

*GRUNDKRAV OCH PRESTATIONER*

# Tvångsvårdstillfällen och tvångsåtgärder

SAMMANSTÄLLNING AV LANDSTINGENS ANALYSER OCH  
HANDLINGSPLANER 2014

## Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>3</b>
<b>Bakgrund och syfte</b> .....	<b>4</b>
<b>Metod</b> .....	<b>5</b>
Underlag för analys .....	5
Ålder och könsfördelning .....	6
Diagnoser .....	6
Typ av tvångsåtgärder .....	7
Landstingens analyser, handlingsplaner och åtgärder .....	7
<b>Reflektioner</b> .....	<b>11</b>
Rekommendationer för fortsatt arbete .....	12

# Sammanfattning

I PRIO- överenskommelsen mellan regeringen och SKL 2014 ingick ett arbete för att minska behovet av tvångsvård. Landstingen har identifierat de 10 % av patienterna som fått mest tvångsvårdstillfällen respektive tvångsåtgärder, analyserat dessa samt i en handlingsplan beskrivit vilka åtgärder man kommer att vidta. Syftet med denna sammanställning är att ge en översikt över landstingens arbete med tvångsvård och att därmed ge möjlighet till kunskapsutbyte.

Två större patientgrupper kunde urskiljas, både för gruppen tvångsvårdade och gruppen som fått tvångsåtgärder.

Den största gruppen som med något undantag identifierades av samtliga landsting var patienter med allvarliga psykiska sjukdomar såsom schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, bipolära syndrom, svåra depressioner, missbruk/beroende respektive samsjuklighet. Försämring på basen av bristande sjukdomsinsikt och dålig följsamhet till läkemedelsbehandling dominerade som orsak till intagning i gruppen. Gruppen karakteriserades av psykosocial problematik med ensamboende, inget/dåligt nätverk, otillräckligt stöd i boende och brist på strukturerad sysselsättning.

Den andra gruppen var unga vuxna kvinnor med emotionellt instabil personlighetsstörning med självskadebeteende och utagerande beteende. Bidragande faktorer till tvångsvård var bristande sysselsättning och förekomst av missbruk. Hospitaliseringsrisk och för stor användning av läkemedel lyftes fram som problemområden.

De vanligaste tvångsåtgärderna oavsett grupp var läkemedelstillförsel under fasthållning/fastspänning respektive fastspänning upp till 4 timmar.

Av landstingens handlingsplaner framgår ett stort antal åtgärder inom områdena delaktighet, följsamhet i läkemedelsbehandling, boende, sysselsättning, samordnad individuell plan, vårdkedja, lokaler, metodutveckling, implementering, ledning, internkontroll, rutiner, forskningsprojekt och behov av fortsatt analys.

En tydlig organisatorisk struktur för uppföljning av tvångsvården med deltagande av chefläkare, chefsöverläkare och med återkoppling till förvaltnings- och landstingsnivå bidrar till ett fortsatt arbete med ständiga förbättringar. En sådan struktur bedöms särskilt påkallad med tanke på den särställning som specialistpsykiatri har jämfört med övrig sjukvård genom myndighetsutövningen inom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

# Bakgrund och syfte

Den myndighetsutövning som psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård innebär skiljer ut specialistpsykiatrin från annan sjukvård med undantag för smittskyddsåtgärder inom infektionsmedicin. Den integritetskränkning det innebär att bli utsatt för tvångsvård respektive tvångsåtgärd gör det särskilt viktigt att tillse det sker i minsta möjliga omfattning, så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten. Det behöver finnas goda förutsättningar för detta arbete och en fortlöpande uppföljning, analys och utveckling av vården.

I PRIO- överenskommelsen mellan regeringen och SKL för 2014 ingick, inom prestationsmål B2 – Minska behovet av tvångsåtgärder, att landstingen skulle identifiera de patienter som varit föremål för flest tvångsvårdstillfällen respektive flest tvångsåtgärder med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och/eller lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Syftet med detta var att analysera den grupp som har flest tvångsvårdstillfällen för att försöka hitta metoder och arbetssätt som minskar behovet av tvångsvård och tvångsåtgärder.

