



FOLKETINGETS
OMBUDSMAND

5. februar 2026

Temarapport 2025

Patienter på rets- psykiatriske afdelinger

Indhold

5. februar 2026

1. Indledning	3
2. Resultatet af temabesøgene	3
2.1. Hovedkonklusioner	3
2.2. Generelle anbefalinger	4
2.3. Baggrund for valg af tema og fokusområder	5
2.4. Hvordan gjorde ombudsmanden?	6
3. Patienter indlagt på retspsykiatriske afdelinger – med særligt fokus på patienter med behandlings- og anbringelsesdomme	6
3.1. Behandlingsplaner	7
3.2. Udgang	8
3.3. Ændring eller ophævelse af domme	9
3.4. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner	10
3.5. Samarbejdet med kommunerne	11
3.6. Sammenfatning	13
4. Retspsykiatriske afdelingers brug af tvangsfiksering	13
4.1. Generelt om tvangsfiksering	14
4.2. Udfyldelse af tvangsprotokoller	15
4.3. Varigheden af og begrundelsen for at opretholde en tvangsfiksering ...	15
4.4. Den faste vagts notater	16
4.5. Interne bæltetilsyn	17
4.6. Eksterne bæltetilsyn	18
4.7. Eftersamtaler	19
5. Andre forhold	19
6. Sager rejst af egen drift	20
6.1. Psykiatriske afdelingers husordener	20
6.2. Skærmning til stue (arealbegrænsning)	21
6.3. Særlige afdelinger for varetægtssurrogatanbragte	22

Dok.nr. 25/04406-
3/KHL/CLA

1. Indledning

Temaet for ombudsmandens tilsynsbesøg på voksenområdet i 2025 var retspsykiatrien. I årets løb besøgte ombudsmanden udvalgte sengeafsnit på samtlige otte retspsykiatriske afdelinger i Danmark. Tilsynsbesøgene blev gennemført i samarbejde med Institut for Menneskerettigheder og DIGNITY – Dansk Institut Mod Tortur.

Ved tilsynsbesøgene havde ombudsmanden især fokus på:

- De forhold, der skal medvirke til at sikre, at patienter med behandlings- og anbringelsesdomme ikke er indlagt på retspsykiatriske afdelinger i længere tid end nødvendigt, herunder reglerne om behandlingsplaner og udgang.
- Den skriftlige dokumentation i forbindelse med tvangsfikseringer.

2. Resultatet af temabesøgene

2.1. Hovedkonklusioner

- Det er ombudsmandens indtryk, at både ledelse og personale på de retspsykiatriske afdelinger generelt havde fokus på at sikre, at indlæggelser af patienter med behandlings- og anbringelsesdomme ikke udstrækkes længere end nødvendigt, og at overvejelser herom indgik i arbejdet med patienternes behandling. Der var herunder fokus på mulighederne for udgang og på adgangen til i relevant omfang at anmode statsadvokaten om at ændre en behandlings- eller anbringelsesdom.
- Under tilsynsbesøgene modtog ombudsmanden dog også oplysninger om forhold, der indikerede, at der kunne være risiko for, at nogle patienter kunne være indlagt i længere tid, end der behandlingsmæssigt var grundlag for, herunder udfordringer i de retspsykiatriske afdelingers samarbejde med kommunerne i forbindelse med udskrivelse af patienter til botilbud.
- På hovedparten af besøgsstederne var der eksempler på, at behandlingsplaner, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner manglede flere af de oplysninger, de skal indeholde ifølge de gældende regler.
- Tilsynsbesøgene efterlod generelt det indtryk, at besøgsstederne havde fokus på at forebygge og nedbringe brugen af tvang.
- En gennemgang af en række sager om tvangsfiksering viste, at der var eksempler på, at udfyldelse af tvangsprotokoller og dokumentation af bl.a.

faste vagters notater, gennemførelse af interne og eksterne bæltetilsyn samt eftersamtaler ikke skete i overensstemmelse med de gældende regler.

- På flere besøgssteder blev der anvendt skærmning til stue, uden at patientens samtykke var indhentet, eller uden at samtykket var dokumenteret i overensstemmelse med de gældende regler og praksis herom.

2.2. Generelle anbefalinger

Ombudsmanden anbefaler generelt, at retspsykiatriske afdelinger

- sikrer, at behandlingsplaner, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner indeholder de oplysninger, der følger af de gældende regler
- har øget fokus på at sikre en hurtig, smidig og løsningsorienteret dialog med kommunerne i forbindelse med udskrivning af patienter
- sikrer, at journalen indeholder dækkende dokumentation for, at grundlaget for en tvangsfiksering er til stede i hele fikseringsperioden, og at journalen i de tilfælde, hvor der tillige anvendes hånd- eller fodremme, indeholder en særskilt begrundelse for iværksættelse og opretholdelse heraf
- sikrer, at tvangsprotokoller udfyldes i overensstemmelse med reglerne, at reglerne om faste vagters notatpligt og reglerne om interne og eksterne bæltetilsyn overholdes, herunder at et internt bæltetilsyn kun udskydes, fordi en patient sover, hvis det lægefagligt vurderes skadeligt at vække patienten, og at et internt bæltetilsyn, der er blevet udskudt, fordi det ud fra en lægefaglig vurdering vurderes skadeligt at vække patienten, gennemføres hurtigst muligt, efter patienten er vågnet
- sikrer, at eftersamtaler afholdes og dokumenteres i overensstemmelse med de gældende regler, og at det fremgår af journalen, hvis – og i givet fald hvorfor – en patient ikke ønsker en eftersamtale
- sikrer, at skærmning til stue kun anvendes efter gyldigt samtykke fra patienten, og at patientens samtykke indhentes og dokumenteres i overensstemmelse med de gældende regler og praksis herom.

Ombudsmanden vil drøfte opfølgningen på de generelle anbefalinger og en række øvrige forhold og observationer fra tilsynsbesøgene med bl.a. Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Justitsministeriet. Ombudsmanden vil også følge op på de generelle anbefalinger under fremtidige tilsynsbesøg.

Ombudsmanden har på baggrund af tilsynsbesøgene rejst flere sager af egen drift. Der henvises til pkt. 6 nedenfor.

2.3. Baggrund for valg af tema og fokusområder

Patienter, der er indlagt på retspsykiatriske afdelinger, er bl.a. personer, der har begået kriminalitet, men som på grund af en psykisk lidelse eller mangelfuld mental udvikling ikke kan idømmes en fængselsstraf, og som i stedet har fået en behandlings- eller anbringelsesdom, der indeholder krav om eller mulighed for indlæggelse på en retspsykiatrisk afdeling. Formålet med behandlings- og anbringelsesdomme er gennem behandling at forebygge, at den dømte på grund af sin psykiske lidelse eller mangelfulde mentale udvikling begår ny kriminalitet.

