



Dronning Ingrid's Hospital

7. december 2023

Psykiatrisk Afdeling, A1

All. nr./brevnr.:

2022-900-0001-37

Sull./sagsbeh.: MH/AB

## **OPCAT-inspektion af psykiatrisk afdeling A1, Dronning Ingrid's Hospital**

### **1. Indledning**

Den 6. og 7. september 2022 gennemførte et inspektionshold fra Ombudsmanden for Inatsisartut en varslet inspektion af psykiatrisk afdeling A1 på Dronning Ingrid's Hospital (herefter A1) i Nuuk. Inspektionen blev gennemført som led i embedets generelle virksomhed som National Forebyggende Mekanisme i henhold til OPCAT-protokollen og således ikke på baggrund af en konkret klage.

Jeg henviser til rapportens bilag med oplysning om retsgrundlaget for inspektionen.

Inspektionsholdet bestod af fuldmægtig Maliina L. Hansen, fuldmægtig Anja Rindom Bøndergaard og tolk Gerda Kreutzmann fra ombudsmandsembedet. Derudover deltog specialkonsulent Peter Kristian Hjaltason fra Institut for menneskerettigheder og senior medical officer Karin Meyer fra Dansk institut mod tortur (DIGNITY).

Repræsentanter fra Landslægeembedet, sundhedsvæsenet samt Departementet for Sundhed deltog ved afslutningen af inspektionen.

Det er ikke alle emner, der blev drøftet under inspektionen, der er medtaget i denne rapport.

A1 og Departementet for Sundhed har haft lejlighed til at fremkomme med bemærkninger til en foreløbig udgave af denne rapport. Ved e-mail af 8. august 2023 med bilag modtog jeg bemærkninger fra Departementet for Sundhed. Departementet for Sundhed har hertil oplyst, at der er ligeledes er indhentet bemærkninger fra ledelsen for sundhedsvæsenet. Bemærkningerne er i fornødent omfang indarbejdet i rapporten.

## **2. Forberedelse og gennemførelse af inspektionen**

A1 blev den 22. april 2022 varslet telefonisk om den kommende inspektion og modtog ved brev af 11. juli 2022 yderligere oplysninger om inspektionen. Samtidig anmodede jeg A1 om at orientere samtlige medarbejdere, beboere og pårørende om den kommende inspektion og muligheden for at tale med inspektionsholdet.

Departementet for Sundhed og Landslægeembedet blev ved brev af 11. juli 2022 orienteret om den kommende inspektion. Jeg tilbød samtidig, at departementet og landslægeembedet kunne deltage som observatører i en nærmere aftalt del af inspektionen, og anmodede om at blive orienteret, hvis departementet og landslægeembedet ønskede dette.

Forud for inspektionen modtog jeg forskelligt skriftligt materiale fra A1 om afdelingen og patienterne.

Under inspektionen talte inspektionsholdet med ledelsen for A1, som var repræsenteret ved den ledende overlæge og oversygeplejersken. Derudover talte inspektionsholdet enkeltvist eller i grupper med 5 medarbejdere, 4 patienter og 1 pårørende.

Inspektionsholdet besøgte endvidere afdelingens lokaler.

### **3. Generelt om A1**

A1 er en åben psykiatrisk afdeling, som er en del af Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk.

A1 består af et åbent afsnit og et skærmet afsnit. Til afdelingen hører endvidere lokaler til rekreative aktiviteter, som er placeret i kælderen.

Afdelingen har normalt 12 pladser fordelt i enkelt eller dobbeltstuer. På tidspunktet for inspektionen var der imidlertid kun 8 pladser til rådighed på grund af personalemangel.

Der var under inspektionen 8 indlagte patienter, herunder en patient på 14 år.

### **4. Ombudsmandens overordnede vurdering**

Jeg har overordnet et positivt indtryk af afdelingen. Inspektionsholdet observerede gode relationer mellem patienter og personale, og ligeledes patienterne imellem. De fleste patienter, som inspektionsholdet talte med, gav udtryk for, at de var glade for at være indlagt på afdelingen.

Det er mit overordnede indtryk, at personalet indenfor de rammer som er til rådighed, søger at give patienterne en helhedsorienteret behandling, som også rækker videre end hvad afdelingen er forpligtet og i nogle tilfælde uddannet til. Jeg finder, at personalet på A1 fortjener stor ros for den tilgang og indsats.

Det er mit indtryk, at de udfordringer afdelingen oplever med hensyn til rekruttering, fastholdelse og økonomiske bevillinger gennem længere tid har presset afdelingen til det yderste. Det er endvidere mit indtryk, at det er et spørgsmål om tid førend afdelingen ikke længere kan varetage de behandlingsmæssige funktioner, som afdelingen har som arbejdsområde, såfremt nøglemedarbejdere bliver sygemeldt, rekruttering ikke lykkes eller behovet for psykiatrisk behandling og udredning forbliver uændret. Det finder jeg

stærkt bekymrende for den patientgruppe, som A1 er til for at hjælpe, men også bekymrende på et overordnet samfundsmæssigt niveau.

Det er endvidere mit indtryk, at de fysiske rammer på A1 langt fra er tidsvarende eller hensigtsmæssige. Det er en problemstilling som jeg ofte møder ved mine øvrige inspektioner langs kysten. Det er dog mit indtryk, at problemet er særligt udtalt på A1.

En række forhold giver mig anledning til bemærkninger. Disse gennemgås nedenfor under pkt. 5-14.

## **5. Fysiske rammer for psykiatrisk afdeling A1**

Under inspektionen gennemgik inspektionsholdet indledningsvist anbefalingerne i rapporterne fra ombudsmandens tidligere inspektioner af A1, som fandt sted henholdsvis 21. marts 2012 og 6. april 2017. I disse rapporter udtalte jeg blandt andet, at jeg fandt, at både enestuerne og fællesarealet i det skærmede afsnit fremstod uindbydende.

Senest anbefalede jeg i rapporten for inspektionen i 2017 således:

”Jeg anbefaler på ny, at der – med respekt for lægefaglige standarder, herunder rummets funktion – snarest tages initiativ til en indretningsmæssig forbedring af enestuerne i det skærmede afsnit, og at det i hvert fald overvejes at male stuerne i mere positive farver og sørge for passende dekoration og et behageligt lys.

Jeg anbefaler ligeledes på ny, at det overvejes, at der tages initiativ til en indretningsmæssig og miljømæssig forbedring af fællesarealet i det skærmede afsnit.”

Ledelsen oplyste, at afdelingens overordnede rammer ikke har forandret sig siden min seneste inspektion, men at der var blevet foretaget enkelte indretningsmæssige forbedringer, såsom maling, afskærmning af vinduerne ind til et skærmet afsnit mv. Inspektionsholdet bemærkede under besigtigelsen af afdelingen ligeledes en række indretningsmæssige tiltag, som fremstod som ufærdige.

De patienter, som inspektionsholdet talte med, påpegede ikke de fysiske rammer som et problem. De var overordnet tilfredse med afdelingen. To patienter ønskede sig dog bedre muligheder for mørklægning af stuerne, især om sommeren.

Det var dog inspektionsholdets oplevelse, at de overordnede fysiske rammer, lokalernes placering og den uhensigtsmæssige indretning af afdelingen var til meget stor frustration for både ledelsen og det øvrige personale.

Ledelsen oplyste som et eksempel, at der ikke er et særskilt afsnit for børn og unge på afdelingen, som dermed kan risikere at blive indlagt på samme afdeling som retspsykiatriske patienter.

