

**FOLKETINGETS OMBUDSMAND**

Gammel Torv 22. 1457 København K  
Telefon 33 13 25 12. Telefax 33 13 07 17  
Personlig henvendelse 10-15

Folketingets Retsudvalg  
Christiansborg  
1240 København K  
MODTAGET

23 MAJ 2006 10<sup>15</sup>

Den Centrale Indlevering

Retsudvalget  
REU alm. del - Bilag 626  
Offentligt

J.nr.: 2006-0400-424  
Sagsbehandler: PH/AMJ  
(Bedes anført ved henvendelser)  
Akt. nr.: 19

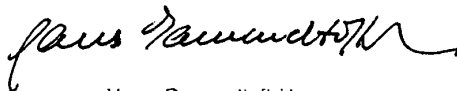
+ rapporter

**Vedrørende inspektion af Psykiatrisk Børne- og Ungecenter i Næstved**

Hermed sender jeg et eksemplar af endelig rapport af dags dato vedrørende inspektion den 16. marts 2006 af Psykiatrisk Børne- og Ungecenter i Næstved.

Med henblik på muligheden for at mangfoldiggøre rapporten vedlægger jeg desuden en uhæftet kopi af rapporten.

Med venlig hilsen



Hans Gammeltoft-Hansen

22 MAJ 2006

Gammeltorv den  
Journalnr. 2006-0400-424 PH



den 16. marts 2006

Folketingets Ombudsmand - Gammeltorv 22 - 1457 København K

## Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	3
2. Afdelingens organisation mv. ....	5
3. Bygningsmæssige forhold mv.....	6
3.1. Generelt .....	6
3.2. Integreret døgnafsnit for børn og unge.....	6
3.2.1. Skærmede afsnit .....	7
3.2.2. Det øvrige døgnafsnit.....	8
3.2.3. Øvrige lokaler.....	10
3.2.4. De børnepsykiatriske sengepladser .....	12
3.3. Børnepsykiatrisk dagafsnit.....	12
3.3.1. Øvrige faciliteter .....	15
3.4. Ambulatorier .....	15
3.5. Samlet.....	15
4. Samtaler med enkelte patienter .....	16
5. Andre forhold .....	16
5.1. Overbelægning mv. ....	16
5.2. Aflåsning, herunder skærmning, og forholdene for frivilligt.....	19
indlagte .....	19
5.3. Adgang til frisk luft.....	26
5.4. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2.....	28
5.5. Patienternes kontakt med læge mv. ....	28
5.6. Tilkald af politi i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger i afdelingen .....	30
5.7. Besøg, visitation og adgang til telefonering.....	31
5.8. Rygepolitik .....	37
5.9. Forplejning .....	38
5.10. Udslusning, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner .....	39
5.11. Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling.....	42
5.12. Vold mod personalet .....	44
5.13. Opbevaring af journaler .....	45
5.14. Handicaptilgængelighed.....	46
5.15. Patientindflydelse .....	46
5.16. Behandlingsplaner .....	48
5.17. Euforiserende stoffer og alkohol .....	48
5.18. Kæresteforhold mellem patienterne .....	49
5.19. Rekruttering af personale og sygefravær.....	49
5.19. Lovgrundlaget .....	50
6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen .....	51

6.1.	Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse .....	55
6.2.	Tvangsbehandling .....	61
6.3.	Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt .....	66
6.4.	Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning .....	72
6.5.	Personlige alarm- og pejlesystemer.....	76
6.6.	Særlige dørlåse .....	76
	Opfølgning .....	77
	Underretning.....	77

## 1. Indledning

Ifølge ombudsmandslovens § 7, stk. 1, omfatter ombudsmandens kompetence alle dele af den offentlige forvaltning. Efter § 18 i loven kan ombudsmanden undersøge enhver institution eller virksomhed samt ethvert tjenestested der hører under ombudsmandens virksomhed. I de almindelige bemærkninger til lovforslaget om ombudsmandsloven er det forudsat at der vil ske "en vis forøgelse af inspektionsvirksomheden i forhold til det kommunale område, især af psykiatriske hospitaler og andre institutioner for mentalt handicappede".

Som et led i denne inspektionsvirksomhed foretog jeg og tre af embedets øvrige medarbejdere den 16. marts 2006 inspektion af Psykiatrisk Børne- og Ungecenter i Næstved.

Til stede under inspektionen var blandt andre centerchef, ledende overlæge Flemming Sevaj, centersouschef, ledende psykolog Annette Anbert og souschef i Social- og psykiatريفorvaltningen, Storstrøms Amt, Ole Rytto.

Inspektionen omfattede en indledende samtale med ledelsen og medarbejderrepræsentanter, rundgang på centrets afsnit, samtaler med de patienter der havde anmodet herom og en opsamlende samtale med ledelsen.

I forbindelse med inspektionen anmodede jeg om kopi af tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 32-39 i bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og anvendelse af særlige dørlåse foretaget på centrets afsnit forud for den 3. februar 2006 hvor inspektionen blev varslet. Dele af dette materiale blev udleveret under inspektionen, men den resterende del – på grund af en misforståelse – først efterfølgende er tilsendt mig med breve af 27. og 30. marts 2006. Tilførslerne gennemgås under pkt. 6.

Forud for inspektionen modtog jeg kopi af "Psykiatrisk Børne- og Ungecenter i Storstrøms Amt, Rapport fra 2002-2004" og "Dialogaftale mellem Social og psykiatريفorvaltningen i Storstrøms Amt og Psykiatrisk Børne- og Ungecenter – vedrørende visioner, overordnede målsætninger, samarbejde og udvikling i 2004-2005" begge indeholdende oplysninger om generelle forhold på centrets forskellige afsnit. Under inspektionen fik jeg udleveret yderligere materiale herunder en udskrift af centrets "Miljøterapeutiske rammer".

Jeg modtog efter inspektionen – med brev af 28. marts 2006 – yderligere materiale, herunder rapporten "Skærmning – principper, metode og udvikling" af 1. april 2005.

Efter min anmodning under inspektionen om at modtage eksempler af behandlingsplaner til senere gennemsyn, modtog jeg på inspektionsdagen kopi af to behandlingsplaner for patienter på centrets døgnafsnit.