På retspsykiatriske afdelinger kan der også være forvaringsdømte og varetægtsfængslede, der er anbragt på en retspsykiatrisk afdeling i stedet for i en arrest (varetægtsurrogatanbragte), herunder varetægtsfængslede indlagt til mentalobservation. Der kan desuden være personer, der er sigtet for kriminalitet uden at være varetægtsfængslet, og som er indlagt til mentalundersøgelse, samt fængselsindsatte, som på grund af deres psykiske tilstand i en kortere eller længere periode ikke kan afsone deres straf i et fængsel.

Patienter på retspsykiatriske afdelinger er generelt en sårbar patientgruppe, og de kan under deres indlæggelse blive udsat for forskellige former for tvang og magtanvendelse. Patienter med behandlings- eller anbringelsesdomme kan desuden være indlagt i lang tid, og udskrivning forudsætter i nogle tilfælde en ændring af deres dom.

Ombudsmanden har tidligere undersøgt forholdene for patienter indlagt på psykiatriske, herunder retspsykiatriske, afdelinger, bl.a. i forbindelse med temaet for tilsynsbesøg i 2021 om tvang og ulovbestemte indgreb i psykiatrien.

Med temaet for 2025 ønskede ombudsmanden at få opdateret viden om forholdene for patienter indlagt på retspsykiatriske afdelinger generelt, herunder bl.a. brugen af og forebyggelsen af tvang.

Ombudsmanden ønskede også at undersøge de retspsykiatriske afdelingers arbejde med at sikre, at patienter med behandlings- og anbringelsesdomme ikke er indlagt i længere tid end nødvendigt, og der var på tilsynsbesøgene således især fokus på disse patienters forhold.

Som led i temaet for 2025 ønskede ombudsmanden desuden at besøge de afdelinger for personer i varetægtsurrogat, som regionsrådene fra den 1. januar 2022 fik mulighed for at oprette.

2.4. Hvordan gjorde ombudsmanden?

2.4.1. Materiale og information i forbindelse med besøgene

Forud for hvert tilsynsbesøg modtog ombudsmanden skriftlige oplysninger og materiale fra besøgsstederne til belysning af fokusområderne for besøget, herunder eksempler på behandlingsplaner, sager om tvangsfiksering, husordener mv.

Under tilsynsbesøgene fik besøgsholdene uddybet de skriftlige oplysninger ved samtaler med ledelse og personale. Derudover talte besøgsholdet med 115 patienter samt i alt 92 pårørende, værger eller bistandsværger.

Besøgsholdene fik også forevist relevante dele af besøgsstederne, herunder patientstuer, besøgs- og aktivitetsrum.

2.4.2. Retsgrundlaget for tilsynsbesøg

Tilsynsbesøgene blev gennemført som led i ombudsmandens almindelige tilsynsvirksomhed efter ombudsmandsloven og som led i ombudsmandens arbejde med at forebygge, at mennesker, der er eller kan blive berøvet deres frihed, udsættes for f.eks. umenneskelig eller nedværdigende behandling, jf. den valgfri protokol til FN's Konvention om Tortur og anden Grusom, Umenneskelig eller Nedværdigende Behandling eller Straf.

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 menneskeretlig ekspertise. DIGNITY bidrager i samarbejdet med lægefaglig ekspertise. Det betyder bl.a., at personale med ekspertise på disse områder fra de to institutter deltager i planlægning og gennemførelse af samt opfølgning på tilsynsbesøg.

2.4.3. Oversigt over besøg i 2025

På ombudsmandens hjemmeside findes en samlet oversigt over tilsynsbesøg på voksenområdet i 2025, herunder temabesøgene, og de anbefalinger, der blev givet til de enkelte besøgssteder (www.ombudsmanden.dk, under Arbejdsområder, Tilsyn, På voksenområdet, Gennemførte tilsynsbesøg på voksenområdet i 2025).

3. Patienter indlagt på retspsykiatriske afdelinger – med særligt fokus på patienter med behandlings- og anbringelsesdomme

Som anført i pkt. 2.3 opholder der sig en række forskellige patientgrupper på de retspsykiatriske afdelinger.

På hovedparten af de retspsykiatriske afsnit, ombudsmanden besøgte, havde de fleste patienter enten en behandlings- eller en anbringelsesdom, og ombudsmanden havde, som også anført i pkt. 2.3, ved temaet for 2025 særligt fokus på forholdene for disse patienter. Flere af de nedenfor anførte forhold er dog også relevante for andre patientgrupper.

Patienter med behandlings- og anbringelsesdomme, der er indlagt på retspsykiatriske afdelinger, skal tilbydes et sammenhængende forløb, som ikke strækker sig over længere tid end højst nødvendigt.

Det påhviler anklagemyndigheden at påse, at bl.a. behandlings- og anbringelsesdomme ikke opretholdes i længere tid og videre omfang end nødvendigt.

De retspsykiatriske afdelingers arbejde med at sikre, at behandlings- og anbringelsesdømte ikke er indlagt længere end nødvendigt, foregår bl.a. via behandlingsplaner og udgangsforløb. Derfor havde ombudsmanden i forbindelse med tilsynsbesøgene fokus på bl.a. besøgsstedernes udarbejdelse af behandlingsplaner og omfanget og karakteren af patienternes udgang. Ombudsmanden havde også fokus på bl.a. besøgsstedernes udarbejdelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner for patienterne samt samarbejdet med kommunerne i forbindelse med udskrivning.

3.1. Behandlingsplaner

Reglerne om behandlingsplaner findes i psykiatriloven (lovbekendtgørelse nr. 1045 af 18. september 2024), tvangsvejledningen (vejledning nr. 9257 af 19. marts 2023 om anvendelse af tvang mv. i psykiatrien) og vejledning om bl.a. behandlingsansvarlige overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulant psykiatrisk behandling (nu vejledning nr. 9873 af 28. august 2025).

Der skal udarbejdes en behandlingsplan for alle patienter, som indlægges på en psykiatrisk afdeling. Behandlingsplanen skal udarbejdes senest en uge efter indlæggelsen, og der skal udleveres en kopi af planen til patienten, medmindre patienten frabeder sig dette. Der er desuden fastsat en række krav til behandlingsplanens indhold.

Forud for hvert tilsynsbesøg modtog og gennemgik ombudsmanden – typisk tre – behandlingsplaner fra besøgsstedet. Hovedparten af behandlingsplanerne angik patienter med behandlings- eller anbringelsesdomme, men ombudsmanden modtog også behandlingsplaner for bl.a. varetægtssurrogatanbragte. Gennemgangen viste, at der på hovedparten af besøgsstederne var mangler ved flere af behandlingsplanerne.