Derudover er stuerne indrettet som dobbeltstuer, hvilket ikke tjener et behandlingsmæssigt formål. Det er svært at skærme patienter på disse dobbeltstuer. Dette kan føre til øgede konflikter patienterne imellem.

Afdelingen har intet besøgsrum, samtalerum for læger og patienter, eller et venteværelse, der tilgodeser behov for diskretion.

Ledelsen oplyste ligeledes, at de fysiske rammer bevirkede, at patienter må udskrives tidligere end det er hensigtsmæssigt. Dette gør, at afdelingen ser en del genindlæggelser som direkte konsekvens heraf.

Ifølge ledelsen var de fysiske rammer en belastning for personalet, idet de fysiske rammer bl.a. gør det svært at rekruttere og også fastholde det nødvendige personale. Den del af personalet, som inspektionsholdet talte med, gav ligeledes udtryk for et ønske om bedre fysiske rammer til udførelsen af deres arbejde.

Ledelsen oplyste endeligt under inspektionen, at de forventede en længe ventet ny psykiatribygning færdiggjort i 2024/2025. Projekteringen og udbuddet omkring en ny psykiatribygning har, bl.a. på grund af økonomiske og politiske prioriteringer, været mange år undervejs.

Under min inspektion i 2017 oplyste ledelsen, at det var forventningen, at den nuværende afdeling forventedes at være i brug i yderligere 3-4 år, hvorefter en ny psykiatribygning ville blive taget i brug. Projekteringen af en ny psykiatrisk afdeling var dengang forventet til at starte i januar 2018.

*Jeg har noteret mig det oplyste om afdelingens overordnede fysiske rammer.*

*Jeg forstår fuldt ud ledelsens og personalets frustrationer over den uhensigtsmæssige fysiske indretning af afdelingen.*

*Jeg finder det bekymrende, at der på afdelingen ikke forefindes et særskilt afsnit for børn og unge.*

*Jeg finder det ligeledes stærkt bekymrende, at afdelingen på grund af de fysiske rammer må udskrive patienter tidligere, end det er hensigtsmæssigt.*

*Jeg finder det imidlertid formålsløst at gentage mine anbefalinger fra 2012 og 2017, idet det er mit indtryk, at personalet på A1 har taget de skridt som er mulige for at optimere afdelingens fysiske indretning.*

Departementet for Sundhed har til en foreløbig udgave af denne rapport oplyst, at departementet er enig i, at de fysiske rammer for A1 generelt ikke er tidssvarende. Departementet for Sundhed har ligeledes oplyst, at licitation til en ny psykiatribygning forventes afholdt i januar 2024, og at en ny bygning forventes afleveret medio 2026.

Departementet for Sundhed har endvidere oplyst, at departementet vil indgå i en dialog med sundhedsledelsen for at afklare, hvilke tiltag der potentielt kan iværksættes for at forbedre forholdene i den nuværende afdeling, indtil en ny psykiatribygning kan tages i brug.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

## **6. Personale**

### **Ingen fast psykiater**

Forud for inspektionen modtog jeg et notat fra A1, som blandt andet indeholdt en beskrivelse af afdelingens faglige hovedudfordringer det seneste år.

I notatet oplyste ledelsen, at afdelingen ikke har nogen fastansatte læger med speciale i psykiatri. Under inspektionen oplyste ledelsen, at der er tilknyttet 3,8 overlægestillinger til voksenpsykiatrien, men at der på tidspunktet for inspektionen kun var 1 overlæge ansat i et 3 måneders vikariat i voksenpsykiatrien. Der burde således være 3-4 psykiatere ansat på afdelingen, men det er der aldrig. Ledelsen tilføjede, at afdelingen dog nemmere kan ansætte yngre læger, uden speciallægeuddannelse. Afdelingen har dog ikke de fysiske rammer til at rumme lægerne, idet der ikke er kontorer og samtalerum til dem.

Ledelsen oplyste ligeledes, at det er en direkte konsekvens af, at der ikke er fastansat en speciallæge i psykiatri på afdelingen, at patienternes udredningsforløb tager længere tid, at kvaliteten i udredningen er svingende, og at der mangler kontinuitet i både behandlingen og medicinen. Endvidere er der som følge af den hyppige udskiftning af personalet flere trusler og vold mod personalet, idet psykiatriske patienter er meget afhængige af at have genkendelige personer omkring sig. Ellers kan det forekomme, at patienterne ikke tager deres medicin og behandlingen bliver (yderligere) kompliceret.

Til det afsluttende møde med ledelsen deltog blandt andet også Landslægen. Landslægen oplyste, at embedet anser det som et problem, at der – som følge af personalesituationen – er læger, der skal godkende tvang, som ikke tidligere har beskæftiget sig med tvang. Jeg forstod dette som Landslægens udtryk for bekymring for standarden, kontrollen og efterprøvelsen af tvang udført overfor de indlagte patienter.

Ledelsen oplyste, at de store rekrutteringsproblemer er en stor belastning for både patienterne og medarbejderne.

*Jeg finder det stærkt bekymrende, at afdelingen oplever så store rekrutteringsmæssige vanskeligheder, at det ikke er muligt at fastansætte en læge med speciale i psykiatri (psykiater) på A1. Jeg vurderer, at dette går ud over kvaliteten af behandlingen af patienterne, og at det slider unødigt på afdelingens øvrige ansatte. Jeg anerkender, at det er en udfordring, som mange institutioner og myndigheder desværre oplever.*

*Som OPCAT-observatør mener jeg, at patienternes retsstilling og behandling lider under, at der ikke er de tilstrækkelige og nødvendige lægefaglige kompetencer, som kan sikre patienterne en værdig behandling med kontinuitet og tryghed.*

*Jeg anbefaler, at Departementet for Sundhed styrker dialogen med sundhedsvæsenet om de beskrevne forhold.*

### **Samtale med personalet**

Under det indledende møde oplyste ledelsen til inspektionsholdet, at personalet på tidspunktet for inspektionen oplevede et stort pres. Det skyldtes blandt andet, at der er sket en del drab i samfundet det seneste år. De, der har begået drab, skal mentalobserveres, og de pågældende "springer over" mange andre, som står på ventelisten til udredning eller behandling.

Ledelsen oplyste, at når der har været en periode med 'tunge patienter', så presser det personalet til det yderste. I den efterfølgende periode ses der ofte en del sygdomsmeldinger og opsigelser blandt personalet. Ledelsen bemærkede, at det er meget vanskeligt at lave overlevering og oplæring i et miljø, som i så høj grad er præget af store udskiftninger.

Under inspektionen havde inspektionsholdet en samtale med det ansatte plejepersonale på afdelingen. Det var en samlet samtale med i alt 5 ansatte.

Personalet gav udtryk for, at de seneste måneder forud for inspektionen havde været hårde, idet ledelsen havde haft overlappende ferie, mange havde sagt op og mange nye var begyndt på afdelingen.



Alle medarbejdere gav udtryk for det meget u hensigtsmæssige i, at børn og unge er indlagt sammen med voksne på den samme afdeling. Medarbejderne oplever, at dette er meget forstyrrende for alle indlagte patienter. Samtidig giver det store udfordringer i forhold til de fysiske rammer på afdelingen. Når en mindreårig bliver indlagt, bliver denne indlagt i det skærmede afsnit, som dermed "lukkes af" for andre patienter. Det udelukker, at andre – mere trængende patienter – kan benytte det skærmede afsnit. Det øger konfliktniveauet på resten af afdelingen.