Det bemærkes endvidere at nogle af de i rapporten berørte emner hovedsagelig bygger på en efterfølgende gennemgang af det skriftlige materiale som jeg har modtaget fra centret før, under og efter inspektionen og fra amtets hjemmeside ([www.stam.dk](http://www.stam.dk)), og således blev ikke alle emner drøftet særskilt under selve inspektionen.

Denne rapport har i en foreløbig udgave været sendt til Psykiatrisk Børne- og Ungecenter i Næstved og Social- og psykiatريفorvaltningen i Storstrøms Amt med henblik på at give myndighederne lejlighed til at fremkomme med eventuelle bemærkninger om de faktiske forhold som beskrevet i rapporten. Psykiatrisk Børne- og Ungecenter har i et brev og e-mail af 9. maj 2006 fremsat sådanne bemærkninger som er indarbejdet i rapporten. Jeg har ikke modtaget bemærkninger fra Storstrøms Amt.

## 2. Afdelingens organisation mv.

Psykiatrien i Storstrøms Amt er inddelt i fem blokke under Social- og psykiatريفorvaltningen samt Social- og psykiatriudvalget. I hver blok er den sundhedsfaglige behandlingspsykiatri og socialpsykiatrien integreret. Psykiatrisk Børne- og Ungecenter i Næstved udgør sammen med Amtsunngdomscentret i Vordingborg den ene af de fem blokke (Børne- og Unge blok). Børne- og Ungeblokken varetager behandling og støtte af børn, unge og yngre voksne (op til 24 år). Hver blok ledes af en lægelig blokchef (sundhedsfaglig psykiatri) og en social blokchef (socialfaglig psykiatri).

Psykiatrisk Børne- og Ungecenter er beliggende på Storstrømmen Sygehus Næstveds område. Centret består – under centerledelsen – af et dagafsnit for børn i alderen 0-13 år, et børnepsykiatrisk ambulatorium for børn i samme aldersgruppe, et ungdomspsykiatrisk ambulatorium for unge i alderen 14-17 år og et integreret døgnafsnit for børn og unge. Hertil kommer et børnepsykiatrisk og et ungdomspsykiatrisk ambulatorium beliggende i Nykøbing F samt et ambulans specialafsnit for yngre voksne i alderen 18-24 (Team Yngre Voksne) beliggende på Præstegårdsvej 8 ved Amtsunngdomscenteret i Vordingborg.

Det integrerede døgnafsnit råder over 10 pladser – heraf 8 senge fortrinsvis til unge i aldersgruppen 14-17 år og 2 sengepladser forbeholdt børn (i separat, skærmet afsnit). Af de 8 sengepladser kan de 2 fysisk skærmes fra de øvrige. Alle sengestuer er enestuer med eget bad og toilet. Døgnafsnittet er et åbent afsnit der kan lukkes efter behov og kan således fungere både som et åbent og et lukket afsnit.

Det børnepsykiatriske dagafsnit modtager op til 6 børn kontinuerligt. Børnene er indskrevet i dagafsnittet i perioder på mellem 8 og 12 uger og bringes med kørselsordning fra deres respektive hjemadresser. Børnene er i afsnittet i dagtimerne fra kl. 8.15 til kl. 12.00 eller kl. 13.00, afhængig af ugedag. Når dagen er slut bringes børnene hjem, til deres børnehave eller SFO. Det blev oplyst at aldersspredningen i dagafsnittet i praksis havde været 3-13 år.

Ledelsen oplyste at aldersgrænsen mellem børn og unge pr. 1. februar 2006 var blevet sat ned til 14 år (mod tidligere 15 år). Børnepsykiatrien tager sig som anført ovenfor af børn i alderen 0-13 år mens ungdomspsykiatrien tager sig af unge i alderen 14-17 år.

Centerledelsen består af den ledende overlæge (den psykiatriske blokchef) der er centerchef og centersouschefen der er ledende psykolog.

### **3. Bygningsmæssige forhold mv.**

#### **3.1. Generelt**

Psykiatrisk Børne- og Ungecenter er placeret på Storstrømmens Sygehus i Næstveds matrikel, lidt tilbagetrukket fra det somatiske sygehus høje bygning og i både nybyggede og ældre renoverede bygninger. Der er tale om en samlet bygningsstruktur hvor der er fri passage indendørs.

Centret ligger i rolige omgivelser med udsigt fra døgnafsnittes enkeltværelser og opholdstuer til fredet skov og den bagvedliggende Suså. Ambulatorie- og kontorsiden vender mod parkeringsplads og anden lav bebyggelse. Der er kun få minutters gang til gågaden i Næstved.

De besigtigede bygninger er lave gulstensbygninger med fladt tag liggende i to rækker forbundet af tre tværliggende træbeklædte bygninger med skråt tag. I midten heraf er der indrettet to atriumgårde.

#### **3.2. Integreret døgnafsnit for børn og unge**

I januar 2002 blev de to psykiatriske børnedøgnpladser flyttet til døgnafsnittet for unge således at afsnittet nu rummer otte pladser til unge i alderen 14-17 år og to pladser til børn (0-13 år). De to pladser havde tidligere været placeret i pædiatrisk afdeling på det somatiske sygehus. Centret overgik samtidig fra Sundhedsforvaltningen til Social- og psykiatريفorvaltningen.



Som nævnt under pkt. 2 kan to af afsnittets otte sengepladser til unge fysisk skærmes fra de øvrige stuer ved at der lukkes (og aflåses) en dør på gangen. Det herved skærmede afsnit er placeret i den ene ende af afsnittet – modsat de to sengepladser forbeholdt børn. Sidstnævnte to sengepladser er tilsvarende indrettet med mulighed for afsondring fra det øvrige afsnit.

Under min rundgang besigtigede jeg stue 1 og 3 på det skærmede afsnit, og stue 6, 7 og 10 på det øvrige døgnafsnit (stue 10 er en af sengestuerne forbeholdt børn).

