



**FOLKETINGETS  
OMBUDSMAND**

**Temarapport**

# **Tvang og ulovbestemte indgreb i psykiatrien**

## Indhold

|                                                                                          |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Indledning .....</b>                                                               | <b>3</b>  |
| <b>2. Generelle anbefalinger og opfølgning .....</b>                                     | <b>3</b>  |
| 2.1. Tvang efter psykiatriloven .....                                                    | 3         |
| 2.2. Ulovbestemte foranstaltninger og indgreb .....                                      | 4         |
| 2.3. Opfølgning.....                                                                     | 6         |
| <b>3. Baggrunden for valg af undersøgelsens tema.....</b>                                | <b>6</b>  |
| <b>4. Undersøgelsesmetode.....</b>                                                       | <b>7</b>  |
| 4.1. Hvordan var undersøgelsen tilrettelagt? .....                                       | 7         |
| 4.2. Hvordan blev forholdene undersøgt under tilsynsbesøgene? .....                      | 8         |
| <b>5. Tvang efter psykiatriloven.....</b>                                                | <b>8</b>  |
| 5.1. Er der fokus på at forebygge og nedbringe brugen af tvang? .....                    | 8         |
| 5.1.1. Udgangspunkt for undersøgelsen .....                                              | 8         |
| 5.1.2. Resultat af undersøgelsen .....                                                   | 9         |
| 5.2. Er der fokus på at sikre, at reglerne om tvang overholdes? .....                    | 11        |
| 5.2.1. Udgangspunkt for undersøgelsen .....                                              | 11        |
| 5.2.2. Resultat af undersøgelsen .....                                                   | 11        |
| 5.3. Er der dokumentation for overholdelse af reglerne om tvang? .....                   | 13        |
| 5.3.1. Udgangspunkt for undersøgelsen .....                                              | 13        |
| 5.3.2. Resultat af undersøgelsen .....                                                   | 14        |
| <b>6. Ulovbestemte foranstaltninger og indgreb .....</b>                                 | <b>15</b> |
| 6.1. Foranstaltninger og indgreb i husordener og praksis .....                           | 15        |
| 6.1.1. Udgangspunkt for undersøgelsen .....                                              | 15        |
| 6.1.2. Resultat af undersøgelsen .....                                                   | 16        |
| 6.2. Indhentes og dokumenteres samtykke i overensstemmelse med<br>gældende regler? ..... | 18        |
| 6.2.1. Udgangspunkt for undersøgelsen .....                                              | 18        |
| 6.2.2. Resultat af undersøgelsen .....                                                   | 19        |

## **1. Indledning**

Ved 10 tilsynsbesøg på psykiatriske afdelinger undersøgte ombudsmanden i 2021 brugen af forskellige former for foranstaltninger over for psykiatriske patienter. Undersøgelsen omfattede både tvangsforanstaltninger efter psykiatriloven og ulovbestemte foranstaltninger.

Indlæggelse, ophold og behandling på en psykiatrisk afdeling sker som udgangspunkt frivilligt, det vil sige på baggrund af et informeret samtykke fra patienten.

Tvangsindlæggelse og tvangsbehandling kan dog ske under visse betingelser efter reglerne i psykiatriloven, der samtidig giver mulighed for at benytte særlige tvangsforanstaltninger under indlæggelsen i form af bl.a. fastholdelse af patienten og bæltefiksering.

Ombudsmanden havde ved sin undersøgelse af tvang efter psykiatriloven fokus på, om betingelserne for at anvende tvang blev overholdt, og om dette blev dokumenteret tilstrækkeligt. Herudover undersøgte ombudsmanden, om der var fokus på at forebygge og nedbringe brugen af tvang.

Patienter på psykiatriske afdelinger kan i praksis også blive underlagt foranstaltninger, som ikke er reguleret af psykiatriloven. I nogle tilfælde fremgår sådanne ulovbestemte foranstaltninger af afdelingens husorden. Ombudsmandens undersøgelse havde fokus på, om ulovbestemte foranstaltninger, der indgik i husordener eller i øvrigt blev anvendt i praksis, havde det fornødne retlige grundlag, herunder om foranstaltningerne udgjorde indgreb, der forudsatte, at patienterne havde givet et gyldigt samtykke hertil.

## **2. Generelle anbefalinger og opfølgning**

### **2.1. Tvang efter psykiatriloven**

De psykiatriske afdelinger havde generelt fokus på at forebygge og nedbringe brugen af tvang gennem bl.a. de initiativer, som Sundhedsstyrelsen anbefaler at anvende i arbejdet hermed.

Flere af afdelingerne var dog endnu ikke i mål med at få gennemført de relevante initiativer eller med at få nedbragt brugen af tvang.

*Ombudsmanden anbefaler generelt, at regionerne sikrer fortsat fokus på at forebygge og nedbringe brugen af tvang i psykiatrien.*

De psykiatriske afdelinger havde generelt fokus på at sikre, at reglerne om tvang overholdes. Ombudsmanden afgav dog nogle steder anbefalinger, som havde til formål at sikre, at reglerne om anvendelse af tvang efterleves i praksis. Anbefalingerne vedrørte især

- ændring af interne retningslinjer, så de svarer til reglerne om, hvornår en tvangsfiksering skal bringes til ophør, og instruktion af personalet herom
- iagttagelse af tidsmæssige krav til de lægelige vurderinger af, om en tvangsfiksering skal opretholdes
- sikring af, at fastholdelser ikke udstrækkes i mere end 30 minutter.