Personalet gav endvidere udtryk for, at de skal kæmpe en kamp på patienternes vegne i forhold til medicinering. De oplever, at når der kommer en ny læge på afdelingen, så bliver patienternes medicin ændret, idet hver læge kommer med en ny viden og baggrund. Personalet oplyste, at det er meget hårdt for patienterne at skifte medicin, og at dette også opleves som hårdt for personalet. En klar behandlingsplan for patienterne ville afhjælpe dette.

Nogle medarbejdere oplyste, at de oplever, at de skal gå meget på kompromis med deres faglighed og oplever en høj grad af utilstrækkelighed. Det skyldtes overbelægning på afdelingen, mangel på personale, og at medarbejderen som følge heraf skal varetage opgaver udenfor jobbeskrivelsen. Et eksempel var pleje af en somatisk patient, som var indlagt på psykiatrisk afdeling.

Personalet gav samtidig samlet udtryk for utilfredshed med ledelsen og ledelsesstilen. Personalet forklarede, at de oplever, at der gøres forskel på de ansatte, at der ikke er støtte fra ledelsen, og at ledelsen ikke er synlig. Personalet oplyste, at de føler, at de kan sige alt til ledelsen, men at ledelsen ikke lytter til og handler på, hvad der bliver sagt.

Personalet udtrykte samlet, at de ønskede sig bedre fysiske rammer, flere og kompetente kolleger, og en ledelse, der lytter og forstår, hvad der foregår, samt handler på, hvad der bliver sagt.

Efterfølgende havde inspektionsholdet et møde med ledelsen, hvor nogle af de emner, som personalet havde drøftet med inspektionsholdet blev drøftet.

Inspektionsholdet gav udtryk for at være bekymret på baggrund af de emner, som personalet havde fortalt om. Ledelsen oplyste, at de også var meget bekymrede for personalet og opsigelser.

*Det er mit indtryk, at der er et stort pres, både arbejdsmæssigt og mentalt, på plejepersonalet på A1. Afdelingen har oplevet mange opsigelser det seneste år forud for inspektionen, og det er min umiddelbare vurdering, at der på tidspunktet for inspektionen kun var få nøglepersoner med anciennitet og indgående kendskab til området tilbage på afdelingen.*

*Jeg er bekymret for det tilbageværende personale og deres robusthed. Endvidere er jeg bekymret for afdelingens drift og det behandlingsmæssige ansvar. Dette gælder i særdeleshed hvis der kommer flere opsigelser, fordi store rekrutteringsmæssige og oplæringsmæssige vanskeligheder øger presset på personalet.*

*Yderligere er jeg bekymret over personalets beskrivelse af samarbejdet med ledelsen, og det heraf afledte psykiske arbejdsmiljø.*

*Jeg anbefaler, at ledelsen af sundhedsvæsenet tager initiativ til at undersøge det fysiske og psykiske arbejdsmiljø nærmere på afdelingen og igangsætte initiativer til at forbedre dette.*

Departementet for Sundhed har til en foreløbig udgave af denne rapport oplyst, at bemanningssituationen i sundhedsvæsenet generelt er udfordret, og at dette særligt gælder speciallæger, herunder psykiatere. Departementet for Sundhed har tilføjet, at Sundhedsvæsenet kontinuerligt arbejder med at rekruttere og fastholde sundhedsfagligt personale, men forventningen er, at rekrutteringsudfordringerne vil fortsætte som følge af en generel mangel på sundhedspersonale.

Departementet har endvidere oplyst, at sundhedsledelsen tager personalets beretninger om arbejdsmiljøet og min anbefaling om en undersøgelse af arbejdsmiljøet og samarbejdet til efterretning.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

## **7. Manglende ressourcer til rehabilitering**

Under inspektionen oplyste ledelsen, at der bliver tænkt meget over, at en del af funktionen for A1 ligeledes bør være, at få patienterne resocialiseret og rehabiliteret efter endt behandling. Dette er på nuværende tidspunkt ikke en opgave, som A1 har ressourcer til at varetage.

Ledelsen uddybede, at en del af de retslige patienter, efter ledelsens opfattelse ikke bør indlægges på A1, men i stedet bør have rehabiliterende tilbud. Sådanne tilbud eksisterer på nuværende tidspunkt ikke på grund af manglende ressourcer. Dette ser ledelsen som et stort problem, da disse patienter dermed har større risiko for at få tilbagefald i forhold til deres psykiske sygdomme. Sandsynligheden for, at disse patienter begår ny kriminalitet må ligeledes antages at blive større som følge af manglende rehabilitering.

Ledelsen oplyste, at såfremt afdelingen havde 6 rehabiliteringspladser, kunne der tilbydes et mere sammenhængende behandlingsforløb.

Ledelsen oplyste, at der politisk ikke er taget stilling til, hvor misbrugsbehandlingsansvaret for behandlingsdømte patienter skal placeres.

Ledelsen påpegede manglende muligheder for misbrugsbehandling, særligt tilpasset borgere med psykiske lidelser, som en anden problemstilling i relation til rehabilitering.

Der er ikke mulighed for misbrugsbehandling på A1, og Allorfik tilbyder ikke en misbrugsbehandling, som er hensigtsmæssig for borgere med psykisk sygdom. Ledelsen forklarede uddybende, at psykiatriske patienter har meget vanskeligt ved at gennemføre et behandlingsforløb indenfor de rammer, som Allorfik tilbyder.

En overvejende del af afdelingens eller distriktpsykiatriens patienter har en dobbeltdiagnose, dvs. at patienterne ud over den psykiatriske diagnose ligeledes har et misbrug. Patienternes nære miljø er ofte også et misbrugsmiljø. Det kan betyde, at patienten sælger euforiserende stoffer. Dette påvirker patientens sociale relationer og fastholder patienten i misbrugsmiljøet. Når A1 forsøger at hjælpe patienter med misbrug er det derfor kompliceret, idet patienten 'mister' meget ved at bryde med misbruget; både sine venner og sit arbejde.

§ 5 i inatsisartutlov nr. 10 af 12. juni 2019 om behandling af afhængighed fastsætter følgende:

**”§ 5.** Behandlingstilbud kan omfatte:

- 1) Råd og vejledning til brugere af behandlingstilbud.
- 2) Udlevering af selvhjælpsmateriale og kort intervention.
- 3) Abstinensbehandling.
- 4) Farmakologisk behandling.
- 5) Terapeutiske behandlingsforløb af enkeltpersoner, par og familier.
- 6) Efterbehandlingstilbud.
- 7) Etablering af selvhjælpsgrupper.
- 8) En kombination af en eller flere af ovennævnte tilbud.
- 9) Andre tilbud, der har til formål at behandle afhængighed.

*Stk. 2.* Behandlingen kan foregå ambulant, som dagtilbud eller som døgntilbud.

*Stk. 3.* Naalakkervisut fastsætter regler for behandlingstilbud til personer under 18 år med afhængighed.

***Stk. 4. Naalakkervisut kan fastsætte nærmere regler for behandling af personer med afhængighed med særlige behandlingsbehov.***” (min fremhævelse)

Naalakkervisut har ikke udnyttet hjemlen i § 5, stk. 4.