På fem steder manglede flere af behandlingsplanerne en række af de oplysninger, der er nævnt i tvangsvejledningens afsnit om behandlingsplaner. Det drejede sig om f.eks. oplysninger om behandlingens forventede varighed og oplysninger om eventuel inddragelse af pårørende.

På syv steder manglede en eller flere af behandlingsplanerne for patienter omfattet af vejledningen om bl.a. behandlingsansvarlige overlægers ansvar for patienter, der er idømt en behandlingsdom eller en dom til ambulant psykiatrisk behandling, nogle eller hovedparten af de oplysninger, der er nævnt i vejledningen. Det drejede sig om f.eks., hvilken grad af observation fra sundhedsfagligt personale som patienten havde brug for, og en vurdering af patientens risiko for fornyet kriminalitet. Flere af besøgsstederne oplyste, at oplysningerne fremgik andre steder, f.eks. i journalen.

Ombudsmanden gav syv besøgssteder en anbefaling om at sikre, at behandlingsplaner indeholder de oplysninger, der følger af de gældende regler.

I lyset heraf anbefaler ombudsmanden generelt, at de retspsykiatriske afdelinger sikrer, at behandlingsplaner indeholder de oplysninger, der følger af de gældende regler.

3.2. Udgang

Reglerne om udgang for behandlings- og anbringelsesdømte er reguleret i udgangsbekendtgørelsen (bekendtgørelse nr. 1492 af 5. december 2024 om udgangstilladelse mv. til personer, der er anbragt i hospital eller institution i henhold til strafferetlig afgørelse eller i medfør af farlighedsdekret). Det fremgår heraf, at overlægen kan give tilladelse til nogle nærmere angive former for udgang til behandlings- og anbringelsesdømte, mens det i øvrige tilfælde er statsadvokaten, der træffer afgørelse om udgang. Ved afgørelser om tilladelse til udgang skal der efter udgangsbekendtgørelsen navnlig lægges vægt på socialpædagogiske og behandlingsmæssige hensyn, risikoen for misbrug af udgangstilladelsen og hensynet til retshåndhævelsen. Der gælder særlige regler for patienter, der er bl.a. varetægtssurrogatanbragte, og for patienter der er anbragt på Sikringsafdelingen.

I forbindelse med tilsynsbesøgene redegjorde besøgsstederne for bl.a., hvordan udgang blev anvendt i forbindelse med behandling og rehabilitering af patienter med behandlings- og anbringelsesdomme. Besøgsstederne benyttede sig typisk af en trinbaseret model med en gradvis øgning i adgangen til at færdes frit, forudsat afviklingen af den hidtidigt bevilgede udgang forløb tilfredsstillende, og patientens tilstand var stabil. Normalt startede patienterne med at få adgang til at færdes på besøgsstedets område (f.eks. afdelingens have). Derefter fik patienterne tilladelse til udgang uden for besøgsstedets område. I starten til f.eks. området umiddelbart omkring besøgsstedet, til nærmeste indkøbsmulighed eller lignende. Normalt var der i starten typisk

tale om korte udgange med ledsager, hvorefter varigheden gradvist kunne blive øget, og der også kunne gives tilladelse til uledsaget udgang af op til tre timers varighed.

Flere af besøgsstederne oplyste, at udgange sjældent blev aflyst af bemandingsmæssige årsager, men at udgange eventuelt kunne blive udskudt til f.eks. senere på dagen.

På baggrund af besøgsholdenes samtaler med patienter, personale og ledelse var det generelt ombudsmandens indtryk, at besøgsstederne havde fokus på mulighederne for udgang, og at udgang blev anvendt som et element i den samlede behandling, herunder i forhold til at træne færdigheder, der vil være nødvendige i forbindelse med udskrivning.

Fire af besøgsstederne oplyste, at statsadvokaten, som træffer afgørelse om uledsaget udgang i mere end tre timer (eventuelt med overnatning), havde praksis for at betinge de første udgange af denne type af, at patienten var under opsyn af pårørende eller lignende. Det betød, at patienter uden pårørende eller nærtstående eller patienter uden kontakt til pårørende havde vanskeligere ved at få tilladelse til udgang af denne type, hvilket ifølge besøgsstederne risikerede at få betydning for indlæggelsens varighed, idet disse patienter havde vanskeligere ved at dokumentere deres færdigheder og fremgang. Et besøgssted oplyste, at hvis en patient ikke havde pårørende, som kunne ledsage patienten på udgang i mere end tre timer, tog personalet med som ledsager, hvilket dog var ressourcekrævende og betød bl.a., at der ikke i disse tilfælde kunne blive tale om udgang med overnatning. Et andet sted oplyste, at personalet på et afsnit var begyndt at afvikle sommerhusture med overnatning, for at patienterne kunne dokumentere deres færdigheder.

Ombudsmanden vil drøfte dette forhold i forbindelse med de opfølgende temadrøftelser med de relevante myndigheder.

3.3. Ændring eller ophævelse af domme

Reglerne om ændring, herunder lempelse, eller ophævelse af bl.a. behandlings- og anbringelsesdomme findes i straffeloven (lovbekendtgørelse nr. 1145 af 5. november 2024) og i rigsadvokatens meddelelse om psykisk afvigende kriminelle (nu cirkulære nr. 10075 af 1. april 2025).

Som nævnt ovenfor påhviler det anklagemyndigheden at påse, at bl.a. behandlings- og anbringelsesdomme ikke opretholdes i længere tid og videre omfang end nødvendigt. Til brug herfor indhenter statsadvokaten som udgangspunkt én gang årligt en erklæring fra den retspsykiatriske afdeling om behovet for at opretholde behandlings- eller anbringelsesdommen. Det er dog retten, der tager stilling til, om en behandlings- og anbringelsesdom skal ophæves eller ændres, herunder lempes.

Den behandlingsansvarlige overlæge kan – ligesom patienten selv og patientens bistandsværge – bede om at få ændret en behandlings- eller anbringelsesdom. Anmodningen fremsættes over for statsadvokaten, der indbringer spørgsmålet for retten.

Samtlige besøgssteder oplyste, at statsadvokaten foretog de årlige høringer om behovet for at opretholde behandlings- eller anbringelsesdomme. Besøgsstederne var desuden opmærksomme på deres adgang til – mellem de årlige høringer – at bede statsadvokaten om at indbringe spørgsmålet om at ændre en behandlings- eller anbringelsesdom for retten, hvis besøgsstederne ikke mente, at der var grundlag for at opretholde den. Hovedparten af besøgsstederne oplyste, at de inden for det seneste år havde anmodet om en eller flere domsændringer.

3.4. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Reglerne om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner findes i psykiatriloven, tvangsprotokolbekendtgørelsen (bekendtgørelse nr. 1079 af 27. oktober 2019 om tvangsprotokoller og optegnelser samt registrering og indberetning af tvang samt udskrivningsaftaler og koordinationsplaner på psykiatriske afdelinger), tvangsvejledningen og registreringsvejledningen (vejledning nr. 9256 af 19. marts 2023 om registrering af tvang mv. i psykiatrien).

