0,499]	-0,451 [0,485]	-0,409 [0,465]	-0,197 [0,487]	-0,34 [0,508]
Ikke-vestlig oprindelse X DF1	0,464* [0,239]	0,454** [0,208]	0,510*** [0,191]	0,080 [0,184]	0,307* [0,170]	0,323* [0,174]	0,206 [0,163]
Vestlig oprindelse X DF1	0,15 [0,297]	-0,137 [0,355]	-0,306 [0,327]	0,038 [0,254]	-0,114 [0,257]	0,479** [0,243]	-0,560** [0,285]
Ikke-vestlig oprindelse X DF2	0,264 [0,177]	-0,080 [0,155]	-0,136 [0,144]	-0,145 [0,136]	-0,034 [0,132]	0,1 [0,134]	-0,031 [0,131]
Vestlig oprindelse X DF2	0,002 [0,247]	0,085 [0,244]	0,345 [0,232]	-0,034 [0,212]	-0,027 [0,200]	0,067 [0,206]	-0,072 [0,206]
Ikke-vestlig oprindelse X DF4	0,373 [0,245]	0,026 [0,214]	0,060 [0,199]	-0,134 [0,178]	-0,144 [0,167]	-0,11 [0,174]	-0,052 [0,165]
Vestlig oprindelse X DF4	0,643* [0,357]	-0,487 [0,547]	-0,357 [0,427]	-0,152 [0,327]	0,562** [0,238]	0,083 [0,284]	-0,493 [0,322]
Ikke-vestlig oprindelse X Øvrig DF	-0,264 [0,270]	0,115 [0,211]	-0,263 [0,212]	-0,036 [0,188]	-0,399** [0,183]	-0,11 [0,180]	-0,609*** [0,183]
Vestlig oprindelse X Øvrig DF	0,239 [0,280]	-0,173 [0,310]	0,014 [0,271]	-0,459* [0,269]	-0,268 [0,248]	-0,352 [0,252]	-0,501* [0,272]
Konstant	-3,278*** [0,112]	-3,577*** [0,108]	-3,307*** [0,100]	-3,689*** [0,102]	-3,570*** [0,0963]	-3,315*** [0,0977]	-3,304*** [0,103]
Observationer	34.491	34.099	36.785	36.894	37.804	36.461	32.930

Note: * = signifikant på et 10-procentsniveau, ** = signifikant på et 5-procentsniveau, *** = signifikant på et 1-procentsniveau. Der er anvendt en logit model. De viste parameterestimer er log odds estimer, og de tilhørende standardfejl er angivet i parentes.

TABEL 7: LOGISTISK REGRESSIONSMODEL FOR FIKSERING OG FYSISK MAGTANVENDELSE, 2005-2018

	2005 06 (1)	2007 08 (2)	2009 10 (3)	2010 11 (4)	2012 13 (5)	2015 16 (6)	2017 18 (7)
Ikke-vestlig oprindelse	1,727*** [0,384]	1,240*** [0,368]	1,699*** [0,328]	1,585*** [0,317]	1,756*** [0,305]	1,756*** [0,317]	2,438*** [0,283]
Vestlig oprindelse	-0,116 [0,536]	0,106 [0,516]	-0,055 [0,511]	0,144 [0,445]	0,57 [0,441]	-0,124 [0,545]	0,241 [0,467]
Alder	0,00522*** [0,00114]	0,00778*** [0,00111]	0,00904*** [0,00107]	0,00784*** [0,00104]	0,00805*** [0,00101]	0,00516*** [0,00107]	0,00585*** [0,00112]
Kvinde	-0,102*** [0,0375]	-0,124*** [0,0373]	-0,119*** [0,0365]	-0,0884** [0,0360]	-0,166*** [0,0351]	-0,042 [0,0369]	-0,020 [0,0384]
Region Midtjylland	0,070 [0,0806]	0,023 [0,0785]	0,080 [0,0766]	0,179** [0,0763]	0,347*** [0,0783]	0,107 [0,0786]	0,278*** [0,0855]
Region Syddanmark	-0,028 [0,0808]	-0,133* [0,0787]	-0,037 [0,0763]	0,072 [0,0747]	0,194** [0,0773]	-0,245*** [0,0789]	-0,150* [0,0858]
Region Hovedstaden	0,092 [0,0763]	0,004 [0,0739]	-0,147** [0,0723]	-0,105 [0,0714]	0,141* [0,0737]	-0,143* [0,0736]	0,053 [0,0808]
Region Sjælland	-0,147* [0,0871]	-0,173** [0,0849]	-0,156* [0,0828]	-0,175** [0,0823]	0,077 [0,0837]	-0,287*** [0,0859]	-0,011 [0,0908]
Gymnasiale og erhvervsfaglige udd.	-0,120*** [0,0420]	-0,0721* [0,0419]	-0,142*** [0,0409]	-0,06 [0,0406]	-0,154*** [0,0399]	-0,064 [0,0415]	-0,166*** [0,0438]
Korte videregående udd.	-0,015 [0,127]	-0,22 [0,137]	-0,199 [0,127]	0,039 [0,120]	-0,115 [0,115]	-0,127 [0,127]	-0,131 [0,127]
Mellemlange videregående udd.	-0,180** [0,0715]	0,004 [0,0675]	-0,017 [0,0667]	0,037 [0,0653]	-0,081 [0,0632]	0,087 [0,0647]	-0,092 [0,0689]
Lange videregående udd.	0,12 [0,105]	0,040 [0,106]	0,112 [0,100]	0,204** [0,0936]	0,173** [0,0868]	0,063 [0,0927]	0,292*** [0,0884]
Uoplyst udd.	0,082 [0,0786]	0,219*** [0,0798]	0,062 [0,0845]	0,302*** [0,0840]	0,229*** [0,0856]	0,311*** [0,0959]	0,165 [0,105]
DF1	0,615*** [0,0577]	0,522*** [0,0584]	0,466*** [0,0553]	0,487*** [0,0527]	0,418*** [0,0518]	0,649*** [0,0539]	0,530*** [0,0575]
DF2	1,594*** [0,0564]	1,546*** [0,0551]	1,556*** [0,0519]	1,477*** [0,0500]	1,471*** [0,0492]	1,606*** [0,0518]	1,589*** [0,0557]
DF3	0,394*** [0,0554]	0,369*** [0,0542]	0,305*** [0,0509]	0,308*** [0,0497]	0,418*** [0,0487]	0,565*** [0,0518]	0,577*** [0,0564]
DF4	-0,444*** [0,0793]	-0,621*** [0,0819]	-0,324*** [0,0691]	-0,426*** [0,0625]	-0,500*** [0,0613]	-0,417*** [0,0641]	-0,419*** [0,0669]
Øvrig DF	1,249*** [0,0548]	1,241*** [0,0534]	1,308*** [0,0498]	1,254*** [0,0483]	1,303*** [0,0476]	1,364*** [0,0504]	1,393*** [0,0546]
Ikke-vestlig oprindelse X Alder	-0,0269*** [0,00622]	-0,0151*** [0,00502]	-0,0214*** [0,00483]	-0,0169*** [0,00464]	-0,0226*** [0,00424]	-0,0241*** [0,00438]	-0,0256*** [0,00436]
Vestlig oprindelse X Alder	0,003 [0,00597]	-0,005 [0,00578]	-0,000 [0,00548]	0,000 [0,00527]	-0,002 [0,00517]	-0,005 [0,00513]	0,004 [0,00525]

Fortsat

	2005 06 (1)	2007 08 (2)	2009 10 (3)	2010 11 (4)	2012 13 (5)	2015 16 (6)	2017 18 (7)
Ikke-vestlig oprindelse X Region Midtjylland	-0,058 [0,330]	0,219 [0,330]	-0,215 [0,291]	-0,198 [0,284]	0,039 [0,277]	-0,187 [0,293]	-0,854*** [0,258]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Syddanmark	-0,136 [0,343]	0,29 [0,332]	-0,242 [0,301]	-0,436 [0,285]	-0,086 [0,280]	-0,041 [0,298]	-0,651** [0,265]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Hovedstaden	-0,116 [0,306]	0,331 [0,306]	0,054 [0,268]	-0,169 [0,261]	-0,263 [0,259]	-0,031 [0,273]	-0,863*** [0,239]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Sjælland	0,218 [0,356]	0,123 [0,373]	-0,126 [0,325]	-0,363 [0,323]	-0,010 [0,299]	-0,044 [0,325]	-0,540* [0,276]
Vestlig oprindelse X Region Midtjylland	-0,051 [0,526]	0,195 [0,509]	0,048 [0,483]	0,248 [0,423]	-0,633 [0,415]	0,71 [0,527]	-0,152 [0,443]
Vestlig oprindelse X Region Syddanmark	-0,26 [0,528]	0,504 [0,473]	-0,205 [0,492]	-0,056 [0,416]	-0,182 [0,398]	0,918* [0,514]	-0,26 [0,447]
Vestlig oprindelse X Region Hovedstaden	0,259 [0,472]	0,438 [0,432]	0,393 [0,432]	0,185 [0,376]	-0,402 [0,363]	0,604 [0,493]	-0,096 [0,398]
Vestlig oprindelse X Region Sjælland	0,513 [0,534]	0,617 [0,490]	0,165 [0,499]	0,393 [0,442]	-0,32 [0,450]	0,85 [0,562]	-0,421 [0,500]
Ikke-vestlig oprindelse X DF2	-0,397** [0,160]	-0,536*** [0,143]	-0,249* [0,136]	-0,206 [0,133]	-0,062 [0,127]	-0,264** [0,129]	-0,156 [0,128]
Vestlig oprindelse X DF2	-0,312 [0,226]	-0,213 [0,216]	0,196 [0,212]	0,167 [0,198]	0,233 [0,198]	-0,226 [0,195]	0,007 [0,205]
Ikke-vestlig oprindelse X DF4	-0,068 [0,232]	-0,157 [0,219]	-0,179 [0,193]	-0,088 [0,174]	0,041 [0,160]	-0,375** [0,183]	-0,065 [0,170]
Vestlig oprindelse X DF4	0,345 [0,335]	-0,451 [0,488]	0,396 [0,307]	-0,063 [0,306]	-0,083 [0,294]	0,184 [0,269]	-0,184 [0,330]
Ikke-vestlig oprindelse X Øvrig DF	-0,530** [0,237]	-0,325* [0,195]	-0,672*** [0,195]	-0,347* [0,183]	-0,502*** [0,170]	-0,706*** [0,179]	-0,545*** [0,169]
Vestlig oprindelse X Øvrig DF	0,077 [0,248]	0,063 [0,251]	-0,2 [0,239]	-0,359 [0,232]	-0,196 [0,234]	-0,366 [0,230]	-0,501* [0,258]
Konstant	-3,362*** [0,106]	-3,369*** [0,102]	-3,423*** [0,0979]	-3,388*** [0,0953]	-3,488*** [0,0960]	-3,394*** [0,0982]	-3,520*** [0,105]
Observationer	34.491	34.099	36.785	36.894	37.804	36.461	32.930

Note: * = signifikant på et 10-procentsniveau, ** = signifikant på et 5-procentsniveau, *** = signifikant på et 1-procentsniveau. Der er anvendt en logit model. De viste parameterestimer er log odds estimer, og de tilhørende standardfejl er angivet i parentes.