*Ombudsmanden anbefaler generelt, at regionerne sikrer fokus på, at reglerne om tvang overholdes.*

Ombudsmandens besøgshold gennemgik som led i tilsynsbesøgene en række eksempler på journalmateriale om tvangsfikseringer, som ikke indeholdt tilstrækkelig dokumentation for, at tvangsfikseringerne var i overensstemmelse med reglerne. Det gjaldt særligt med hensyn til dokumentation for, at betingelserne for at opretholde tvangsfikseringer i mere end nogle få timer var opfyldt.

På baggrund af drøftelser med ledelsen på de pågældende psykiatriske afdelinger kunne besøgsholdene ikke lægge til grund, at betingelserne for at foretage de konkrete tvangsfikseringer ikke havde været opfyldt. Besøgsholdene pegede i stedet på behovet for at forbedre dokumentationen.

*Ombudsmanden anbefaler generelt, at regionerne sikrer fokus på en præcis og dækkende dokumentation i journaler om tvangsfiksering, herunder i forhold til begrundelsen for at iværksætte og opretholde fiksering med bælte, som ved fiksering i længere tid end nogle få timer iagttager de skærpede krav i psykiatrilovens § 14, stk. 3.*

På baggrund af oplysninger fra flere af de psykiatriske afdelinger har ombudsmanden endvidere rejst en sag af egen drift over for Sundhedsministeriet om den retlige ramme for private vagters brug af magt på psykiatriske afdelinger.

## **2.2. Ulovbestemte foranstaltninger og indgreb**

Ombudsmandens besøgshold så en række eksempler på praksis og regler i husordener på afdelingerne, som ikke havde hjemmel i psykiatriloven, og hvor det var tvivlsomt, om praksis eller regler kunne opretholdes uden lov-hjemmel.

Nogle af eksemplerne var forud for temaundersøgelsen behandlet i ombudsmandens sager om ulovbestemte foranstaltninger og indgreb og var blevet drøftet på møder med ressortministeriet og Danske Regioner. Sagerne er beskrevet i punkt 6.1.1 nedenfor.

Andre eksempler, f.eks. regler om, at patienterne ikke måtte tale med hinanden om bestemte emner, var forud for temaundersøgelsen ikke behandlet i ombudsmandens sager eller på møder med ressortministeriet og Danske Regioner. Under et møde i 2021 med Sundhedsministeriet orienterede ombudsmanden om disse eksempler.

Siden den 1. januar 2022 har nye regler i psykiatriloven gjort det muligt at anvende nogle af de iagttagede foranstaltninger og indgreb uden forinden at indhente patientens samtykke.

*Ombudsmanden anbefaler generelt, at regionerne sikrer, at husordener og praksis på afdelingerne er i overensstemmelse med de gældende regler.*

Nogle af de eksempler på regler og praksis, som ombudsmandens besøgshold så på afdelingerne, er ikke omtalt (udtrykkeligt) i forbindelse med den nævnte ændring af psykiatriloven eller i den tilknyttede bekendtgørelse. Patienterne kunne f.eks. få begrænset deres adgang til usund mad og usunde drikkevarer. Der var også eksempler på, at patienterne fik begrænset deres adgang til at modtage besøg udefra, f.eks. af pårørende, eller at besøgene var overvåget. Ombudsmanden vil drøfte den retlige ramme for disse eksempler med Sundhedsministeriet.

Ombudsmandens besøgshold kunne desuden konstatere, at indgrebet "skærmning til stue" anvendes flere steder (f.eks. kaldet "miljøskærmning", "arealbegrænsning" eller "refleksionstid"). Indgrebet er generelt kendetegnet ved, at en patient isoleres på egen stue eller et andet afgrænset areal med ulåst dør og eventuelt med ansatte som vagt uden for døren. På tidspunktet for tilsynsbesøgene var det i ombudsmandens sag [FOB 2020-25](#) (på ombudsmandens hjemmeside) blevet afklaret, at sådanne indgreb alene kunne anvendes med patientens samtykke. Se mere herom i pkt. 6.1.

Ved seks tilsynsbesøg anbefalede ombudsmanden, at ledelsen sikrer, at der ikke uden patientens samtykke foretages indgreb i form af skærmning til stue (eller anden arealbegrænsning).

Ombudsmanden har efterfølgende rejst en sag af egen drift over for en retspsykiatrisk afdeling og Sundhedsministeriet om, hvorvidt der – efter den ovennævnte ændring af psykiatriloven den 1. januar 2022 – er hjemmel til at foretage skærmning til stue uden patientens samtykke.

Ved samtykke til et ulovbestemt indgreb gælder der krav til, hvordan samtykket indhentes og dokumenteres. F.eks. skal patienten vejledes om, at vedkommende til enhver tid kan tilbagekalde sit samtykke, og personalet skal vurdere, om patienten er i stand til at afgive et samtykke. I en række tilfælde blev kravene med hensyn til samtykket ikke overholdt. Det gjaldt i forhold til både skærmning til stue og andre indgreb. Ved ni tilsynsbesøg anbefalede ombudsmanden ledelsen at sikre, at samtykke til skærmning til stue og andre indgreb indhentes og dokumenteres i overensstemmelse med kravene hertil i gældende regler og praksis.

*Ombudsmanden anbefaler generelt, at regionerne sikrer, at der ikke foretages ulovbestemte indgreb uden et samtykke, som er indhentet og dokumenteret i overensstemmelse med kravene hertil i gældende regler og praksis.*

### **2.3. Opfølgning**

Ombudsmandens generelle anbefalinger i temarapporten er rettet til regionerne – herunder de psykiatriske afdelinger – der i første række forestår den daglige administration og opgavevaretagelse med hensyn til de anførte forhold på psykiatriområdet.