I forbindelse med udskrivning fra en retspsykiatrisk afdeling skal der – for patienter, der er i målgruppen herfor – indgås udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner. Formålet med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner er at understøtte bl.a., at patienten fortsætter sin behandling.

Indgåelse af en udskrivningsaftale forudsætter, at patienten medvirker til at indgå aftalen. Hvis en patient ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, skal der i stedet udarbejdes en koordinationsplan. Der er ikke forskel på de indholdsmæssige krav til udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, som begge omhandler de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten efter udskrivningen.

Forud for hvert tilsynsbesøg bad ombudsmanden om at modtage tre udskrivningsaftaler og tre koordinationsplaner.

Sikringsafdelingen oplyste, at patienterne udelukkende blev udskrevet til andre retspsykiatriske afdelinger, og at der derfor ikke blev udarbejdet udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner.

Gennemgangen af de udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, som ombudsmanden modtog fra de syv øvrige besøgssteder, viste, at der ikke var en

ensartet brug af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Tre besøgssteder oplyste således, at der udelukkende blev anvendt koordinationsplaner, mens to besøgssteder oplyste, at der primært blev anvendt udskrivningsaftaler. Baggrunden herfor blev drøftet med besøgsstederne, og forholdet vil indgå i ombudsmandens opfølgende temadrøftelser med de relevante myndigheder.

Gennemgangen af udskrivningsaftalerne og koordinationsplanerne viste også, at der på seks besøgssteder var mangler i flere af dem. Udskrivningsaftalerne og koordinationsplanerne indeholdt således ikke i alle tilfælde de informationer, der fremgår af pkt. 8 i tvangsvejledningen. F.eks. fremgik det ikke klart, i hvilket omfang patienterne havde medvirket eller var søgt inddraget i arbejdet med udskrivningsaftalen eller koordinationsplanen, og hvem der skulle reagere, hvis aftalen eller planen ikke blev overholdt, ligesom tidspunktet for revurdering af udskrivningsaftalen eller koordinationsplanen – og hvem der var ansvarlig herfor – ikke fremgik.

Ombudsmanden gav seks besøgssteder en anbefaling om at sikre, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner indeholder de oplysninger, der følger af pkt. 8 i tvangsvejledningen.

I lyset heraf anbefaler ombudsmanden generelt, at de retspsykiatriske afdelinger sikrer, at udskrivningsaftaler og koordinationsplaner indeholder de oplysninger, der følger af de gældende regler.

3.5. Samarbejdet med kommunerne

Patienter kan udskrives til f.eks. egen bolig – eventuelt med støtte – eller de kan udskrives til et botilbud. Det er kommunen, der vurderer, om en patient skal bevilges et botilbud. Det er også kommunen, der finder et egnet botilbud, hvor patienten kan tilbydes en plads.

Under tilsynsbesøgene redegjorde besøgsstederne for deres samarbejde med kommunerne i forbindelse med udskrivning af patienter. Enkelte steder beskrev samarbejdet med kommunerne i forbindelse med udskrivning af patienter som velfungerende, mens andre steder oplyste, at samarbejdet med kommunerne kunne være vanskeligt. Enkelte besøgssteder oplyste, at der var indgået egentlige samarbejdsaftaler med kommunerne.

Nogle besøgssteder oplevede, at kommunernes arbejde med at bevilge og finde et egnet botilbud til patienterne kunne tage tid – i visse tilfælde lang tid – bl.a. fordi det kunne være svært for kommunerne at finde og derefter få en plads på specialiserede botilbud. Ifølge besøgsstederne kunne besøgsstederne og kommunerne f.eks. også have forskellige vurderinger af, om et boti-

lbud var egnet til patienten, og det kunne ifølge besøgsstederne også forekomme, at en patient ikke ønskede at blive udskrevet, eller at patienten havde behov for eller ønskede en langsom overgang til bostedet.

Flere besøgssteder oplyste, at de var i kontakt med og ønskede dialog med kommunerne om, hvilken type botilbud og hvilke støtteforanstaltninger patienten – efter besøgsstedets erfaring og vurdering – havde behov for efter udskrivning med henblik på at mindske risikoen for tilbagefald, herunder forværring af patientens psykiske tilstand, misbrug eller kriminalitet. Besøgsstederne havde således et ønske om, at de behandlingsmæssige resultater, der var opnået under patienternes ofte lange indlæggelse, ikke gik tabt efter udskrivningen, f.eks. som følge af at patienterne blev tilbudt en plads på et botilbud, der efter besøgsstedets vurdering ikke var egnet til patienterne. Flere af tilsynsbesøgene efterlod desuden det indtryk, at der for besøgsstederne var en vis uklarhed om ansvarsfordelingen mellem besøgsstederne og kommunerne, f.eks. i forhold til at vurdere om et konkret botilbud er egnet til patienten.

Af det materiale, som ombudsmanden modtog forud for tilsynsbesøgene, fremgik det, at hovedparten af besøgsstederne havde undladt at udskrive patienter, fordi der efter deres opfattelse ikke ville blive iværksat tilstrækkelige støtteforanstaltninger eller ikke var en egnet bolig eller et egnet botilbud at udskrive patienterne til. Der havde således ifølge besøgsstederne været eksempler på patienter, der af den grund havde været indlagt i længere tid end der behandlingsmæssigt var grundlag for.

Ombudsmanden anbefalede to besøgssteder, som oplevede vanskeligheder ved samarbejdet med kommuner i forbindelse med udskrivning, at ledelsen søgte at indgå samarbejdsaftaler om udskrivning af patienter indlagt på retspsykiatriske afdelinger med de relevante kommuner.

Bl.a. i lyset af oplysningerne om, at de retspsykiatriske afdelinger og kommunerne kan have forskellige vurderinger af behovet for eller egnetheden af botilbud og støtteforanstaltninger, og at dette kan få betydning for varigheden af patienternes indlæggelse, anbefaler ombudsmanden generelt, at de retspsykiatriske afdelinger har øget fokus på at sikre en hurtig, smidig og løsningsorienteret dialog med kommunerne i forbindelse med udskrivning af patienter.

Oplysningerne om besøgsstedernes samarbejde med kommunerne, herunder ved udskrivning af patienter til botilbud, og indtrykket af, at der hos besøgsstederne var en vis uklarhed om ansvarsfordelingen mellem besøgsstederne og kommunerne i den forbindelse, vil i øvrigt indgå i ombudsmandens opfølgende temadrøftelser med de relevante myndigheder.

3.6. Sammenfatning

Patienter med behandlings- og anbringelsesdomme er generelt kendetegnet ved, at en del af dem er indlagt i en årrække.