Som del i prestationsmål B2 ingick även en enkät från SKL kring kvalitén i inrapporterade data till Socialstyrelsens patientregister (PAR-registret) kring tvångsvård 2013 där landstingen ombads analysera hur väl data stämde med egna siffror för landstinget. Denna del kommer att analyseras och återföras till landstingen av Socialstyrelsen och berörs inte i denna rapport.

Det huvudsakliga syftet med denna rapport är att ge en översikt över landstingens arbete med tvångsvård och att därmed ge möjlighet till kunskapsutbyte kring åtgärder och fortsatt organisation kring arbetet med tvångsvård.

# Metod

I juni 2014 skickade SKL ut ett formulär till alla landsting för beskrivning av antal patienter som varit föremål för tvångsvård respektive tvångsåtgärd under 2013. Prestationen ansågs uppfyllt om landstinget utifrån sina egna databaser hade identifierat de 10 % som fått mest tvångsvårdstillfällen respektive flest tvångsåtgärder, analyserat detta samt i en handlingsplan beskrivit vilka åtgärder man kommer att vidta för att uppnå en positiv utveckling. Landstingen har själva bestämt hur man gjort definitionen av tvångsvårdstillfällen d.v.s. om man tagit med endast de tillfällen som inleds med LPT och/eller LRV och om man även tog med frivilligt vårdade patienter som konverterades till tvångsvård.

Denna sammanställning baseras på landstingens svar gällande vuxenpsykiatrisk verksamhet och fokus har lagts på analyserna och handlingsplanerna. Detaljeringsgraden i svaren varierar på grund av landstingens storlek, organisation av specialistpsykiatri och det arbetssätt man valt för att besvara enkäten.

## Underlag för analys

Den genomgående metoden för kartläggning har varit en kombination av utsökning ur administrativa system och journalsystem kompletterat med journalgranskning. Ett mindre antal landsting har redovisat osäkerhet i datakvalitet som kan ha påverkat utfallet. I instruktionen till enkäten gavs landstingen möjlighet att själva välja om man ville kartlägga patienter vårdade enligt LPT, LRV eller både och. I svaren framgår inte från alla landsting hur man valt och därför går det inte att jämföra siffror landsting emellan. Antalet analyserade tvångsvårdade patienter varierar mellan landstingen, främst beroende på landstingens storlek. Tabell 1 ger en bild av antalet patienter som legat till grund för analyserna.

Tabell 1. Antalet patienter per landsting som legat till grund för analys av tvångsvårdstillfällen och tvångsåtgärder.

	10 % av tvångsvårdade patienter 2013 (antal)*	10 % av de patienter som fått flest tvångsåtgärder 2013 (antal)*
<b>Blekinge</b>	14	5
<b>Dalarna</b>	31	19
<b>Gotland</b>	5	2
<b>Gävleborg</b>	26	8
<b>Halland</b>	35	21
<b>Jämtland</b>	**	**
<b>Jönköping</b>	52	15
<b>Kalmar</b>	47	7
<b>Kronoberg</b>	8	14
<b>Norrbottnen</b>	35	10
<b>Skåne</b>	146	38

<b>Stockholm</b>	429	90
<b>Södermanland</b>	52	10
<b>Uppsala</b>	19	5
<b>Värmland</b>	12	12
<b>Västerbotten</b>	37	12
<b>Västernorrland</b>	12	17
<b>Västmanland</b>	24	4
<b>Västra Götaland</b>	218	77
<b>Örebro</b>	26	13
<b>Östergötland</b>	49	10

\* På grund av lågt antal valde vissa landsting att justera antalet patienter i analysgruppen. \*\* Uppgift ej komplett.

### **Ålder och könsfördelning**

Vissa landsting såg ett mönster i kön och ålder men andra inte. Mönstret för både kön och ålder var väsentligen lika i de grupperna mest tvångsvårdade respektive flest tvångsätgärder.

I cirka 45 % av landstingen sågs ingen större könsskillnad (definierat som max 10 % skillnad), i 30 % noterades fler kvinnor än män, i 10 % fler män än kvinnor och i 25 % saknades uppgift. Det fanns alltså en tendens till överrepresentation för kvinnor i materialet i sin helhet. Andra könsalternativ än kvinna respektive man har inte redovisats.

När det gäller åldrar fanns det i båda grupperna en stor spridning men detaljeringsgraden i svaren tillåter inte en djupare analys.