De generelle anbefalinger er dog herved samtidig rettet til Sundhedsministeriet, der som ressortministerium har et overordnet ansvar på området.

Ombudsmanden vil drøfte opfølgningen på de generelle anbefalinger med Sundhedsministeriet og Danske Regioner. Ombudsmanden vil også følge op på de generelle anbefalinger under fremtidige tilsynsbesøg.

## **3. Baggrunden for valg af undersøgelsens tema**

Ombudsmanden ønskede med temaet for 2021 at få opdateret viden om forholdene for indlagte patienter i psykiatrien med fokus på anvendelsen af tvang samt at følge op på, at ombudsmanden gennem en periode i forbindelse med tilsynsbesøg var blevet opmærksom på, at forskellige former for ulovbestemte foranstaltninger og indgreb indgik i husordener eller i øvrigt blev anvendt i praksis på psykiatriske afdelinger.

Tvang i psykiatrien udgør et indgreb i patientens frihed og forudsætter, at den i det enkelte tilfælde er nødvendig og proportional. Unødig tvang kan udgøre en krænkelse af den europæiske menneskerettighedskonventions artikel 3 om umenneskelig og nedværdigende behandling.

Som følge af en aftale i 2014 mellem (dengang) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Danske Regioner indgik hver region en partnerskabsaftale



med ministeriet, der udmøntede fælles målsætninger om, at antallet af patienter, der blev tvangsfikseret, skulle være halveret i 2020, og at der samtidig skulle ske en reduktion i den samlede anvendelse af tvang.

Sundhedsstyrelsens monitorering af tvang i psykiatrien 2020 viste, at det overordnet set var lykkedes regionerne at nedbringe antallet af personer, der blev bæltefikseret, betydeligt. Generelt var anvendelsen af tvang dog steget i perioden siden aftalen i 2014.

Danmark har endvidere fået kritik af Europarådets Torturkommission (CPT) for brugen af bæltefikseringer, herunder især langvarige bæltefikseringer, senest i forbindelse med et besøg i 2019. I efteråret 2020 afsagde Menneskerettighedsdomstolen dom i en sag mod Danmark, hvor domstolen fandt, at en konkret bæltefiksering på en psykiatrisk afdeling indebærer en krænkelse af menneskerettighedskonventionens artikel 3.

Endvidere havde ombudsmanden gennem en periode som opfølgning på flere tilsynsbesøg på psykiatriske afdelinger behandlet en række sager om brug af forskellige ulovbestemte foranstaltninger og indgreb. Anvendelsen heraf var bl.a. blevet drøftet på møder med ressortministeriet – nu Sundhedsministeriet – og Danske Regioner.

## **4. Undersøgelsesmetode**

### **4.1. Hvordan var undersøgelsen tilrettelagt?**

Temaet blev undersøgt ved 10 tilsynsbesøg på psykiatriske afdelinger, hvor nogle af besøgene omfattede flere afsnit. Besøgene dækkede både afsnit inden for almenpsykiatrien og retspsykiatrien, herunder Sikringsafdelingen ved Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland, hvor der gælder særlige regler.

Tilsynsbesøgene blev gennemført som led i ombudsmandens almindelige tilsynsvirksomhed efter ombudsmandslovens § 18 og som led i ombudsmandens arbejde med at forebygge, at personer, der er eller kan blive berøvet deres frihed, udsættes for f.eks. umenneskelig eller nedværdigende behandling, jf. den valgfri protokol til FN's Konvention mod Tortur og Anden Grusom, Umenneskelig eller Nedværdigende Behandling eller Straf ("OPCAT").

Ombudsmandens arbejde med at forebygge nedværdigende behandling mv. i henhold til protokollen udføres i samarbejde med Institut for Menneskerettigheder og DIGNITY – Dansk Institut Mod Tortur. Institut for Menneskerettigheder bidrager med særlig menneskeretlig ekspertise. DIGNITY bidrager i samarbejdet med lægefaglig ekspertise. Det betyder bl.a., at personale med disse eksperter fra de to institutter deltager i planlægning og gennemførelse af samt opfølgning på tilsynsbesøg.

#### **4.2. Hvordan blev forholdene undersøgt under tilsynsbesøgene?**

I åbningsbrevet vedrørende det enkelte tilsynsbesøg blev ledelsen på den besøgte psykiatriske afdeling anmodet om oplysninger om en række forhold og kopi af materiale herom.

Det drejede sig om bl.a. statistiske oplysninger om anvendelsen af forskellige former for tvang, retningslinjer for anvendelse af tvang samt tvangsprotokoller og journalmateriale om et antal tilfælde af tvangsfiksering. Derudover modtog ombudsmanden afsnittenes husorden og oplysninger i øvrigt om anvendelsen af ulovbestemte foranstaltninger og indgreb samt eksempler på dokumentation af en patients samtykke til ulovbestemte indgreb.

Under tilsynsbesøgene blev ledelsen, de ansatte, patienter, patientrådgivere og bistandsværger, værger og pårørende interviewet om forholdene for patienterne, herunder navnlig om de forhold som var i fokus ved ombudsmandens besøg i 2021.