I forbindelse med tilsynsbesøgene var der fokus på indlæggelsernes varighed, herunder tilrettelæggelsen af patienternes behandling, hvad besøgsstederne gjorde, for at indlæggelserne ikke blev længere end nødvendigt, og om besøgsstederne kunne pege på forhold, der efter deres opfattelse kunne risikere at forsinke patienternes udskrivelse – og i givet fald hvilke.

Det var ombudsmandens indtryk, at både ledelse og personale på de retspsykiatriske afdelinger generelt havde fokus på at sikre, at indlæggelser af patienter med behandlings- og anbringelsesdomme ikke udstrækkes længere end nødvendigt, og at overvejelser herom indgik i arbejdet med patienternes behandling.

Som anført i de foregående afsnit pegede besøgsstederne samtidig på forskellige forhold, der kan have betydning for varigheden af en indlæggelse. Det gælder som anført i pkt. 3.2 bl.a. statsadvokatens praksis om i starten at betinge tilladelse til uledsaget udgang i mere end tre timer af, at patienten er under opsyn af pårørende eller lignende. Endvidere har besøgsstederne som anført i pkt. 3.5 oplyst bl.a., at det i visse tilfælde kunne tage kommunerne lang tid at finde en plads på et botilbud.

Drøftelserne under tilsynsbesøgene afdækkede således forskellige faktorer, der ifølge besøgsstederne kunne have betydning for indlæggelsernes varighed, og som indikerede, at der i visse tilfælde var patienter med behandlings- og anbringelsesdomme, der kunne risikere at være indlagt i længere tid, end der behandlingsmæssigt var grundlag for. Det var dog ikke muligt inden for rammerne af tilsynsbesøgene at afklare og undersøge dynamikkerne nærmere. Oplysningerne vil derfor indgå i ombudsmandens opfølgende tema-drøftelser med de relevante myndigheder.

4. Retspsykiatriske afdelingers brug af tvangsfiksering

Patienter, der er indlagt på en retspsykiatrisk afdeling, kan blive udsat for forskellige former for tvang, hvis betingelserne i psykiatriloven er opfyldt. Tvangen kan bestå i f.eks. tvangsmedicinering, fastholdelse og tvangsfiksering.

Der er tale om tvang, hvis patienten ikke giver et informeret samtykke. Det følger samtidig af reglerne bl.a., at der ikke må anvendes tvang, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Er et mindre indgribende tiltag tilstrækkeligt, skal det anvendes.

Ifølge psykiatriloven skal patienter i forbindelse med indlæggelsessamtalen have mulighed for at tilkendegive eventuelle præferencer i forhold til behandlingen, herunder i forhold til tvang, hvis anvendelse af tvang skulle blive relevant under indlæggelsen (såkaldte forhåndstilkendegivelser). Er det på grund af patientens tilstand ikke muligt at indhente en forhåndstilkendegivelse ved indlæggelsen, skal det ske snarest muligt derefter.

Alle besøgssteder havde fokus på at indhente forhåndstilkendegivelser fra patienterne ved indlæggelsen – eller hurtigst muligt derefter, hvis patienternes tilstand ikke gjorde det muligt ved indlæggelsen.

Tilsynsbesøgene efterlod desuden generelt det indtryk, at besøgsstederne havde fokus på at forebygge og nedbringe brugen af tvang, herunder tvangsfiksering. Som led i dette arbejde blev der f.eks. foretaget hyppig og regelmæssig gennemgang af data for brugen af tvang og de anvendte typer af tvang, ligesom konkrete tilfælde af tvang blev gennemgået og analyseret. Der blev også afholdt tværfaglige drøftelser om tvangsforebyggelse, udarbejdet individuelle indsatsplaner med henblik på at nedbringe brugen af tvang i forhold til konkrete patienter samt fokuseret på efteruddannelse af personalet.

Forud for hvert tilsynsbesøg modtog ombudsmanden statistiske oplysninger om brugen af tvang på de besøgte afsnit i de seneste tre år. Nogle besøgssteder var lykkedes med at nedbringe brugen af tvang i løbet af perioden. De besøgssteder, der ikke havde nedbragt brugen af tvang, redegjorde i forbindelse med tilsynsbesøgene nærmere for baggrunden herfor.

4.1. Generelt om tvangsfiksering

Reglerne om tvangsfiksering findes i psykiatriloven, tvangsbekendtgørelsen (bekendtgørelse nr. 1075 af 27. oktober 2019 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger) og tvangsvejledningen. Det er de samme regler, der gælder for patienter indlagt på en almindelig psykiatrisk afdeling og på en retspsykiatrisk afdeling. Dog indeholder psykiatriloven og tvangsbekendtgørelsen nogle særlige regler om oppegående tvangsfiksering, der kun gælder for patienter på Sikringsafdelingen – og som ikke behandles i denne temarapport.

Ved tvangsfiksering forstås normalt fastspænding af en patient til en seng/briks med et bælte placeret over maven. I visse tilfælde kan der – samtidig med anvendelse af bælte – ske fastspænding af arme og ben med hånd- og fodremme samt anvendes handsker.

Tvangsfiksering kan finde sted, f.eks. hvis patienten udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred. Psykiatriloven – med tilhørende bekendtgørelser og vejledninger – indeholder en række krav, herunder dokumentationskrav, hvis en patient tvangsfikseres.

Forud for hvert tilsynsbesøg modtog og gennemgik ombudsmanden en række af besøgsstedets seneste sager om tvangsfiksering. Ombudsmanden gennemgik sagerne med et forebyggende sigte og med henblik på at vurdere, om de regler, der stiller krav til den skriftlige dokumentation i forbindelse med en tvangsfiksering, var overholdt.

4.2. Udfyldelse af tvangsprotokoller

Reglerne om tvangsprotokoller findes i tvangsprotokolbekendtgørelsen og i registreringsvejledningen.

Ved tvangsfikseringer skal en række oplysninger tilføres tvangsprotokollen. Det drejer sig om bl.a. tidspunktet for indgrebs iværksættelse og ophør, begrundelsen for indgrebet, den ordinerende overlæges navn, navne på det implicerede personale, tidspunktet for en fornyet vurdering af tvangsfikseringen og begrundelsen for opretholdelse af tvangsfikseringen.

Gennemgangen af de modtagne tvangsprotokoller viste, at flere besøgssteders udfyldelse af tvangsprotokoller kunne forbedres. Bl.a. var der eksempler på manglende tilførsel i tvangsprotokollerne af navne på det implicerede personale, uden at det på anden måde var muligt entydigt at identificere personalet. Der var også eksempler på, at internt bæltetilsyn (jf. nedenfor i pkt. 4.5), der var blevet udskudt, fordi patienten sov, i tvangsprotokollen var registreret som et gennemført bæltetilsyn, at der var uoverensstemmelse mellem tidsangivelserne for bæltetilsynene i tvangsprotokollen og journalen, og at der var bæltetilsyn, der alene var anført i journalen og ikke i tvangsprotokollen.