Det tydligaste mönstret avseende kön och ålder noterades vid samtidig analys av diagnosgrupp vilket framgår under rubrik Diagnoser nedan.

### **Diagnoser**

Det fanns en stor spridning i diagnoser bland de tvångsvårdade patienterna men två större grupper kunde urskiljas, både för gruppen tvångsvårdade och gruppen som fått tvångsätgärder.

Den största gruppen var patienter med allvarliga psykiska sjukdomar oftast med bristande sjukdomsinsikt såsom schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, bipolära syndrom oftast i manisk fas, svåra depressioner, missbruk/beroende respektive samsjuklighet mellan missbruk/beroende och andra allvarliga psykiska sjukdomar. Denna grupp identifierades med något undantag i samtliga landsting. Försämring i psykisk sjukdom på basen av bristande sjukdomsinsikt och dålig följsamhet till läkemedelsbehandling dominerade som orsak till intagning i gruppen. Gemensamma och bidragande faktorer till tvångsvård i denna grupp var också psykosocial problematik med ensamboende, inget/dåligt nätverk, otillräckligt stöd i boende och brist på strukturerad sysselsättning. Ålder och könsfördelning varierade, i vissa landsting sågs en övervikt av män, i andra inget tydligt mönster.

Den andra gruppen var unga vuxna kvinnor med personlighetsstörning, vanligast emotionellt instabil personlighetsstörning med självskadebeteende och utagerande beteende. Denna grupp identifierades i hälften av landstingen. Samtliga i gruppen hade kontakt med psykiatrisk öppenvård men några tydliga orsaker till intagning lyftes inte fram i analyserna. Gemensamma och bidragande faktorer till tvångsvård var bristande sysselsättning och förekomst av missbruk. Boendesituationen bedömdes inte som ett huvudproblem men hospitaliseringsrisk och användning av för mycket läkemedels lyftes fram som problemområden.

Utöver dessa två grupper fanns ett flertal andra diagnoser representerade såsom Aspergers syndrom och andra autismspektrumstörningar, utvecklingsstörning med psykisk sjukdom och beteendestörningar samt demenssjukdomar med beteendestörningar.

### **Typ av tvångsåtgärder**

De genomgående mest använda tvångsåtgärderna var läkemedelstillförsel under fasthållning eller fastspänning respektive fastspänning upp till 4 timmar. Ett landsting har i sin analys reflekterat kring val av tvångsåtgärd och undrar varför avskiljning användes i mindre omfattning, särskilt eftersom denna metod kan uppfattas som mer human än fastspänning. Ett visst utvecklingsarbete sker inom olika landsting på detta tema, t.ex. med att frivilligt erbjuda ”lugna rum” för agiterade patienter med potentiellt våldsamt beteende men snarare som metod att förebygga hot och våld än som beslutad tvångsåtgärd.

### **Landstingens analyser, handlingsplaner och åtgärder**

Landstingens redovisade handlingsplaner är genomgående omfattande och tydligt baserade på de analyser av orsak till inläggning och gemensamma faktorer som gjorts. Ett stort arbete pågår och planeras inom ett flertal olika områden i landstingen. De flesta landsting lyfter fram de åtgärder som gjorts och pågår inom ramen för SKLs genombrottsprojekt Bättre vård – Mindre tvång. Hälften av landstingen har angett tydligt mätbara mål och en endast fjärdedel har haft deltagande av patienter, närstående eller brukarorganisation i arbetet. Vissa åtgärder har lyfts fram av de flesta landsting men det finns också åtgärder som endast ett mindre antal landsting arbetar med och som är värdefulla att ta del av. Åtgärderna har i denna sammanställning grupperats efter nedanstående rubriker utan inbördes rangordning:

#### *Delaktighet*

Åtgärder på temat delaktighet pågår och planeras i de flesta landsting. Det mest omnämnda är att implementera eftersamtal med patient efter att tvångsåtgärd skett med sikte på att upprätta en krisplan för att kunna undvika tvångsåtgärder i framtiden. Några landsting kommer att arbeta med s.k. trygghetsformulär respektive vårdtidsberättelser efter vårdtillfället i

samråd med patienten. Flera landsting lyfter ett behov av utvecklat samarbete med brukarråd, särskilt i tvångsvårdsfrågor. Någon verksamhet har en projektanställd rådgivare med egen erfarenhet av tvångsvård.

