

# Oppegående tvangsfiksering - evaluering

5. maj 2014

## Indhold

|                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Baggrund.....                                                        | 3  |
| 2. Oppegående tvangsfiksering .....                                     | 3  |
| 3. Ordningen med oppegående tvangsfiksering .....                       | 4  |
| 3.1 Formål og målgruppe .....                                           | 4  |
| 3.2. Procedure vedr. ansøgning, godkendelse og anvendelse af ordningen. | 5  |
| 4. Sikringen som institution .....                                      | 7  |
| 5. Patienterne og deres dagligdag.....                                  | 8  |
| 6. Vurdering af ordningen med oppegående tvangsfiksering .....          | 9  |
| 7. Patienternes vurdering af oppegående tvangsfiksering .....           | 11 |
| 8. Anbefalinger.....                                                    | 12 |

## 1. Baggrund

I forbindelse med en revision af lov om tvang i psykiatrien<sup>1</sup> (herefter psykiatriloven) blev det fra 1. oktober 2010 muligt at anvende oppegående tvangsfiksering overfor særligt udvalgte patienter på Afdeling for Retspsykiatri, Sikringsafdelingen, Nykøbing Sjælland (herefter Sikringen).

Baggrunden for lovændringen var, at der i 2008 var fornyet fokus på anvendelsen af tvang i psykiatrien. Samme år bemærkede Europarådets Torturforebyggelseskomité ved sit besøg på Sikringen, at der blev anvendt oppegående tvangsfiksering<sup>2</sup>, en tvangsform der ikke var hjemmel til i henhold til psykiatriloven. I forlængelse af dette anmodede Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse Sundhedsstyrelsen om at udarbejdede en undersøgelse af anvendelsen af tvang i psykiatrien i Danmark og sammenlignelige lande.<sup>3</sup>

Sundhedsstyrelsen konkluderede i sin udredning i 2009, at anvendelse af oppegående tvangsfiksering ikke havde nogen berettigelse i almen- og retspsykiatrien, men at det i forhold til Sikringen skulle overvejes, om der var behov for alternative tvangsforanstaltninger overfor en særlig gruppe af farlige patienter, som var indlagt her. Ved revision af loven 1. oktober 2010 blev det derfor muligt at anvende oppegående tvangsfiksering til visse ekstraordinært farlige patienter på Sikringen. Oppegående tvangsfiksering er et meget begrænsende indgreb i den enkeltes bevægelsesmuligheder og frihed, og selv på Sikringen vil det kun være relevant overfor de mest farlige og psykisk syge patienter. I alt fem patienter har fra ordningens ikrafttrædelse og indtil december 2013 været omfattet af ordningen.

Virkningerne af lovændringen om oppegående tvangsfiksering er siden loven trådte i kraft den 1. oktober 2010 fulgt tæt af Sundhedsstyrelsen, som i forbindelse med dette arbejde har nedsat en bredt sammensat følgegruppe, der består af deltagere fra Bedre Psykiatri, SIND, LAP, Danske Regioner og Dansk Psykiatrisk Selskab.

Det er fastlagt i lovgrundlaget, at Sundhedsstyrelsen efter perioden 2010-2013 skal udarbejde herværende redegørelse for ordningens virkning til Folketingets Sundhedsudvalg og Tilsynet i henhold til grundlovens § 71. Redegørelsen skal bl.a. indgå som grundlag for eventuelle justeringer af psykiatrilovens § 18 c, når loven skal revideres i folketingsåret 2014-2015.

## 2. Oppegående tvangsfiksering

I henhold til psykiatrilovens § 18 c stk. 2 må oppegående tvangsfiksering alene ske med anvendelse af mavebælte, fikseringsremme, håndremme og fodremme.

---

<sup>1</sup> Lovbekendtgørelse nr. 1729 af 2. december 2010 om anvendelse af tvang i psykiatrien.

<sup>2</sup> Analog til den nuværende oppegående tvangsfiksering.

<sup>3</sup> Tvangsforanstaltninger i psykiatrien – en udredning. Sundhedsstyrelsen 2009.

I praksis påsættes remmene, når patienten ligger på en seng eller sidder på en stol. Patienten fastholdes på arme ved pålægning af remme til håndled. Benene fastholdes under pålægning af remme ved anklerne. Der benyttes HTF-remme (hånd til fod remme). Disse remme er forbundet via et mavebælte med forlængere til håndremmene.



Modelfoto fra Sikringen

Når remmene er påsat på denne måde (se fotos) har patienten svært ved at slå når han/hun står op, men har bevægefrihed i armene når han/hun sidder ned. Det er fortsat mulig, at gøre udfald mod personale og medpatienter, men som det fremgår af foto tre fra venstre, vil slagstyrken blive begrænset. Ved et slag f.eks. med højre arm vil højre ben yde modstand – da det samtidig skal trækkes op i slaget. På tilsvarende vis vil et spark begrænses af samme sides arm samt remmens længde.

Hvis en patient kun skal have håndremme på, kan en forlænger påsættes til hver håndrem for at udvide patientens bevægelsesfrihed – eksempelvis kan patienten spise uden problemer samt gå på toilettet.