### **5. Tvang efter psykiatriloven**

#### **5.1. Er der fokus på at forebygge og nedbringe brugen af tvang?**

##### *5.1.1. Udgangspunkt for undersøgelsen*

Ombudsmandens besøgshold undersøgte, om der var fokus på at forebygge og nedbringe brugen af tvang på de besøgte afsnit.

Undersøgelsen tog navnlig udgangspunkt i rapporten "Anbefalinger for nedbringelse af tvang for mennesker med psykiske lidelser", udgivet af Sundhedsstyrelsen i januar 2021.

I rapporten anbefaler Sundhedsstyrelsen bl.a., at arbejdet med at forebygge eller nedbringe brugen af tvang i psykiatrien tager udgangspunkt i seks såkaldte kernestrategier.

##### **De seks kernestrategier:**

1. Ledelse med henblik på organisationsændringer
2. Anvendelse af data til informationsbaseret praksis
3. Udvikling af personalets kompetencer og faglighed
4. Anvendelse af tvangsforebyggelsesværktøjer
5. Patientens rolle i psykiatriske afdelinger
6. Anvendelse af debriefing-teknikker



Sundhedsstyrelsen anbefaler også, at tvangsindlæggelser forebygges. Det forudsætter et samarbejde med aktører uden for de psykiatriske afdelinger.

Derudover indeholder psykiatriloven regler om forskellige tiltag i forhold til den enkelte patient bl.a. med henblik på at forebygge tvang. Besøgsholdene undersøgte, om disse tiltag anvendes i praksis.

**Eksempler på tiltag i psykiatriloven, som har til formål at forebygge tvang:**

**1. Forhåndstilkendegivelser**

Patienten skal høres om eventuelle tilkendegivelser af præferencer i forhold til behandling, herunder hvis anvendelse af tvang kommer på tale.

**2. Eftersamtaler**

Under en eftersamtale gennemgår patienten og personalet deres oplevelse af den anvendte tvang. Formålet er at forebygge og reducere brugen af tvang over for patienten.

**3. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner**

Der skal laves aftaler eller planer for visse patienter, der modtager støtte efter serviceloven. Aktører, som er relevante efter udskrivelsen, skal inddrages. F.eks. patienten, psykiatrien, kommunen og et eventuelt socialt tilbud. Aftalerne og planerne skal understøtte en god overgang til hverdagen efter indlæggelse.

Besøgsholdene undersøgte den statistiske udvikling i brugen af tvang på de besøgte psykiatriske afdelinger.

Det nationale fokus på at få halveret antallet af bæltefikseringer kan ifølge Sundhedsstyrelsen medføre, at andre tvangsforanstaltninger iværksættes i stedet. Besøgsholdene så på, om udviklingen på besøgsstedet kunne indikere en substitution mellem tvangsforanstaltninger, f.eks. at bæltefikseringer var erstattet af langvarige fastholdelser eller øget brug af akut beroligende medicin med tvang.

**5.1.2. Resultat af undersøgelsen**

Ombudsmandens besøgshold kunne konstatere, at de psykiatriske afdelinger generelt havde fokus på at forebygge og nedbringe brugen af tvang. De besøgte afsnit havde typisk iværksat eller var i færd med at iværksætte en række af de initiativer, som Sundhedsstyrelsen anbefaler at bruge i arbejdet med at forebygge og nedbringe brugen af tvang. Flere afsnit var dog endnu

ikke i mål med at gennemføre de relevante initiativer eller med at få nedbragt brugen af tvang.

Generelt pegede afdelingerne på, at det krævede en kulturændring, som det tog tid at gennemføre. Flere af de psykiatriske afdelinger udpegede for lidt (fast) personale og patienternes problemer med misbrug af rusmidler som nogle af de væsentligste årsager til, at der kunne opstå situationer, hvor der var behov for tvang. Afdelingerne pegede også på, at der oftere er behov for at anvende magt over for patienter med en udadreagerende eller grænseløs adfærd. Desuden blev der peget på de fysiske rammers betydning for forebyggelsen af tvang.

Ombudsmanden anbefalede seks afdelinger, at ledelsen sikrer fortsat fokus på at forebygge og nedbringe brugen af tvang. Herudover blev én afdeling anbefalet at sikre, at der løbende foreligger valide og aktuelle tal for tvang, og at overveje, om der er grundlag for at udarbejde konkrete målsætninger for nedbringelse af tvang.

Nogle steder var enten brugen af fastholdelser, beroligende medicin ved tvang eller begge dele steget, samtidig med at brugen af tvangsfikseringer var faldet.

På baggrund af de indhentede oplysninger og drøftelser med de pågældende psykiatriske afdelinger kunne besøgsholdene ikke konkludere, at der forelå en substitution af tvangsfikseringer med fastholdelser (over 30 minutter) eller beroligende medicin ved tvang. Disse forhold udgjorde i stedet en del af grundlaget for anbefalingerne om at sikre et fortsat fokus på at forebygge og nedbringe brugen af tvang.

Ombudsmanden afgav ikke anbefalinger om, at ledelsen skulle sikre, at der blev indhentet forhåndstilkendegivelser eller lavet udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. De nævnte tiltag er beskrevet i punkt 5.1.1. Nogle af de psykiatriske afdelinger oplyste, at det kan være svært at få udarbejdet forhåndstilkendegivelser umiddelbart efter indlæggelsen, hvor patienten typisk har det dårligst.

Ombudsmanden afgav i alt seks anbefalinger om eftersamtaler, i to af tilfældene om, at ledelsen skulle sikre, at patienterne bliver tilbudt eftersamtaler. De øvrige fire anbefalinger vedrørte dokumentation af eftersamtalerne, bl.a. fordi det kan være svært at følge op på en afholdt eftersamtale, hvis der ikke er dokumentation for indholdet af samtalen.