TABEL 8: LOGISTISK REGRESSIONSMODEL FOR BÆLTEFIKSERING, 2005-2018

	2005 06 (1)	2007 08 (2)	2009 10 (3)	2010 11 (4)	2012 13 (5)	2015 16 (6)	2017 18 (7)
Ikke-vestlig oprindelse	1,559*** [0,451]	1,138*** [0,439]	1,671*** [0,368]	1,283*** [0,376]	1,698*** [0,349]	1,683*** [0,388]	1,779*** [0,365]
Vestlig oprindelse	-0,249 [0,707]	0,307 [0,606]	-0,457 [0,641]	-0,172 [0,543]	1,075** [0,498]	0,61 [0,632]	-0,411 [0,721]
Alder	0,002 [0,00192]	0,001 [0,00186]	0,00518*** [0,00177]	0,00449** [0,00175]	0,00530*** [0,00169]	-0,000 [0,00190]	-0,000 [0,00216]
Kvinde	0,249** [0,125]	-0,100 [0,120]	0,031 [0,116]	0,035 [0,114]	0,054 [0,112]	0,035 [0,122]	0,12 [0,137]
Region Midtjylland	0,096 [0,105]	0,211** [0,0984]	0,052 [0,0931]	0,270*** [0,0904]	0,368*** [0,0938]	0,399*** [0,101]	0,427*** [0,113]
Region Syddanmark	0,282*** [0,103]	0,200** [0,0975]	0,159* [0,0907]	0,230*** [0,0883]	0,359*** [0,0919]	0,046 [0,102]	-0,124 [0,116]
Region Hovedstaden	0,309*** [0,0988]	0,191** [0,0936]	-0,184** [0,0882]	-0,264*** [0,0870]	-0,072 [0,0904]	-0,353*** [0,100]	-0,422*** [0,114]
Region Sjælland	0,017 [0,112]	-0,027 [0,107]	-0,138 [0,101]	-0,227** [0,0997]	-0,004 [0,102]	-0,175 [0,113]	-0,143 [0,126]
Gymnasiale og erhvervsfaglige udd.	-0,137*** [0,0508]	-0,057 [0,0497]	-0,140*** [0,0492]	-0,0834* [0,0493]	-0,142*** [0,0486]	-0,107** [0,0542]	-0,191*** [0,0622]
Korte videregående udd.	-0,102 [0,157]	-0,362** [0,174]	-0,215 [0,156]	-0,003 [0,149]	-0,14 [0,143]	-0,231 [0,175]	-0,259 [0,194]
Mellemlange videregående udd.	-0,231** [0,0921]	-0,046 [0,0844]	-0,085 [0,0852]	-0,002 [0,0828]	-0,086 [0,0807]	-0,032 [0,0917]	-0,127 [0,105]
Lange videregående udd.	0,051 [0,129]	0,018 [0,128]	-0,057 [0,130]	0,197* [0,115]	0,157 [0,109]	0,125 [0,124]	0,156 [0,135]
Uoplyst udd.	0,073 [0,101]	0,253*** [0,0961]	0,121 [0,101]	0,382*** [0,0988]	0,185* [0,105]	0,349*** [0,120]	0,129 [0,146]
DF1	0,824*** [0,0648]	0,743*** [0,0643]	0,708*** [0,0616]	0,680*** [0,0595]	0,606*** [0,0589]	0,926*** [0,0632]	0,848*** [0,0721]
DF2	1,509*** [0,0650]	1,461*** [0,0623]	1,411*** [0,0596]	1,338*** [0,0578]	1,259*** [0,0575]	1,265*** [0,0635]	1,257*** [0,0726]
DF3	0,418*** [0,0659]	0,396*** [0,0629]	0,338*** [0,0600]	0,371*** [0,0586]	0,442*** [0,0580]	0,514*** [0,0654]	0,562*** [0,0763]
DF4	-0,307*** [0,0914]	-0,508*** [0,0929]	-0,226*** [0,0798]	-0,239*** [0,0706]	-0,370*** [0,0711]	-0,320*** [0,0779]	-0,318*** [0,0879]
Øvrig DF	1,207*** [0,0617]	1,271*** [0,0585]	1,339*** [0,0549]	1,233*** [0,0536]	1,296*** [0,0529]	1,393*** [0,0581]	1,457*** [0,0659]
Ikke-vestlig oprindelse X Alder	-0,0263*** [0,00754]	-0,0165*** [0,00607]	-0,0239*** [0,00589]	-0,0139** [0,00576]	-0,0242*** [0,00525]	-0,0290*** [0,00608]	-0,0197*** [0,00626]
Vestlig oprindelse X Alder	0,003 [0,00768]	-0,001 [0,00731]	0,005 [0,00693]	0,003 [0,00652]	-0,008 [0,00683]	-0,013 [0,00790]	0,006 [0,00817]

Fortsat

	2005 06 (1)	2007 08 (2)	2009 10 (3)	2010 11 (4)	2012 13 (5)	2015 16 (6)	2017 18 (7)
Kvinde X Alder	-0,0152*** [0,00264]	-0,00630** [0,00248]	-0,0101*** [0,00243]	-0,00970*** [0,00240]	-0,0120*** [0,00236]	-0,0110*** [0,00268]	-0,0129*** [0,00305]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Midtjylland	0,141 [0,400]	0,017 [0,411]	-0,234 [0,328]	-0,233 [0,339]	-0,002 [0,318]	-0,222 [0,359]	-0,663** [0,330]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Syddanmark	-0,174 [0,414]	0,278 [0,405]	-0,33 [0,335]	-0,249 [0,336]	-0,008 [0,319]	-0,071 [0,365]	-0,678* [0,349]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Hovedstaden	-0,145 [0,374]	0,361 [0,380]	-0,148 [0,304]	-0,228 [0,317]	-0,36 [0,304]	-0,016 [0,343]	-0,576* [0,319]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Sjælland	0,25 [0,430]	0,142 [0,459]	-0,269 [0,373]	0,069 [0,374]	0,183 [0,343]	-0,341 [0,418]	-0,249 [0,358]
Vestlig oprindelse X Region Midtjylland	0,216 [0,694]	-0,523 [0,638]	0,318 [0,604]	0,191 [0,521]	-0,832* [0,463]	0,12 [0,593]	0,406 [0,667]
Vestlig oprindelse X Region Syddanmark	-0,133 [0,702]	0,031 [0,557]	-0,212 [0,618]	0,316 [0,497]	-0,634 [0,452]	0,183 [0,591]	0,322 [0,681]
Vestlig oprindelse X Region Hovedstaden	0,419 [0,634]	0,098 [0,505]	0,314 [0,556]	0,207 [0,472]	-0,720* [0,410]	-0,096 [0,569]	0,168 [0,652]
Vestlig oprindelse X Region Sjælland	1,059 [0,688]	0,068 [0,597]	0,287 [0,623]	0,668 [0,537]	-0,419 [0,511]	0,040 [0,687]	0,328 [0,747]
Ikke-vestlig oprindelse X DF2	-0,373** [0,174]	-0,465*** [0,155]	-0,098 [0,153]	-0,189 [0,153]	-0,085 [0,142]	-0,100 [0,158]	0,021 [0,167]
Vestlig oprindelse X DF2	-0,590** [0,274]	-0,39 [0,259]	0,274 [0,251]	0,119 [0,236]	0,314 [0,230]	-0,397 [0,285]	0,027 [0,302]
Ikke-vestlig oprindelse X DF4	-0,129 [0,268]	-0,236 [0,259]	-0,020 [0,220]	-0,332 [0,216]	0,052 [0,185]	-0,217 [0,224]	-0,155 [0,236]
Vestlig oprindelse X DF4	0,655* [0,349]	-0,292 [0,548]	0,35 [0,378]	-0,121 [0,356]	-0,509 [0,397]	0,318 [0,347]	-0,149 [0,464]
Konstant	-3,716*** [0,142]	-3,615*** [0,135]	-3,621*** [0,127]	-3,583*** [0,124]	-3,670*** [0,125]	-3,599*** [0,136]	-3,720*** [0,152]
Observationer	34.491	34.099	36.785	36.894	37.804	36.461	32.930

Note: * = signifikant på et 10-procentsniveau, ** = signifikant på et 5-procentsniveau, *** = signifikant på et 1-procentsniveau. Der er anvendt en logit model. De viste parameterestimer er log odds estimer, og de tilhørende standardfejl er angivet i parentes.

TABEL 9: LOGISTISK REGRESSIONSMODEL FOR TVANGSBEHANDLING, 2005-2018

	2005 06 (1)	2007 08 (2)	2009 10 (3)	2010 11 (4)	2012 13 (5)	2015 16 (6)	2017 18 (7)
Ikke-vestlig oprindelse	0,434*** [0,128]	0,386*** [0,127]	0,066 [0,124]	0,204* [0,117]	0,420*** [0,0952]	0,337*** [0,0920]	0,214** [0,0939]
Vestlig oprindelse	0,075 [0,183]	0,119 [0,176]	0,071 [0,169]	0,281* [0,150]	0,207 [0,136]	0,224* [0,133]	0,114 [0,140]
Alder	0,0242*** [0,00310]	0,0273*** [0,00289]	0,0216*** [0,00267]	0,0230*** [0,00246]	0,0270*** [0,00214]	0,0236*** [0,00214]	0,0241*** [0,00221]
Kvinde	0,262 [0,199]	0,418** [0,193]	0,412** [0,174]	0,157 [0,166]	0,153 [0,149]	0,388*** [0,143]	0,387*** [0,147]
Region Midtjylland	0,21 [0,131]	0,298** [0,132]	0,036 [0,109]	0,290** [0,117]	0,456*** [0,114]	0,382*** [0,112]	-0,024 [0,106]
Region Syddanmark	-0,339** [0,138]	-0,126 [0,136]	-0,522*** [0,116]	-0,106 [0,118]	-0,094 [0,117]	-0,144 [0,114]	-0,523*** [0,107]
Region Hovedstaden	-0,076 [0,125]	-0,058 [0,126]	-0,457*** [0,105]	-0,078 [0,110]	0,344*** [0,107]	0,162 [0,105]	-0,152 [0,0972]
Region Sjælland	-0,343** [0,148]	-0,113 [0,145]	-0,656*** [0,130]	-0,186 [0,129]	0,065 [0,123]	-0,131 [0,123]	-0,343*** [0,114]
Gymnasiale og erhvervsfaglige udd.	0,038 [0,0750]	-0,014 [0,0748]	0,032 [0,0690]	-0,036 [0,0666]	0,037 [0,0588]	-0,042 [0,0592]	-0,134** [0,0622]
Korte videregående udd.	0,372* [0,203]	-0,159 [0,247]	0,343* [0,180]	-0,030 [0,204]	-0,059 [0,172]	0,171 [0,163]	0,182 [0,161]
Mellemlange videregående udd.	-0,103 [0,126]	0,190* [0,112]	-0,054 [0,116]	0,073 [0,104]	-0,044 [0,0935]	0,068 [0,0919]	0,007 [0,0944]
Lange videregående udd.	0,571*** [0,161]	0,188 [0,179]	0,381** [0,157]	0,380*** [0,140]	0,278** [0,123]	0,282** [0,122]	0,239* [0,125]
Uoplyst udd.	-0,389*** [0,151]	0,088 [0,135]	0,312** [0,129]	0,088 [0,137]	-0,013 [0,131]	0,208 [0,133]	0,138 [0,147]
DF1	-0,239* [0,133]	-0,058 [0,121]	-0,355*** [0,116]	-0,280*** [0,106]	-0,286*** [0,0926]	0,131 [0,0849]	-0,118 [0,0958]
DF2	1,792*** [0,107]	1,565*** [0,0980]	1,447*** [0,0904]	1,456*** [0,0829]	1,421*** [0,0725]	1,532*** [0,0705]	1,560*** [0,0776]
DF3	-0,122 [0,113]	-0,172 [0,105]	-0,381*** [0,0990]	-0,317*** [0,0926]	-0,192** [0,0799]	-0,169** [0,0812]	-0,087 [0,0886]
DF4	-0,902*** [0,188]	-1,157*** [0,194]	-0,840*** [0,145]	-0,932*** [0,130]	-0,702*** [0,104]	-0,611*** [0,101]	-0,744*** [0,109]
Øvrig DF	0,901*** [0,103]	0,891*** [0,0942]	0,786*** [0,0866]	0,961*** [0,0795]	1,164*** [0,0694]	1,349*** [0,0675]	1,276*** [0,0741]
Kvinde X Alder	-0,002 [0,00373]	-0,00627* [0,00352]	-0,004 [0,00327]	-0,001 [0,00307]	-0,002 [0,00270]	-0,00564** [0,00268]	-0,00606** [0,00279]
Ikke-vestlig oprindelse X DF4	-0,152 [0,549]	0,426 [0,468]	0,581 [0,354]	0,419 [0,326]	-0,368 [0,321]	-0,24 [0,300]	-0,395 [0,348]

Fortsat

	2005 06 (1)	2007 08 (2)	2009 10 (3)	2010 11 (4)	2012 13 (5)	2015 16 (6)	2017 18 (7)
Vestlig oprindelse X DF4	-0,313	1,108*	0,476	-1.206	-0,149	-0,492	-0,883
	-1.037	[0,639]	[0,551]	-1.021	[0,482]	[0,531]	[0,731]
Konstant	-5,532***	-5,590***	-4,752***	-5,032***	-5,300***	-5,169***	-4,749***
	[0,226]	[0,218]	[0,190]	[0,183]	[0,168]	[0,164]	[0,164]
Observationer	34.491	34.099	36.785	36.894	37.804	36.461	32.930

Note: * = signifikant på et 10-procentsniveau, ** = signifikant på et 5-procentsniveau, *** = signifikant på et 1-procentsniveau. Der er anvendt en logit model. De viste parameterestimerer er log odds estimerer, og de tilhørende standardfejl er angivet i parentes.