Remme, der benyttes, er CE mærkede (godkendt til brug i EU). Remmene er letvægtsremme og er konstrueret således, at alle kropsberørte dele er foret med blødt velouragtigt stof. Remmene benyttes typisk i kortere perioder af 15-60 min ad gangen. Ved badning benyttes specielle vandfaste remme.

### 3. Ordningen med oppegående tvangsfiksering

#### 3.1 Formål og målgruppe

Formålet med oppegående tvangsfiksering er at forebygge negative legemlige, sociale og adfærdsmæssige følger af langvarig isolation eller tvangsfiksering for visse ekstraordinært farlige patienter på Sikringen. Formålet er tillige at styrke psykiatriske patienters retssikkerhed og at medvirke til at reducere anvendelsen af anden tvang, herunder især antallet og udstrækningen tvangsfikseringer.

Antallet af patienter i behandling med oppegående tvangsfiksering på Sikringen har i hele perioden omfattet fem patienter. Det har ikke været muligt at be-

handle disse patienter på almenpsykiatriske eller retspsykiatriske afdelinger. Det er kendetegnende for patienterne, at deres sygdom og adfærd ofte ikke kan behandles tilstrækkelig effektivt med medicin, miljøterapi og træning i at etablere relationer. Det er derfor ofte nødvendigt at anvende tvangsforanstaltninger især tvangsfiksering og isolation. Alle patienter er idømt anbringelse efter Justitsministeriets udstedelse af farlighedsdekret. Patienterne lider af enten svær behandlelig paranoid skizofreni eller kataton skizofreni.

### 3.2. Procedure vedr. ansøgning, godkendelse og anvendelse af ordningen

Sundhedsstyrelsen træffer afgørelse i sagerne om oppegående tvangsfiksering efter indstilling fra et særligt sagkyndigt råd (Rådet) nedsat af Sundhedsstyrelsen. Rådet består af en speciallæge i psykiatri udpeget af Sundhedsstyrelsen, fire speciallæger i psykiatri udpeget efter indstilling fra Dansk Psykiatrisk Selskab samt et medlem udpeget efter indstilling fra Danske Handicaporganisationer. Sundhedsstyrelsen varetager formandskabet og sekretariatsfunktionen for Rådet.

Før en patient på Sikringen kan blive behandlet med oppegående tvangsfiksering skal Sikringen ansøge Sundhedsstyrelsen om tilladelse i henhold til psykiatriloven § 18 c.<sup>4</sup>

I henhold til psykiatriloven<sup>5</sup> kan den ledende overlæge (eller stedfortræderen) på Sikringen ansøge Sundhedsstyrelsen om tilladelse til, at en patient kan komme i oppegående tvangsfiksering såfremt mindst ét af kriterierne i § 14, stk. 2<sup>6</sup>, er opfyldt, og:

1. langvarig isolation på patientstue vurderes at have negativ effekt på patientens samlede psykiske, legemlige og sociale tilstand, eller
2. langvarig tvangsfiksering til en seng vurderes at have negativ effekt på patientens samlede psykiske, legemlige og sociale tilstand.

Sikringen udarbejder for hver patient, der opfylder lovens krav, en ansøgning, der indeholder en faglig vurdering af patienten. Ansøgningen sendes til Sundhedsstyrelsen. Ansøgningen skal være bilagt en erklæring fra en uvildig speciallæge i psykiatri, som på grundlag af sin undersøgelse af patienten og de modtagne oplysninger vurderer, at anvendelse af oppegående tvangsfiksering er nødvendig.

Ud over Sikringens ansøgning og erklæringen fra en uvildig speciallæge i psykiatri skal en af rådets speciallæger i psykiatri også have tilset patienten og kom-

---

<sup>4</sup> Bekendtgørelse nr. 1729 af 2. december 2010 af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien

<sup>5</sup> § 18 c og § 21 stk. 7 og 8.

<sup>6</sup> § 14. Som midler til tvangsfiksering må alene anvendes bælte, hånd- og fodremme samt handsker.

Stk. 2. Tvangsfiksering må kun anvendes, i det omfang det er nødvendigt for at afværge, at en patient:

- 1) udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred,
- 2) forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller
- 3) øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

met med sin vurdering af patienten. I forbindelse med hver ansøgning er patienten således vurderet af tre speciallæger i psykiatri.

Før selve rådsmødet starter, kan Rådet stille uddybende faglige spørgsmål til en inviteret overlæge fra Sikringen, som supplement til det fremsendte ansøgningsmaterialet. Overlægen deltager ikke i mødet i øvrigt.

På rådsmødet vurderes det fremsendte materiale, og den/de enkelte ansøgningsdrøftes. Rådet har et omfattende kendskab til de enkelte patienters sygdomsforløb, patienternes behandling og pleje, patienternes udvikling over tid (næsten tre år) samt, hvordan forholdene er for patienterne på Sikringen.

Rådet indstiller herefter til Sundhedsstyrelsen, om der kan gives tilladelse til at anvende oppegående tvangsfiksering overfor den enkelte patient.

Rådet kan give tilladelse til at anvende oppegående tvangsfiksering i op til 6 måneder ad gangen.