#### *Följsamhet i läkemedelsbehandling*

Eftersom bristande följsamhet till läkemedelsbehandling identifierats som av de dominerande faktorerna till inläggning på tvångsvård har flera landsting lyft fram åtgärder inom detta område. Det handlar om fungerande rutiner för uppsökande verksamhet vid uteblivande från besök, införande av fast vårdkontakt, arbetssätt med Case manager, motiverande samtal, utbildningar och skriftlig information till patient och närstående om läkemedelsbehandling. En översyn av befintligt regelverk för kostnadsfria läkemedel och kostnadsfria besök till vissa patientgrupper omnämns i ett landsting för att öka följsamhet i behandlingskontakt och läkemedelsbehandling.

#### *Boende, sysselsättning, samordnad individuell plan*

I den största huvudgruppen som var föremål för tvångsvård, d.v.s. patienter med allvarliga psykiska sjukdomar och bristande sjukdomsinsikt var psykosocial problematik med ensamboende, inget/dåligt nätverk, otillräckligt stöd i boende och brist på strukturerad sysselsättning de tydligaste gemensamma och bidragande faktorerna till tvångsvård. Ett flertal åtgärder på temat att förbättra denna situation lyfts fram i handlingsplanerna:

- Dialog med kommunerna om stöd i boende, sysselsättning och kompetensutveckling
- Handledning till kommunens boendestödspersonal
- Utbildning i vård- och stödsamordning med kommunen
- Implementera SIP (samordnad individuell plan)
- Uppföljning tillsammans med kommunen av SIP

#### *Psykiatrins vårdkedja*

- Tidigare uppföljning i öppenvård
- Vårdplanering vid risk för återinläggning
- Bättre rutin för samverkan mellan vårdavdelning och öppenvård

#### *Utbildning av vårdpersonal*

I princip alla landsting har och/eller planerar för olika typer av utbildningar för vårdpersonal i bemötande, till exempel vid risk för hot och våld där strukturerade modeller som Bergenmodellen och TERMA omnämns. Särskilda utbildningar för läkare i bemötande av aggressivt beteende planeras hos något landsting. För bemötande vid självskadebeteende omnämns utbildning i DBT-förhållningssätt (dialektisk beteendeterapi). Vidare planeras utbildningar i efterföljandesamtal efter tvångsåtgärd, LPT/LRV-kunskap bl.a. med webbstest, motiverande samtal men också administrativa utbildningar i att KVÅ-koda rätt. Utbildning för

öppenvårdspersonal inom DBT och ERGT (emotion regulation group therapy) planeras i vissa landsting. Behovet av allmän vidareutbildning för skötare och sjuksköterskor lyfts också fram.

#### *Lokaler*

Hos vissa landsting lyftes också trånga och ej ändamålsenliga lokaler fram som delvis bidragande orsak till beslut om tvångsåtgärd. Vissa landsting har i sin handlingsplan att:

- Ordna bättre avskiljningslokaler
- Bygga om vårdavdelningar
- Bygga nya vårdavdelningar med mindre enheter för lugnare vårdmiljö

#### *Metodutveckling och implementering*

Ett stort antal exempel på metodutveckling och implementering lyfts fram:

- Strukturerad journalgranskning av tvångsvårdade med flest tvångsåtgärder med fokus på vårdplan, krisplan och med second opinion av erfaren specialist
- Brukarstyrd inläggning
- Översyn av arbets sätt i jourfunktion
- Uppsökande verksamhet vid uteblivande, rutiner för detta
- Utse fast vårdkontakt
- Säkerställa hög kvalitet vid registrering av data
- Förstärkt utbud vid självskadebeteende, t.ex. DBT, ERGT
- Inrätta ACT-team (Assertive community treatment)
- Gör s.k. Bröset-skattning på alla inlagda psykospatienter
- Intensiv familjebehandling
- Konsult på vuxenpsykiatri till BUP
- Utveckla integrerade arbetsformer med socialpsykiatri
- Inrätta ”Lugna rum” för agiterade/oroliga patienter på vårdavdelning.
- Verka för lägre beläggningsgrad på vårdavdelning, <90%.
- Beslutsstöd inbyggt i datajournal