*Jeg finder det problematisk, at der på nuværende tidspunkt ikke findes et særligt tilrettelagt misbrugsbehandlingsforløb målrettet psykiatriske patienter. Jeg finder det især problematisk, da en overvejende del af de psykiatriske patienter ligeledes har et misbrug.*

*Jeg har forstået, at der i lovgivningen er mulighed for at etablere et særligt behandlingsforløb for personer med afhængighed med særlige behandlingsbehov. Det forekommer mig på den baggrund hensigtsmæssigt, at en del af et udrednings- og behandlingsforløb i psykiatrien inkluderer rehabilitering.*

*Jeg anbefaler at Departementet for Sundhed, i samarbejde med A1 og Allorfik, overvejer at afsøge muligheder for rehabilitering og misbrugsbehandling af psykiatriske patienter.*

Departementet for Sundhed har til en foreløbig udgave af denne rapport oplyst, at departementet vil undersøge mulighederne for, at sundhedsvæsenet i samarbejde med Allorfik kan tilbyde behandling af patienter med dobbeltdiagnoser.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

## **8. Venteliste**

Forud for inspektionen modtog jeg et notat fra A1, som blandt andet indeholder en beskrivelse af udfordringer med lange ventetider på ambulante samtaler med psykiater og i perioder med psykolog, som følge af stigende henvisninger til psykiatrien. Børn og unge venter ifølge notatet op til 1 år på en udredning, da der ikke er fastansatte speciallæger i børne- og ungepsykiatrien.

Når borgere skal visiteres til et forløb i psykiatrien benyttes en venteliste. Overlægen på A1 vurderer ud fra en række hensyn, hvilken borger der som den næste skal tilbydes et forløb eller en udredning i psykiatrien.

Under inspektionen oplyste ledelsen uddybende, at der på tidspunktet for inspektionen aktuelt var omkring 200 borgere på ventelisten til udredning for eventuelle psykiske lidelser. Ledelsen oplyste videre, at omkring halvdelen af borgerne på venteliste, dvs. omkring 100 borgere, var på ventelisten med mistanke om ADHD/ADD, som ledelsen oplyste er en svær og ressourcefuld

udredning at gennemføre. A1 har set en stor stigning i antallet af henvendelser om udredning for ADHD/ADD.

Ledelsen tilføjede, at det var deres indtryk, at jo længere ventelisten er, jo lavere er sandsynligheden for, at borgeren møder op til selve indkaldelsen.

Ledelsen bemærkede, at de frygtede den dag, hvor der blev indkaldt en person fra ventelisten, som i mellemtiden har begået selvmord.

*Jeg har forståelse for den vanskelige vurdering ledelsen på A1 skal foretage i forhold til udvælgelse af borgere, som skal indkaldes.*

*Jeg er bekymret for de lange ventetider på udredning, især for børn og unge.*

*Jeg anbefaler, at Departementet for Sundhed indleder en dialog med sundhedsvæsenet om de beskrevne forhold.*

Departementet for Sundhed har til en foreløbig udgave af denne rapport oplyst, at departementet anerkender uhensigtsmæssigheden i den lange venteliste, som er et resultat af ressourcemangel blandt andet som følge af mangel på sundhedsfagligt personale. Departementet har endvidere oplyst, at departementet i dialog med sundhedsledelsen vil undersøge mulighederne for at forbedre bemandsituationen.

Departementet for Sundhed har endelig oplyst, at departementet er ved at udarbejde en udviklingsplan for psykiatrien, heriblandt børn- og ungepsykiatrien.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

## **9. Psykisk syge i samfundet**

Under inspektionen gav ledelsen udtryk for, at der sker en stor stigmatisering og diskrimination af psykisk syge fra det omkringliggende samfund.

Stigmatiseringen og diskriminationen skyldes dels, at folk undgår personer med psykiske sygdomme som skizofreni og psykotiske lidelser, dels at personer med psykisk sygdom har vanskeligt ved eller udelukkes fra at deltage i tilbud som f.eks. misbrugsbehandling i Allorfik og ophold på handicap-centret Pissassarfik i Sisimiut.

Ledelsen oplyste endvidere, at der efter ledelsens opfattelse sker en stigende stigmatisering på uddannelserne, hvilket bliver et større problem i takt med, at det psykiatriske system oplever flere og flere yngre patienter.

Ledelsen fremhævede, at der efter bevilling er blevet udarbejdet en kampagne med en række videoer om at være pårørende til en person med en psykisk lidelse. Formålet med kampagnen er at oplyse om psykisk sygdom og bryde tabuet om psykiatriske lidelser.

Jeg kan af relevant lovgivning ikke umiddelbart udlede, at personer med psykiske lidelser afskæres fra muligheder for misbrugsbehandling, ophold på institutioner mv.

*Jeg henviser til min anbefaling anført i punkt 7.*

## **10. Retslige patienter**

Forud for inspektionen modtog jeg et notat fra A1, som blandt andet indeholder en beskrivelse af afdelingens faglige hovedudfordringer det seneste år.

I notatet oplyser ledelsen, at de oplever store udfordringer med retslige patienter. Problemstillingen vedrører psykisk syge patienter med dom til behandling, hvor der ikke er et egnet botilbud i Grønland. Disse patienter placeres med Socialstyrelsens hjælp på en institution i Danmark, men regionerne i Danmark vil ikke påtage sig det psykiatriske behandlingsansvar. Herudover er der også store udfordringer og uklarheder om, hvilken kommune der er hjemkommune, og om betalingsansvaret, idet patienten flytter adresse til Danmark i forbindelse med placering på institution i Danmark.

Under inspektionen uddybede ledelsen problemstillingen og forklarede, at der skelnes mellem en anbringelsesdom (A-dom) og en behandlingsdom (B-dom).

Ved en A-dom bliver en person anbragt et sted, hvor de vilkår, der er fastsat af retten, kan rummes. Disse personer kommer typisk på Afdeling R3 i Danmark på ubestemt tid.

Ved en B-dom har en person med psykisk sygdom fået en dom til behandling, men mulighederne for behandling og egnede botilbud i Grønland er udtømt. Disse personer kan også komme på R3, men det er tanken, at de skal udskrives igen.

Jeg har imidlertid i anden sammenhæng konstateret, at disse personer ofte ikke "gribes" igen efter endt behandling.

Som jeg forstår ledelsens oplysninger, er der tre hovedudfordringer.

### **Betalingsansvar**

Jeg forstår udfordringen på den måde, at de, der har ret til ydelser i Grønland, er dem, der har bopælsadresse i Grønland. Halvdelen af dem, der er på R3, er anbragt ved dom og er ikke frivilligt flyttet til afdelingen. Jeg forstår, at anbragte efter 6 måneders ophold i Danmark får en dansk adresse, og at de dermed registreres som fraflyttet Grønland. Ledelsen på A1 oplyste, at flere grønlandske kommuner fralægger sig betalingsansvaret på R3 og behandlinger i Danmark. Jeg er bekendt med, at der verserer retssager om denne problemstilling.

### **Tilsyn**

Jeg forstår udfordringen på den måde, at Kriminalforsorgen ikke kan få overført tilsyn fra den grønlandske kriminallov til den danske straffelov. Det er på den baggrund min forståelse, at der ikke føres tilsyn med, om patienten modtager behandling i henhold til dommen, herunder at der ikke føres socialt tilsyn med institutionen, hvor patienten opholder sig.



## **Behandlingsansvar og fuldbyrdelse af dom**

Jeg forstår udfordringen på den måde, at regionerne i Danmark ikke vil overtage behandlingsansvaret med grønlandske patienter i Danmark. I Danmark er der både den almindelige psykiatri og retspsykiatrien. Hvis en person har en dom til behandling, indlægges vedkommende i henhold til dommen. Når regionen ikke påtager sig behandlingsansvaret for de grønlandske patienter, kan patienten ikke komme ind i retspsykiatrien og modtage behandling i henhold til dommen. I stedet må patienten indgå i den 'almindelige' psykiatri. Her bliver patienten udskrevet, når vedkommende er i bedring/apsykotisk. Det betyder, at A1 ikke kan fuldbyrde dommen, når patienten er i Danmark, fordi regionerne ikke vil påtage sig behandlingsansvaret.