### **3.2.1. Skærmede afsnit**

Stuerne på det skærmede afsnit er indrettet med nyere hospitalssenge med træramme i bøg, sengebord og lampe. På væggen ind til toilet og bad er der indbyggede skabe fordelt med et højt skab der kan låses og to mindre skabe. Over de to mindre skabe er der endvidere to hylder. Stuerne har også et skrivebord og en skrivebordsstol. Over skrivebordet er der opsat en lille reol med to rum og en whiteboard tavle. Stuerne var ungdommeligt, personligt indrettet med fx ghettoaster, mini-basketballkurv og videofilm. De unge har mulighed for at sætte plakater mv. op på væggene så længe der anvendes ophæng der ikke ødelægger væggen. Der er ophængt gardiner.

Til hver stue hører eget toilet og bad. Saniteten er i hvid, og der er hvide fliser på væggene. Foruden toilet, håndvask og bruseniche er der spejl, papirhåndklædeholder og en hylde til toiletartikler.

### *Gangarealer*

Gangen på det skærmede afsnit er indrettet med mulighed for spiseplads til tre personer. Gangen ender i et lille opholdsrum med en sofa, almindelige stole, et sofabord og et tv opsat på væggen. Der er fra opholdsrummet udsigt til vejen som for nylig er blevet skærmet for indkig ved hjælp af et hegn og beplantning.

Desuden er vinduet forsynet med gardiner. Der var endvidere et te-køkken langs den ene væg men det blev oplyst at dette ikke benyttes.

På væggene er der farverige billeder og på gulvet står der høje planter i krukker.

Fra det skærmede afsnit er der – når døren ikke er lukket (og evt. låst) – umiddelbar adgang til resten af døgnafsnittets faciliteter herunder opholdsstue, spisestue og køkken.

### 3.2.2. Det øvrige døgnafsnit

De øvrige stuer på døgnafsnittet ligner i det væsentligste stuerne på det skærmede afsnit. Hospitalssengen er dog – med undtagelse af én stue – byttet ud med en briks i sort stel og stuerne har en sort lænestol. Der er som tidligere nævnt udsigt fra stuerne til mindre, offentlig vej og skov.

Stuerne har også her eget toilet og bad med samme indretning og interiør som på det skærmede afsnit.

#### *Opholds- og spisestue*

Der er indrettet opholds- og spisestue i en stor vinkelstue. Endevæggen – der vender samme vej som sengestuerne – er glaspartier fra gulv til loft adskilt af brede sprosser og enkelte glaspartier der kan åbnes. Der er herigennem udkig til vej og skov. Der er (meget) højt til loftet som sammen med de store vinduer gør lokalet lyst og åbent. Opholdsstuedelen er indrettet med tre sofaer – med puder og tøjdyr – omkring et sofabord. Der stod på inspektionstidspunktet en skål med frugt på sofabordet. På de hvide vægge er der hængt farverige malerier op ved siden af tv og stereoanlæg.

I overgangen fra opholdsstuen til spisestuen er opstillet et mindre spisebord med fire stole. I spisestuedelen – rundt om hjørnet fra spisebordet – er et langt

spisebord med plads til ti personer. Der er på væggen reoler indeholdende spil og bøger. Der blev på inspektionstidspunktet spist frokost ved bordet.

Til døgnafsnittet hører endnu en opholdsstue hvor der bl.a. er et billardbord. Der er endvidere i den fjerneste ende sofaer ved et sofabord og et spisebord med plads til seks personer. På den ene væg er der opsat reoler til stereoanlæg, videofilm, spil og bøger.

Der er endvidere to computere til (næsten) fri afbenyttelse for patienterne. Det blev oplyst at der i computerne er isat softwarelås på disse hvormed søgning på internettet er begrænset. Der er ligeledes et sammenklappet bordtennisbord. En væg er flot udsmykket med et kunstværk bestående af drivtømmer og avispapir, der er med til at give opholdsstuen et hjemligt præg.

#### *Køkken*

Med direkte adgang fra spisestuedelen er et stort åbent køkken der på den modsatte side også har døråbning til gangen overfor personalekontoret. I køkkenets midte er et anretterbord med kogeø, og langs hele den ene væg ud til opholdsrummet er et køkkenbord. Over køkkenbordet er der glaspartier med kig til opholdsrummet. På den modsatte væg er der hårde hvidevarer herunder ovne, mikrobølgeovn og køle- og fryseskab. Alle skabslåger er grå og bordpladen er i en lysere nuance.

Det blev oplyst at køkkenet ikke må benyttes til håndtering af madvarer med jord på. Hertil benytter afsnittet et andet køkken beliggende på gangen uden for afsnittet.

#### *Gangarealer*

Gangen løber langs med den ene atriumgård. Midt på gangen mellem opholdsrummene er et indhak med et stort glasparti hvor en sofa er stillet på skrå ud fra glaspartiet. Der er endvidere to stole om et rundt bord hvorpå der på inspektionstidspunktet stod en vase med tulipaner.

Gulvet er i lys linoleum som brydes af forskellige farvenuancer og tværliggende sorte, brede striber.

### 3.2.3. Øvrige lokaler

#### *Skolestue*

Tilknyttet døgnafsnittet er en skolestue. Skolen – der har to fuldtidsansatte lærere – tilbyder individuelle forløb til de unge der ønsker at modtage undervisning eller er skolepligtige. Undervisningen foregår som udgangspunkt som enkeltundervisning og ikke i grupper da de indlagte aldersmæssigt oftest er meget spredt ligesom deres motivation er meget forskellig. Skolen er et tilbud der er integreret i det samlede behandlingstilbud i afsnittet. Når lærerne (i samarbejde med det øvrige personale) skønner at det er formålstjenligt tager skolen kontakt med barnets eller den unges hjemskole.

Skolestuen er møbleret med borde og skrivebordsstole. I en krog i skolestuen er en lænestol med udkig til den ene af centrets to atriumgårde. På bordene ligger magasiner og forskellige læsebøger, og der er opstillet reoler med undervisningsmateriale mv og et staffeli. På en væg over skolens tre computere (med internet opkobling) hænger reoler med ordbøger og computermateriale. Væggene er yderligere pyntet med plakater med motiver af fugle- og krybdyrsarter og landkort mv.