## **5.2. Er der fokus på at sikre, at reglerne om tvang overholdes?**

### *5.2.1. Udgangspunkt for undersøgelsen*

Ombudsmandens besøgshold undersøgte, om de psykiatriske afdelinger havde fokus på at sikre, at reglerne om tvang overholdes.

Psykiatriloven indeholder en række generelle regler, som gælder ved alle tilfælde af tvang. F.eks. må tvang ikke benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes i stedet.

Det følger desuden af de generelle regler, at patientens forhåndstilkendegivelse (se herom i punkt 5.1.1) skal inddrages, når det skal vurderes, hvad der i en konkret situation er mindst indgribende over for patienten. Ifølge Sundhedsministeriet kan det f.eks. ikke generelt lægges til grund, at fastholdelser er mindre indgribende end tvangsfikseringer.

Ud over de generelle regler gælder der særlige betingelser for den enkelte type indgreb. F.eks. må tvangsfikseringer som udgangspunkt kun anvendes kortvarigt og i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at patienten f.eks. udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred.

Desuden er der regler om genvurderinger af opretholdelsen af længerevarende tvangsindgreb. F.eks. skal tvangsfikseringer som udgangspunkt genvurderes tre gange i døgnet. Der er herudover regler om eksterne vurderinger af opretholdelsen af tvangsfikseringer.

Flere regler i psykiatriloven har til formål at sikre patienternes efterfølgende retssikkerhed, når der er anvendt tvang. Bl.a. er der mulighed for at klage, og der skal beskikkes en patientrådgiver, som skal vejlede og rådgive patienten samt bistå med iværksættelse og gennemførelse af klager.

Som led i undersøgelsen gennemgik besøgsholdene lokale retningslinjer om tvang og talte med de psykiatriske afdelinger om, hvordan de følger op på sager, hvor patienten har klaget over brugen af tvang, og hvor afdelingerne ikke har fået medhold. De psykiatriske afdelinger oplyste også om, hvordan det sikres, at personalet har kendskab til reglerne. Endelig blev oplysninger fra journalmateriale om tvangsfikseringer inddraget i denne del af undersøgelsen.

### *5.2.2. Resultat af undersøgelsen*

Besøgsholdene kunne konstatere, at de psykiatriske afdelinger generelt havde fokus på at sikre, at reglerne om tvang overholdes. Der var således

mange steder fokus på (efter)uddannelse og supervision af personalet, ajourføring af interne retningslinjer samt på, at der blev lavet analyser af Det Psykiatriske Patientklagenævns underkendelser af anvendt tvang. Besøgsholdene kunne også konstatere, at patienterne generelt modtog underretning om tvang, fik beskikket patientrådgivere og blev vejledt om muligheden for at klage.

Der blev dog også afgivet anbefalinger, som havde til formål at sikre, at reglerne om anvendelse af tvang efterleves i praksis. Det skyldes især tre forhold.

For det første var der flere steder lokale retningslinjer eller action cards om, hvornår en tvangsfiksering skulle bringes til ophør, som ikke var i overensstemmelse med de gældende regler. Desuden manglede personalet nogle steder kendskab til, at plejepersonalet kan bringe en tvangsfiksering til ophør, når der ikke længere er behov for at opretholde fikseringen.

I fire tilfælde blev ledelsen anbefalet at sikre, at de lokale retningslinjer eller action cards om tvang blev ajourført, så de blev bragt i overensstemmelse med de gældende regler. Ombudsmanden anbefalede i to tilfælde, at ledelsen sikrede, at personalet er instrueret i plejepersonalets adgang til at bringe en tvangsfiksering til ophør. I ét tilfælde anbefalede ombudsmanden, at ledelsen sikrede, at der hurtigst muligt bliver taget stilling til, om en patient kan løsnes, når en ekstern læge har vurderet, at der ikke længere er grundlag for at fiksere patienten.

For det andet kunne der gå lang tid mellem de lægelige vurderinger af, om en bæltfiksering skulle opretholdes (bæltetilsyn). Besøgsholdene så mange eksempler, hvor der gik 11 til 17 timer mellem disse genvurderinger. Efter de dagældende regler skulle lægen foretage tre bæltetilsyn, som skulle være jævnt fordelt over et døgn.

Ved syv tilsynsbesøg anbefalede ombudsmanden, at ledelsen sikrer, at der sker fornyet lægelig vurdering af spørgsmålet om fortsat tvangsfiksering i overensstemmelse med de gældende regler. I ét tilfælde blev ledelsen desuden anbefalet at sikre, at der ved langvarige fikseringer foretages eksterne lægetilsyn.

Efter en lovændring den 1. januar 2022 fremgår det nu af psykiatriloven, hvor lang tid der som udgangspunkt må gå mellem to bæltetilsyn.

For det tredje drøftede ledelserne på de psykiatriske afdelinger og besøgsholdene overholdelsen af de gældende retningslinjer om brugen af fastholdelser. En afdeling oplyste, at de slet ikke brugte fastholdelser, medmindre patienten konkret havde ønsket dette i f.eks. sin forhåndstilkendegivelse. En

anden afdeling anså generelt fastholdelser for at være mindre indgribende end tvangsfikseringer. Nogle afdelinger anvendte fastholdelser i mere end 30 minutter.