Under inspektionsholdets afsluttende møde med ledelsen for A1, Landslægeembedet og Departementet for Sundhed, oplyste Departementet for Sundhed, at der på nuværende tidspunkt er en proces med at få klarlagt baggrundsviden og få identificeret problemstillingerne, kompleksiteten og omfanget i forhold til retslige patienter. Det er et arbejde hvor både A1, Departementet for Sundhed og danske myndigheder deltager.

Jeg har i anden sammenhæng erfaret, at Justitsministeriet, Rigsadvokaten og Politidirektøren i Grønland er bekendt med problemstillingen.

Jeg bemærker, at jeg i min beretning fra 2000 på side 39ff i den danske version har beskrevet en egen drift sag vedrørende "Hjemmestyrets og kommunernes ansvar og kompetence i forhold til retspsykiatriske patienter". Jeg udtalte bl.a., at

*"Ombudsmanden fandt det uacceptabelt, at der inden for rigsfællesskabet hersker usikkerhed om, hvilken myndighed, som fører retlig kontrol med den pågældende persongruppe [færdigbehandlede retspsykiatriske patienter, red]."*

*Jeg finder det bekymrende, at retsstillingen for såvel patienter som myndigheder mere end 20 år senere fortsat er uafklaret. Det giver forhøjet risiko for, at særligt sårbare patienter tabes i systemet. Det anser jeg for at være stærkt u hensigtsmæssigt.*

*Jeg anbefaler, at der snarest findes løsninger.*

*Jeg noterer mig, at der er en dialog i gang med A1, Departementet for Sundhed og relevante danske myndigheder for at afdække problemet og finde en løsning.*

Departementet for Sundhed har til en foreløbig udgave af denne rapport oplyst, at departementet fortsat er i dialog med danske myndigheder om de retspsykiatriske patienter.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

## **11. Tvangsprotokoller**

### **Baggrund**

Når A1 iværksætter en tvangsforanstaltning over for en patient, skal der noteres en række oplysninger om foranstaltningen i en tvangsprotokol og i patientens journal.

De nærmere regler om tvangsprotokoller fremgår af §§ 33 og 34 i inatsisartutlov nr. 11 af 12. juni 2019 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (herefter psykiatriloven) og §§ 1-12 i selvstyrets bekendtgørelse nr. 18 af 2. december 2013 om tvangsprotokoller og optegnelser, samt registrering og indberetning af tvang, samt udskrivningsaftaler og koordinationsplaner på sundhedsvæsenets institutioner (herefter tvangsprotokolbekendtgørelsen).

I forarbejderne til psykiatriloven (pkt. 2.9.2 i de almindelige bemærkninger til lovforslaget fra 2019) er det anført, at:

*“Forslaget viderefører den gældende retstilstand.”*

§§ 33 og 34 i psykiatriloven fra 2019 svarer til §§ 30 og 31 i psykiatriloven fra 2012. I forarbejderne til psykiatriloven fra 2012 er det anført i de almindelige bemærkninger til lovforslaget (pkt. 2.10.3), at:

*”Ifølge lovforslagets § 30, stk. 1, skal oplysning om enhver anvendelse af tvang i henhold til de gældende tvangsbestemmelser i loven tilføres afdelingens tvangsprotokol og indgrebets nærmere indhold og begrundelse skal angives. Registreringen er nødvendig af hensyn til den enkelte patients retssikkerhed, f.eks. i forbindelse med behandling af klager. Endvidere tjener en registrering samfundets behov for statistiske oplysninger om tvangsanvendelse. En central registrering af tvangsforanstaltninger er endvidere en af hjørnestene i patienters retssikkerhed. En registrering, der kan danne grundlag for tilsyn og overvågning med området.”*

Et afgørende hensyn bag protokollerne er således patientsikkerhed og patientrettigheder.

Forud for inspektionen anmodede jeg A1 om at sende mig 10 tilfældigt udvalgte tvangsprotokoller for henholdsvis 2020, 2021 og 5 tilfældigt udvalgte tvangsprotokoller for 1. halvår 2022.

Jeg modtog 10 tvangsprotokoller for 2020, 11 tvangsprotokoller for 2021 og 5 tvangsprotokoller for 1. halvår 2022.

Forud for inspektionen gennemgik jeg de modtagne tvangsprotokoller. Ved gennemgangen af tvangsprotokollerne har jeg koncentreret mig om at undersøge, om reglerne om udfyldelse af tvangsprotokollerne er overholdt.

Under inspektionen drøftede inspektionsholdet tvangsprotokollerne med afdelingens ledelse. Ledelsen forklarede i den forbindelse deres praksis for registrering i journaler og tvangsprotokoller. Ledelsen oplyste, at de har en ”triple bogføring”. Det vil sige, at når de har udøvet tvang udfylder de patientjournal, tvangsjournal og tvangsprotokol. Tvangsjournalen indeholder nærmere detaljer omkring forløbet og en udspecificering af hændelsen hvorimod protokollen er et godt værktøj til at få overblik.

Efter gennemgangen af tvangsprotokollerne og drøftelsen med ledelsen på A1 er det overordnet mit indtryk, at afdelingen forsøger at udfylde protokollerne omhyggeligt og i umiddelbar forlængelse af en hændelse, men er presset af manglende ressourcer.

Jeg konstaterede en række forhold, som giver mig anledning til bemærkninger. Disse gennemgås nedenfor.

### **Frihedsberøvelse – skema 1**

Jeg har gennemgået i alt 10 protokoller om frihedsberøvelse.

Det fremgår af tvangsprotokolbekendtgørelsens § 2, nr. 1-6, at der ved tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse skal ske tilførsel af følgende oplysninger på tvangsprotokollen:

- 1) Patientens navn og cpr-nr.*
- 2) Frihedsberøvelsens varighed.*
- 3) Begrundelsen for frihedsberøvelsen.*
- 4) Navnet på lægen, der er ansvarlig for frihedsberøvelsen.*
- 5) Resultatet af efterprøvelsen af frihedsberøvelsen henholdsvis 3, 10, 20, og 30 dage efter at frihedsberøvelsen blev iværksat, og derefter mindst hver 4. uge, så længe frihedsberøvelsen opretholdes.*
- 6) Navnet på overlægen, der har forestået efterprøvelsen."*

Jeg kan konstatere, at 8 ud af 10 protokoller er udfyldt på et gammelt protokolskema, hvor der nederst på protokollen er anført "8/2013". Det forstår jeg på den måde, at protokollen senest er revideret i august måned 2013.

Dette var en problemstilling, som jeg allerede omtalte i min inspektionsrapport i 2017. Jeg anførte følgende:

*"Jeg har dog samtidig noteret mig, at skemaet, som Psykiatrisk Afdeling A1 på tidspunktet for inspektionen anvendte til tvangsprotokollering ved frihedsberøvelse ("Tvangsprotokol – Skema 1"), er udformet på en måde, som ikke understøtter overholdelsen af kravene i tvangsprotokolbekendtgørelsen.*

*Skemaet indeholder således bl.a. felter til angivelse af "Dato for efterprøvelsen" og "Dato for overlægens stillingtagen", men derimod ikke felter, hvor oplysningerne nævnt i tvangsprotokolbekendtgørelsens § 2, nr. 4-6, kan angives. Skemaet ses at være udarbejdet af det daværende Departement for Sundhed og Infrastruktur (nu Departementet for Sundhed).*

*Ved e-mail af 19. december 2017 har Psykiatrisk Afdeling A1 supplerende oplyst, at afdelingen har etableret et samarbejde med en jurist i Departementet for Sundhed om ændring af tvangsskemaerne, så navnet på overlægen fremover kan anføres på skemaet."*

Jeg henholder mig til min beskrivelse af problemstillingen i 2017.