TABEL 10: LOGISTISK REGRESSIONSMODEL FOR TVANGSTILBAGEHOLDELSE FOR PATIENTER MED TVANGSINDLÆGGELSESFORLØB, 2005-2018

	2005 06 (1)	2007 08 (2)	2009 10 (3)	2010 11 (4)	2012 13 (5)	2015 16 (6)	2017 18 (7)
Ikke-vestlig oprindelse	-0,354 [0,226]	-0,200 [0,194]	0,194 [0,156]	0,137 [0,139]	0,088 [0,124]	0,135 [0,121]	-0,135 [0,134]
Vestlig oprindelse	-0,211 [0,322]	-0,031 [0,253]	-0,244 [0,254]	0,148 [0,210]	-0,332* [0,201]	0,196 [0,185]	0,089 [0,205]
Alder	-0,00817** [0,00344]	-0,00782*** [0,00301]	-0,00851*** [0,00273]	-0,00824*** [0,00242]	-0,00716*** [0,00220]	-0,00782*** [0,00214]	-0,00938*** [0,00237]
Kvinde	-0,037 [0,111]	0,007 [0,102]	0,008 [0,0917]	-0,010 [0,0836]	0,077 [0,0773]	0,269*** [0,0776]	0,081 [0,0852]
Region Midtjylland	-0,056 [0,236]	-0,205 [0,208]	0,243 [0,213]	0,197 [0,183]	-0,131 [0,174]	0,071 [0,179]	0,084 [0,203]
Region Syddanmark	0,147 [0,235]	-0,115 [0,207]	0,294 [0,211]	-0,105 [0,185]	-0,476*** [0,177]	0,003 [0,179]	0,148 [0,201]
Region Hovedstaden	0,16 [0,218]	-0,067 [0,193]	0,381* [0,199]	0,402** [0,170]	0,691*** [0,157]	0,779*** [0,164]	0,988*** [0,187]
Region Sjælland	0,716*** [0,228]	0,500** [0,207]	1,405*** [0,208]	0,439** [0,188]	0,216 [0,178]	0,133 [0,192]	0,296 [0,210]
Gymnasiale og erhvervsfaglige udd.	0,178 [0,123]	0,15 [0,115]	-0,057 [0,106]	0,018 [0,0954]	-0,042 [0,0891]	0,188** [0,0892]	0,094 [0,0985]
Korte videregående udd.	0,580* [0,320]	-0,462 [0,411]	0,223 [0,302]	0,096 [0,275]	0,026 [0,237]	0,114 [0,248]	0,407* [0,247]
Mellemlange videregående udd.	0,245 [0,209]	0,492*** [0,179]	-0,098 [0,182]	0,216 [0,153]	-0,049 [0,145]	0,22 [0,138]	0,148 [0,155]
Lange videregående udd.	0,026 [0,328]	0,415* [0,251]	0,252 [0,241]	-0,072 [0,225]	0,085 [0,186]	0,653*** [0,178]	-0,023 [0,211]
Uoplyst udd.	-0,409 [0,276]	-0,182 [0,238]	0,092 [0,205]	-0,092 [0,198]	-0,057 [0,180]	0,078 [0,195]	-0,149 [0,237]
DF1	0,693*** [0,249]	0,500** [0,218]	0,457** [0,184]	0,525*** [0,164]	0,719*** [0,157]	0,679*** [0,150]	0,917*** [0,173]
DF2	2,040*** [0,218]	1,609*** [0,179]	1,631*** [0,158]	1,911*** [0,137]	1,893*** [0,136]	1,727*** [0,135]	1,860*** [0,152]
DF3	1,782*** [0,231]	1,548*** [0,191]	1,442*** [0,176]	1,624*** [0,155]	2,008*** [0,146]	1,576*** [0,149]	1,742*** [0,170]
DF4	-0,522 [0,422]	0,173 [0,273]	-0,162 [0,249]	0,351* [0,197]	0,616*** [0,170]	0,507*** [0,181]	0,718*** [0,190]
Øvrig DF	1,136*** [0,214]	1,077*** [0,178]	0,781*** [0,154]	1,149*** [0,136]	1,240*** [0,134]	1,299*** [0,132]	1,514*** [0,146]
Konstant	-3,458*** [0,344]	-2,967*** [0,292]	-3,125*** [0,281]	-3,116*** [0,241]	-3,096*** [0,228]	-3,345*** [0,234]	-3,502*** [0,262]
Observationer	3.433	3.746	4.298	4.812	5.290	5.210	4.638

Note: * = signifikant på et 10-procentsniveau, ** = signifikant på et 5-procentsniveau, *** = signifikant på et 1-procentsniveau. Der er anvendt en logit model. De viste parameterestimer er log odds estimer, og de tilhørende standardfejl er angivet i parentes.

TABEL 11: LOGISTISK REGRESSIONSMODEL FOR TVANGSTILBAGEHOLDELSE FOR PATIENTER MED FRIVILLIGE INDLÆGGELSESFORLØB, 2005-2018

	2005 06 (1)	2007 08 (2)	2009 10 (3)	2010 11 (4)	2012 13 (5)	2015 16 (6)	2017 18 (7)
Ikke-vestlig oprindelse	1,305*** [0,423]	1,776*** [0,402]	1,552*** [0,371]	2,067*** [0,355]	1,603*** [0,356]	1,278*** [0,347]	1,991*** [0,304]
Vestlig oprindelse	-0,238 [0,563]	0,345 [0,657]	-0,153 [0,554]	0,600 [0,515]	0,596 [0,480]	-0,211 [0,524]	0,393 [0,519]
Alder	-0,00232* [0,00132]	0,00458*** [0,00126]	0,00330*** [0,00125]	0,00258** [0,00124]	0,00307** [0,00120]	-0,00237* [0,00124]	-0,002 [0,00129]
Kvinde	0,061 [0,0423]	0,041 [0,0414]	-0,025 [0,0411]	0,067 [0,0407]	0,010 [0,0396]	0,045 [0,0405]	0,044 [0,0417]
Region Midtjylland	-0,021 [0,0900]	0,086 [0,0903]	-0,214*** [0,0818]	0,282*** [0,0883]	0,164* [0,0847]	-0,123 [0,0838]	0,025 [0,0900]
Region Syddanmark	-0,223** [0,0915]	0,043 [0,0895]	-0,252*** [0,0808]	0,14 [0,0872]	0,101 [0,0835]	-0,329*** [0,0833]	-0,198** [0,0889]
Region Hovedstaden	0,134 [0,0845]	0,210** [0,0845]	-0,353*** [0,0760]	0,011 [0,0831]	0,002 [0,0793]	-0,277*** [0,0775]	-0,077 [0,0836]
Region Sjælland	-0,228** [0,0984]	-0,131 [0,0979]	-0,401*** [0,0890]	-0,026 [0,0948]	-0,15 [0,0921]	-0,407*** [0,0915]	-0,274*** [0,0970]
Gymnasiale og erhvervsfaglige udd.	-0,058 [0,0467]	-0,108** [0,0465]	-0,121*** [0,0458]	0,038 [0,0452]	-0,129*** [0,0446]	-0,035 [0,0452]	-0,120** [0,0471]
Korte videregående udd.	-0,207 [0,154]	-0,151 [0,148]	-0,132 [0,140]	-0,048 [0,142]	-0,295** [0,141]	-0,164 [0,142]	-0,108 [0,139]
Mellemlange videregående udd.	-0,032 [0,0758]	0,107 [0,0712]	-0,026 [0,0747]	0,042 [0,0741]	-0,037 [0,0697]	0,022 [0,0722]	0,042 [0,0724]
Lange videregående udd.	0,194* [0,114]	0,194* [0,113]	0,195* [0,110]	0,256** [0,106]	0,203** [0,0972]	0,119 [0,100]	0,216** [0,0988]
Uoplyst udd.	0,011 [0,0965]	0,112 [0,0953]	0,128 [0,0984]	0,223** [0,102]	0,121 [0,104]	0,266** [0,111]	0,044 [0,121]
DF1	0,386*** [0,0701]	0,372*** [0,0699]	0,335*** [0,0674]	0,442*** [0,0643]	0,420*** [0,0627]	0,538*** [0,0646]	0,540*** [0,0672]
DF2	1,622*** [0,0639]	1,710*** [0,0606]	1,733*** [0,0580]	1,707*** [0,0566]	1,754*** [0,0546]	1,683*** [0,0567]	1,692*** [0,0600]
DF3	0,577*** [0,0620]	0,543*** [0,0590]	0,618*** [0,0562]	0,564*** [0,0551]	0,679*** [0,0534]	0,810*** [0,0558]	0,754*** [0,0601]
DF4	-0,587*** [0,0922]	-0,339*** [0,0823]	-0,298*** [0,0762]	-0,455*** [0,0707]	-0,283*** [0,0648]	-0,305*** [0,0667]	-0,190*** [0,0672]
Øvrig DF	0,907*** [0,0642]	1,045*** [0,0598]	0,964*** [0,0578]	0,960*** [0,0568]	1,081*** [0,0549]	1,009*** [0,0573]	1,044*** [0,0612]
Ikke-vestlig oprindelse X Alder	-0,0216*** [0,00686]	-0,0313*** [0,00599]	-0,0281*** [0,00585]	-0,0293*** [0,00548]	-0,0267*** [0,00515]	-0,0216*** [0,00504]	-0,0178*** [0,00483]
Vestlig oprindelse X Alder	0,0114* [0,00692]	-0,0149** [0,00723]	0,001 [0,00661]	-0,004 [0,00643]	-0,002 [0,00592]	0,007 [0,00584]	0,002 [0,00610]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Midtjylland	-0,226 [0,348]	0,035 [0,344]	0,057 [0,312]	-0,129 [0,307]	0,177 [0,316]	-0,182 [0,313]	-0,950*** [0,274]

Fortsat

	2005 06 (1)	2007 08 (2)	2009 10 (3)	2010 11 (4)	2012 13 (5)	2015 16 (6)	2017 18 (7)
Ikke-vestlig oprindelse X Region Syddanmark	0,301 [0,349]	-0,166 [0,349]	-0,395 [0,335]	-0,496 [0,311]	0,203 [0,318]	-0,166 [0,319]	-0,608** [0,274]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Hovedstaden	-0,421 [0,320]	-0,015 [0,318]	0,066 [0,290]	-0,256 [0,284]	-0,123 [0,297]	-0,073 [0,288]	-0,935*** [0,250]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Sjælland	-0,272 [0,389]	0,269 [0,379]	-0,253 [0,366]	-0,357 [0,347]	-0,017 [0,351]	-0,149 [0,346]	-0,627** [0,296]
Vestlig oprindelse X Region Midtjylland	-0,454 [0,528]	-0,272 [0,706]	-0,220 [0,532]	0,259 [0,460]	-0,180 [0,421]	0,154 [0,494]	0,387 [0,481]
Vestlig oprindelse X Region Syddanmark	-0,797 [0,553]	0,179 [0,613]	-0,173 [0,516]	-0,133 [0,464]	-0,118 [0,416]	0,516 [0,465]	0,179 [0,483]
Vestlig oprindelse X Region Hovedstaden	-0,255 [0,455]	0,739 [0,548]	0,296 [0,446]	-0,125 [0,419]	-0,264 [0,379]	0,127 [0,441]	-0,092 [0,448]
Vestlig oprindelse X Region Sjælland	-0,175 [0,547]	0,21 [0,665]	-0,052 [0,552]	-0,301 [0,532]	-0,315 [0,496]	-0,316 [0,602]	-0,146 [0,555]
Ikke-vestlig oprindelse X DF1	0,526** [0,247]	0,579*** [0,222]	0,715*** [0,205]	0,182 [0,196]	0,432** [0,182]	0,352* [0,191]	0,187 [0,176]
Vestlig oprindelse X DF1	0,206 [0,304]	-0,249 [0,384]	-0,152 [0,331]	0,045 [0,272]	-0,235 [0,288]	-0,056 [0,290]	-0,548* [0,313]
Ikke-vestlig oprindelse X DF2	0,300* [0,182]	-0,006 [0,164]	-0,071 [0,157]	-0,151 [0,147]	-0,022 [0,144]	0,207 [0,147]	0,073 [0,141]
Vestlig oprindelse X DF2	0,008 [0,259]	-0,167 [0,265]	0,364 [0,248]	-0,052 [0,234]	-0,073 [0,217]	-0,173 [0,229]	-0,151 [0,229]
Ikke-vestlig oprindelse X DF4	0,347 [0,251]	-0,284 [0,237]	0,044 [0,217]	-0,051 [0,189]	-0,151 [0,183]	-0,036 [0,186]	0,087 [0,172]
Vestlig oprindelse X DF4	0,722** [0,358]	-0,544 [0,554]	-0,33 [0,456]	-0,026 [0,341]	0,585** [0,250]	0,027 [0,308]	-0,717** [0,360]
Ikke-vestlig oprindelse X Øvrig DF	-0,411 [0,284]	0,149 [0,227]	-0,471* [0,247]	-0,063 [0,207]	-0,379* [0,207]	-0,151 [0,207]	-0,424** [0,194]
Vestlig oprindelse X Øvrig DF	0,257 [0,293]	0,035 [0,325]	0,055 [0,297]	-0,556* [0,304]	-0,273 [0,275]	-0,293 [0,280]	-0,608* [0,318]
Konstant	-3,213*** [0,118]	-3,646*** [0,116]	-3,232*** [0,106]	-3,614*** [0,110]	-3,531*** [0,105]	-3,073*** [0,104]	-3,199*** [0,111]
Observationer	32.344	31.806	34.106	33.911	34.585	33.353	30.207

Note: * = signifikant på et 10-procentsniveau, ** = signifikant på et 5-procentsniveau, *** = signifikant på et 1-procentsniveau. Der er anvendt en logit model. De viste parameterestimerer er log odds estimerer, og de tilhørende standardfejl er angivet i parentes.