#### *Ledning, internkontroll, rutiner*

Ungefär hälften av landstingen beskriver att de har eller kommer att inrätta en särskilt utsedd arbetsgrupp med uppdrag att fortlöpande följa och analysera tvångsvården. Grupperna benämns LPT – controllinggrupp, kvalitet och patientsäkerhetsgrupp eller motsvarande. Det finns också exempel på hur en sådan grupp skall arbeta med utsedda deltagare, tydliga målsättningar, aktiviteter, mål, mätetal och struktur för uppföljning. I flera av dessa poängteras behovet av uppföljning inte bara på enhetsnivå och klinikinivå utan också på förvaltningsnivå. Ett landsting har på basen av framtagna data genomfört workshops med brett deltagande från ledningsnivå, medarbetare, beställare och brukarorganisationer för att ta fram ett underlag till den aktuella handlingsplanen. För flera landsting är det

dock tydligare vem som beslutat om handlingsplanen och hur den skall följas upp.

Andra områden som lyfts fram är förbättrade vårdprogram inom olika diagnosområden och rutiner inom områden som till exempel bemötande av drogpåverkade patienter och rutin vid uteblivna besök.

#### *Forskningsprojekt*

Tre landsting lyfter fram exempel på forskningsprojekt i samarbete med universitet som berör tvångsvårdsområdet. Dels två projekt inom personcentrerad vård i samarbete med Sahlgrenska Akademin och ett inom etik, bemötande och säkerhet i samarbete med Örebro Universitet.

#### *Områden i behov av fortsatt analys*

Flera landsting har identifierat områden i behov av fortsatt analys innan beslut om åtgärder tas. Exempel på sådana områden är:

- Ta fram intern handlingsplan för patienter med stora vårdbehov
- Kontrollera att alla förebyggande åtgärder uttömts innan tvångsvård i enskilda patientfall
- Göra händelseanalyser efter tvångsåtgärder oftare
- Detaljerad analys av s.k. högkonsumenter
- Utföra journalgranskning efter samtliga fastspänningar och avskiljningar
- Fortsatt analys av materialet på grund av större skillnader inom landstinget, mellan storstad och glesbygd och mellan kliniker

För de landsting som vill veta mer om de åtgärder som nämns i handlingsplanerna går det bra att kontakta SKL, uppdrag psykisk hälsa för information och hänvisning till aktuell verksamhet.

# Reflektioner

Det finns några områden som inte berörts i landstingens analyser och handlingsplaner men som kan påverka förekomst av tvångsvård och tvångsåtgärder.

Ett sådant område som kan ägnas större uppmärksamhet är valet av en viss tvångsåtgärd i en viss situation, till exempel om fastspänning eller avskiljning är den lämpligaste åtgärden. Ett landsting har lyft denna fråga med hänvisning till att avskiljning uppfattas som mer skonsamt och mindre kränkande än fastspänning där också själva fastspänningsmomentet utgör en risksituation för skador på såväl patient som personal. Många gånger är läkemedelstillförsel nödvändig under fasthållning för att vända ett förlopp i en akut psykiatrisk situation men efterföljs den av fortsatt fastspänning som rutin eller kan den också efterföljas av avskiljning? Ett sådant resonemang förutsätter givetvis att indikationen för fastspänning respektive avskiljning är uppfylld i båda fallen eftersom dessa inte är identiska. För beslut om fastspänning krävs en situation med ”omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan” och för avskiljning gäller att ”patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna”.

Ett annat område är hur man inom förvaltningarna/klinikerna valt att fördela sjukvårdsresursen mellan heldygnsvård och behandlingsresurs inom öppenvård.

Intentionen med enkäten för PRIO-överenskommelsens prestationskrav B2 var att minska behovet av tvångsåtgärder. Samtidigt bör man omvänt ställa sig frågan om det finns situationer när tvångsvård respektive tvångsåtgärd skulle behövts men där detta inte kommit till stånd. Enkäten innefattar inte specifika frågor kring detta men några landsting har i sina analyser resonerat kring att tvångsvårdsepisoder av olika skäl varit för korta och att snabba återinläggningar därför blivit aktuella.