*Jeg henstiller, at A1 anvender det opdaterede skema 1 i forbindelse med udfyldelse af tvangsprotokol om frihedsberøvelse for at sikre udfyldelse i overensstemmelse med tvangsprotokolbekendtgørelsen.*

## **Tvangsbehandling – skema 2**

Jeg har gennemgået i alt 5 protokoller om tvangsbehandling.

Det fremgår af tvangsprotokolbekendtgørelsens § 4, nr. 1-5, at der ved tvangsbehandling skal ske tilførsel af følgende oplysninger på tvangsprotokollen:

- "1) Patientens navn og cpr-nr.*
- 2) Behandlingens art og omfang.*
- 3) Begrundelsen for tvangsbehandlingen.*
- 4) Navnet på den ordinerende overlæge.*
- 5) Navnet på den tilstedeværende læge."*

Jeg kan konstatere, at 4 ud af 5 protokoller er udfyldt på et gammelt protokolskema, hvor der nederst på protokollen er anført "8/2013". Det forstår jeg på den måde, at protokollen senest er revideret i august måned 2013.

Jeg kan endvidere konstatere, at 1 ud af 5 protokoller er udfyldt på et andet skema, hvor der ikke er anført dato for revidering af skemaet. Protokollen virker imidlertid som en opdatering.

Jeg finder det problematisk, at A1 fortsat anvender forældede protokoller uanset at jeg fremhævede det problematiske heri i forbindelse med min inspektion i 2017.

*Jeg henstiller, at A1 anvender det opdaterede skema 2 i forbindelse med udfyldelse af tvangsprotokol om tvangsbehandling for at sikre udfyldelse i overensstemmelse med tvangsprotokolbekendtgørelsen.*

### **Fiksering og fysisk magtanvendelse – skema 3 og 4**

Jeg har gennemgået i alt 8 protokoller om fiksering og fysisk magtanvendelse med skemanummer 3 og i alt 3 protokoller om fiksering og fysisk magtanvendelse m.v. med skemanummer 4.

På skema 3 er der nederst på protokollen anført "8/2013". Det forstår jeg på den måde, at protokollen senest er revideret i august måned 2013. Skemaet ses at være udarbejdet af det daværende Departement for Sundhed og Infrastruktur (nu Departementet for Sundhed).

Det virker således til, at skema 4 er en opdateret version af skema 3, som muligvis ved en fejl ikke er taget ud af brug på afdeling A1.

Det fremgår af tvangsprotokolbekendtgørelsens § 6, nr. 1-8 og § 7, nr. 1-6, at der skal ske tilførsel af følgende oplysninger i tvangsprotokollen:

*§ 6. Ved tvangsfiksering skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af:*

- 1) Patientens navn og cpr-nr.*
- 2) Indgrebets art og omfang.*
- 3) Begrundelsen for indgrebet.*
- 4) Tidspunktet for indgrebets iværksættelse og ophør.*
- 5) Navnet på den ordinerende læge.*
- 6) Navne på det implicerede personale.*

7) Tidspunktet for den fornyede lægelige vurdering, jf. Inatsisartutlovens § 31, stk. 5.

8) Navnet på den læge, der har foretaget den fornyede lægelige vurdering, jf. Inatsisartutlovens § 31, stk. 5.

§ 7. Ved anvendelse af fysisk magt skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af:

1) Patientens navn og cpr-nr.

2) Indgrebets art og omfang.

3) Begrundelse for indgrebet - herunder fra det implicerede personale.

4) Tidspunktet for indgrebets iværksættelse og ophør.

5) Navnet på den ordinerende/tilstedeværende læge.

6) Navne på det implicerede personale.

Ved tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt skal navne på det implicerede personale tilføres protokollen. Det følger af tvangsprotokolbekendtgørelsens § 6, nr. 6 og § 7, nr. 6. Ved min gennemgang af tvangsprotokollerne er det implicerede personale flere steder angivet med kun fornavn eller stillingsbetegnelse.

Dette var en problemstilling, som jeg ligeledes omtalte i min inspektionsrapport i 2017. Jeg anførte følgende:

*"Gennemgangen af tvangsprotokollerne viste, at det implicerede personale i mange tilfælde blot var angivet ved initialer eller fornavn. Formuleringer som "portører" eller "2 portører" uden yderligere angivelse af navne forekom meget ofte. I to tilfælde var navnene på det implicerede personale slet ikke angivet.*

*Jeg henstiller, at Psykiatrisk Afdeling A1 sikrer, at både fornavn og efternavn på det implicerede personale ved en tvangsfiksering, herunder også portører, tilføres tvangsprotokollen."*

Jeg henholder mig til min beskrivelse af problemstillingen i 2017 og gentager min henstilling.

*Jeg henstiller derfor, at A1 sikrer en omhyggelig angivelse af både fornavn og efternavn på det implicerede personale.*

Under mit møde med ledelsen oplyste ledelsen mig om, at det ville være vanskeligt for afdelingen at sætte ressourcer og kapacitet af til en mere omhyggelig og grundig udfyldelse af protokollerne.

Uanset at jeg har forståelse for afdelingens ressourcemæssige udfordringer, så har ledelsen en pligt til at følge loven, og jeg finder det problematisk at dette ikke er sket på baggrund af, at jeg allerede i 2017 fremhævede problemet.

Jeg har som OPCAT-observatør en bekymring for patienternes retsstilling og generelle sikkerhed, såfremt protokoller om tvangsmæssig behandling ikke udfyldes korrekt og i overensstemmelse med lovgivningen.

*Jeg henstiller, at A1 sørger for at anvende de korrekte og opdaterede skemaer til udfyldelse af tvangsprotokoller og at udfyldelsen sker omhyggeligt i overensstemmelse med lovgivningen.*

Departementet for Sundhed har til en foreløbig udgave af denne rapport oplyst, at de nye protokoller er blevet anvendt siden efteråret 2022, samt at der er blevet iværksat en ny arbejdsgang for at sikre korrekt udfyldelse af tvangsprotokoller.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

## **12. Husorden**

Forud for inspektionen modtog jeg en kopi af A1's husorden og velkomstfolder. Velkomstfolderen er senest revideret i august 2020.

I pkt. 7 i husordenen fremgår følgende:

**"7. Det er forbudt at have og indtage, alkohol, hash og andre rusmidler, så som **energidrikke** (min fremhævning), på afdelingen."**



Under inspektionen forklarede ledelsen, at de hele tiden udvider og tilpasser grænsen for, hvad de betegner som et 'rusmiddel'. Ledelsen oplyste, at det er deres overbevisning, at det er farligt at indtage for mange energidrikke på én dag, idet der kan være et behandlingsmæssigt og sundhedsmæssigt problem forbundet med at indtage for meget koffein.

Inspektionsholdet bemærkede, at husordenen kunne være problematisk i forhold til det såkaldte legalitetsprincip – kravet om, at offentlige myndigheder skal have hjemmel.

Under min rundvisning på afdelingen bemærkede inspektionsholdet, at flere patienter havde tomme eller fulde energidrikke på deres værelser. Da inspektionsholdet spurgte til dette, oplyste ledelsen, at hvis de forbød patienterne deres energidrikke udløste det meget nemt en konflikt. Det handlede om 'at vælge sine kampe med omhu'. Ledelsen tilkendegav samtidig, at de ville overveje, om afdelingens holdning til energidrikke burde omskrives i husordenen.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

I pkt. 11 i husordenen fremgår følgende:

"11. Man må ikke have nogen form for kønslig omgang med hinanden."