#### *Værksteder*

Ved siden af skolestuen (lige uden for afsnittet) er et værksted med arbejdsborde og høvlbænke. På væggene hænger værktøj og reoler med materialekasser. Der er en terrassedør med direkte udgang til ovennævnte atriumgård.

Det blev under inspektionen oplyst at værkstedet ikke benyttes så meget som ønskeligt men centret håber på at kunne ansætte en medarbejder til funktionen hvorefter diverse aktiviteter (igen) vil blive tilbudt de unge.

Døgnafsnittet råder desuden over et hobbyværksted hvor de unge kan aktiveres med mere hobbyprægede aktiviteter (fx håndarbejde). Dette værksted er placeret ved afsnittets hovedindgang ved siden af afsnittets personalekontor. Ledelsen oplyste at hobbyværkstedet benyttes mere end det andet værksted, men at det kunne benyttes mere. Generelt vil de indlagte unge hellere i svømmehal, på skøjtebane, i motionscenter eller lignende. Efter den helbredsmæssige tilstand tilbydes de unge sådanne aktiviteter med eller uden ledsagelse af personale. Det fremgår fx af de modtagne miljøterapeutiske rammer at det er muligt at deltage i en løbe/gå gruppe.

#### *Atriumgård*

Den ene af centrets to atriumgårde er indhegnet af ovennævnte gangarealer, skolestue og værksted.

I gårdens midte er der to gadelamper og træer på lige række, og enkelte små rækker af bøgehække og blomsterkummer. Der er endvidere en udendørs pejs som ofte benyttes om sommeren til grill og snobrødsbagning. I et hjørne står borde og stole (pga. vinteren), stangtennis og en skraldespand. Det blev oplyst at der er mulighed for at spille basketball og badminton men at dette foregår andetsteds på grunden.

#### *Ekstra badeværelse*

I et indhak i opholdsstuen (svarende til køkkenet) er indrettet personaletoilet og et ekstra badeværelse med kar og toilet med armlæn. Badeværelset benyttes efter det oplyste ikke meget, men anvendes fx til badning af mindre børn.

#### *El-stimulationsbehandling*

Centret benytter sig ikke af el-stimulationsbehandling, men har mulighed for at benytte voksenpsykiatriens lokaler hertil på Oringe i Vordingborg. Disse lokaler blev ikke besigtiget under inspektionen.

### **3.2.4. De børnepsykiatriske sengepladser**

Centret råder som tidligere anført over to døgnpladser der er forbeholdt børn.

Disse sengepladser er fysisk placeret i den modsatte ende af døgnafsnittet i forhold til de to skærmede sengepladser. Fysisk er indretningen den samme som i det skærmede afsnit med kombineret gang og opholdsrum samt et lille te-køkken.

Sengestuerne har samme indretning som på det øvrige døgnafsnit, og til stuerne hører også her eget toilet og bad også med samme indretning som på det øvrige afsnit.

I tilslutning til de to sengestuer er der en tredje stue, med samme indretning og med eget bad og toilet. Denne stue benyttes af forældre som ønsker at overnatte sammen med deres indlagte barn. I tilfælde af overbelægning benyttes forældrestuen hvis den er tom, til et barn. Det gælder dog, som det fremgår af pkt. 5.1, kun hvis der ikke er ledige sengestuer i døgnafsnittet for unge.

#### *Gangarealer*

Gangen er indrettet med sofa og sofabord der er placeret ud for de to stuer. Der er på væggen ophængt et tv og på gulvet står en reol med spil mv.

For enden af gangen er der – som på det skærmede afsnit – et tekøkken der som på det skærmede afsnit heller ikke bruges. Der er i forlængelse heraf en lille gang ud til den bagvedliggende vej og skoven. Udgangen benyttes, og skiltes, som nødudgang.

### **3.3. Børnepsykiatrisk dagafsnit**

Der er til børnepsykiatrisk dagafsnit – som modtager børn i alderen 0-13 år – indgang via en modtagelsesgang hvor hvert barn har et garderoberum med

(for)navn på. Der er bagest i gangen en dør med udgang til centrets anden atriumgård.

Ved indgangen og ud mod parkeringspladsen ligger personalekontoret hvortil der er indkig gennem glastruer fra begge sider.

Fra modtagelsesgangen er endvidere adgang til et handicaptoilet med håndvask, toilet og badekar i hvid sanitet. Der er endvidere spejl og papirhåndklædeholder. Væggen har hvide fliser der brydes af en sort bort 2/3 op på væggen, og gulvet er i lys linoleum.

Ved siden af handicaptoiletet er der et almindeligt toilet der er smallere end det førnævnte. Dette har basisinteriør ligeledes i hvid sanitet.

Fra modtagelsesgangen fortsætter gangen der munder ud i afsnittets spise- og opholdsstue.

Til venstre på gangen er der et tumble- og legerum hvori børnene har mulighed for fysisk udfoldelse. I rummet er der bl.a. store puder på 1,5 x 1,5 meter, en måtte på gulvet, en teaterlignende rotunde (hule) og bamser på hynder langs væggen.

Med adgang fra tumble- og legerummet er der via et forrum indgang til afsnittets skolestue.

I forrummet er opsat fem fladskærme over et bord. Skærmene bruges som led i behandling (af bl.a. spiseforstyrrelser) idet personalet herfra kan observere spisesituationer mv. mellem forælder og barn.

Skolestuen er indrettet med forskellige tavler, reoler, borde og stole. Der er også en lænestol og en computer. Skolestuen rummer mange billed- og læse-

bøger for børn i alle aldre. På væggene er der opsat tegninger og vinduerne er udsmykket med vinduesmaling.

Gangen munder – som nævnt – ud i et stort køkken/alrum med spisepladser. Her står tre ellipseformede borde med almindelige stole og enkelte trip-trap stole. Der er på den ene endevæg monteret reoler og nedenunder et langt vægmonteret skrivebord med to computere.