Rådet skal afgive sin vurdering hurtigst muligt, dog senest 14 hverdage efter, at Sundhedsstyrelsen har modtaget ansøgningen fra Sikringen.

Umiddelbart i forlængelse af rådsmødet træffer Sundhedsstyrelsen endelig afgørelse i sagen, og beslutter om der skal gives tilladelse til oppegående tvangsfiksering.

Når Sikringen har fået Sundhedsstyrelsens tilladelse til at anvende oppegående tvangsfiksering overfor en patient, skal Sikringen i henhold til psykiatriloven overholde en række krav.

Så længe en patient er underlagt oppegående tvangsfiksering på Sikringen, skal den behandlingsansvarlige overlæge (eller dennes stedfortræder) én gang i døgnet vurdere, om den oppegående tvangsfiksering fortsat kan anvendes. Ved fortsat anvendelse skal den behandlingsansvarlige overlæge (eller dennes stedfortræder) lægge en observationsplan for de følgende 24 timer.

Hvis en oppegående tvangsfiksering udstrækkes i længere tid end én uge, skal en speciallæge i psykiatri, som ikke har haft ansvaret for patientens behandling, og som ikke er ansat på Sikringen, foretage fornyet vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af oppegående tvangsfiksering. Denne vurdering gentages herefter én gang om ugen, så længe foranstaltningen pågår.

Beslutning om ophævelse af den oppegående tvangsfiksering træffes af den behandlingsansvarlige overlæge på Sikringen (eller dennes stedfortræder).

Sundhedsstyrelsen har givet tilladelse til oppegående tvangsfiksering i forbindelse med alle de ansøgninger, der er indkommet i forsøgsperioden.

Sundhedsstyrelsen har givet fire patienter hver seks tilladelser til oppegående tvangsfiksering og én patient har fået to tilladelser. I alt har Sundhedsstyrelsen,

fra starten af ordningen den 1. oktober 2010 til og med sommeren 2013, behandlet 26 ansøgninger, som omhandlede fem patienter.

#### 4. Sikringen som institution

Sikringen er en højsikret psykiatrisk afdeling med landsfunktion på højt specialiseret niveau. Organisatorisk er den en del af Afdeling for Retspsykiatri, Psykiatrien i Region Sjælland. Sikringen blev oprettet i 1918, men ligger aktuelt i et nyere byggeri fra 1981 tæt på de gamle bygninger. Det er planlagt, at Sikringen sammen med den øvrige retspsykiatri og almenpsykiatri flytter til et nyt stort psykiatrihospital 1. mart 2015 i Slagelse.

Regulativ af 1. juni 1994 for Sikringen indeholder nærmere regler om optagelse på Sikringen. Det følger af regulativets punkt 2, at Sikringen optager sindssyge personer, om hvem det ved dom, kendelse eller administrativ resolution i medfør af § 40 i psykiatriloven (farlighedsdekret) bestemmes, at der bør træffes sikkerhedsforanstaltninger over for dem. Der optages dog kun personer, som af Justitsministeriet skønnes egnede dertil. Desuden modtages varetægtsfængslede efter kendelse til hospitalsmæssig mentalobservation.

Det fremgår endvidere af regulativet, at Sikringen udadtil bør yde fængselsmæssig sikkerhed og indadtil tilbyde hospitalsmæssige forhold, hvad angår behandling, pleje og fysisk miljø i overensstemmelse med de til enhver tid gældende normer for god psykiatrisk sygehusstandard.<sup>7</sup>

Sikringen har 30 pladser, der er fordelt på tre afsnit, P1, P2 og P3. Sikringen rummer de farligste og mest psykisk syge patienter i Danmark. Et mindre antal af disse patienter er ekstraordinært farlige og psykisk syge og oppegående tvangsfiksering er målrettet denne sidste gruppe patienter.

Der i alt ansat omkring 120 medarbejdere på Sikringen. Den største gruppe af medarbejdere er social- og sundhedsassistenter/ plejere og sygeplejersker. Øvrige faggrupper er overlæger, sikkerhedsmedarbejdere, pædagoger, sekretærer, psykiatri-medhjælpere samt ergoterapeuter. Retspsykiatriens tre psykologer, fire idrætslærere og en socialrådgiver dækker på forskellige måder og i større eller mindre grad Sikringen sammen med Afdeling for Retspsykiatri to øvrige afsnit, der ligger på området.

Der er en døgnbemandet portner- og overvågningsfunktion af indgangsforholdene, og der er tilknyttet en vagthavende læge, der dækker de to retspsykiatriske afsnit samt Sikringen aften, nat og i weekender.

Alle ansatte i Psykiatrien i Region Sjælland modtager grundkurser i psykofysisk træning. Kurserne er en blanding af kommunikation, sygdomsforståelse og frigørelsesteknikker til brug for forebyggelse og håndtering af konfliktsituationer.

---

<sup>7</sup> Regulativet er optrykt som bilag 1 i Rigsadvokatens meddelelse nr. 5/2007.