Under inspektionen spurgte inspektionsholdet til denne bestemmelse. Ledelsen oplyste, at de definerer kønslig omgang som samleje. Forespurgt om patienterne må kysse og holde i hånden oplyste ledelsen, at A1 gør rigtig meget for at beskytte den svage part i ikke-ligestillede forhold og for at holde ro og orden på afdelingen.

Jeg forstod det sådan, at patienter gerne må kysse og holde i hånden, hvis ledelsen vurderer, at det er to ligesindede parter. Det står mig ikke klart hvordan ledelsen foretager denne vurdering.

Retten til privatliv følger af artikel 8 i Den Europæiske Menneskerettighedskonvention. I artikel 8 fremgår følgende:

*”Artikel 8: Ret til respekt for privatliv og familieliv.*

*Stk. 1. Enhver har ret til respekt for sit privatliv og familieliv, sit hjem og sin korrespondance.*

*Stk. 2. Ingen offentlig myndighed kan gøre indgreb i udøvelsen af denne ret, undtagen for så vidt det sker i overensstemmelse med loven og er nødvendigt i et demokratisk samfund af hensyn til den nationale sikkerhed, den offentlige tryghed eller landets økonomiske velfærd, for at forebygge uro eller forbrydelse, for at beskytte sundheden eller sædeligheden eller for at beskytte andres ret og frihed.”*

Artikel 8 sikrer bl.a. retten til privatliv og familieliv. Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol har underlagt retten til privatliv og familieliv en bred fortolkning. Dette er en positiv rettighed, hvis formål er at sikre individets rettighed til privatliv og familieliv. Det indebærer endvidere, at staten og myndigheder skal indrette lovgivningen således at der tages hensyn til denne positive rettighed.

*Jeg mener, at pkt. 11 i husordenen kan være i strid med artikel 8 i Den Europæiske Menneskerettighedskonvention hvorefter enhver har ret til respekt for sit privatliv og familieliv.*

*Selvom jeg forstår hensynet bag forbuddet i husordenen, anbefaler jeg, at Psykiatrisk Afdeling A1 overvejer bestemmelsen, herunder eventuelt kontakter Departementet for Sundhed for en nærmere drøftelse herom.*

Departementet for Sundhed har til en foreløbig udgave af denne rapport oplyst følgende vedrørende pkt. 11:

*”Husordenen er også omskrevet, så det fremgår, at kønslig omgang på afdelingen mellem medpatienter ikke er tilladt, dette for at sikre, at en patients grænser ikke overtrædes. Nogle patienter kan have svært ved, eller er ikke i stand til at sige fra, eller kan foretage handlinger i psykotisk/manisk tilstand, som de*

bagefter fortryder eller ikke ville have gjort i stabil tilstand. Derudover er stuerne indrettet som dobbeltstuer. Det vurderes derfor nødvendigt at have et forbud mod kønslig omgang på afdelingen. Patienterne kan, hvis de ikke er tvangstilbageholdt i henhold til psykiatrilovgivningen, til enhver tid forlade afdelingen, hvis de ønsker at besøge deres partner. Det anses derfor ikke som en krænkelse af rettigheden til privat- og familieliv, at der er en retningslinje om ingen kønslig omgang med medpatienter på afdelingen.”

*Jeg mener fortsat, at dette punkt i husordenen kan være i strid med artikel 8 i Den Europæiske Menneskerettighedskonvention. Det er ligeledes min umiddelbare vurdering, at en så indgribende foranstaltning i den personlige frihed bør have klar og sikker hjemmel i lov.*

*Jeg har valgt at udskille forholdet til en særskilt sag af egen drift.*

*Spørgsmålet omtales ikke yderligere i denne rapport.*

I pkt. 18 i husordenen fremgår følgende:

”18. Dørene lukkes af nattevagten efter kl. 24.00 og åbnes først kl. 06.00. Dørene kan altid åbnes ved henvendelse til personalet.”

Under inspektionen spurgte inspektionsholdet nærmere ind til, hvilke døre, der blev lukket. Ledelsen oplyste, at den indvendige dør til afdelingen bliver låst kl. 24.00, fordi de ikke vil have uvedkommende personer udefra ind om natten. Det er ikke fordi patienterne ikke må gå ud. Patienterne har altid mulighed for at henvende sig til personalet hvis de har brug for at komme ud og ryge eller andet.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

På side 6 nederst i velkomstfolderen fremgår følgende:

**”Besøgstid**

Alle hverdage: kl. 16-17.00 og kl. 19-21.

Weekend: kl. 10-17 og 19-21.

Børn under 18 år må ikke komme i afdelingen. Der kan dog arrangeres besøg mellem børn under 18 år og deres pårørende, efter nærmere aftale med personalet.”

Under inspektionen spurgte inspektionsholdet til muligheden for, at børn under 18 år kan komme på besøg hos en eventuelt indlagt forælder.

Ledelsen oplyste, at afdelingen ikke har et besøgsrum. Derfor foregår besøg nede i afdelingen blandt de andre patienter. Det er kun muligt at arrangere familiebesøg i kælderens under A1 (terapiafdelingen) en times tid ad gangen i hverdagen, idet der skal deltage personale. Det er ikke muligt at arrangere familiebesøg i weekenden pga. personalemangel.

Det er på den baggrund udgangspunktet, at børn under 18 år ikke må komme på besøg i afdelingen.

Jeg mener, at det kan være en krænkelse af retten til familieliv jf. artikel 8 i Den Europæiske Menneskerettighedskonvention, at eksempelvis indlagte forældre kun har meget begrænset mulighed for at få besøg af deres børn. Artikel 8 er nærmere beskrevet ovenfor.

Det følger af artikel 9 i FN's konvention om barnets rettigheder (herefter børnekonventionen), at et barn har ret til familieliv og kontakt med sine forældre. Det fremgår af artikel 9, at:

*”1. Deltagerstaterne skal sikre, at barnet ikke adskilles fra sine forældre mod deres vilje, undtagen når kompetente myndigheder, hvis afgørelse er undergivet retlig prøvelse, i overensstemmelse med gældende lov og praksis bestemmer, at en sådan adskillelse er nødvendig af hensyn til barnets tarv. En sådan beslutning kan være nødvendig i særlige tilfælde, f.eks. ved forældres misbrug eller vanrøgt af barnet, eller hvor forældrene lever adskilt og der skal træffes beslutning om barnets bopæl.*

*2. I behandlingen af enhver sag i medfør til stykke 1 skal alle interesserede parter gives mulighed for at deltage i sagsbehandlingen og fremføre deres synspunkter.*

*3. Deltagerstaterne skal respektere retten for et barn, der er adskilt fra den ene eller begge forældre, til at opretholde regelmæssig personlig forbindelse og direkte kontakt med begge forældre, undtagen hvis dette strider mod barnets tarv.*

*4. Hvor en sådan adskillelse er en følge af en handling iværksat af en deltagerstat, såsom tilbageholdelse, fængsling, udvisning, forvisning eller død (herunder dødsfald af en hvilken som helst årsag, mens personen er i statens varetagt) af den ene eller begge forældre eller af barnet, skal deltagerstaten efter anmodning give forældrene, barnet eller om nødvendigt et andet medlem af familien de væsentlige oplysninger om, hvor den eller de fraværende medlemmer af familien befinder sig, medmindre afgivelsen af oplysningerne ville være skadelige for barnets velfærd. Deltagerstaterne skal desuden sikre, at fremsættelsen af en sådan anmodning ikke i sig selv medfører skadelige følger for vedkommende person eller personer.”*

Ifølge artikel 9 har barnet som udgangspunkt ret til at bo sammen med sine forældre. Barnet har ret til at opretholde kontakt til begge forældre, hvis barnet lever adskilt fra den ene eller dem begge. Det er statens opgave at genskabe kontakten, hvis adskillelsen skyldes årsager iværksat af staten.