I spisestuens fire hjørner er der opsat kameraer der er forbundet til ovennævnte forrum med fladskærmene. Der er endvidere langs med ledninger til lamperne over bordene ophængt mikrofoner der gør det muligt for personalet i forrummet at følge med i samtalerne. Det oplyses at forældrene, og eventuelt søskende, altid informeres om at (lyd)optagelser finder sted.

Fra spisestuen er der udsigt til ambulancevej og skoven.

Køkkenet er som det øvrige dagafsnit nybygget i 2002 og i den forbindelse indrettet med små finesser der gør det børnevenligt fx er der i soklen under køkkenskabene udtrækskasser som børnene kan stå på når de hjælper med at lave mad.

Opholdsstuen er farverigt indrettet med to sofaer med to kvadratiske sofaborde i midten og trafiktæppe under. Der er tv med dvd-afspiller, stereoanlæg og reoler langs den modsatte væg. På reolerne er der spil, dukker, dukkehus og andre legesager, og på gulvet stod en dukkebarnevogn. Ud mod børneafsnittets legeplads – hvortil der er direkte adgang fra opholdsstuen – står også en høj palme. I loftet hænger der papudskåret fisk i en troldegren samt kugleformede lamper.



### 3.3.1. Øvrige faciliteter

#### *Legeplads*

Som nævnt ovenfor er der til børneafsnittet en legeplads der er omkranset af et trådhegn. Den ligger ud til ambulancevejen og skoven. På legepladsen er der gyngestativ, legetårn med rutsjebane og en sti hvor børnene kan køre med gokart.

#### *Atriumgård*

Denne atriumgård er indrettet på næsten samme måde som den der tilhører døgnafsnittet. I denne gård er der (dog) også en sandkasse og udendørslegetøj.

### 3.4. Ambulatorier

Der er i forbindelse med centrets børne- og ungeambulatorier et venteværelse. Dette er indrettet med runde caféborde og stole i bøg. Langs den ene væg er der et akvarium og en sten skulptur på gulvet. I modsatte hjørne er der en stor palme i krukke og farverige billeder på væggen. Der var endvidere små blomster på bordene, og aviser lå fremme.

### 3.5. Samlet

Ledelsen oplyste at der under bygge- og indretningsarbejdet havde været tilknyttet en kunstner der stod for farvevalget på centret.

Ud over det ovenfor beskrevne blev også lokaler til samtaler, møder, ambulante gruppeterapi, familieterapi, legeterapi mv., herunder behandlerkontorer og medicinrum, besigtiget under inspektionen.

*De besigtigede afsnit mv. fremstår nye, pæne, rene og velholdte. De fysiske forhold giver mig ikke anledning til yderligere bemærkninger end de der fremgår nedenfor under punkt 5.2.*

#### **4. Samtaler med enkelte patienter**

Under inspektionen havde jeg samtaler med tre patienter som alle havde ønsket en samtale med mig. En af patienterne har modtaget separat skriftligt svar som opfølgning på samtalen.

#### **5. Andre forhold**

##### **5.1. Overbelægning mv.**

Centrets døgnafsnit har som nævnt ovenfor 10 sengepladser der alle er enestuer (værelser) med eget bad og toilet.

To af døgnafsnittets 10 sengepladser er som også omtalt ovenfor forbeholdt børn (0-13 år). Disse to sengestuer befinder sig i den ene ende af afsnittet med mulighed for at lukke en dør til afsnittets øvrige sengestuer og udgør derved et lille særarnsnit. Uden for sengestuerne er der indrettet en lille opholdsstue og der findes et te-køkken. Særarnsnittet er fysisk indrettet som det skærmede afsnit i den anden ende af døgnafsnittet.

De øvrige otte sengestuer er fortrinsvis til unge i alderen 14-17 år. To af disse sengestuer kan skærmes/aflåses fra det øvrige afsnit.

Ledelsen oplyste under inspektionen at der aldrig indlægges to unge eller to børn på samme sengestue. Er der behov for indlæggelse af mere end to børn samtidig sker den tredje indlæggelse på en af de sengestuer i døgnafsnittet der fortrinsvis er til unge hvis der er en ledig stue. Hvis der er behov for indlæggelse af en patient i alderen 18-24 år sker dette som udgangspunkt på amtets voksenpsykiatriske afdeling med tilsyn fra Yngre Voksne Afdeling.

Det blev oplyst at døgnafsnittet efter de seneste opgørelser var fuldt belagt (ca. 96 %). Ledelsen oplyste at der i perioder havde været ventetid på indlæggelse på døgnafsnittet, men at der ikke var ventetid på inspektionstidspunktet. I perioder med ventetid foretager ledelsen en vurdering af indlæggelsesbehovet (om

patienten kan vente evt. med ambulant hjælp eller om der er et akut indlæggelsesbehov). Ledelsen oplyste at centret maksimalt havde oplevet at der opstod 14 dages ventetid på indlæggelse på døgnafsnittet.

Det fremgår af ”Psykiatrisk Børne- og Ungecenter i Storstrøms Amt. Rapport for 2002-2004” som jeg modtog forud for inspektionen at aldersfordelingen for indlagte på døgnafsnittet i 2003 var 9-17 år (11 børn op til 13 år og 17 unge mellem 14 og 17 år). Det fremgår videre af rapporten at den gennemsnitlige belægningsprocent for døgnafsnittet i 2003 (et vægtet gennemsnit) var 76,46 %. Af den angivne tabel over belægningsprocenterne opgjort på måneder og sengepladser fremgår det at gennemsnittet dækker over (meget) store udsving både opgjort efter måneder og efter sengepladser. Således var den gennemsnitlige belægningsprocent på de to senge forbeholdt børn 106,8 % pr. måned, på de to skærmede sengestuer til unge 52,6 % og på de otte sengestuer til unge (samlet) 74,3 %. I juli 2003 var belægningsprocenten på de to børnepladser hele 200,0 %. Overbelægning på børnepladserne forekommer ved at børnene fysisk er placeret på sengestuer til unge hvilket er anført i rapporten.

Det fremgår videre af rapporten at den gennemsnitlige indlæggelsestid i 2003 var 57,7 liggedage på de to børnepladser, 241,5 liggedage på de to skærmede ungepladser og 88,3 liggedage på ungepladserne opgjort samlet.