På den baggrund anbefalede ombudsmanden fem besøgssteder at sikre, at tvangsprotokollen ikke giver indtryk af, at der er ført bæltetilsyn, mens patienten sov, når det ikke kan være tilfældet. Ombudsmanden gav to besøgssteder en anbefaling om at sikre, at det er muligt at identificere det personale, der har været impliceret i en bæltefiksering, og to besøgssteder blev anbefalet at sikre, at der er overensstemmelse mellem tvangsprotokollen og det øvrige journalmateriale.

I lyset heraf anbefaler ombudsmanden generelt, at de retspsykiatriske afdelinger sikrer, at tvangsprotokoller udfyldes i overensstemmelse med reglerne.

4.3. Varigheden af og begrundelsen for at opretholde en tvangsfiksering

Ifølge psykiatriloven må en tvangsfiksering som udgangspunkt kun anvendes kortvarigt, dvs. i nogle få timer. En patient kan dog tvangsfikseres i længere tid end nogle få timer, hvis der er væsentlige grunde til at fortsætte tvangsfikseringen, herunder hensynet til patientens eller andres liv, førlighed eller sikkerhed. Der er fastsat frister for, hvornår der skal foretages fornyet lægelig

vurdering af tvangsfikseringen (såkaldt bæltetilsyn), jf. pkt. 4.5 og 4.6 nedenfor. Anvendes der hånd- eller fodremme, skal der ved den fornyede lægelige vurdering af tvangsfikseringen tages særskilt stilling til den fortsatte anvendelse af remmene.

I de sager, ombudsmanden modtog fra besøgsstederne, varede tvangsfikseringerne mellem tre timer og 11 dage.

Ved gennemgangen af de sager, hvor tvangsfikseringerne varede længere end nogle få timer, var der flere tilfælde, hvor der kunne stilles spørgsmål ved, om beskrivelsen af baggrunden for at opretholde tvangsfikseringen i fuldt tilstrækkeligt omfang dokumenterede, at betingelserne for opretholdelse af fikseringen var opfyldt. Det gjaldt f.eks. i tilfælde, hvor fikseringen blev opretholdt for at se en vis (yderligere) stabil periode, og for at se, om patienten kunne samarbejde. Der var også eksempler på, at der ikke var angivet en særskilt begrundelse for at iværksætte eller opretholde en fiksering med remme.

På den baggrund gav ombudsmanden syv besøgssteder en anbefaling om at sikre øget fokus på, at journalen indeholder dækkende dokumentation for opretholdelse af tvangsfiksering for hele fikseringsperioden. Ombudsmanden anbefalede også tre besøgssteder at sikre øget fokus på, at journalen indeholder en særskilt begrundelse for iværksættelse og opretholdelse af fiksering med remme.

I lyset heraf anbefaler ombudsmanden generelt, at de retspsykiatriske afdelinger sikrer, at journalen indeholder dækkende dokumentation for, at grundlaget for en tvangsfiksering er til stede i hele fikseringsperioden, og at journalen i de tilfælde, hvor der tillige anvendes hånd- eller fodremme, indeholder en særskilt begrundelse for iværksættelse og opretholdelse heraf.

4.4. Den faste vagts notater

Reglerne om faste vagter og de notater, vagten skal udarbejde, findes i psykiatriloven og vejledning om notatpligt for den faste vagt for patienter, der er tvangsfikseret med bælte (vejledning nr. 9285 af 4. marts 2022).

En patient, der er tvangsfikseret med bælte, skal have en fast vagt. Den faste vagt skal under tvangsfikseringen udarbejde en objektiv beskrivelse af patientens aktuelle tilstand og gøre notat om sine observationer minimum hvert 15. minut.

En gennemgang af de sager om tvangsfiksering, som ombudsmanden modtog forud for tilsynsbesøgene, viste bl.a., at der på alle otte besøgssteder var tilfælde, hvor den faste vagt ikke havde gjort notat med det angivne interval.

På den baggrund anbefalede ombudsmanden alle otte besøgssteder at sikre øget fokus på, at den faste vagt minimum hvert 15. minut gør notat om den tvangsfikseredes aktuelle tilstand.

I lyset heraf anbefaler ombudsmanden generelt, at de retspsykiatriske afdelinger sikrer, at reglerne om faste vagters notatpligt overholdes.

4.5. Interne bæltetilsyn

Reglerne om interne bæltetilsyn fremgår af psykiatriloven, tvangsbekendtgørelsen og tvangsvejledningen.

Så længe en tvangsfiksering opretholdes, skal der foretages fornyet lægelig vurdering af spørgsmålet om den fortsatte anvendelse af tvangsfikseringen (bæltetilsyn), så ofte som forholdene tilsiger det, dog mindst tre gange i døgnnet, som skal være jævnt fordelt. Den første revurdering skal foretages senest fire timer efter, at beslutningen om anvendelse af tvangsfiksering er truffet. Efterfølgende revurderinger skal foretages med højst 10 timers mellemrum.

Hvis patienten sover, når der skal foretages en revurdering af tvangsfikseringen, skal patienten som udgangspunkt vækkes, så lægen kan foretage revurderingen. Der kan således ikke foretages bæltetilsyn på en sovende patient.

Vurderer lægen, at det er skadeligt for patientens tilstand at vække patienten, kan lægen beslutte, at patienten ikke skal vækkes. Beslutningen skal noteres i journalen, og lægen skal tilkaldes, så snart patienten vågner, så revurderingen af tvangsfikseringen kan finde sted.

Gennemgangen af de sager om tvangsfiksering, som ombudsmanden modtog forud for tilsynsbesøgene, viste, at der på hovedparten af besøgsstederne var eksempler på, at interne bæltetilsyn ikke var foretaget i overensstemmelse med reglerne.

På hovedparten af besøgsstederne var der eksempler på patienter, der sov og ikke blev vækket, da der skulle foretages internt bæltetilsyn. I flere tilfælde fremgik det ikke af journalen, at det blev vurderet skadeligt at vække patienten. Der var også flere eksempler på patienter, der efterfølgende var vågnet, og var vågne i et stykke tid, uden at der blev gennemført internt bæltetilsyn, inden patienterne faldt i søvn igen. Endelig var der eksempler på, at internt bæltetilsyn først blev foretaget noget tid efter, at patienten var vågnet (i et enkelt tilfælde op til syv timer).

På baggrund af gennemgangen af sagerne om tvangsfiksering anbefalede ombudsmanden fire besøgssteder at sikre øget fokus på, at reglerne om interne bæltetilsyn overholdes, heraf fik tre besøgssteder også en anbefaling

om at sikre øget fokus på, at bæltetilsyn kun udskydes, fordi en patient sover, hvis det lægefagligt vurderes skadeligt at vække patienten.