Udover de psykofysiske grundkurser har mange medarbejdere fra de forskellige faggrupper gennemført andre målrettede uddannelser og efteruddannelse således, at medarbejderne er velkvalificerede til at behandle, pleje og udvikle patienterne. Da arbejdet på Sikringen stiller særlige krav til medarbejdernes sikkerhed modtager personalet på Sikringen en særlig sikkerhedsuddannelse, som de er forpligtede til at vedligeholde.

## 5. Patienterne og deres dagligdag

Siden lovens ikrafttrædelse 1. oktober 2010 og frem til juni 2013 har fem patienter fået tilladelse til oppegående tvangsfiksering. Patienterne har opholdt sig på Sikringen mellem 1½ og 12 år.

Generelt er de patienter, som er underlagt oppegående tvangsfiksering i vekslende grad plaget af hallucinationer, tankeforstyrrelser og vrangforestillinger. Deres oplevelsesverden kan være præget af skræmmende trusler, der er meget pinefulde og uhyggelige eller der kan være somatiske vrangforestillinger, der driver patienterne mod omfattende selvskadende adfærd. Hallucinationerne kan også diktere patienterne til pludselige uventede aggressive udfald mod andre, fx personale eller medpatienter – nogle gange er udfaldene livstruende for personer i omgivelserne.

Fire af de fem patienter er uændret farlige, hvorfor de ikke kan være sammen med medpatienter uden oppegående tvangsfiksering. For to patienter har oppegående tvangsfiksering især været anvendt for at skabe mulighed for at varetage en tilstrækkelig og nødvendig personlig hygiejne

Der er tale om patienter, som er meget vanskelige at behandle medicinsk, da de ikke responderer sædvanligt på behandling med antipsykotiske lægemidler. Det kan generelt om patienternes medicinering anføres, at alle fem patienter får en kompleks og omfattende medikamentel behandling, der for hver enkelt patient drøftes indgående i Rådet, ligesom Sikringen har indhentet en lægelig second opinion af medicineringen for to af patienterne.

Patienternes dagligdag er præget af en fast struktur og forudsigelighed. Størstedelen af patienternes dagligdag tilbringes på aflåst stue, hvor de kan læse/se blade, se TV, høre musik, evt. skrive mv. De dårligste patienter læser ikke, men kan evt. se visse film, høre musik eller få læst historier højt. Når patienterne er alene på stuerne tilser personalet patienterne hver time i 10 minutter.

Patienterne kan komme i gårdhaven alene eller sammen med medpatienter op til ca. ½ time daglig, såfremt de er i oppegående tvangsfiksering.

Som regel spiser patienterne alene på stuerne, men nogle deltager i fællesspisning et par gange om ugen.



Patienterne kan, med oppegående tvangsfiksering, komme i fællesskab sammen med medpatienter i dagligstuen én time to gange dagligt, hvis de kan magte det, og ikke er inde i en periode med speciel udadreagerende voldelig adfærd.

Ud over at være sammen med medpatienter i opholdsstuen kan patienterne, såfremt de er i oppegående tvangsfiksering også deltage i andre fælles aktiviteter (grillaftner, julefrokost, kortspil mv.). Oppegående tvangsfiksering har tillige givet mulighed for at få besøg af familiemedlemmer, som patienterne tidligere har gjort udfald mod.

Andre aktiviteter i patienternes hverdag udgøres af ugentlige støttesamtaler med kontaktperson, lægesamtaler og løbende miljøterapi.

Som udgangspunkt opholder alle fem patienter sig på aflåst stue og kan til tider være bæltefikserede som følge af deres uforudsigelighed og farlighed. Oppegående tvangsfiksering har ikke erstattet patienternes ophold på aflåst stue eller bæltefiksering, men er en supplerende tvangsforanstaltning, der giver mulighed for et brud på isolationen og en forbedring af plejen og behandlingen.

De mest syge patienter har kun i mindre grad været i stand til at benytte sig af oppegående tvangsfiksering, da de ofte er for psykotiske eller for voldelige. Oppegående tvangsfiksering anvendes således i varierende grad af patienterne og maksimalt i nogle timer om dagen.

## 6. Vurdering af ordningen med oppegående tvangsfiksering

I det følgende vurderes ordningen med oppegående tvangsfiksering ud fra de erfaringer der er gjort med ordningen og i relation til de overvejelser, man havde i forbindelse med indførelse af ordningen.

Erfaringerne med ordningen bygger på indhentede oplysninger fra Sikringen, udtalelser fra Rådets speciallæger og patienternes oplysninger (se afsnit 7).

Selv om oppegående tvangsfiksering er en tvangsforanstaltning, er det også et middel, der kan anvendes til at bedre forholdene for patienten på forskellig vis.

Det er forskelligt, i hvor høj grad der gøres brug af oppegående tvangsfiksering til patienterne. Det afhænger bl.a. af, hvor meget den enkelte patient kan magte i forhold til sin psykiske tilstand. Før ordningen var det, pga. patienternes uforudsigelighed og farlighed, meget vanskeligt at have patienterne uden for deres aflåste stue i nærheden af andre patienter. Især tre patienter har haft glæde af oppegående tvangsfiksering. Det er også de patienter, der har anvendt ordningen mest. Disse patienter har med oppegående fiksering haft mulighed for gradvist at bryde den isolation, de ellers var henvist til på grund af deres farlighed. Dette synes at have haft en gunstig virkning på deres psykiske tilstand. Disse tre patienter har selv givet udtryk for tilfredshed med ordningen.