Det fremgår af Årsberetningen fra Det Psykiatriske patientklagenævn i Storstrøms Amt for 2004 at der i 2004 var indlagt 36 unge i alderen 12 til 20 år, heraf var 24 piger og 12 drenge. Det fremgår også at den gennemsnitlige indlæggelsestid i 2004 var 71,1 dage.

*Jeg forstod at centret ikke har problemer med overbelægning. Jeg forstod at enestuerne ikke benyttes til dobbeltbelægning, hvilket efter min opfattelse heller ikke bør forekomme, ligesom patienter ikke bør være placeret på gangen.*

*For god ordens skyld beder jeg centerledelsen om at oplyse nærmere om belægningsituationen i 2005.*

*Jeg går samtidig ud fra at Storstrøms Amt stedse er opmærksom på at søge at sikre at der til enhver tid er et tilstrækkeligt antal dags- og sengepladser til rådighed.*

Det fremgår af den modtagne rapport at der frem til foråret 2004 ikke har været "nævneværdig venteliste til indskrivning" i det børnepsykiatriske dagafsnit. Fra efteråret 2004 har centret oplevet en ventetid på 2-2½ måned på indskrivning i afsnittet. Det fremgår af rapporten at barnets (og forældrenes) første kontakt med centret finder sted i det børnepsykiatriske ambulatorium og at der i "en stor del af sagerne" arbejdes ambulant i venteperioden, eksempelvis med netværksmøder, forældresamtaler og lignende.

Det fremgår ikke af den modtagne rapport at centret har oplevet ventetid til centrets ambulante tilbud. Det fremgår (dog) af den modtagne dialogaftale for 2004-2005 at det "fortsat er et produktionsmål at holde den gennemsnitlige ventetid til forundersøgelse i børnepsykiatrien under 2 måneder". Det fremgår videre af bilag 1 til dialograpporten at der forventedes 40 børn (0-14 år) på venteliste pr. 1. januar 2005.

Til centrets ungdomspsykiatriske ambulatorium er knyttet et mobilteam der er startet som et puljefinanceret projekt 1. december 2002. Det fremgår af rapporten at formålet med mobilteamet er at støtte den unge og dennes familie i en situation hvor ambulant behandling ikke er tilstrækkeligt, men hvor en indlæggelse vurderes at kunne undgås ved en udbygget støtte i hjemmet. Arbejdet i mobilteamet har også til formål at "undgå ventetid på behandling eller indlæggelse, at mindske indlæggeshyppigheden og -varighed, samt at øge samarbejdet med kommunerne."

I tilknytning til de børnepsykiatriske ambulatorier findes en mobil distriktsfunktion.

Det fremgår af folderen "Velkommen til Børnepsykiatrisk ambulatorium" der er optrykt som bilag til den modtagne dialograpport at familien vil få besked indenfor ca. 14 dage om en tid til en orienterende samtale når et barn er blevet henvist til ambulatoriet. Det fremgår videre at der efter den første samtale træffes beslutning om det videre forløb ligesom familien vil få besked om eventuel ventetid/venteliste.

*Jeg beder centerledelsen om at fremkomme med nærmere oplysninger vedrørende ventetider på ambulans behandling og forundersøgelser, herunder om centrets praksis med vurdering af børn/unge ved modtagelsen af henvisningen til centret.*

## **5.2. Aflåsning, herunder skærmning, og forholdene for frivilligt indlagte**

Børn og unge låses ikke inde på deres stuer i døgnafsnittet, og centret anvender ikke særlige låsesystemer.

Som anført ovenfor har centret ikke et egentligt lukket afsnit, men døgnafsnittet kan låses efter behov. Udgangspunktet er således at yderdøren til døgnafsnittet er ulåst, men at afsnittet låses hvis blot en enkelt patient har behov herfor. Ledelsen oplyste at aflåsning af yderdøren til et afsnit registreres i tvangsprotokollen vedrørende den eller de patienter der giver anledning til aflåsningen (skema 1 eller skema 4). På inspektionsdagen var dørene til døgnafsnittet aflåst, idet en enkelt patient var tvangstilbageholdt. Hertil kommer at yderdørene i hele centret er aflåst i aften- og nattetimerne for at hindre ubudne gæster udefra.

I døgnafsnittet er der som nævnt mulighed for at lukke (og låse) en dør på gangen således at to af afsnittes sengestuer adskilles fra de øvrige. Centret havde fået påbud om opsætning af en branddør således at det skærmede afsnit reelt kunne indeholde tre sengestuer, men ledelsen oplyste at dette ikke er tilsigtet og ikke blev anvendt. I tilknytning til de to sengestuer er indrettet opholdsrum med et lille tekøkken som afslutning på gangarealet.

Centerledelsen oplyste at det indimellem forekommer at døren til de to skærmede sengestuer aflåses. Der er altid personale tilstede i det skærmede afsnit hvis der er unge indlagt her – uanset om døren til afsnittet er låst, lukket eller står åben. Jeg forstod at døren sjældent er låst i længere perioder og at det forhold om døren er låst, lukket eller står åben kan variere flere gange i løbet af en dag afhængig af den eller de unge der er indlagt på de skærmede sengestuer. Ledelsen oplyste at indlæggelsen af en ung i det skærmede afsnit indimellem kan betyde at aflåsning af afsnittets yderdør kan undlades.

*Jeg beder centerledelsen oplyse hvorledes en dør aflåsning til de to skærmede sengestuer er blevet registreret. Jeg bemærker at jeg er opmærksom på at der blandt de nedenfor under pkt. 6.4. gennemgåede skemaer (skema 4) er to skemaer med anden foranstaltning end anvendelse af stofbælte eller lign. og aflåsning af yderdør hvoraf det fremgår af foranstaltningsformen er aflåsning af det skærmede afsnit.*

Centret har ikke selv nedskrevet retningslinjer vedrørende forskellige skærminingsniveauer, men oplyste at der i amtet er sket en nedskrivning for psykiatrien som helhed. Selv om disse retningslinjer tager udgangspunkt i voksenpsykiatrien oplyste ledelsen at retningslinjerne bliver fulgt i centrets arbejde. Ledelsen oplyste under inspektionen at der foretages en vurdering af skærminingsbehovet løbende og på hver vagt. Jeg forstod at det til patienten knyttede behandlerteam løbende drøfter behandlingsniveauet for patienten (hvor tæt patienten skal observeres eller om der er behov for en mere fast vagt hos patienten) og at

niveauet kan variere i løbet af dagen. Teamet indstiller til den behandlingsansvarlige læge der træffer beslutningen. Beslutningen kan indeholde en bemyndigelse til personalet om at skifte mellem to niveauer efter patientens tilstand.