Jeg mener, at besøgstiderne på A1 kan være en krænkelse af barnets ret til at være i kontakt med sine forældre jf. artikel 9, stk. 3 i børnekonventionen.

Jeg gør i den anledning opmærksom på, at besøgstiden i hverdagen er fra kl. 16-17 og kl. 19-21. Det mener jeg, er et meget snævert tidsmæssigt vindue, særligt henset til, at det skal passe ind i afdelingens bemanning og øvrige planer den givne dag samt passe ind i en hverdag for den besøgende.

*Jeg henstiller til, at Psykiatrisk Afdeling A1 undersøger muligheden for bedre besøgsvilkår, særligt for patienter med børn under 18 år.*

Departementet for Sundhed har til en foreløbig udgave af denne rapport oplyst, at der er mulighed for besøg af børn under 18 år i terapirummet.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

Under min rundvisning på afdelingen bemærkede inspektionsholdet, at husordenen for A1 var ophængt på afdelingen. På døren ind til "skærmen" var der ophængt særskilt husorden for "skærmen". Et andet sted på afdelingen var der ophængt regler for besøg på A1 dateret oktober 2019.

Det er mit indtryk, at regler for besøg, husorden for A1 og husorden for "skærmen" virker usammenhængende og forvirrende for både patienter, besøgene og personale.

*Jeg anbefaler, at A1 foretager en gennemgående opdatering og revidering af husorden og øvrige regler samt diverse opslag på afdelingen.*

Departementet for Sundhed har til en foreløbig udgave af denne rapport oplyst, at husordenen er blevet revideret og opdateret efter inspektionen.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

### **13. Betingelser for indlæggelse**

Under inspektionen oplyste ledelsen, at det under den gældende lovgivning, er vanskeligt at hjælpe den gruppe borgere, som er psykotiske uden samtidigt at være farlige.

Ledelsen uddybede, at det er svært at definere, hvornår en patient kan blive indlagt på behandlingsindikation, da man skal kunne argumentere for, at der ved behandling vil ske en bedring. Det er mere klart defineret ved fareindikation, da det er nemmere at argumentere for en patients farlighed.

Ledelsen gav udtryk for, at der efter ledelsens opfattelse derved er en gruppe borgere som svigtes.

*Jeg anbefaler, at Departementet for Sundhed i dialog med A1 og evt. Landslægeembedet overvejer, hvorvidt der på dette punkt er grundlag for lovgivningsmæssige tiltag.*

Departementet for Sundhed har til en foreløbig udgave af denne rapport oplyst, at departementet, sundhedsledelsen og Landslægeembedet vil afdække behovet for nye lovgivningsmæssige tiltag målrettet borgere, som er psykiske uden samtidig at være farlige.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

#### **14. Samarbejde med kommune og pårørende**

Under inspektionen oplyste ledelsen, at samarbejdet med kommunerne er udfordrende. Afdelingen oplevede, at selvom de udarbejdede og sendte en underretning til en kommune vedrørende en patient, som blev udskrevet, reagerede kommunen ikke for så vidt angår bolig, job, sociale ydelser osv.. Ledelsen oplyste, at der så kan gå en rum tid, hvorefter borgeren igen bliver indlagt på A1 og nu er hjemløs, arbejdsløs osv. Ledelsen gav udtryk for, at A1 hjælper kommunerne rigtig meget med at udarbejde handleplaner for borgerne, men at kommunerne ikke formår at handle på planerne.

Det er min forståelse, at afdelingen mener, at kommunerne ikke gør tilstrækkeligt for at hjælpe borgere med psykiske sygdomme.

Ledelsen oplyste, at A1 har ansat en socialrådgiver, som er brobygger og forestår al kontakt mellem A1 og de relevante kommuner.

Ledelsen oplyste endvidere, at det er deres opfattelse, at kommunerne ikke er proaktive eller opsøgende. Kommunerne venter på, at A1 tager initiativ, til trods for at A1 har sendt en underretning til kommunen og udtrykt bekymring for en patient.

Jeg har ikke hørt kommunerne omkring afdelingens bekymring og kritik.

## **15. Opfølgning**

Jeg anmoder A1 om at gøre medarbejderne, beboerne og de pårørende bekendt med denne rapport.

Jeg har sendt en kopi af denne rapport til orientering til Departementet for Sundhed samt Landslægeembedet.

Jeg anser hermed sagen om inspektionen af A1 for afsluttet.

Jeg bemærker herved, at jeg som nævnt ovenfor under pkt. 12 har udskilt forholdet om forbud mod kønslig omgang på afdelingen til en særskilt sag.

Denne rapport vil blive medtaget i min årsberetning for 2023 og offentliggjort på min hjemmeside, [www.ombudsmand.gl](http://www.ombudsmand.gl).



**Retsgrundlaget for inspektionen**

Retsgrundlaget for ombudsmandens virksomhed fremgår af inatsisartutlov nr. 7 af 1. juni 2017 om Ombudsmanden for Inatsisartut (herefter ombudsmandsloven).

Ombudsmanden vælges af Inatsisartut, jf. ombudsmandslovens § 1, stk. 1, men er i udførelsen af sit hverv uafhængig af Inatsisartut, jf. ombudsmandslovens § 6, stk. 1. Ombudsmandens virksomhed omfatter bl.a. alle dele af den offentlige forvaltning under Grønlands Selvstyre og kommunerne, jf. ombudsmandslovens § 7, stk. 1, 1. pkt.

Ombudsmanden har til opgave at undersøge, om myndigheder eller personer, der er omfattet af ombudsmandens virksomhed, handler i strid med gældende ret eller på anden måde gør sig skyldige i fejl eller forsømmelser ved udførelsen af deres opgaver, jf. ombudsmandslovens § 19, stk. 1. Ombudsmanden kan fremsætte kritik, afgive henstillinger og i øvrigt fremsætte sin opfattelse af en sag, jf. ombudsmandslovens § 20.

Efter ombudsmandslovens § 16, 1. pkt., kan ombudsmanden undersøge enhver institution eller virksomhed samt ethvert andet tjenestested, der hører under ombudsmandens virksomhed. I forbindelse med sådan en undersøgelse kan ombudsmanden – ud over hvad der følger af ombudsmandslovens §§ 19 og 20 – bedømme forhold vedrørende en institutions indretning og drift samt forhold vedrørende behandlingen af og aktiviteterne for institutionens brugere ud fra almenmenneskelige og humanitære synspunkter, jf. ombudsmandslovens § 16, 2. pkt.

Det fremgår af ombudsmandslovens § 17, at ombudsmanden varetager opgaven som den nationale forebyggende mekanisme i henhold til valgfri protokol af 18. december 2002 til FN-konventionen om tortur og anden grusom, umenneskelig eller nedværdigende behandling eller straf i overensstemmelse med protokollens bestemmelser.

På engelsk hedder protokollen The Optional Protocol to the Convention Against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, forkortet OPCAT. OPCAT-protokollen er offentliggjort ved Udenrigsministeriets bekendtgørelse nr. 38 af 27. oktober 2009.

Formålet med OPCAT-protokollen er at etablere et system med regelmæssige besøg foretaget af uafhængige internationale og nationale instanser på steder, hvor personer er frihedsberøvet, for at forebygge tortur og anden grusom, umenneskelig eller nedværdigende behandling eller straf.