Desuden anbefalede ombudsmanden seks besøgssteder at sikre, at et internt bæltetilsyn, der er blevet udskudt, fordi en patient sover, gennemføres hurtigst muligt, efter patienten er vågnet.

I lyset heraf anbefaler ombudsmanden generelt, at de retspsykiatriske afdelinger sikrer, at reglerne om interne bæltetilsyn overholdes, herunder at et internt bæltetilsyn kun udskydes, fordi en patient sover, hvis det lægefagligt vurderes skadeligt at vække patienten, og at et internt bæltetilsyn, der er blevet udskudt, fordi det ud fra en lægefaglig vurdering vurderes skadeligt at vække patienten, gennemføres hurtigst muligt, efter patienten er vågnet.

4.6. Eksterne bæltetilsyn

Reglerne om eksterne bæltetilsyn fremgår af psykiatriloven, tvangsbekendtgørelsen og tvangsvejledningen.

Hvis en tvangsfiksering varer i mere end 24 timer, skal en læge, der er speciallæge i psykiatri eller i børne- og ungdomspsykiatri – og som ikke er ansat på det psykiatriske afsnit, hvor tvangsfikseringen finder sted, ikke har ansvar for patientens behandling, og ikke er i et underordningsforhold til den behandlende læge – vurdere den fortsatte anvendelse af tvangsfiksering (såkaldt eksternt bæltetilsyn).

Der skal foretages et fornyet eksternt bæltetilsyn, hvis tvangsfikseringen varer i mere end 48 timer, ligesom der på fjerdedagen igen skal foretages et eksternt bæltetilsyn. Derefter skal der foretages eksternt bæltetilsyn én gang om ugen.

Det eksterne bæltetilsyn skal foretages senest samme dag som udløbet af tidsfristen. Hvis tidsfristen udløber sent om aftenen eller om natten, skal tilkaldelsen af den eksterne læge ske, sådan at det eksterne bæltetilsyn kan foretages den følgende morgen.

Gennemgangen af de sager om tvangsfiksering, som ombudsmanden modtog forud for tilsynsbesøgene, viste bl.a., at der i et tilfælde ikke blev foretaget et eksternt bæltetilsyn efter 24 timer, fordi patienten sov – og at det eksterne bæltetilsyn heller ikke blev gennemført den følgende morgen. I et andet tilfælde, hvor bæltfiksering varede 3 ½ døgn, blev der ikke foretaget eksternt bæltetilsyn, efter tvangsfikseringen havde varet i mere end 48 timer.

På baggrund af gennemgangen af sagerne om tvangsfiksering anbefalede ombudsmanden to besøgssteder, at ledelsen sikrer, at eksterne bæltetilsyn gennemføres i overensstemmelse med de gældende regler.

I lyset heraf anbefaler ombudsmanden generelt, at de retspsykiatriske afdelinger sikrer, at reglerne om eksternt bæltetilsyn overholdes.

4.7. Eftersamtaler

Reglerne om eftersamtaler findes i psykiatriloven, bekendtgørelsen om eftersamtaler (bekendtgørelse nr. 1093 af 11. september 2015 om samtaler efter ophør af tvangsforanstaltninger og magtanvendelse på psykiatriske afdelinger) og tvangsvejledningen.

En patient skal efter ophør af en tvangsforanstaltning tilbydes en eller flere samtaler (såkaldte eftersamtaler), som skal finde sted snarest muligt. Under en eftersamtale søges det belyst bl.a., hvordan patienten oplevede den anvendte tvang og årsagen til, at tvangen blev anvendt, patientens vurdering af, hvordan tvangen kunne have været undgået, og hvordan lignende situationer kan forebygges.

Formålet er at få belyst patientens og personalets opfattelse af den situation, som førte til anvendelse af tvang med henblik på bl.a. at give patienten en større forståelse for årsagen til, at det i situationen blev vurderet nødvendigt at anvende tvang, samt at forebygge og reducere brugen af tvang over for patienten. Et referat af samtalen skal journalføres, og det skal fremgå af journalen, hvis – og i givet fald hvorfor – patienten ikke ønsker en eftersamtale.

Gennemgangen af de sager om tvangsfiksering, som ombudsmanden modtog forud for tilsynsbesøgene, viste bl.a., at der var en række tilfælde, hvor der ikke var blevet afholdt eftersamtaler, uden at det fremgik af journalen, at det skyldtes, at patienten ikke ønskede en eftersamtale.

Ombudsmanden anbefalede fem besøgssteder at sikre, at det fremgår af journalen, hvis patienten ikke ønsker en eftersamtale.

I lyset heraf anbefaler ombudsmanden generelt, at de retspsykiatriske afdelinger sikrer, at eftersamtaler afholdes og dokumenteres i overensstemmelse med de gældende regler, og at det fremgår af journalen, hvis – og i givet fald hvorfor – patienten ikke ønsker en eftersamtale.

5. Andre forhold

Under samtalerne med besøgsholdet fortalte flere patienter og pårørende om forhold fra patienternes hverdag, herunder forhold der fik særlig betydning på grund af varigheden af patienternes indlæggelse.

Et af de forhold, der blev nævnt, var maden, der på to besøgssteder – ifølge besøgsstederne og patienterne disse steder – indeholdt ekstra energi og protein, fordi den var beregnet til patienter med somatisk sygdom (beriget mad).

En del patienter indlagt på retspsykiatriske afdelinger modtager medicin, herunder antipsykotisk medicin, under deres indlæggelse, der som nævnt kan vare ganske længe. Medicinen kan føre til vægtøgning, fordi medicinen nedsætter mæthedfølelsen og stofskiftet. Derfor var flere af patienterne, der oplyste at have oplevet en stor vægtøgning, utilfredse med, at der blev serveret beriget mad.

Ombudsmanden vil medtage dette spørgsmål i de opfølgende temadrøftelser med de relevante myndigheder.

6. Sager rejst af egen drift

Ombudsmanden har på baggrund af tilsynsbesøgene på de retspsykiatriske afdelinger fundet anledning til at indlede flere undersøgelser af egen drift.

6.1. Psykiatriske afdelingers husordener

Reglerne om husordener findes i psykiatriloven og i bekendtgørelse om husordener på psykiatriske afdelinger (bekendtgørelse nr. 205 af 7. februar 2022).