TABEL 12: LOGISTISK REGRESSIONSMODEL FOR FIKSERING OG FYSISK MAGTANVENDELSE FOR PATIENTER MED TVANGSINDLÆGGELSESFORLØB, 2005-2018

	2005 06 (1)	2007 08 (2)	2009 10 (3)	2010 11 (4)	2012 13 (5)	2015 16 (6)	2017 18 (7)
Ikke-vestlig oprindelse	0,023 [0,143]	0,080 [0,128]	0,161 [0,119]	0,124 [0,110]	0,186* [0,101]	-0,056 [0,0989]	0,177* [0,100]
Vestlig oprindelse	-0,008 [0,196]	-0,057 [0,187]	0,062 [0,168]	-0,055 [0,161]	-0,094 [0,149]	0,165 [0,151]	-0,024 [0,160]
Alder	-0,00993*** [0,00221]	-0,00930*** [0,00201]	-0,0125*** [0,00188]	-0,0120*** [0,00175]	-0,0117*** [0,00164]	-0,0178*** [0,00165]	-0,0110*** [0,00174]
Kvinde	0,087 [0,0731]	-0,089 [0,0693]	-0,080 [0,0648]	-0,074 [0,0612]	-0,109* [0,0586]	0,009 [0,0599]	-0,060 [0,0635]
Region Midtjylland	0,105 [0,145]	-0,027 [0,139]	0,116 [0,132]	0,107 [0,126]	0,296** [0,124]	0,118 [0,123]	0,102 [0,127]
Region Syddanmark	0,256* [0,147]	0,096 [0,139]	0,304** [0,131]	0,198 [0,123]	0,316*** [0,121]	-0,061 [0,122]	-0,112 [0,127]
Region Hovedstaden	0,160 [0,136]	0,015 [0,131]	0,104 [0,124]	0,069 [0,118]	0,159 [0,116]	-0,017 [0,116]	0,069 [0,122]
Region Sjælland	-0,139 [0,154]	-0,080 [0,150]	0,204 [0,142]	-0,030 [0,134]	0,304** [0,132]	-0,049 [0,134]	-0,050 [0,136]
Gymnasiale og erhvervsfaglige udd.	0,018 [0,0829]	0,025 [0,0787]	-0,030 [0,0734]	0,044 [0,0694]	-0,019 [0,0667]	0,111 [0,0684]	0,002 [0,0729]
Korte videregående udd.	0,211 [0,243]	-0,285 [0,251]	0,010 [0,237]	-0,071 [0,209]	-0,069 [0,189]	0,161 [0,190]	-0,222 [0,210]
Mellemlange videregående udd.	-0,027 [0,144]	0,094 [0,135]	0,106 [0,124]	-0,002 [0,117]	0,043 [0,111]	0,216** [0,110]	0,029 [0,119]
Lange videregående udd.	0,064 [0,215]	-0,067 [0,191]	-0,094 [0,190]	0,119 [0,165]	0,170 [0,152]	0,167 [0,160]	0,274* [0,157]
Uoplyst udd.	0,007 [0,146]	0,292** [0,140]	0,045 [0,143]	0,025 [0,141]	-0,011 [0,135]	0,132 [0,148]	-0,017 [0,166]
DF1	0,689*** [0,186]	0,909*** [0,171]	0,660*** [0,143]	0,635*** [0,129]	0,580*** [0,127]	0,972*** [0,129]	0,930*** [0,146]
DF2	0,859*** [0,177]	1,253*** [0,159]	0,965*** [0,133]	0,764*** [0,118]	0,872*** [0,118]	1,081*** [0,123]	1,215*** [0,137]
DF3	1,020*** [0,187]	1,276*** [0,169]	1,008*** [0,146]	0,909*** [0,132]	0,998*** [0,127]	1,175*** [0,136]	1,385*** [0,150]
DF4	-0,380* [0,217]	0,167 [0,189]	0,075 [0,158]	-0,174 [0,144]	-0,175 [0,135]	0,013 [0,146]	0,135 [0,152]
Øvrig DF	0,927*** [0,177]	1,323*** [0,159]	1,207*** [0,132]	0,974*** [0,118]	1,083*** [0,117]	1,232*** [0,122]	1,333*** [0,133]
Konstant	-0,937*** [0,244]	-1,123*** [0,222]	-0,902*** [0,200]	-0,645*** [0,181]	-0,891*** [0,177]	-0,799*** [0,180]	-1,217*** [0,195]
Observationer	3.433	3.746	4.298	4.812	5.290	5.210	4.638

Note: * = signifikant på et 10-procentsniveau, ** = signifikant på et 5-procentsniveau, *** = signifikant på et 1-procentsniveau. Der er anvendt en logit model. De viste parameterestimer er log odds estimer, og de tilhørende standardfejl er angivet i parentes.

TABEL 13: LOGISTISK REGRESSIONSMODEL FOR FIKSERING OG FYSISK MAGTANVENDELSE FOR PATIENTER MED FRIVILLIGE INDLÆGGELSESFORLØB, 2005-2018

	2005 06 (1)	2007 08 (2)	2009 10 (3)	2010 11 (4)	2012 13 (5)	2015 16 (6)	2017 18 (7)
Ikke-vestlig oprindelse	1,379*** [0,478]	1,662*** [0,422]	1,896*** [0,391]	1,918*** [0,382]	1,925*** [0,374]	1,511*** [0,407]	2,314*** [0,353]
Vestlig oprindelse	-0,160 [0,641]	0,352 [0,616]	0,037 [0,721]	0,040 [0,536]	0,060 [0,588]	0,439 [0,637]	0,845 [0,568]
Alder	0,002 [0,00137]	0,00402*** [0,00137]	0,00633*** [0,00137]	0,00340** [0,00139]	0,002 [0,00137]	0,000 [0,00144]	-0,000 [0,00150]
Kvinde	-0,059 [0,0445]	-0,037 [0,0454]	-0,052 [0,0455]	-0,014 [0,0463]	-0,043 [0,0453]	0,058 [0,0477]	0,114** [0,0492]
Region Midtjylland	0,127 [0,0963]	0,094 [0,0959]	0,087 [0,0947]	0,167* [0,0969]	0,299*** [0,101]	0,047 [0,102]	0,334*** [0,114]
Region Syddanmark	-0,041 [0,0974]	-0,140 [0,0972]	-0,116 [0,0955]	-0,013 [0,0962]	0,089 [0,101]	-0,300*** [0,103]	-0,128 [0,115]
Region Hovedstaden	0,128 [0,0917]	0,074 [0,0907]	-0,107 [0,0893]	-0,089 [0,0908]	0,219** [0,0945]	-0,036 [0,0946]	0,246** [0,107]
Region Sjælland	-0,129 [0,105]	-0,147 [0,104]	-0,192* [0,103]	-0,235** [0,106]	0,012 [0,109]	-0,296*** [0,112]	0,069 [0,121]
Gymnaisiale og erhvervsfaglige udd.	-0,141*** [0,0496]	-0,0925* [0,0508]	-0,133*** [0,0509]	-0,057 [0,0523]	-0,157*** [0,0513]	-0,102* [0,0534]	-0,236*** [0,0564]
Korte videregående udd.	-0,166 [0,158]	-0,314* [0,173]	-0,222 [0,160]	0,109 [0,151]	-0,217 [0,156]	-0,530*** [0,193]	-0,147 [0,165]
Mellemlange videregående udd.	-0,174** [0,0836]	0,068 [0,0792]	-0,003 [0,0823]	0,092 [0,0828]	-0,054 [0,0801]	-0,011 [0,0845]	-0,083 [0,0870]
Lange videregående udd.	0,144 [0,121]	-0,014 [0,132]	0,199 [0,121]	0,213* [0,120]	0,125 [0,112]	0,059 [0,118]	0,263** [0,111]
Uoplyst udd.	0,100 [0,0952]	0,219** [0,0996]	0,052 [0,108]	0,460*** [0,106]	0,221* [0,114]	0,296** [0,127]	0,122 [0,137]
DF1	0,617*** [0,0668]	0,496*** [0,0705]	0,432*** [0,0689]	0,414*** [0,0679]	0,407*** [0,0663]	0,480*** [0,0714]	0,491*** [0,0733]
DF2	1,603*** [0,0651]	1,527*** [0,0657]	1,703*** [0,0628]	1,582*** [0,0629]	1,653*** [0,0614]	1,679*** [0,0650]	1,716*** [0,0691]
DF3	0,531*** [0,0635]	0,478*** [0,0643]	0,557*** [0,0612]	0,528*** [0,0615]	0,712*** [0,0604]	0,862*** [0,0642]	0,773*** [0,0698]
DF4	-0,424*** [0,0925]	-0,659*** [0,100]	-0,317*** [0,0859]	-0,467*** [0,0810]	-0,521*** [0,0796]	-0,377*** [0,0812]	-0,385*** [0,0841]
Øvrig DF	1,218*** [0,0636]	1,134*** [0,0640]	1,237*** [0,0611]	1,178*** [0,0615]	1,169*** [0,0611]	1,189*** [0,0646]	1,252*** [0,0692]
Ikke-vestlig oprindelse X Alder	-0,0224*** [0,00740]	-0,0199*** [0,00622]	-0,0205*** [0,00608]	-0,0223*** [0,00615]	-0,0213*** [0,00550]	-0,0224*** [0,00578]	-0,0218*** [0,00558]
Vestlig oprindelse X Alder	0,002 [0,00708]	-0,007 [0,00732]	-0,011 [0,00760]	0,006 [0,00652]	0,005 [0,00700]	-0,007 [0,00715]	-0,002 [0,00726]

Fortsat

		2007 08 (2)	2009 10 (3)	2010 11 (4)	2012 13 (5)	2015 16 (6)	2017 18 (7)
Ikke-vestlig oprindelse X Region Midtjylland	-0,061 [0,417]	-0,069 [0,372]	-0,214 [0,332]	-0,382 [0,333]	0,070 [0,331]	-0,232 [0,377]	-0,738** [0,322]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Syddanmark	-0,047 [0,432]	0,025 [0,377]	-0,617* [0,364]	-0,748** [0,345]	-0,215 [0,343]	-0,173 [0,389]	-0,458 [0,331]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Hovedstaden	0,049 [0,388]	0,066 [0,343]	-0,177 [0,310]	-0,319 [0,303]	-0,434 [0,313]	-0,014 [0,346]	-0,820*** [0,298]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Sjælland	0,482 [0,438]	0,047 [0,417]	-0,522 [0,397]	-0,553 [0,391]	-0,248 [0,372]	0,003 [0,411]	-0,556 [0,348]
Vestlig oprindelse X Region Midtjylland	-0,340 [0,655]	-0,549 [0,668]	0,178 [0,702]	0,104 [0,502]	-0,579 [0,545]	0,154 [0,614]	-0,551 [0,549]
Vestlig oprindelse X Region Syddanmark	-0,223 [0,644]	0,087 [0,571]	0,136 [0,710]	-0,152 [0,503]	-0,077 [0,522]	0,394 [0,597]	-0,501 [0,555]
Vestlig oprindelse X Region Hovedstaden	0,428 [0,565]	0,336 [0,504]	0,797 [0,625]	0,095 [0,442]	-0,277 [0,472]	0,121 [0,555]	-0,457 [0,482]
Vestlig oprindelse X Region Sjælland	0,730 [0,627]	-0,046 [0,626]	0,449 [0,719]	0,401 [0,525]	-0,531 [0,628]	0,231 [0,684]	-0,746 [0,627]
Ikke-vestlig oprindelse X DF2	-0,360* [0,185]	-0,482*** [0,165]	-0,263 [0,162]	-0,320* [0,165]	-0,228 [0,151]	-0,061 [0,163]	-0,413*** [0,154]
Vestlig oprindelse X DF2	-0,264 [0,261]	-0,210 [0,267]	0,262 [0,265]	0,163 [0,239]	0,462* [0,248]	-0,380 [0,258]	0,078 [0,254]
Ikke-vestlig oprindelse X DF4	-0,040 [0,272]	-0,421 [0,281]	-0,238 [0,245]	0,220 [0,206]	-0,008 [0,201]	-0,404* [0,237]	-0,076 [0,206]
Vestlig oprindelse X DF4	0,616* [0,360]	-0,494 [0,624]	0,128 [0,436]	0,243 [0,347]	0,410 [0,337]	0,025 [0,367]	-0,165 [0,403]
Ikke-vestlig oprindelse X Øvrig DF	-0,476* [0,274]	-0,140 [0,228]	-0,906*** [0,262]	-0,149 [0,221]	-0,630*** [0,223]	-0,365 [0,229]	-0,308 [0,198]
Vestlig oprindelse X Øvrig DF	0,073 [0,293]	0,323 [0,308]	-0,430 [0,337]	-0,561* [0,302]	-0,406 [0,339]	-0,421 [0,323]	-0,994** [0,406]
Konstant	-3,605*** [0,125]	-3,655*** [0,124]	-3,874*** [0,121]	-3,788*** [0,121]	-3,896*** [0,123]	-3,762*** [0,125]	-3,962*** [0,137]
Observationer	32.344	31.806	34.106	33.911	34.585	33.353	30.207

Note: * = signifikant på et 10-procentsniveau, ** = signifikant på et 5-procentsniveau, *** = signifikant på et 1-procentsniveau. Der er anvendt en logit model. De viste parameterestimater er log odds estimater, og de tilhørende standardfejl er angivet i parentes.