I tre tilfælde blev ledelsen anbefalet at sikre, at langvarige fastholdelser i mere end 30 minutter undgås, og i ét tilfælde blev ledelsen anbefalet at sikre, at kortvarige fastholdelser alene sker efter en konkret vurdering, hvor patientens forhåndstilkendegivelse inddrages.

Ombudsmanden afgav desuden enkeltstående anbefalinger om at sikre dokumentation for klagevejledning eller om at sørge for en systematisk opfølgning på underkendelser fra Det Psykiatriske Patientklagenævn og gøre personalet bekendt med praksis.

Herudover fik besøgsholdene under flere tilsynsbesøg oplyst, at afdelingerne brugte private vagter. Vagterne skulle typisk gribe ind, hvis patienterne udsatte personalet for vold. I nogle tilfælde kunne vagterne anvende fysisk magt over for patienterne. Ombudsmanden afgav ikke anbefalinger over for de besøgte psykiatriske afdelinger, men har rejst en sag af egen drift over for Sundhedsministeriet om den retlige ramme for private vagters brug af magt på psykiatriske afdelinger.

### **5.3. Er der dokumentation for overholdelse af reglerne om tvang?**

#### *5.3.1. Udgangspunkt for undersøgelsen*

Ombudsmandens besøgshold undersøgte, om der forelå dokumentation for overholdelse af reglerne om tvang.

Som led i undersøgelsen gennemgik besøgsholdet to til fire tvangsprotokoller fra hver psykiatrisk afdeling vedrørende tvangsfiksering med bælte og eventuelle remme og handsker med tilhørende journalmateriale. Materialet blev sammenholdt med reglerne i psykiatriloven med tilhørende bekendtgørelser og vejledninger samt praksis fra domstolene og Det Psykiatriske Patientklagenævn.

#### **Hvad er formålet med dokumentation af tvangsforanstaltninger?**

Dokumentation af tvangsforanstaltninger, som f.eks. tvangsfikseringer, tjener flere formål. Dokumentationen kan således danne grundlag for analyser og opfølgning på konkrete tvangsepisoder og dermed indgå i arbejdet med at forebygge tvang. Herudover sikrer dokumentation, at patienten eller dennes repræsentant kan få indblik i, hvad der er

foregået. Dokumentation kan også understøtte overholdelse af regler og indgår i sager ved klageorganer og domstolene, som tager stilling til, om et indgreb er berettiget.

*Se mere om notatpligt på [ombudsmandens hjemmeside](#) og mere om data om tvangsindgreb og analyse af de enkelte tvangsindgreb i [Sundhedsstyrelsens anbefalinger for nedbringelse af tvang for mennesker med psykiske lidelser](#).*

I praksis fra Det Psykiatriske Patientklagenævn og domstolene findes der flere eksempler på, at utilstrækkelig dokumentation af f.eks. patientens farlige adfærd har spillet en rolle, når tvangsfikseringer bliver underkendt.

### *5.3.2. Resultat af undersøgelsen*

Det modtagne dokumentationsmateriale blev ikke gennemgået med henblik på at vurdere, om der var grundlag for at udtale kritik af den enkelte tvangsfiksering. Derimod blev materialet gennemgået med det forebyggende sigte at sikre dels, at der generelt ikke foretages tvang, uden at kravene i psykiatriloven er opfyldt, dels at dokumentationen lever op til kravene i loven.

Besøgsholdene så en række eksempler på, at journalmateriale om tvangsfikseringer ikke indeholdt tilstrækkelig dokumentation for, at tvangsfikseringerne var i overensstemmelse med reglerne.

Der var enkelte eksempler på, at der ikke var tilstrækkelig dokumentation for, at patienten ved fikseringen var til fare for sig selv eller andre. F.eks. stod der i en journal, at patienten "lagde sig roligt ned", da patienten blev fikseret.

Endvidere var der eksempler på, at der manglede en særskilt begrundelse for anvendelse af hånd- eller fodremme og opretholdelsen af brugen af disse.

Herudover var der en række eksempler på, at der ikke var tilstrækkelig dokumentation for at opretholde en fiksering for et tidsrum af mere end nogle få timer. Efter psykiatrilovens § 14, stk. 3, kan en patient kun tvangsfikseres i længere tid end nogle få timer, når hensynet til patientens eller andres liv, førlighed eller sikkerhed tilsiger dette.

Eksempelvis blev en patient beskrevet som "vredladet", "udskældende" og "med mange behov". En anden patient blev beskrevet som "tydeligt vred og udskældende – skruer mægtigt højt op for sin radio og lægger sig med ryggen mod UT og ansigtet lige ind i højtaleren. Beordrer herefter, at UT skal gå." Der var også flere eksempler, hvor der blev lagt vægt på bl.a., om patienten var i stand til at indgå en aftale om f.eks. at samarbejde med persona-

let, når det skulle vurderes, om patientens tvangsfiksering kunne ophøre. Ledelserne oplyste, at der i alle tilfælde foretages en vurdering af patientens farlighed.

På baggrund af drøftelser med de pågældende psykiatriske afdelinger kunne besøgsholdene ikke lægge til grund, at betingelserne for at foretage de konkrete tvangsfikseringer ikke havde været opfyldt. Besøgsholdene pegede i stedet på behovet for at forbedre dokumentationen.

Ved ni tilsynsbesøg anbefalede ombudsmanden, at ledelsen sikrede fokus på præcis og dækkende dokumentation i journaler om tvangsfiksering, herunder i forhold til begrundelsen for at iværksætte og opretholde fiksering med bælte, som ved fiksering i længere tid end nogle få timer iagttager de skærpede krav i psykiatrilovens § 14, stk. 3.