Alle psykiatriske afdelinger, herunder retspsykiatriske afdelinger, skal have en skriftlig husorden, der er tilgængelig for patienterne. Husordenen skal indeholde generelle regler om patienternes udfoldelsesmuligheder under indlæggelsen, f.eks. regler om rygning og besøg. Derudover skal husordenen indeholde en beskrivelse af, hvilke typer af afskæringer og begrænsninger, der er nærmere angivet i psykiatriloven, som kan forekomme på afdelingen, f.eks. afskæring eller begrænsning af adgangen til mobiltelefon, computer eller lignede kommunikationsudstyr, nærmere angivne bøger, tidsskrifter, sociale medier eller hjemmesider.

Afskæringer og begrænsninger må ikke benyttes over for en patient, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, og afskæringer og begrænsninger skal stå i rimeligt forhold til det, der søges opnået herved, ligesom de ikke må benyttes i videre omfang, end hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål.

Forud for tilsynsbesøgene indhentede ombudsmanden besøgsstedernes husordener. I den forbindelse blev ombudsmanden opmærksom på bl.a., at der i husordenerne – ud over generelle regler om patienternes udfoldelsesmuligheder – også var fastsat en række afskæringer og begrænsninger, som

ifølge husordenerne var generelt gældende for patienterne, og ikke forudsatte, at der i forhold til hver enkelt patient blev truffet en beslutning om at iværksætte den pågældende afskæring eller begrænsning.

Ombudsmanden har på den baggrund indledt en undersøgelse af egen drift over for Indenrigs- og Sundhedsministeriet med henblik på at afklare bl.a., om der i en husorden kan fastsættes sådanne generelle afskæringer og begrænsninger over for patienterne. Sagen er endnu ikke afsluttet.

6.2. Skærmning til stue (arealbegrænsning)

Ved skærmning til stue (arealbegrænsning) forstås, at en patient isoleres på egen stue eller et andet afgrænset areal med ulåst dør, eventuelt med ansatte som vagt uden for døren.

Psykiatriloven indeholder ikke regler om skærmning til stue. Loven indeholder derimod regler om personlig skærmning, hvor der er tale om, at patienten kan færdes frit på afsnittet, men der konstant befinder sig en eller flere medarbejdere i umiddelbar nærhed af patienten – også når patienten opholder sig på sin egen stue.

I sagen [FOB 2020-25](#) (på ombudsmandens hjemmeside) udtalte ombudsmanden, at han var enig med (nu) Indenrigs- og Sundhedsministeriet i, at skærmning til stue kun kan anvendes ud fra en konkret, lægefaglig vurdering med et behandlings- eller sikkerhedsmæssigt sigte med patientens samtykke. Ombudsmanden udtalte sig endvidere om, hvad der i praksis skal til, for at der kan siges at foreligge et gyldigt samtykke til skærmning til stue, og hvilke oplysninger der efter ombudsmandens opfattelse skal fremgå af patientjournalen.

Den 19. maj 2025 blev der indgået en politisk aftale om en samlet 10-års plan for psykiatrien (2020-2030). I den forbindelse blev det aftalt, at det skal være muligt for personalet i psykiatrien at anvende arealbegrænsning – altså at beslutte, hvor patienten skal opholde sig. Det er i aftalen beskrevet, under hvilke omstændigheder og på hvilken måde arealbegrænsning kan besluttet og skal revurderes. Den nødvendige lovgivning forventes ifølge aftalen dog først at træde i kraft i 2026-2027.

Under seks tilsynsbesøg modtog besøgsholdene oplysninger om, at der var anvendt skærmning til stue enten uden samtykke eller uden dokumentation i patientjournalen af de forhold med hensyn til informationen til patienten samt dennes samtykke og beslutningshabilitet, der er nævnt i sagen [FOB 2020-25](#).

F.eks. fremkom der under besøgene oplysninger om tilfælde, hvor patienter blev anvist at tage ophold på egen stue, uden at personalet havde opnået patientens samtykke. I andre tilfælde blev anvisninger om at tage ophold på

egen stue oplyst at være en konsekvens af manglende efterlevelse af andre anvisninger fra personalet, f.eks. om rygetider.

Ombudsmanden anbefalede seks besøgssteder at sikre, at samtykke til skærmning til stue indhentes og dokumenteres i overensstemmelse med de gældende regler og praksis herom.

Ombudsmanden anbefaler på den baggrund generelt, at skærmning til stue kun anvendes efter gyldigt samtykke fra patienten, og at patientens samtykke indhentes og dokumenteres i overensstemmelse med de gældende regler og praksis herom.

Derudover har ombudsmanden rejst en sag af egen drift over for Indenrigs- og Sundhedsministeriet og spurgt ministeriet om bl.a., hvorvidt ministeriet finder anledning til at foretage sig noget for at sikre, at der i psykiatrien er tilstrækkelig klarhed over retstilstanden vedrørende brug af skærmning til stue, indtil der – som led i den politiske aftale af 19. maj 2025 – måtte blive vedtaget regler om arealbegrænsning. Ombudsmanden afsluttede sagen den 3. december 2025, efter at Indenrigs- og Sundhedsministeriet den 28. november 2025 på baggrund af ombudsmandens høring havde rettet henvendelse til regionerne om rammerne for anvendelse af skærmning til stue, indtil en særskilt lovregulering måtte blive tilvejebragt.

6.3. Særlige afdelinger for varetægtssurrogatanbragte

Med en ændring af psykiatriloven, der trådte i kraft den 1. januar 2022, fik regionsrådene mulighed for at oprette afdelinger for personer anbragt i varetægtssurrogat.

Psykiatriloven indeholder i kapitel 5 b særlige regler for personer anbragt i varetægtssurrogat. Det fremgår heraf, at hvis der er oprettet en afdeling for varetægtssurrogatanbragte, kan overlægen for at sikre hensynet til orden og sikkerhed – uden retskendelse – træffe beslutning om bl.a. åbning og kontrol af post samt undersøgelse af stue eller ejendele. Overlægen kan også beslutte at afskære eller begrænse muligheden for at medtage, besidde eller råde over bl.a. mobiltelefoner.

På tre besøgssteder var der særlige afsnit for varetægtssurrogatanbragte. På de tre afsnit opholdt der sig – ud over varetægtssurrogatanbragte – også patienter med et andet anbringelsesgrundlag end varetægtssurrogat, herunder patienter med behandlings- og anbringelsesdomme. Fælles for de patienter, der – uden at være varetægtssurrogatanbragte – var placeret på et afsnit for varetægtssurrogatanbragte, var, at de var underlagt begrænsninger i forhold til deres adgang til at foretage telefonopkald og gå på internettet, som de ikke ville have været underlagt, hvis de havde været placeret på et almindeligt retspsykiatrisk afsnit.

Ombudsmanden har på den baggrund indledt en undersøgelse af egen drift over for Indenrigs- og Sundhedsministeriet med henblik på at afklare forståelsen og den nærmere anvendelse af bestemmelserne i psykiatrilovens kapitel 5 b. Sagen er endnu ikke afsluttet.

Med venlig hilsen



Christian Britten Lundblad