TABEL 14: LOGISTISK REGRESSIONSMODEL FOR TVANGSBEHANDLING FOR PATIENTER MED TVANGSINDLÆGGELSESFORLØB, 2005-2018

	2005 06 (1)	2007 08 (2)	2009 10 (3)	2010 11 (4)	2012 13 (5)	2015 16 (6)	2017 18 (7)
Ikke-vestlig oprindelse	0,130 [0,175]	0,036 [0,166]	-0,260* [0,155]	-0,153 [0,143]	-0,031 [0,120]	0,042 [0,112]	-0,178 [0,119]
Vestlig oprindelse	-0,261 [0,260]	-0,065 [0,234]	-0,024 [0,208]	0,038 [0,191]	-0,013 [0,169]	0,201 [0,165]	-0,070 [0,179]
Alder	0,00891*** [0,00289]	0,00781*** [0,00255]	0,001 [0,00228]	0,00789*** [0,00210]	0,00820*** [0,00188]	0,00295* [0,00179]	0,00551*** [0,00191]
Kvinde	0,167* [0,0931]	0,206** [0,0882]	0,217*** [0,0792]	0,209*** [0,0746]	0,135** [0,0677]	0,227*** [0,0667]	0,120* [0,0708]
Region Midtjylland	0,334* [0,190]	0,555*** [0,187]	0,174 [0,153]	0,298* [0,156]	0,411*** [0,149]	0,507*** [0,147]	-0,120 [0,141]
Region Syddanmark	-0,014 [0,198]	0,280 [0,191]	-0,348** [0,159]	0,039 [0,155]	-0,135 [0,151]	0,067 [0,148]	-0,392*** [0,141]
Region Hovedstaden	0,267 [0,179]	0,192 [0,181]	-0,205 [0,147]	0,088 [0,147]	0,465*** [0,140]	0,478*** [0,138]	0,055 [0,132]
Region Sjælland	-0,063 [0,204]	0,086 [0,206]	-0,443** [0,175]	-0,082 [0,168]	0,287* [0,158]	0,220 [0,159]	-0,340** [0,152]
Gymnaisiale og erhvervsfaglige udd.	0,136 [0,106]	0,059 [0,101]	0,132 [0,0900]	0,041 [0,0850]	0,186** [0,0768]	0,140* [0,0765]	-0,005 [0,0821]
Korte videregående udd.	0,249 [0,299]	0,202 [0,296]	0,855*** [0,251]	-0,025 [0,259]	0,104 [0,213]	0,414** [0,205]	0,291 [0,214]
Mellemlange videregående udd.	-0,081 [0,187]	0,204 [0,165]	0,041 [0,155]	0,092 [0,139]	0,195 [0,125]	0,175 [0,122]	0,201 [0,129]
Lange videregående udd.	0,797*** [0,239]	0,039 [0,244]	0,524** [0,212]	0,306 [0,189]	0,196 [0,171]	0,621*** [0,165]	0,049 [0,176]
Uoplyst udd.	-0,258 [0,194]	0,210 [0,170]	0,152 [0,172]	-0,029 [0,171]	-0,205 [0,163]	0,012 [0,166]	0,241 [0,179]
DF1	-0,269 [0,255]	0,181 [0,205]	-0,392** [0,184]	-0,051 [0,160]	0,112 [0,147]	0,409*** [0,136]	0,141 [0,161]
DF2	1,310*** [0,216]	1,046*** [0,178]	0,566*** [0,160]	0,769*** [0,136]	1,039*** [0,127]	0,965*** [0,127]	1,177*** [0,141]
DF3	0,186 [0,236]	0,079 [0,199]	-0,421** [0,188]	-0,006 [0,159]	0,248* [0,141]	0,046 [0,148]	0,428*** [0,160]
DF4	-0,162 [0,293]	-0,309 [0,261]	-0,564*** [0,216]	-0,393** [0,191]	-0,030 [0,158]	-0,207 [0,168]	0,041 [0,170]
Øvrig DF	0,675*** [0,213]	0,669*** [0,176]	0,215 [0,157]	0,561*** [0,135]	1,007*** [0,125]	1,183*** [0,124]	1,104*** [0,135]
Konstant	-3,086*** [0,320]	-3,028*** [0,282]	-1,626*** [0,242]	-2,470*** [0,224]	-2,823*** [0,209]	-2,647*** [0,206]	-2,259*** [0,212]
Observationer	3.433	3.746	4.298	4.812	5.290	5.210	4.638

Note: * = signifikant på et 10-procentsniveau, ** = signifikant på et 5-procentsniveau, *** = signifikant på et 1-procentsniveau. Der er anvendt en logit model. De viste parameterestimer er log odds estimer, og de tilhørende standardfejl er angivet i parentes.

TABEL 15: LOGISTISK REGRESSIONSMODEL FOR TVANGSBEHANDLING FOR PATIENTER MED FRIVILLIGE INDLÆGGELSESFORLØB, 2005-2018

	2005 06 (1)	2007 08 (2)	2009 10 (3)	2010 11 (4)	2012 13 (5)	2015 16 (6)	2017 18 (7)
Ikke-vestlig oprindelse	0,406** [0,191]	0,382** [0,192]	0,232 [0,191]	0,302* [0,179]	0,406*** [0,153]	0,037 [0,162]	0,155 [0,149]
Vestlig oprindelse	0,270 [0,254]	0,148 [0,270]	-0,006 [0,289]	0,343 [0,244]	0,155 [0,231]	0,093 [0,237]	-0,017 [0,242]
Alder	0,0222*** [0,00518]	0,0254*** [0,00475]	0,0190*** [0,00530]	0,0143*** [0,00476]	0,0203*** [0,00423]	0,0101** [0,00441]	0,00861** [0,00424]
Kvinde	0,706** [0,311]	0,476 [0,307]	0,593* [0,317]	0,114 [0,292]	0,179 [0,268]	0,262 [0,261]	0,226 [0,247]
Region Midtjylland	0,210 [0,187]	-0,023 [0,188]	-0,235 [0,171]	0,049 [0,184]	0,342* [0,193]	-0,045 [0,188]	-0,097 [0,179]
Region Syddanmark	-0,483** [0,203]	-0,534*** [0,200]	-0,914*** [0,191]	-0,586*** [0,197]	-0,236 [0,203]	-0,498** [0,194]	-0,650*** [0,188]
Region Hovedstaden	-0,266 [0,183]	-0,311* [0,179]	-0,715*** [0,164]	-0,313* [0,173]	0,290 [0,181]	-0,009 [0,170]	-0,085 [0,162]
Region Sjælland	-0,643*** [0,227]	-0,335 [0,210]	-1,058*** [0,220]	-0,575*** [0,218]	-0,387* [0,228]	-0,757*** [0,228]	-0,260 [0,191]
Gymnaisiale og erhvervsfaglige udd.	0,065 [0,112]	0,038 [0,116]	0,088 [0,120]	0,047 [0,117]	-0,000 [0,105]	-0,050 [0,107]	-0,181* [0,106]
Korte videregående udd.	0,358 [0,304]	-1,027* [0,585]	0,190 [0,331]	-0,202 [0,390]	-0,562 [0,388]	-0,097 [0,329]	0,114 [0,282]
Mellemlange videregående udd.	-0,077 [0,181]	0,327** [0,164]	-0,058 [0,195]	0,221 [0,175]	-0,075 [0,162]	0,082 [0,162]	0,088 [0,153]
Lange videregående udd.	0,496** [0,243]	0,224 [0,276]	0,251 [0,286]	0,711*** [0,216]	0,482** [0,195]	0,072 [0,232]	0,461** [0,190]
Uoplyst udd.	-0,533** [0,259]	-0,024 [0,237]	0,686*** [0,206]	0,289 [0,246]	0,202 [0,234]	0,311 [0,255]	-0,526 [0,345]
DF1	-0,320 [0,209]	-0,172 [0,203]	-0,586** [0,237]	-0,651*** [0,223]	-0,668*** [0,198]	-0,369* [0,193]	-0,254 [0,176]
DF2	1,792*** [0,162]	1,833*** [0,150]	1,790*** [0,155]	1,780*** [0,152]	1,740*** [0,132]	2,021*** [0,129]	1,685*** [0,134]
DF3	0,376** [0,161]	0,487*** [0,150]	0,460*** [0,155]	0,391** [0,154]	0,517*** [0,133]	0,804*** [0,131]	0,458*** [0,142]
DF4	-1,859*** [0,390]	-1,069*** [0,282]	-0,821*** [0,242]	-1,199*** [0,241]	-1,013*** [0,197]	-0,502*** [0,171]	-1,157*** [0,201]
Øvrig DF	0,748*** [0,157]	0,749*** [0,147]	0,534*** [0,153]	0,504*** [0,150]	0,802*** [0,128]	0,722*** [0,131]	0,871*** [0,129]
Kvinde X Alder	-0,006 [0,00603]	-0,008 [0,00580]	-0,002 [0,00616]	0,003 [0,00580]	0,001 [0,00514]	-0,001 [0,00537]	0,002 [0,00512]
Konstant	-6,276*** [0,353]	-6,350*** [0,332]	-5,958*** [0,339]	-5,739*** [0,317]	-6,248*** [0,301]	-5,748*** [0,287]	-5,187*** [0,279]
Observationer	32.344	31.806	34.106	33.911	34.585	33.353	30.207

Note: * = signifikant på et 10-procentsniveau, ** = signifikant på et 5-procentsniveau, *** = signifikant på et 1-procentsniveau. Der er anvendt en logit model. De viste parameterestimer er log odds estimer, og de tilhørende standardfejl er angivet i parentes.