## **6. Ulovbestemte foranstaltninger og indgreb**

### **6.1. Foranstaltninger og indgreb i husordener og praksis**

#### *6.1.1. Udgangspunkt for undersøgelsen*

Under tilsynsbesøg på psykiatriske afdelinger i 2014 og de følgende år blev ombudsmanden opmærksom på, at der var stor forskel på indholdet af regler om foranstaltninger og indgreb over for patienterne i afdelingernes husordener. Reglerne kunne bl.a. indebære, at patienterne fik begrænset deres adgang til mobiltelefon eller til at modtage besøg. Der kunne efter ombudsmandens opfattelse være tvivl om det retlige grundlag for flere af reglerne i afdelingernes husordener og deres praksis.

Dette gav ombudsmanden anledning til i forlængelse af tilsynsbesøgene at rejse flere sager om ulovbestemte foranstaltninger og indgreb, ligesom ombudsmanden under møder med ressortministeriet – nu Sundhedsministeriet – og Danske Regioner drøftede disse spørgsmål.

I ombudsmandens udtalelse [FOB 2020-43](#) (på ombudsmandens hjemmeside) blev det konstateret, at nogle indgreb ikke havde hjemmel i psykiatriloven, f.eks. rutinemæssig visitation af patienterne. Der var herudover tvivl om hjemmelsgrundlaget for andre foranstaltninger og indgreb, f.eks. begrænsning af patienters adgang til mobiltelefon og til at modtage besøg. Ministeriet – på det tidspunkt Sundheds- og Ældreministeriet – ville derfor arbejde for, at der blev skabt et klart hjemmelsgrundlag, så der fremadrettet ikke ville opstå tvivl om rammerne for at fastsætte begrænsninger i husordener på de psykiatriske afdelinger. Sundhedsministeriet oplyste i forlængelse af dette i marts 2021 over for regionerne, at de skulle justere husordenerne, så de ikke længere indeholdt regler om foranstaltninger og indgreb uden hjemmel eller med



et tvivlsomt hjemmelsgrundlag, og at justeringen ikke kunne afvente en præcisering af hjemmelsgrundlaget i psykiatriloven.

I den ovenfor nævnte [FOB 2020-25](#) tog ombudsmanden stilling til såkaldt "skærmning til stue" (også kaldet f.eks. "miljøskærmning", "arealbegrænsning" eller "refleksionstid"). Indgrebet er generelt kendetegnet ved, at en patient isoleres på egen stue eller et andet afgrænset areal med ulåst dør og eventuelt med ansatte som vagt uden for døren.

Ombudsmanden udtalte, at han var enig med Sundheds- og Ældreministeriet i, at et krav om, at en patient skal forblive på sin stue, uden at patienten samtykker hertil, må betragtes som en tvangsforanstaltning uden hjemmel i psykiatriloven. Indgrebet kunne kun iværksættes med patientens samtykke.

I [FOB 2016-32](#) (på ombudsmandens hjemmeside) udtalte ombudsmanden, at der ikke var hjemmel til at begrænse patienters adgang til at købe usund mad.

Besøgsholdene undersøgte i forbindelse med tilsynsbesøgene i 2021, om ulovbestemte foranstaltninger, der indgik i husordener eller i øvrigt blev anvendt i praksis, havde et retligt grundlag, herunder om de ulovbestemte foranstaltninger udgjorde indgreb, der forudsatte, at patienterne havde givet et gyldigt samtykke hertil.

#### *6.1.2. Resultat af undersøgelsen*

Besøgsholdene så en række eksempler på foranstaltninger i afdelingernes husordener og praksis, som ikke havde hjemmel i psykiatriloven. Da der var tale om foranstaltninger, der kunne udgøre indgreb over for patienterne, var det tvivlsomt, om de kunne anvendes uden lovhjemmel, jf. den ovenfor nævnte [FOB 2020-43](#) om indgreb uden hjemmel i psykiatriloven.

De psykiatriske afdelinger oplyste, at de observerede foranstaltninger og indgreb typisk blev brugt for at sikre orden og sikkerhed på afdelingerne og for at gavne behandlingen af den enkelte patient. F.eks. kunne en patient få begrænset adgangen til sin mobiltelefon, så patienten ikke udstillede sig på en nedværdigende måde, skadede sit forhold til pårørende eller led alvorlig økonomisk skade.

Afdelingerne pegede også på, at der kunne være behov for rutinemæssige visitationer af patienter og besøgende på afdelingen for at sikre, at patienterne ikke fik adgang til rusmidler på afdelingen.

Som nævnt ovenfor havde Sundhedsministeriet i marts 2021 oplyst regionerne om, at regler i husordenerne om visse foranstaltninger og indgreb uden

hjemmel i psykiatriloven eller med et tvivlsomt hjemmelsgrundlag skulle justeres, og at justeringen ikke kunne afvente en eventuel præcisering af hjemmelsgrundlaget i psykiatriloven. Ombudsmanden anbefalede derfor over for ni psykiatriske afdelinger, at husorden og praksis blev ændret, så de afspejlede de dagældende regler.

Besøgsholdene så desuden eksempler på regler og praksis, som ikke indgik i ombudsmandens tidligere sager om ulovbestemte foranstaltninger og indgreb, og som heller ikke var drøftet med Sundhedsministeriet eller Danske Regioner. Det gjaldt f.eks. regler om, at patienterne ikke måtte tale med hinanden om bestemte emner. Under et møde i 2021 med Sundhedsministeriet orienterede ombudsmanden om disse eksempler. Ombudsmandens tidligere sager om ulovbestemte foranstaltninger og indgreb er omtalt oven for i punkt 6.1.1.