Oppegående tvangsfiksering har som middel også haft en væsentlig indflydelse på patienternes somatiske tilstand. Generelt har det været lettere at forebygge obstipation, blodproppdannelse, sårddannelser, mm. Når patienterne tidligere var længevarende bæltefikserede på stuen skulle de have blodfortyndende medicin og større mængder afførende medicin. For én patient har oppegående tvangsfiksering været med til at forebygge komplikationer i form af tarmslyng. For en anden patient med KOL har oppegående tvangsfiksering været med til at forebygge en forringelse i patientens lungefunktion.

Oppegående tvangsfiksering har været væsentligt medvirkende til at forebygge skader og udfald både mod personale og medpatienter. Endvidere giver ordningen også mulighed for, at personale kan behandle og pleje patienten uden at komme til skade – dels behandlere, der kommer til Sikringen og dels behandlere uden for Sikringen (f.eks. somatiske læger, tandlæger, fodterapeuter, bioanalytikere mf.)

Oppegående tvangsfiksering indgår som en væsentlig del af den miljøterapeutiske behandling. For én patient har oppegående tvangsfiksering været et vigtigt hjælpemiddel i behandling og træning til senere at kunne komme i fællesskab uden remme. For en anden patient har oppegående tvangsfiksering gjort det muligt at komme på gåture på hospitalets terræn.

To af patienterne har primært anvendt oppegående tvangsfiksering i forbindelse med pleje og hygiejne for at forebygge somatiske komplikationer som sårddannelse som følge af svært forringet personlig hygiejne. Ordningen har bl.a. givet mulighed for, at de to patienter, under trygge rammer, kan komme i bad frem for vask på stuen i bæltefikseret tilstand. Generelt har disse patienters psykiske tilstand været så ustabil og uforudsigelig, at man kun har fundet det forsvarligt at anvende oppegående tvangsfiksering i sparsomt omfang.

Samlet vurderer Sundhedsstyrelsen, at oppegående tvangsfiksering har haft en gavnlig effekt på patienternes legemlige, psykiske og sociale tilstand, samt at fællesskab med medpatienter for fire af de fem patienter i næsten alle tilfælde ville være uforsvarlig uden oppegående tvangsfiksering.

I Sundhedsstyrelsens udredning fra 2009<sup>8</sup> forud for ordningens indførelse, blev der anført nogle mulige ulemper ved oppegående tvangsfiksering. Disse er diskuteret nedenfor i lyset af erfaringerne med ordningen.

Man vurderede forud for ordningens indførelse, at oppegående tvangsfiksering kunne være en uværdig og gammeldags foranstaltning, der udstillede patienten over for medpatienter og besøgende. De tre patienter, der især har kunnet ud tale sig om oppegående tvangsfiksering, har ikke anført, at det har været nedværdigende at bære remmene i forbindelse med oppegående tvangsfiksering. Patienterne har ikke forsøgt på eller bedt om at få remmene skjult, når de skulle i fællesskab med medpatienter, eller i de tilfælde, hvor Sundhedsstyrelsen har været på besøg på Sikringen. En af patienterne har fået tilladelse til udgang på

---

<sup>8</sup> Tvangsforanstaltninger i psykiatrien – en udredning. Sundhedsstyrelsen 2009.

hospitalsterræn udenfor Sikringen med følgeskab. I den sammenhæng vil patienten have tøj på, der tildækker remmene, så fremmede ikke kan se dem.

Et andet forbehold var bekymring for, at en patient med remme på ikke ville kunne tage for sig, hvis vedkommende faldt. Der er ikke rapporteret om faldskader for nogen af patienterne, mens de har benyttet oppegående tvangsfiksering siden ordningens start. Det er oplyst, at én af patienterne er meget fysisk aktiv med oppegående tvangsfiksering. Patienten er i stand til at løbe og spille fodbold samt hoppe.

Det blev vurderet, at patienter med oppegående tvangsfiksering ikke vil være i stand til at forsvare sig mod angreb fra medpatienter. Der har i forsøgsperioden imidlertid ikke været tilfælde af overfald på patienter i oppegående tvangsfiksering. Der er altid personale tilstede i opholdsstuen/på gangen mv., der kan gribe ind og forebygge optræk til konflikt. Patienter med oppegående tvangsfiksering færdes aldrig alene uden for deres stue.

Endelig blev det anført i udredningen, at oppegående tvangsfiksering kunne skade det relationelle forhold mellem patient og personale. Det har i praksis vist sig at være omvendt. Sikringens personale har anført, at de har en opfattelse af, at relationen til patienterne er styrket. Dette hænger angiveligt sammen med, at patienterne opfatter oppegående tvangsfiksering som et gode fra personalets side.

## 7. Patienternes vurdering af oppegående tvangsfiksering

Som led i evalueringen har Sundhedsstyrelsen tilstræbt at inddrage patienternes vurdering af ordningen i det omfang det har været muligt. Til dette har Sundhedsstyrelsen brugt interview, løbende udtalelser til personale og Rådets psykiatere samt indhentet udtalelser fra patienternes patientrådgivere/bistandsværger.