TABEL 16: POISSON-REGRESSIONSMODEL FOR ANTAL TVANGSINDLÆGGELSER, 2017-2018

	Alle patienter udsat for tvangsindlæggelse (1)	Patienter udsat for tvangsindlæggelse færre end 4 gange (2)
Ikke-vestlig oprindelse	-1,094*** [0,416]	-0,252 [0,390]
Vestlig oprindelse	-1,708*** [0,459]	-0,4 [0,516]
Alder	-0,002 [0,00227]	-0,001 [0,00236]
Kvinde	1,392*** [0,153]	0,253 [0,155]
Region Midtjylland	0,296* [0,174]	0,538*** [0,160]
Region Syddanmark	0,096 [0,166]	0,387** [0,162]
Region Hovedstaden	0,043 [0,160]	0,501*** [0,158]
Region Sjælland	0,105 [0,172]	0,490*** [0,167]
Gymnasiale og erhvervsfaglige udd.	-0,134 [0,0955]	-0,096 [0,0698]
Korte videregående udd.	-0,564** [0,227]	-0,236 [0,216]
Mellemlange videregående udd.	-0,287* [0,173]	-0,244** [0,125]
Lange videregående udd.	-0,644*** [0,196]	-0,380** [0,186]
Uoplyst udd.	-0,245 [0,185]	-0,111 [0,167]
DF1	-0,024 [0,105]	0,305*** [0,0830]
DF2	0,834*** [0,0858]	0,963*** [0,0750]
DF3	0,258 [0,158]	0,335*** [0,0955]
DF4	0,274** [0,125]	0,1 [0,0933]
Øvrig DF	0,851*** [0,0700]	0,718*** [0,0729]
Kvinde X Alder	-0,0215*** [0,00320]	-0,003 [0,00303]

Fortsat

	Alle patienter udsat for tvangsindlæggelse (1)	Patienter udsat for tvangsindlæggelse færre end 4 gange (2)
Ikke-vestlig oprindelse X Alder	0,008 [0,00752]	3,63E-5 [0,00788]
Vestlig oprindelse X Alder	0,0253*** [0,00666]	0,006 [0,00822]
Ikke-vestlig oprindelse X DF2	0,292 [0,274]	0,043 [0,254]
Vestlig oprindelse X DF2	0,755** [0,367]	0,066 [0,357]
Ikke-vestlig oprindelse X Øvrig DF	-0,054 [0,275]	-0,173 [0,257]
Vestlig oprindelse X Øvrig DF	-0,804** [0,384]	-0,317 [0,420]
Konstant	-1,170*** [0,185]	-2,003*** [0,199]
Observationer	4.638	4.413

Note: * = signifikant på et 10-procentsniveau, ** = signifikant på et 5-procentsniveau, *** = signifikant på et 1-procentsniveau. Tabellen viser de estimerede (zero-truncated) Poisson-regressionskoefficienter samt de tilhørende robuste standardfejl i parentes.

TABEL 17: POISSON-REGRESSIONSMODEL FOR ANTAL TVANGSTILBAGEHOLDelser, 2017-2018

	Alle patienter udsat for tvangstilbageholdelse (1)	Patienter udsat for tvangstilbageholdelse færre end 4 gange (2)
Ikke-vestlig oprindelse	0,056 [0,573]	0,462 [0,534]
Vestlig oprindelse	-0,585 [0,953]	-0,284 [0,989]
Alder	-0,0182*** [0,00228]	-0,00643*** [0,00209]
Kvinde	0,423*** [0,0715]	0,270*** [0,0686]
Region Midtjylland	-0,069 [0,154]	0,038 [0,153]
Region Syddanmark	0,308* [0,167]	0,087 [0,152]
Region Hovedstaden	0,18 [0,135]	0,135 [0,141]
Region Sjælland	-0,175 [0,170]	-0,176 [0,174]
Gymnasiale og erhvervsfaglige udd.	-0,086 [0,0959]	-0,112 [0,0789]
Korte videregående udd.	0,053 [0,181]	0,201 [0,190]
Mellemlange videregående udd.	-0,028 [0,123]	0,013 [0,118]
Lange videregående udd.	-0,245 [0,171]	-0,108 [0,168]
Uoplyst udd.	-0,047 [0,183]	0,050 [0,189]
DF1	0,108 [0,124]	0,240** [0,0998]
DF2	0,604*** [0,112]	0,722*** [0,0866]
DF3	0,213** [0,105]	0,384*** [0,0889]
DF4	0,050 [0,174]	-0,056 [0,116]
Øvrig DF	0,697*** [0,0809]	0,427*** [0,0816]
Ikke-vestlig oprindelse X Alder	-0,005 [0,00849]	-0,0199** [0,00810]
Vestlig oprindelse X Alder	-0,003 [0,00959]	-0,009 [0,0106]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Midtjylland	-0,113	0,53

Fortsat

	Alle patienter udsat for tvangstilbageholdelse (1)	Patienter udsat for tvangstilbageholdelse færre end 4 gange (2)
	[0,585]	[0,484]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Syddanmark	-1,086*	-0,14
	[0,598]	[0,501]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Hovedstaden	-0,509	0,173
	[0,566]	[0,463]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Sjælland	-0,54	0,281
	[0,610]	[0,539]
Vestlig oprindelse X Region Midtjylland	-0,863	-0,592
	-1.236	-1.202
Vestlig oprindelse X Region Syddanmark	0,185	0,666
	[0,976]	[0,958]
Vestlig oprindelse X Region Hovedstaden	0,186	0,115
	[0,958]	[0,961]
Vestlig oprindelse X Region Sjælland	0,701	0,807
	-1.148	-1.117
Ikke-vestlig oprindelse X DF1	0,851***	0,219
	[0,272]	[0,240]
Vestlig oprindelse X DF1	-1,044	-0,47
	[0,757]	[0,569]
Ikke-vestlig oprindelse X DF2	-0,075	-0,416*
	[0,275]	[0,228]
Vestlig oprindelse X DF2	0,111	0,222
	[0,400]	[0,452]
Ikke-vestlig oprindelse X DF4	0,132	0,168
	[0,327]	[0,285]
Vestlig oprindelse X DF4	0,718	-0,262
	[0,634]	[0,931]
Ikke-vestlig oprindelse X Øvrig DF	0,083	0,143
	[0,277]	[0,236]
Vestlig oprindelse X Øvrig DF	-0,011	0,060
	[0,414]	[0,503]
Konstant	-0,419**	-1,225***
	[0,198]	[0,182]
Observationer	3.498	3.361

Note: * = signifikant på et 10-procentsniveau, ** = signifikant på et 5-procentsniveau, *** = signifikant på et 1-procentsniveau. Tabellen viser de estimerede (zero-truncated) Poisson-regressionskoefficienter samt de tilhørende robuste standardfejl i parentes.

TABEL 18: POISSON-REGRESSIONSMODEL FOR ANTAL FIKSERINGER OG FYSISKE MAGTANVENDELSER, 2017-2018

	Alle patienter udsat for fiksering- og fysisk magtanvendelse (1)	Patienter udsat for fiksering- og fysisk magtanvendelse færre end 10 gange (2)
Ikke-vestlig oprindelse	-1,158*** [0,347]	0,234 [0,265]
Vestlig oprindelse	-0,361 [0,529]	-13,99*** [0,511]
Alder	-0,0242*** [0,00228]	-0,00480*** [0,00124]
Kvinde	0,551*** [0,0659]	0,0799** [0,0403]
Region Midtjylland	-0,061 [0,191]	0,071 [0,0899]
Region Syddanmark	-0,227 [0,192]	-0,118 [0,0934]
Region Hovedstaden	-0,234 [0,164]	-0,049 [0,0864]
Region Sjælland	-0,297* [0,180]	-0,091 [0,0959]
Gymnasiale og erhvervsfaglige udd.	-0,158* [0,0899]	-0,0848* [0,0476]
Korte videregående udd.	-0,375** [0,154]	-0,069 [0,134]
Mellemlange videregående udd.	-0,067 [0,111]	-0,050 [0,0746]
Lange videregående udd.	-0,136 [0,124]	0,007 [0,0893]
Uoplyst udd.	-0,15 [0,144]	-0,010 [0,0975]
DF1	-0,222** [0,102]	-0,032 [0,0611]
DF2	0,500*** [0,0992]	0,392*** [0,0536]
DF3	0,14 [0,0897]	0,229*** [0,0546]
DF4	-0,118 [0,140]	-0,155** [0,0783]
Øvrig DF	0,566*** [0,101]	0,181*** [0,0552]
Ikke-vestlig oprindelse X Alder	0,0181*** [0,00491]	-0,004 [0,00413]
Vestlig oprindelse X Alder	0,0225*** [0,00704]	0,001 [0,00667]

Fortsat

	Alle patienter udsat for fiksering- og fysisk magtanvendelse (1)	Patienter udsat for fiksering- og fysisk magtanvendelse færre end 10 gange (2)
Ikke-vestlig oprindelse X Region Midtjylland	0,638**	0,288
	[0,314]	[0,240]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Syddanmark	0,166	0,049
	[0,340]	[0,259]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Hovedstaden	0,703**	0,239
	[0,292]	[0,233]
Ikke-vestlig oprindelse X Region Sjælland	0,575	-0,031
	[0,357]	[0,275]
Vestlig oprindelse X Region Midtjylland	-0,415	14,01***
	[0,557]	[0,537]
Vestlig oprindelse X Region Syddanmark	-0,492	14,10***
	[0,530]	[0,491]
Vestlig oprindelse X Region Hovedstaden	-0,507	14,08***
	[0,505]	[0,467]
Vestlig oprindelse X Region Sjælland	0,429	14,66***
	[0,610]	[0,522]
Ikke-vestlig oprindelse X DF2	-0,357**	-0,332***
	[0,157]	[0,119]
Vestlig oprindelse X DF2	-0,169	-0,117
	[0,278]	[0,220]
Ikke-vestlig oprindelse X DF4	-0,309	0,090
	[0,211]	[0,167]
Vestlig oprindelse X DF4	-0,689	-0,157
	[0,426]	[0,341]
Ikke-vestlig oprindelse X Øvrig DF	-0,095	0,053
	[0,198]	[0,144]
Vestlig oprindelse X Øvrig DF	-0,900**	-0,457*
	[0,416]	[0,276]
Konstant	1,896***	0,746***
	[0,224]	[0,108]
Observationer	3.451	3.195

Note: * = signifikant på et 10-procentsniveau, ** = signifikant på et 5-procentsniveau, *** = signifikant på et 1-procentsniveau. Tabellen viser de estimerede (zero-truncated) Poisson-regressionskoefficienter samt de tilhørende robuste standardfejl i parentes.

TABEL 19: POISSON-REGRESSIONSMODEL FOR ANTAL TVANGSBEHANDLINGER, 2017-2018

	Alle patienter udsat for tvangsbehandling (1)	Patienter udsat for tvangsbehandling færre end 3 gange (2)
Ikke-vestlig oprindelse	-0,478** [0,189]	-0,014 [0,172]
Vestlig oprindelse	0,104 [0,242]	-0,093 [0,287]
Alder	-0,00720* [0,00416]	-0,005 [0,00472]
Kvinde	0,717*** [0,257]	0,146 [0,288]
Region Midtjylland	0,292 [0,192]	0,323 [0,215]
Region Syddanmark	-0,029 [0,212]	0,057 [0,230]
Region Hovedstaden	-0,067 [0,180]	0,109 [0,206]
Region Sjælland	-0,063 [0,204]	0,039 [0,243]
Gymnaisiale og erhvervsfaglige udd.	-0,275** [0,117]	-0,079 [0,121]
Korte videregående udd.	-0,058 [0,314]	-0,013 [0,300]
Mellemlange videregående udd.	-0,195 [0,174]	-0,219 [0,206]
Lange videregående udd.	-0,314 [0,199]	0,080 [0,204]
Uoplyst udd.	-0,342 [0,256]	-0,322 [0,364]
DF1	-0,772*** [0,227]	-0,667** [0,281]
DF2	0,617*** [0,142]	0,559*** [0,154]
DF3	0,362* [0,210]	0,341** [0,166]
DF4	-0,046 [0,248]	-0,439 [0,280]
Øvrig DF	0,444*** [0,124]	0,184 [0,144]
Kvinde X Alder	-0,0107** [0,00525]	0,002 [0,00567]

Fortsat

	Alle patienter udsat for tvangsbehandling (1)	Patienter udsat for tvangsbehandling færre end 3 gange (2)
Ikke-vestlig oprindelse X DF4	0,327 [0,621]	0,885* [0,534]
Vestlig oprindelse X DF4	0,485 [0,832]	-10,24*** -1.084
Konstant	-0,215 [0,290]	-1,352*** [0,329]
Observationer	1.589	1.394

Note: * = signifikant på et 10-procentsniveau, ** = signifikant på et 5-procentsniveau, *** = signifikant på et 1-procentsniveau. Tabellen viser de estimerede (zero-truncated) Poisson-regressionskoefficienter samt de tilhørende robuste standardfejl i parentes.

LITTERATURLISTE

Bak, J: **Mechanical restraint, preventive factors in theory and practice.** Københavns Universitet 2015.

Berring, L. L. og J. Bak (2015): **En ny måde at håndtere konflikter på.** Sygeplejersken, vol. 13, s. 89-93.

Bhui, K., R. McCabe, S. Weich, S. Singh, M. Johnson og A. Szczepura (2013): **THERACOM: a systematic review of the evidence base for interventions to improve therapeutic communications between black and minority ethnic populations and staff in specialist mental health services.** Systematic Reviews, vol. 2, s. 15.

Commander M. J., R. Cochrane, S. P. Sashidharan, F. Akilu og E. Wildsmith (1999). **Mental health care for Asian, black and white patients with non-affective psychoses: pathways to the psychiatric hospital, in-patient and after-care.** Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, vol. 34, s. 484-491.