Det fremgår af den modtagne skærmningsrapport at psykiatrien i amtet arbejder med tre skærmningsniveauer (lav, moderat og høj skærmning) og at niveauet ændres i takt med den sindslidendes tilstand, herunder at høj skærmning hovedsagelig anvendes i den sindslidendes vågne timer.

*For god ordens skyld bemærker jeg at jeg ikke har taget stilling til centrets anvendelse af skærmning og kompetencespørgsmålet i denne forbindelse.*

Samtlige vinduer på centrets døgnafsnit var på inspektionsdagen aflåst og kunne ikke åbnes (hverken helt eller vippes 5-10 cm) uden anvendelsen af en nøgle, dvs. med hjælp fra personalet. Det blev oplyst at vinduerne er ulåste i samme omfang som afsnittets yderdøre, men at de var låst på inspektionsdagen idet en enkelt patient som nævnt var tvangstilbageholdt.

Det overraskede centerchefen af vinduerne ikke kunne åbnes på klem (vippes) når de var låste. Efter hans opfattelse er det tilfredsstillende at de unge skal bede personalet om hjælp for at få lidt frisk luft på sengestuerne. Centerchefen gav udtryk for at det skulle være sådan at de indlagte patienter kan vippe vinduerne for at få frisk luft ind selvom vinduet i øvrigt er låst så det ikke kan åbnes helt. Jeg forstod på personalet i afsnittet at der havde været forsøgt forskellige aflåsningsbeslag, men at de afprøvede beslag ikke kunne holde (blev ødelagt hvis/når patienten forsøgte at åbne vinduet helt) hvis de tillod at vinduet kunne vippes. Centerchefen oplyste at han ville forfølge problemet så der kunne findes en tilfredsstillende løsning.

*Jeg går ud fra at problemet med vinduerne løses. Jeg beder centerledelsen om at underrette mig om resultatet af undersøgelserne for at finde en løsning.*

*For god ordens skyld gør jeg opmærksom på at jeg i forbindelse med tidligere inspektioner har udtalt at det forekommer uforståeligt at vinduer på åbne afsnit er aflåste så patienten ikke selv kan åbne vinduet for at få frisk luft ind på stuen og kun kan åbnes helt med en nøgle.*

Som det fremgår, er dørene til centrets døgnafsnit aflåste når en eller flere patienter har behov herfor og afsnittene fungerer så (reelt) som lukkede afsnit. Da ikke alle indlagte patienter på døgnafsnittet er tvangsindlagte/-tilbageholdte når dørene er låste, forekommer det således at frivilligt indlagte er placeret på det aflåste afsnit. Ledelsen oplyste at antallet af tvangsindlagte/-tilbageholdte patienter varierer, men at det almindeligste er at afsnittet er ulåst (og alle indlagte er frivilligt indlagte).

Det blev oplyst at den eller de patienter som døren låses for orienteres om at døren nu er låst (at de er tvangsindlagt/-tilbageholdt) og at de øvrige patienter samtidig orienteres om at døren ikke er låst for dem, men at de i det tidsrum hvor afsnittet er aflåst ved henvendelse vil blive lukket ud af personalet.

I døgnafsnittet var det mit indtryk at opmærksomheden er rettet mod de problemer det kan give at have frivilligt indlagte patienter der som konsekvens af at en eller flere medpatienter er tvangsindlagt/-tilbageholdt, er anbragt på et aflåst afsnit, uanset at dette for de frivilligt indlagte patienter er et åbent afsnit. Jeg forstår således at de frivilligt indlagte patienter bliver låst ud hvis de beder personalet herom (eller at der i modsat fald af den vagthavende læge foretages en vurdering af om betingelserne for en tvangstilbageholdelse er opfyldt).

*Som omtalt under inspektionen, har Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 i forbindelse med tilsynets inspektioner af psykiatriske hospitaler og afdelinger også beskæftiget sig med spørgsmålet om afdelinger hvor der er både frivilligt indlagte og tvangsindlagte/-tilbageholdte patienter. I overensstemmelse med det som tilsynet har tilkendegivet, bør en ordning som den omtalte efter min*



*mening generelt praktiseres således at en patient der indlægges på et psykiatrisk hospital, og hvor der ikke er tale om at den pågældende er tvangsindlagt eller -tilbageholdt, bør tilbydes en plads på en uaflåst del af det psykiatriske hospital, at en patient der overgår fra at være tvangsindlagt/tvangstilbageholdt til at være frivilligt indlagt, tilbydes anbringelse på en uaflåst del af hospitalet, og at det kun undtagelsesvist bør forekomme at en frivilligt indlagt patient af kapacitetsmæssige grunde ikke tilbydes en plads på en uaflåst del af hospitalet. Sker det, bør patienten hurtigst muligt tilbydes en plads på et uaflåst afsnit.*

*Idet Psykiatrisk Børne- og Ungecenter alene råder over et sengeafsnit (døgnafsnit) er det uden videre klart at centret ikke kan tilbyde de frivilligt indlagte børn og unge (og deres forældre) en anden sengeplads i de perioder hvor yderdørene til afsnittet er aflåst på grund af en tvangsindlæggelse/-tilbageholdelse af en anden patient. Det ovenfor anførte kan således ikke praktiseres på centrets døgnafsnit. Jeg foretager ikke noget i den anledning. Jeg har herved lagt vægt på at jeg under inspektionen fik indtryk af at centret i videst mulig omfang forsøger at undgå flere aflåsninger af afsnittet end nødvendigt og at der er opmærksomhed på de ulemper og gener de frivilligt indlagte børn og unge oplever som følge af aflåsningen.*