Tre af patienterne på Sikringen har udtalt sig kort om deres syn på anvendelsen af oppegående tvangsfiksering. Den ene patient benytter ikke oppegående tvangsfiksering længere, idet patientens tilstand er bedret så meget, at fiksering ikke længere er nødvendig. Denne patient, kan fortælle, at vedkommendes humør blev bedre af muligheden for at komme ud fra stuen. Oppegående tvangsfiksering gav muligheder for at gøre flere ting, og det blev muligt at være sammen med medpatienter. Patienten følte sig ikke generet af remmene i den oppegående tvangsfiksering.

Den anden patient har gennem årene givet klart udtryk for at været meget tilfreds med at kunne benytte oppegående tvangsfiksering. Patienten har før ordningen følt sig meget alene og isoleret på stuen. Patienten har med oppegående fiksering kunnet deltage i flere aktiviteter, herunder miljøterapien, og har været på terrænudgang på hospitalets arealer med oppegående fiksering.

Den tredje patient værdsætter ligeledes at kunne være sammen med medpatienter i opholdsrum og i haven, hvilket kun har været muligt med oppegående fiksering.

De to sidste patienter har ikke kunne give udtryk for, hvad de mener om brugen af oppegående fiksering, da de ikke har et forståeligt sprog.

De patienter, der kan give deres mening til kende opfatter alle oppegående fiksering som en positiv foranstaltning. Ingen patienter har udtrykt, at de følte, at oppegående tvangsfiksering var en begrænsende tvangsforanstaltning eller har klaget over behandlingen. Tværtimod opfattes oppegående tvangsfiksering som en mulighed for mere fællesskab og øget aktivitet.

Fire af de fem patienter har haft samme patientrådgiver, der også fungerer som patienternes bistandsværge, og vedkommende har fremsendt en udtalelse til brug for redegørelsen.

Patientrådgiveren/bistandsværgen har mange års erfaringer med patienter på Sikringen også fra før indførelsen af oppegående tvangsfiksering. Vedkommende har vurderet, at brugen af oppegående tvangsfiksering har været til gavn for både for patienter og personale, og at oppegående tvangsfiksering har givet patienterne mere frihed, og gjort det lettere for patienterne at komme i fællesskab med andre patienter. Det er vedkommendes vurdering, at oppegående tvangsfiksering har bidraget til, at de dårligste patienter i mindre grad udsættes for langvarige bæltefikseringer. Tillige har oppegående tvangsfiksering været gavnligt, for patienternes pleje og hygiejne. Patientrådgiverens/bistandsværgens vurdering er, at oppegående tvangsfiksering er en mere human måde at behandle patienterne på.

## 8. anbefalinger

På baggrund af de beskrevne erfaringer og viden samt drøftelser i følgegruppen har Sundhedsstyrelsen opstillet tre modeller, der kan tænkes anvendt i forbindelse med en fortsat ordning med oppegående tvangsfiksering på Sikringen. De tre modeller beskrives hver for sig med inddragelse af de fordele og ulemper, der knytter sig til modellerne. Herefter begrundes det, hvilken model Sundhedsstyrelsen vil anbefale.

### Model 1. Den nuværende model fortsætter uændret

Denne model svarer til den gældende ordning. Sikringen ansøger Sundhedsstyrelsen om tilladelse til, at en patient kan anvende oppegående tvangsfiksering. Ansøgningen skal være bilagt en erklæring fra en uvildig speciallæge i psykiatri. En psykiater fra Rådet skal tilse patienten, før rådsmødet og udarbejde en erklæring. På rådsmødet vurderes patienten og Rådet indstiller herefter til Sundhedsstyrelsen, om der kan gives tilladelse til oppegående tvangsfiksering.

Sikringen skal dagligt vurdere en patient, der er underlagt oppegående tvangsfiksering og lægge en plan for de følgende 24 timer. Hver uge skal patienten til-

ses af en ekstern speciallæge i psykiatri, hvis en oppegående tvangsfiksering udstrækkes i længere tid end én uge.

Den enkelte patient bliver med denne model grundigt og løbende vurderet dels af afdelingens psykiatere og dels af eksterne, uvildige psykiatere (den ene fra Rådet).

Modellen forudsætter, at et højt forbrug af lægetimer anvendes på procedurer, som ikke er sundhedsfagligt begrundet. På Sikringen skal læger dagligt vurdere om den oppegående fiksering er begrundet, selvom det er patienter, hvis tilstand over tid kun i beskeden grad ændrer sig. I forsøgsperioden har fire af de fem patienter været kronisk syge med velkendte gode og dårlige udsving i deres sygdomsintensitet og patienternes dagligdag har været fast struktureret og planlagt. Hvert halve år sender Sikringen omfattende ansøgninger til Sundhedsstyrelsen, når der ansøges om ny tilladelse til oppegående tvangsfiksering.

I lyset af, at ændringerne i patienternes tilstand er beskeden, forekommer det ikke ud fra et sundhedsfagligt perspektiv nødvendigt, at en ekstern psykiater vurderer patienterne hver uge, samt at rådets psykiater i forbindelse med halv-årlige rådsmøder også vurderer patienten. Patienterne vurderes tillige af Rådet i forbindelse med hver ansøgning to gange årligt.