Danmarks Statistik. (2017). **Statistikdokumentation for indvandrere og efterkommere 2017.** <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/statistikdokumentation/indvandrere-og-efterkommere/indhold>

Danske Regioner. (2014). <https://www.regioner.dk/sundhed/psykiatri-og-social/maal-om-mindre-tvang-i-psykiatrien>

Davies, S., G. Thornicroft, M. Leese, A. Higgingsbotham og M. Phelan (1996). **Ethnic differences in risk of compulsory psychiatric admission among representative cases of psychosis in London.** BMJ, vol. 312, s. 533-537.

Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden (2009). Etniske forskelle i patienters oplevelser. En spørgeskema- og interviewundersøgelse om etniske forskelle i patientoplevelser i forløbet fra praktiserende læge til hospital. (https://patientoplevelser.dk/files/dokumenter/artikel/etniske_pixi.pdf)

Galon, P. A., N. M. Wineman og T. Grande (2012): **Influence of race on outpatient commitment and assertive community treatment for persons with severe and persistent mental illness.** Archives of Psychiatric Nursing, vol. 26(3), s. 202-213.

- Gilliam, L. (2018). **Minoritetsdanske drenge i skolen: Modvilje og forskelsbehandling**. Aarhus Universitetsforlag.
- Gudjonsson G. H., S. Rabe-Hesketh og G. Szmukler (2004). **Management of psychiatric in-patient violence: patient ethnicity and use of medication, restraint and seclusion**. *British Journal of Psychiatry*, vol. 184, s. 258-262.
- Kisely, S. og J. Xiao (2017): **Cultural and linguistic diversity increases the likelihood of compulsory community treatment**. *Schizophrenia Research*, vol. 197, s. 104-108.
- Lawlor, C., S. Johnson, L. Cole og L. M. Howard (2012): **Ethnic variations in pathways to acute care and compulsory detention for women experiencing a mental health crisis**. *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 58(1), s. 3-15.
- Lay B., C. Lauber, C. Nordt og W. Rossler (2006). **Patterns of inpatient care for immigrants in Switzerland: a case control study**. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 41, s. 199–207.
- Mulder C. L., G. T. Koopmans og J. P. Selten (2006). **Emergency psychiatry, compulsory admissions and clinical presentation among immigrants to the Netherlands**. *British Journal of Psychiatry*, vol. 188, s. 386-391.
- Mygind, J. (2008). **Diagnose: Kulturel forstyrrelse**. I *Information* d. 24. oktober 2008.
- Nørredam, M., A. Garcia Lopez, N. Keiding og A. Krasnik (2010): **Excess use of coercive measures in psychiatry among migrants compared with native Danes**. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 121(2), s. 143-151.
- Rotenberg, M., A. Tuck, R. Ptashny og K. McKenzie (2017): **The role of ethnicity in pathways to emergency psychiatric services for clients with psychosis**. *BMC Psychiatry*, vol. 17.
- Schultz, M. L. (2009). **Tosprogede ordblinde bliver overset**. I *Folkeskolen.dk* d. 27. februar 2009.
- Singh S. P., T. Croudace, A. Beck og G. Harrison (1998). **Perceived ethnicity and the risk of compulsory admission**. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 33, s. 39-44.
- Stanek, H. (2014). **Europæiske eksperter sætter fokus på indsatsen for tosprogede ordblinde**. *Folkeskolen.dk* d. 24. marts 2014.
- Stanek, H. (2015). **Nyt projekt skal opspore ADHD blandt tosprogede og socialt udsatte**. *Folkeskolen.dk* d. 4. august 2015.

Sundhedsdatastyrelsen. (2019). **Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2019, Vejledningsdel.**

Sundhedsdatastyrelsen. (2020). **Dokumentation af registre. Register over anvendelse af tvang i psykiatrien.** <https://www.esundhed.dk/Dokumentation/DocumentationExtended?id=27>

Sundhedsstyrelsen. (2018). **Monitorering af tvang i psykiatrien - Opgørelse for perioden 1. juli 2017 - 30. juni 2018.**

Tarsitiani, L., M. Pasquini, A. Maraone, M. P. Zerella, I. Berardelli, R. Giordani, G. M. Polselli og M. Biondi (2013): **Acute psychiatric treatment and the use of physical restraint in first-generation immigrants in Italy: A prospective concurrent study.** International Journal of Social Psychiatry, vol. 59(6), s. 613-618.

- 1 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 3, stk. 1. Tilgængelig [her](#).
- 2 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 3, stk. 1 og 4. Tilgængelig [her](#).
- 3 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 4, stk. 1. Tilgængelig [her](#).
- 4 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 1, stk. 1 og 2. Tilgængelig [her](#).
- 5 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 1, stk. 3. Tilgængelig [her](#).
- 6 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 4, stk. 1-4. Tilgængelig [her](#).
- 7 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 35, § 37 og § 38. Tilgængelig [her](#).
- 8 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 24. Tilgængelig [her](#).
- 9 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 4, stk. 5. Tilgængelig [her](#).
- 10 Indgreb såsom personlige alarm- og pejlesystemer, særlige dørlåse, åbning og kontrol af post, personlig hygiejne under anvendelse af tvang, undersøgelse af patientstuer og ejendele, kropsvisitation, anvendelse af kropsscannere og narkohunde m.v. og aflåsning af døre i afdelingen vil dermed ikke blive gennemgået nærmere.
- 11 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 6, stk. 3 og § 10, stk. 1, jf. § 5. Tilgængelig [her](#).
- 12 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 5, jf. §§ 6-9 og § 10. Tilgængelig [her](#).
- 13 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 11. Tilgængelig [her](#).
- 14 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 21, stk. 2. Tilgængelig [her](#).
- 15 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 6 og § 7, stk. 2. Tilgængelig [her](#).
- 16 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 7, stk. 1. Tilgængelig [her](#);
- 17 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 9, stk. 2. Tilgængelig [her](#).

- 18 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 10, stk. 1. Tilgængelig [her](#).
- 19 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. §§ 12 og 13. Tilgængelig [her](#).
- 20 Bekendtgørelse nr. 1075 af 27. oktober 2019 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, §§ 2 og 3. Tilgængelig [her](#).
- 21 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 12, stk. 3. Tilgængelig [her](#).
- 22 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 13. Tilgængelig [her](#).
- 23 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 17, stk. 2. Tilgængelig [her](#).
- 24 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 14, stk. 1. Tilgængelig [her](#).
- 25 Bekendtgørelse nr. 1075 af 27. oktober 2019 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger, § 13, stk. 4 og 5. Tilgængelig [her](#).
- 26 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 14. Tilgængelig [her](#).
- 27 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 14. Tilgængelig [her](#).
- 28 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 21, stk. 4-7. Tilgængelig [her](#).
- 29 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 16. Tilgængelig [her](#).
- 30 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 21 a. Tilgængelig [her](#).
- 31 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 15. Tilgængelig [her](#).
- 32 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 17, stk. 1, 1. pkt. Tilgængelig [her](#).
- 33 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 17, stk. 1, 2. pkt. Tilgængelig [her](#).
- 34 Se bl.a. FN's verdenserklæring om menneskerettigheder (1948), artikel 1 og 7; FN's konvention om civile og politiske rettigheder (1966), artikel 2; FN's konvention om afskaffelse af alle former for racediskrimination (1965), artikel 2 og 5; FN's konvention om rettigheder for personer med handicap (2006), artikel 5.
- 35 EU's charter om grundlæggende rettigheder, artikel 21; Rådets direktiv 2000/43/EF af 29. juni 2000 om gennemførelse af princippet om ligebehandling af alle uanset race eller etnisk oprindelse.
- 36 Diskrimination på grund af en persons faktiske eller opfattede etniske oprindelse er en form for diskrimination på grund af race. Se bl.a. Sejdi og Finci mod Bosnien og Herzegovina af 22. december 2009, sags.nr. 27996/06 og 34836/06, § 43; Timishev mod Rusland af 13. december 2005, sags.nr. 55762/00 og 55974/00, §§ 55-56.

- Guide on Article 14 of the Convention (prohibition of discrimination) and on Article 1 of Protocol No. 12 (general prohibition of discrimination), European Court of Human Rights 24/58, § 55).
- 37 EMD har flere gange fundet, at handicap falder ind under "and other status" i EMRKs artikel 14. Se bl.a. Glor mod Schweiz af 30. april 2009, sags.nr. 13444/04, §§ 53 og 77-80; Cam mod Tyrkiet af 23. februar 2016, sags.nr. 51500/08, § 55.
- 38 EMD, se bl.a. Willis mod Storbritannien af 11. juni 2002, sags.nr. 36042/97, § 48.
- 39 EMD, se bl.a. Larkos mod Cypern af 18. februar 1999, sags.nr. 29515/95, § 29.
- 40 EMD, se bl.a. D.H. m.fl. mod Tjekkiet af 13. november 2007, sags.nr. 57325/00, § 177.
- 41 EMD, D.H. m.fl. mod Tjekkiet af 13. november 2007, sags.nr. 57325/00, §§ 18 og 196-201.
- 42 EMD, Rooman mod Belgien af 31. januar 2019, sags.nr. 18052/11.
- 43 Bekendtgørelse nr. 438 af 16. maj 2012 af lov om etnisk ligebehandling, jf. § 1. Tilgængelig [her](#).
- 44 Bekendtgørelse nr. 438 af 16. maj 2012 af lov om etnisk ligebehandling, jf. § 2, stk. 1 og § 3, stk. 1. Tilgængelig [her](#).
- 45 Lovforslag nr. 155 som fremsat d. 29. januar 2003 om lov om etnisk ligebehandling, bemærkningerne til § 2, stk. 1. Tilgængelig [her](#).
- 46 Bekendtgørelse nr. 936 af 2. september 2019 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., jf. § 2, stk. 4. Tilgængelig [her](#).
- 47 Lovforslag nr. 137 som fremsat d. 5. februar 2015 om ændring af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (Fastlæggelse af mindreårige psykiatriske patienters retsstilling, indførelse af ny formålsbestemmelse, skærpede kriterier for tvangsfiksering, ændring af kriterierne for åbning og kontrol af post, undersøgelse af patientstuer og ejendele samt kropsvisitation m.v.), afsnit 3.2.3 samt § 1, nr. 3 (§ 2, stk. 1-4). Tilgængelig [her](#).
- 48 For en mere detaljeret gennemgang af datagrundlaget samt metoden, se kapitel 6 i bilag.
- 49 Som en kontrol foretager vi også opgørelser på forløbsniveau. Det vil sige, at vi ser på, om der i et indlæggelsesforløb har været tvangsmæssig behandling, og på, hvorvidt der er en forskel på tværs af etnicitet.
- 50 – Tvangsindlæggelse: Er en tvangsforanstaltning under frihedsberøvelse, men vi behandler den her som en selvstændig tvangsform
- Tvangstilbageholdelse: Er, ligesom tvangsindlæggelse, en tvangsforanstaltning under frihedsberøvelse, men behandles her som en selvstændig tvangsform, da vi ønsker at kunne skelne mellem tvangsforanstaltninger, der sker under indlæggelsen, og tvangsindlæggelse, der er tvang i form af en indlæggelse.
- Fiksering og fysisk magtanvendelse: Indeholder følgende tvangsforanstaltninger: 1) bæltefiksering, som er slået sammen med brugen af remme og handsker, 2) fastholdelse samt 3) beroligende medicin.
- Tvangsbehandling: Indeholder tvangsforanstaltningerne: 1) medicinering, 2) ECT, 3) ernæring og 4) legemlig lidelse.