Det framgår inte tydligt av materialet hur stor andel som har omfattande insatser från även kommunen men troligen har en del av patienterna detta. En vidare analys kring behov av integrerade verksamheter gemensamt med kommun, tydligare samverkan med hjälp av Samordnade individuella planer (SIP) eller vilka samarbetsformer som skulle kunna minska behovet av tvångsvård kan förhoppningsvis göras i framtiden.

Något enstaka landsting har lyft fram behovet av förstärkt öppenvård för vissa patientgrupper men samtliga har beskrivit ett stort antal förbättringsåtgärder utan att påtala ekonomisk resursförstärkning. Det kan bero på att man kan göra dessa åtgärder inom befintlig ram eller att man inte bedömer ökad resurs som ett realistiskt scenario. Om antalet inläggningar

och antalet vårddagar kan minska finns betydande kostnadsminskningar att göra även om dessa oftast inte direkt kan omvandlas till öppenvårdsinsatser.

Endast en fjärdedel av landstingen har haft patienters, närståendes eller brukarorganisationers deltagande i arbetet med analys och framtagande av handlingsplanen. Sannolikt bidrar de många olika åtgärder som beskrivs i handlingsplanerna till att minska behovet av tvångsåtgärder men när det gäller att välja vilka åtgärder man skall fokusera på finns en risk att prioritera fel när man inte använder patientrepresentation i arbetet.

## Rekommendationer för fortsatt arbete

Flera landsting har eller planerar i sin handlingsplan en särskild ”LPT-controlling-grupp” eller motsvarande med uppdrag att följa och analysera tvångsvården. För vissa landsting är det mer otydligt vem som beslutat om handlingsplanen och hur den skall följas upp. En tydlig organisatorisk struktur för minst årlig uppföljning av utvecklingen av antal tvångsvårdstillfällen och tvångsåtgärder kan bidra till ett fortsatt arbete med ständiga förbättringar inom tvångsvårdsområdet. Vidare kan denna grupp arbeta för hög kvalitet i indata, analysera utvecklingen och besluta om andra åtgärder. En sådan grupp behöver ett tydligt uppdrag, deltagare med erforderlig kompetens inom psykiatrisk vård och tillämpning av tvångsvård, databehandling och verksamhetsutveckling. Chefläkare respektive chefsöverläkare har en naturlig plats och resultatet bör återges regelbundet till såväl verksamhetsledning som förvaltningsledning och landstingsledning. En sådan struktur bedöms särskilt påkallad med tanke på den särställning som specialistpsykiatrin har jämfört med övrig sjukvård genom den myndighetsutövning som psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård innebär.

Aktiviteter för att hålla liv i det systematiska förbättringsarbete som inletts genom deltagande i Bättre vård-Mindre tvång och vidmakthålla de förbättringar som uppnåtts kommer att vara nödvändigt.

Utöver kontinuerligt utvecklingsarbete inom heldygnsvården kan analys och utvecklingsinsatser tillsammans med den psykiatriska öppenvården och kommunens verksamheter förhoppningsvis innebära att faktorer som ökar risken för inläggning kan minskas. Det kommer då troligen handla om helt olika insatser för de båda grupper som identifierats som de som får den mesta tvångsvården och tvångsåtgärderna. För personer med allvarliga psykiska sjukdomar handlar det om att inte tappa kontakten med vården, att bibehålla en bra läkemedelsbehandling och att ha en meningsfull vardag. Data från kvalitetsregister, kommunens inventeringar och det arbete som bedrivits inom I-nod kan förhoppningsvis bidra med inspiration. För personer med självskadebeteende kan en del av fokus behöva vara på bemötande, nya behandlingsformer och överhuvudtaget förebyggande insatser som förhindrar att det blir en inläggning i heldygnsvård. Här kan det

kunskapsdokument som tagits fram i Nationella självskadeprojektet vara till nytta.

Vår förhoppning är att de analyser som gjorts 2014 kommer att fördjupas i 2015 års arbete och att denna rapport kan inspirera landstingen till utvecklingsarbete som ger goda exempel som snabbt kan spridas över landet.

# Tvångsvårdstillfällen och tvångsåtgärder

Sammanställning av landstingens analyser och handlingsplaner 2014

Upplysningar om innehållet  
Martin Rödholt, martin.rodholm@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2015