Samlet set vurderer Sundhedsstyrelsen, at det forbrug af lægetimer, som denne model forudsætter til bl.a. vurdering af patienten, ud fra et sundhedsfagligt perspektiv, kunne anvendes mere hensigtsmæssigt i direkte patientbehandling.

#### Model 2. Rådet nedlægges

Med denne model nedlægges Rådet. Når Sikringen vurderer, at en patient vil kunne anvende oppegående tvangsfiksering, skal Sikringen ikke søge om tilladelse til dette. Der vil i denne model heller ikke være et krav om, at en ekstern uvildig psykiater skal tilse og vurdere patienten inden der anvendes oppegående tvangsfiksering. Sikringen kan selv ud fra en konkret lægelig vurdering beslutte, at patienten kan anvende oppegående tvangsfiksering analogt til, at overlægen på psykiatrisk afdeling kan foranstalte, at en patient bæltefikseres.

Hver måned skal patienten tilses af en ekstern speciallæge i psykiatri, hvis en oppegående tvangsfiksering udstrækkes i længere tid end én måned.

På baggrund af erfaringerne fra forsøgsperioden vurderes det, at Sikringen selv kan iværksætte oppegående tvangsfiksering. Oppegående tvangsfiksering opfattes af både patienter og personale som en mindre indgribende tvangsforanstaltning end f.eks. bæltefiksering. Oppegående tvangsfiksering er en tvangsforanstaltning, men den giver patienterne frihedsgrader i modsætning til den gængse bæltefiksering. En bæltefiksering iværksættes også typisk overfor en patient, der er akut psykotisk syg eller er i en lignende sygdomstilstand. Oppegående tvangsfiksering derimod iværksættes typisk overfor patienter, der selv ønsker det eller vurderes at have behov for flere frihedsgrader eller mobilisering i situationer, der er mere stabile, og hvor der evt. kan igangsættes træning. Ingen patienter har klaget over oppegående tvangsfiksering, og alle ansøgninger fra Sik-

ringen om oppegående tvangsfiksering er imødekommet af Rådet. Da patienternes sygdom ofte er af kronisk karakter med mindre udsving i sygdomsintensitet synes det at være berettiget, at den eksterne psykiater kun ser patienten én gang om måneden.

Denne model sidestiller oppegående tvangsfiksering med f.eks. bæltefiksering og andre tvangsforanstaltninger, hvor Sikringen alene vurderer om der er indikation for oppegående tvangsfiksering. Da oppegående tvangsfiksering er en tvangsforanstaltning skal Sikringen foretage revurderinger efter passende intervaller dog som minimum én gang ugentligt.

Den skitserede model forudsætter i forhold til den gældende model 1, at væsentlig mindre lægetid anvendes til aktiviteter, hvor der ikke finder patientbehandlings sted. Sikringen skal ikke udarbejde ansøgninger til Rådet. Patienten vil ikke blive tilset af to eksterne uvildige psykiatere (den ene fra det nuværende Råd), før der iværksættes oppegående tvangsfiksering. Efter iværksat oppegående tvangsfiksering vil patienten efter denne model blive tilset sjældnere af psykiatere uden for Sikringen.

### Model 3. Rådet vurderer ansøgninger på nye patienter og fører årlige tilsyn

Med denne model bibeholdes Rådet, men Rådets arbejde ændres. Første gang en patient vurderes at kunne få iværksat oppegående tvangsfiksering, skal Sikringen ansøge Rådet om tilladelse. En psykiater fra Rådet skal tilse patienten før rådsmødet som det sker i henhold til den nuværende model 1. Herefter kan Sikringen hvert halve år selv forlænge ordningen et halvt år ad gangen uden at ansøge Rådet.

Oppegående tvangsfiksering anvendes ikke konstant af patienterne, men anvendes som supplement til øvrige foranstaltninger op til nogle timer dagligt til at bryde isolationen, i forbindelse med fysisk aktivitet, ved terapi og ved socialt samvær mv. Som anført i afsnit 5 opholder patienterne sig for det meste på aflåst stue. Når patienterne anvender oppegående tvangsfiksering har de fast vagt, og når patienterne opholder sig alene på aflåst stue tilses de i 10 minutter hver time. Patienterne er under tæt daglig overvågning, og lægerne kan hurtigt underrettes, hvis patienternes tilstand forværres. Sundhedsstyrelsen giver Sikringen tilladelse til at anvende oppegående tvangsfiksering overfor den enkelte patient for ½ år ad gangen. Det er Sikringens læger, der ud fra patientens tilstand vurderer, hvordan og hvor ofte oppegående tvangsfiksering kan anvendes. På baggrund af dette og da patienternes sygdom ofte er af kronisk karakter med mindre udsving i sygdomsintensitet, er der ikke en faglig begrundelse for, at Sikringens læger dagligt skal vurdere, om der er indikation for, at patienten kan anvende oppegående tvangsfiksering.