- 51 Opgørelsen af indvandrere og efterkommere inkluderer flygtninge.
- 52 Vi ønsker at danne os et billede af, hvordan situationen ser ud inden for de seneste år. Da det stadig er relevant i denne sammenhæng at se på, om udviklingen har været positiv eller negativ, har vi imidlertid valgt også at inkludere perioder tilbage i tid.
- 53 Bemærk, at vi kun har data over indlæggelser til og med 10. oktober 2018, hvorfor den sidste periode ikke dækker hele 2018.
- 54 Se antalstabeller i bilaget.
- 55 Se antalstabeller i bilaget.
- 56 Tallene er forholdsvis ens, når man ser på de øvrige perioder.
- 57 Se Tabel 2 i kapitel XX bilag for en beskrivelse af diagnosegrupperne.
- 58 I Figur 17-17 i bilaget er vist de forventede sandsynligheder for tvang opdelt på henholdsvis oprindelse og køn samt oprindelse og bopælsregion for perioden 2017-2018. Her ser vi, at de forventede sandsynligheder for tvang for mænd og kvinder inden for hver etnicitetsgruppe er forholdsvis ens. Dette gør sig gældende i alle perioderne. Derudover ser vi, at der er forskel i sandsynligheden for tvang på tværs af regionerne. Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Sjælland er de regioner, der har den laveste sandsynlighed for tvang. Vi ser dog samtidig, at patienter af ikke-vestlig oprindelse har en højere sandsynlighed for tvang end patienter af dansk oprindelse i alle regionerne. Dette gør sig gældende i alle perioderne. Det skal bemærkes, at den forventede sandsynlighed for tvang for ikke-vestlige patienter i Region Nordjylland er markant højere i perioden 2017-2018 end i de øvrige perioder (ikke vist).
- 59 I Fejl! Henvissningskilde ikke fundet.8 i bilag er vist de deskriptive tal for brugen af tvang opdelt på oprindelse. Her kan det ses, at andelen af patienter af henholdsvis ikke-vestlig oprindelse og dansk oprindelse, der har været udsat for tvang minimum én gang i de pågældende perioder, ligger tæt på de gennemsnitligt forventede sandsynligheder for tvang vist i Figur 4. Af Fejl! Henvissningskilde ikke fundet.9 i bilag fremgår endvidere resultaterne fra regressionsmodellen udarbejdet på forløbsniveau i stedet for personniveau (Regressionsoutputtet fremgår af Tabel 4 i bilag). Her ses det, at patienter af ikke-vestlig oprindelse i perioden 2017-2018 har en forventet sandsynlighed for at blive udsat for tvang under deres indlæggelsesforløb på 23%, mens tallet for patienter af dansk oprindelse er på lige under 17%. Det betyder, at når vi opgør på indlæggelsesforløb, har patienter af ikke-vestlig oprindelse ca. 40% større sandsynlighed for at blive udsat for tvang end patienter af dansk oprindelse. Den relative forskel er dermed forholdsvis lille, når vi opgør på personniveau og forløbsniveau. For de øvrige perioder er den relative forskel mellem de to grupper dog højere på forløbsniveau end på personniveau.
- 60 De deskriptive tal for tvangsindlæggelse opdelt på oprindelse fremgår af Figur 2121 i bilag. Her ses det, at andelen af patienter af henholdsvis ikke-vestlig og dansk oprindelse, der har været tvangsindlagt minimum én gang i de pågældende perioder, ligger tæt på de gennemsnitligt forventede sandsynligheder for tvangsindlæggelse vist i Figur 5.

- 61 De deskriptive tal for tvangstilbageholdelse opdelt på oprindelse fremgår af Figur 222 i bilag. Her ses det, at forskellen i andelen af patienter af ikke-vestlig og dansk oprindelse, der har været tvangstilbageholdt minimum én gang i perioderne, er større end den, vi ser for de gennemsnitligt forventede sandsynligheder vist i Figur 6.
- 62 De deskriptive tal for fiksering og fysisk magtanvendelse opdelt på oprindelse fremgår af Figur 233 i bilag. Her ses det, at forskellen i andelen af patienter af ikke-vestlig og dansk oprindelse, der har været udsat for fiksering og fysisk magtanvendelse minimum én gang i perioderne, er større end den, vi ser for de gennemsnitligt forventede sandsynligheder vist i Figur 7.
- 63 De deskriptive tal for bæltefiksering opdelt på oprindelse fremgår af Figur 244 i bilag.
Her ses det, at forskellen i andelen af patienter af ikke-vestlig og dansk oprindelse, der har været udsat for bæltefiksering magtanvendelse minimum én gang i perioderne, ligger tæt på de gennemsnitligt forventede sandsynligheder for bæltefiksering vist i Figur 8.
- 64 De deskriptive tal for tvangsbehandling opdelt på oprindelse fremgår af Figur 255 i bilag. Her ses det, at andelen af patienter med henholdsvis ikke-vestlig og dansk oprindelse, der har været tvangsbehandlet minimum én gang i de pågældende perioder, ligger tæt på de gennemsnitligt forventede sandsynligheder for tvangsbehandling vist i Figur 9.
- 65 Bemærk, at en patient kan indgå i begge grupper, da de kan have flere indlæggelsesforløb i perioden, som kan have forskellige indlæggelsesvilkår.
- 66 Få steder er der forskelle på et 10% signifikansniveau. Dette gælder for perioden 2013-2014. For perioden 2017-2018 ser vi dog en lille forskel mellem grupperne med hensyn til den forventede sandsynlighed for fiksering og fysisk magtanvendelse. Her har patienter af ikke-vestlig oprindelse end lidt højere sandsynlighed end patienter af dansk oprindelse. Tilsvarende gælder i perioden 2009-2010 for tvangsbehandling, hvor det er patienter af dansk oprindelse, der har højere sandsynlighed end patienter af ikke-vestlig oprindelse.
- 67 For tvangsbehandling ser vi dog generelt ikke nogen signifikant forskel mellem grupperne.
- 68 De deskriptive tal for tvang under indlæggelse (tvangstilbageholdelse, fiksering og fysisk magtanvendelse samt tvangsbehandling) opdelt på oprindelse for henholdsvis patienter med tvangsindlæggelsesforløb og frivillige indlæggelsesforløb fremgår af Figur 266-Figur 288 i bilag.
- 69 Figur 29-Figur 32 i bilaget viser, hvordan antallet af tvangsansøgelser inden for hver enkel tvangsform fordeler sig for patienter med henholdsvis ikke-vestlig og dansk oprindelse i perioden 2017-2018.
- 70 Vi ser samme tendens i de tidligere perioder (ikke vist).
- 71 Vi ser samme tendens for de tidligere perioder (ikke vist).
- 72 806.826 indlæggelseskontakter
- 73 I vores indledende databehandling har vi fjernet indlæggelseskontakter fra sikringsafdelingerne (2.136 indlæggelseskontakter). Derudover har vi fjernet indlæggelseskontakter, der ikke har en psykiatrisk diagnose som

aktionsdiagnose (511 indlæggelseskontakter). Den indledende databehandling, hvor vi også renser for forskellige typer dubletter, resulterer herefter i 802.979 indlæggelseskontakter. Af psykiatrisk diagnose indgår alle DF-diagnoser samt øvrige diagnoser (på nær rådgivningsdiagnoser), der fremgår af listen over anbefalede aktionsdiagnoser for psykiatriske kontakter fra Sundhedsdatastyrelsens rapport "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2019, Vejledningsdel".

- 74 Omkring 70% af alle indlæggelseskontakterne har kun én aktionsdiagnose (når man opdeler på hoveddiagnosegrupper), og under 10% har en aktionsdiagnose og bi-diagnoser i mere end én diagnosegruppe.
- 75 50% af disse indlæggelseskontakter har kun én bi-diagnose (når man opdeler på hoveddiagnosegrupper).
- 76 Her kan det bemærkes, at kun omkring 2% af indlæggelsesforløbene har aktionsdiagnoser, der ligger inden for flere diagnosegrupper.
- 77 En tvangsforanstaltning, der har en start- eller slutdato, der ligger inden for indlæggelsesforløbets periode, kobles således på indlæggelsesforløbet. Langt størstedelen af tvangsforanstaltningerne har både start- og slutdato inden for perioden for indlæggelsesforløbet, men der er tilfælde, hvor enten start- eller slutdatoen ligger uden for datoerne for indlæggelsesforløbet. Da det drejer sig om et mindre antal tilfælde, tilkøbes disse tilfælde via henholdsvis start- eller slutdatoen, som ligger inden for datoerne for indlæggelsesforløbet.
- 78 En mindre del af patienterne i dataudtrækket fra LPR PSYK findes ikke i vores populationsdata fra DST. Det drejer sig om omkring 500 personer og svarer til lidt under 800 indlæggelsesforløb set over hele perioden fra 2000-2018. Da vi ikke har information om bl.a. disse patienters etnicitet, hvilket er grundlæggende for vores analyse, indgår disse patienter ikke i analysen.
- 79 Danmarks Statistik definerer indvandrere, efterkommere og personer af dansk oprindelse som følger:
 Indvandrere er født i udlandet, og ingen af forældrene er både danske statsborgere og født i Danmark.
 Efterkommere er født i Danmark, og ingen af forældrene er både danske statsborgere og født i Danmark.
 Personer af dansk oprindelse udgør resten, dvs. at en person – uanset fødested – der har mindst én forælder, som er både dansk statsborger og født i Danmark, vil være af dansk oprindelse.
- 80 Danmarks Statistik definerer oprindelsesland for indvandrere og efterkommere som følger:
 Når ingen af forældrene kendes, er oprindelseslandet defineret ud fra personens egne oplysninger. Er personen indvandrer, antages det, at oprindelseslandet er lig med fødelandet. Er personen efterkommer, antages det, at oprindelseslandet er lig med statsborgerskabslandet.
 Når kun en forælder kendes, defineres oprindelsesland ud fra dennes fødeland. Hvis dette er Danmark, bruges statsborgerskabsland.
 Når begge forældre kendes, defineres oprindelsesland ud fra moderens fødeland, henholdsvis statsborgerskabsland.

- 81 Opdelingen i ikke-vestlige og vestlige lande følger Danmarks Statistiks definition (Danmarks Statistik, 2017).
- 82 Da vores opgørelser er opgjort på personniveau over en toårig periode, betyder det, at patientens alder og bopæl er opgjort ved midten af året i året for deres indlæggelsesforløb. Såfremt en patient har indlæggelsesforløb i begge år, er variablerne opgjort ved midten af året i det første af disse år. Der er et mindre antal tilfælde, hvor dette ikke er muligt, da patienten ikke findes i DST-registret for det pågældende år. I de tilfælde, hvor patienten har indlæggelsesforløb i begge år af perioden, kobler vi DST-registret for det sidste af årene på, dvs. alder og bopæl er opgjort ved midten af året i det sidste af årene for den toårige periode. Hvis dette ikke er muligt, kobler vi DST-registret for året, der ligger forud for perioden. For perioden 2017-2018 vil det således være 2016, der kobles på, og alder og bopæl vil være opgjort ved midten af dette år. I de tilfælde, hvor patienten kun har et indlæggelsesforløb i ét af årene, kobler vi DST-registret for det efterfølgende år på, og hvis dette heller ikke er muligt, kobler vi DST-registret for året forud for den toårige periode på.
- 83 Indlæggelsesforløb, der er uafsluttet ved udtrækstidspunktet d. 10. oktober 2018, indgår i 2017-2018 opgørelsen, da vi har givet disse forløb en kunstig slutdato.
- 84 Vi definerer desuden retspsykiatriske indlæggelseskontakter som en kontakt, hvor aktions- eller bi-diagnosen er en retspsykiatrisk diagnose, eller hvor patienten er indlagt på retslige indlæggelsesvilkår. De retslige indlæggelsesvilkår dækker "Andre retslige forhold", "Indlagt i henhold til dom", "Indlagt i henhold til dom til anbringelse", "Indlagt som mental observand", "Indlagt som varetægtsurrogatfængslet", "Overført til varetægtsarrestant", "Indlagt i henhold til farlighedsdekret", "Indlagt i henhold til andre retslige forhold", "Retslig patient indlagt ved tvang i medfør af retsligt forhold (ikke Psykiatrilov)" og "Retslig patient indlagt frivilligt".
- 85 Det skal bemærkes, at vi i regressionsmodellerne kontrollerer for bopælsregion i stedet for behandlingsregion. Det skyldes, vi har fuld information om bopælsregion for samtlige år, hvilket ikke er tilfældet for behandlingsstederne, da det ikke har været muligt at identificere alle afdelingskoder/sygehuskoder tilbage i tid. Vi har for perioderne 2015-2016 og 2017-2018 tjekket, hvorvidt behandlingsregionen for de enkelte indlæggelsesforløb stemmer overens med patientens registrerede bopælsregion i året (opgjort ved midten af året) for indlæggelsesforløbet. Her ser vi, at omkring 95% af patienterne, der behandles i de enkelte regioner, også bor i regionen. Et andet tjek viser, hvor stor en andel af patienterne, der set over perioderne 2015-2016 og 2017-2018 har samme behandlingsregion for alle indlæggelsesforløbene i perioden. Her ser vi, at 98% af patienterne behandles i samme region set over en toårig periode. Dette er relevant i forhold til vores opgørelser på personniveau, hvor en patient kun har én registreret bopælsregion for hele den toårige periode. Det er derfor vigtigt ikke blot at understrege, at behandlingsregionen svarer til bopælsregionen for indlæggelsesforløbene, men også at patienterne ikke skifter behandlingsregion i løbet af den pågældende periode. Vi har foretaget begge tjek opdelt på etnicitet, men finder ikke nogen forskelle mellem etnicitetsgrupperne.

**INSTITUT FOR
MENNESKE
RETTIGHEDER**