En ændring af psykiatriloven den 1. januar 2022 har gjort det muligt at iværksætte nogle af de observerede foranstaltninger og indgreb uden forinden at indhente patientens samtykke.

Der er dog fortsat ikke adgang til f.eks. fast at gennemgå patienters post eller at visitere patienter, uden at der er mistanke om, at der er medikamenter, rusmidler eller farlige genstande i afdelingen. Der gælder særlige regler herom på Sikringsafdelingen, retspsykiatriske afdelinger og afdelinger for personer anbragt i varetægtssurrogat.

Herudover så ombudsmandens besøgshold eksempler på regler og praksis, som blev behandlet i de ovennævnte sager [FOB 2016-32](#) og [FOB 2020-43](#). Patienterne kunne f.eks. få begrænset deres adgang til usund mad og usunde drikkevarer. Der var også eksempler på, at patienterne fik begrænset deres adgang til at modtage besøg udefra, f.eks. af pårørende, eller at besøgene var overvåget. Disse eksempler er ikke omtalt (udtrykkeligt) i den nævnte ændring af psykiatriloven eller i den tilknyttede bekendtgørelse.

Besøgsholdene kunne desuden konstatere, at indgrebet "skærmning til stue" anvendes flere steder (f.eks. kaldet "miljøskærmning", "arealbegrænsning" eller "refleksionstid"). Indgrebet er generelt kendetegnet ved, at en patient isoleres på egen stue eller et andet afgrænset areal med ulåst dør, eventuelt med ansatte som vagt uden for døren. På tidspunktet for tilsynsbesøgene var det i ombudsmandens sag ovennævnte [FOB 2020-25](#) afklaret, at sådanne indgreb alene kunne anvendes med patientens samtykke.

Ved seks tilsynsbesøg anbefalede ombudsmanden, at ledelsen sikrer, at der ikke uden patientens samtykke foretages indgreb i form af skærmning til stue (eller anden arealbegrænsning).

Ombudsmanden har efterfølgende rejst en sag af egen drift over for en retspsykiatrisk afdeling og Sundhedsministeriet om, hvorvidt der – efter den ovennævnte ændring af psykiatriloven den 1. januar 2022 – er hjemmel til at foretage skærmning til stue uden patientens samtykke.

## **6.2. Indhentes og dokumenteres samtykke i overensstemmelse med gældende regler?**

### *6.2.1. Udgangspunkt for undersøgelsen*

Ombudsmanden tog i sagerne [FOB 2020-15](#) og [FOB 2020-25](#) (på ombudsmandens hjemmeside) stilling til, hvordan personalet skal indhente og dokumentere en patients samtykke til indgreb i form af såkaldt udslusning fra døraflåsning på Sikringsafdelingen og skærmning til stue.

I forbindelse med besøgene i 2021 gennemgik besøgsholdene journalmateriale om samtykke til skærmning til stue eller andre ulovbestemte indgreb og sammenholdt journalmaterialet med kravene til et gyldigt samtykke til skærmning til stue mv. Besøgsholdene drøftede også forholdene med de psykiatriske afdelingers ledelse, personale og patienter.

#### **Hvornår foreligger der et gyldigt samtykke til skærmning til stue og andre ulovbestemte indgreb?**

- Samtykket skal være frivilligt og må ikke være afgivet under tvang eller trussel om tvang.
- Samtykket skal være baseret på fyldestgørende information. Der må som minimum informeres om følgende, idet der ikke heri ligger, at en sådan information nødvendigvis er fyldestgørende:
  - indholdet og betydningen af aftalen, herunder aftalens konsekvenser (altså at patienten ikke må forlade sin stue eller et afgrænset areal uden forudgående aftale med personalet),
  - det behandlings- eller sikkerhedsmæssige formål med aftalen, samt
  - at aftalen kun er gældende, fordi patienten har samtykket, og at patienten til enhver tid kan trække sit samtykke tilbage.
- Informationerne skal gives på en sådan måde og i et sådant omfang, at patienten i den nødvendige udstrækning forstår indholdet og betydningen af informationen.
- Personalet skal have vurderet patientens beslutningshabilitet.

- Patienten skal have adgang til at drøfte sit samtykke med en patientrådgiver eller en bistandsværgе.

#### 6.2.2. Resultat af undersøgelsen

Ombudsmandens besøgshold kunne konstatere, at der i mange tilfælde ikke blev indhentet et gyldigt samtykke til skærmning til stue og andre indgreb.

Flere psykiatriske afdelinger anførte, at skærmning til stue bl.a. anvendtes i tilspidsede situationer, hvor det ikke var muligt at indhente et samtykke fra patienten. Det kunne f.eks. blive iværksat for at undgå at skulle tvangsfiksere patienten.

Afdelingerne pegede også på, at der kunne være tilfælde, hvor der ikke kunne indhentes et samtykke til f.eks. skærmning til stue, fordi patienten var for syg til at kunne forholde sig til dette spørgsmål.

Ved ni tilsynsbesøg anbefalede ombudsmanden ledelsen at sikre, at samtykke til skærmning til stue og andre indgreb indhentes og dokumenteres i overensstemmelse med kravene hertil i gældende regler og praksis.

Med venlig hilsen



Niels Fenger