Derfor forslås det, afhængig af patientens tilstand, at Sikringen med passende intervaller (dog minimum én gang om måneden) vurderer, om der fortsat er indikation for at anvende oppegående tvangsfiksering.

Denne model rummer ikke, som i nuværende model 1, krav om, at en ekstern psykiater skal tilse patienter før et Rådsmøde, eller at patienten skal tilses af en

ekstern psykiater, hvis oppegående tvangsfiksering har været i længere tid end én uge. Modellen rummer i modsætning til gældende ordning heller ikke krav om, at Sikringen skal vurdere indikationen for oppegående tvangsfiksering én gang i døgnet.

En gang om året vil Rådet besøge Sikringen og tilse de patienter, der i året forud er, eller har været underlagt oppegående tvangsfiksering.

Patienternes tilstand har gennem årene stort set været uændret for de fire patienters vedkommende og Rådet har kunnet give tilladelse til oppegående tvangsfiksering i forbindelse med alle Sikringens ansøgninger hvert halve år. Sikringens gentagne ansøgninger, hvert halve år, vurderes ikke at bidrage med væsentlig nyt i forhold til, hvad der registreres løbende i forbindelse med patientbehandlingen. Der har gennem årene været sammenfald i patientvurderingerne fra de eksterne psykiatere og fra Rådets psykiatere. Disse vurderinger svarer også til Sikringens egne vurderinger. På den baggrund er det Sundhedsstyrelsens opfattelse, at der ikke er behov for, at patienterne vurderes så ofte og af så mange forskellige psykiatere.

Denne model er mindre administrativt krævende end model 1, og i forhold til model 2 sikrer den samtidig, at der føres et grundigt tilsyn med patienterne. Sikringen skal kun ansøge Rådet om tilladelse én gang pr. patient og der vil ikke være krav om at Sikringen én gang daglig vurderer patienten med mindre patientens kliniske tilstand kræver det.

I modellen skal patienterne ikke vurderes af en ekstern psykiater uden for Rådet, men udelukkende af eksterne psykiatere fra Rådet. Det vurderes, at Rådet med model 3 vil komme til at fungere mere effektivt i vurderingen af patienterne.

Modellen sikrer, at patienterne tilbagevendende tilses af både eksterne psykiatere, et Råd samt af Sundhedsstyrelsen. Ved tilsynet skal det vurderes, om patientbehandlingen er gennemført med omhu og samvittighedsfuldhed og om psykiatriloven er overholdt.

#### Anbefaling af model

Sundhedsstyrelsen anbefaler på det foreliggende grundlag, at model 3 tages i anvendelse. Model 3 tilgodeser, at tilladelse til at anvende oppegående tvangsfiksering vurderes af et uvildigt Råd med forskellige kompetencer. Samtidig er det væsentligt, at den samlede ressourceanvendelse i form af personaletimer er mere hensigtsmæssig, da evalueringen har vist, at det administrative arbejde samt omfanget og formen af patientvurdering i den nuværende ordning ikke er nødvendig ud fra et sundhedsfagligt eller patientrettighedsmæssigt perspektiv. Det vurderes derfor, at der med model 3 vil kunne frigøres personaletid til aktiviteter med mere sundhedsfaglig relevans for patienterne. På samme måde vurderes det, at administrationen af ordningen med fordel kan gøres mere effektiv ved at ændre Rådets praksis som beskrevet, samt ved at ophøre med vurderingen fra en ekstern psykiater, da vurderingen ikke har bidraget med væsentligt nyt.

Oppegående tvangsfiksering har vist sig som et vigtigt middel til at vedligeholde og udvikle patienternes fysiske og psykiske helbred, men det er en tvangsforanstaltning, hvorfor der er behov for, at ordningen vurderes af en uvildig instans med forskellige kompetencer. I forsøgsperioden har det været muligt for Rådet at drøfte patientbehandlingen med Sikringen undervejs i forløbet. Især den medicinske behandling har løbende været drøftet. Rådet har også initieret, at patienter er blevet vurderet på ny af neurologer samt, at to patienter fik foretaget en medicinsk second opinion. Derfor vurderer Sundhedsstyrelsen, at der fortsat er behov for, at Rådet og Sundhedsstyrelsen vurderer ordningen med oppegående tvangsfiksering. På den baggrund kan Sundhedsstyrelsen ikke anbefale model 2.

For Sikringen vil model 3 betyde, at de uændret skal ansøge om at kunne anvende oppegående tvangsfiksering overfor en patient første gang. For at forebygge, at en patient evt. kan være bæltefikseret i ventetiden på Rådets beslutning foreslås det, at Sikringen kan iværksætte oppegående tvangsfiksering, hvis der findes indikation for det samtidig med, at Sikringen ansøger Sundhedsstyrelsen om tilladelse. Rådets behandling af Sikringens ansøgninger skal som nu foregå ved fremmøde, men der bør være mulighed for, under særlige forhold, at kunne gennemføre skriftlige voteringer.

Sundhedsstyrelsen anbefaler samlet, at anvendelsen af oppegående tvangsfiksering på Sikringen bør fortsætte på baggrund af de positive erfaringer, der er indhentet i forsøgsperioden samt, at ordningen fortsætter som beskrevet i model 3.