*Det er efter min opfattelse en forudsætning for at den praktiserede ordning (også på Psykiatrisk Børne- og Ungecenter) er i overensstemmelse med bestemmelserne i psykiatriloven (lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien som senest ændret ved lov nr. 1371 af 20. december 2004) om tvangstilbageholdelse, at det er helt klart for den enkelte patient hvilken retlig status den pågældendes indlæggelse har (frivillig eller tvangsmæssig), at afdelingen er meget opmærksomt på at der sker ophævelse af en beslutning om tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse straks når betingelserne herfor ikke længere er til stede, og at patienten i den forbindelse informeres om at indlæggelsen nu er frivillig, og at de frivilligt indlagte patienter umiddelbart har mulighed for at forlade sygehuset når de måtte ønske det.*

*Idet jeg går ud fra at afdelingen altid orienterer frivilligt indlagte patienter der indlægges på et aflåst afsnit om at anbringelsen er frivillig, at der gælder de samme vilkår som hvis afsnittet var åbent mv., at der altid er personale til stede til at låse frivilligt indlagte patienter ud hvis de beder om det, og at anbringelsen af frivilligt indlagte patienter i øvrigt så vidt muligt administreres i overensstemmelse med det ovenfor anførte, har jeg ikke yderligere bemærkninger til spørgsmålet.*

*Ved lov nr. 377 af 6. juni 2002 om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien er der i § 18a og 18b, gennemført en særlig hjemmel til aflåsning af patientstuer i særlige tilfælde over for patienter der er anbragt i Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Sjælland.*

*Der er således på den ene side hjemmel til at foretage aflåsning af en afdelings yderdøre og på den anden side utvivlsomt et forbud mod aflåsning af dørene til patienters stuer (bortset fra de særlige tilfælde på sikringsafdelingen).*

*Psykiatriloven eller administrativt fastsatte bestemmelser fastsat i henhold til psykiatriloven indeholder ikke en nærmere angivelse af størrelsesmæssige krav til en afdeling. Jeg går – som jeg også tidligere har givet udtryk for, og som jeg også gav udtryk for under inspektionen – imidlertid ud fra at der med begrebet ”afdeling” i psykiatriloven sigtes til en almindelig afdeling af normal størrelse med ”yderdøre” og med i hvert fald et tocifret antal sengestuer med et dertil knyttet afdelingspersonale. Der kan herefter rejses spørgsmål om hvorvidt det er i overensstemmelse med psykiatriloven at etablere en (meget) lille (sær)afdeling – et skærmet afsnit på en afdeling.*

*Jeg har i forbindelse med min inspektion den 26. november 2001 af Psykiatrisk Afdeling på Vejle Sygehus udtalt at det er givet at det ikke vil være i overensstemmelse med psykiatriloven at oprette en lille lukket særafdeling for kun én patient, uanset at der i tilslutning til selve patientstuen fx tilbydes ophold på*

*gangarealet. Jeg henviser til min opfølgingsrapport af 7. maj 2003 om inspektionen som kan findes på hjemmesiden [www.ombudsmanden.dk](http://www.ombudsmanden.dk).*

*Som bekendt skal der efter psykiatrilovens § 46 fremsættes forslag til revision af psykiatriloven i folketingsåret 2005-6. Jeg har ikke fundet at burde udtale nogen endelig opfattelse af det her rejste spørgsmål. Som centret er bekendt med er lovforslag nr. 140 til lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven blevet fremsat den 25. januar 2006.*

*Som jeg også oplyste under inspektionen har indgreb i den personlige frihed eller andre foranstaltninger der griber ind i psykiatriske patienters integritet uden for det lovregulerede område, været genstand for overvejelser hos Folketingets Ombudsmand. Dette spørgsmål og spørgsmålet om blandt andet skærmning er blevet taget op med de relevante myndigheder. I relation til min inspektion af Psykiatrisk Børne- og Ungecenter i Næstved, foretager jeg mig på det foreliggende grundlag ikke noget vedrørende spørgsmålet.*

Fiksering foregår på patientens egen sengestue. Tre af sengestuerne i centrets døgnafsnit er udstyret med hospitalssenge (mens der på de øvrige sengestuer i afsnittet er en briks) der kan benyttes til fikseringer. Disse tre senge må – om nødvendigt – flyttes til den sengestue hvor behovet opstår. Som udgangspunkt er de tre hospitalssenge anbragt på de to skærmede stuer og sengestuen lige efter disse (nr. 3). Fikseringsmateriale ligger ikke fremme, men opbevares i et aflåst skab i afsnittet.

Adspurgt oplyste ledelsen at der altid foretages en vurdering af hvilke remme der konkret skal anvendes ved fikseringer, således at der først anvendes bælte og herefter eventuelt suppleres med hånd- og/eller fodremme. Ledelsen oplyste at der altid er fast vagt når en patient er fikseret.

Det blev oplyst at centret ikke har benyttet fiksering i en situation hvor en patient af trykshedsgrunde selv beder om at blive fikseret. Ledelsen kunne huske én patient der havde bedt om at blive fikseret. Personalet havde i dialog med den pågældende fundet en anden løsning end fiksering.

*Jeg går ud fra at fikseringsmaterialet altid transporteres diskret (fx i et pudebetræk) til og fra anvendelsesstedet, og at den faste vagt hvis denne placeres på gangen (og ikke inde på sengestuen) kun har døren så meget på klem at det er muligt at se patienten hele tiden uden at det er muligt for personer der færdes på gangen udenfor, at kigge ind til den fikserede.*

*Om frivillig fiksering henviser jeg i øvrigt til pkt. 6.3.*

### **5.3. Adgang til frisk luft**

Den 1. januar 1999 trådte lov nr. 403 af 26. juni 1998 om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (psykiatriloven) i kraft. Med ændringsloven blev § 2 sålydende:

”Med henblik på i videst muligt omfang at forebygge anvendelse af tvang skal sygehusmyndigheden tilbyde sygehusophold, behandling og pleje, som svarer til god psykiatrisk sygehusstandard, herunder med hensyn til de bygningsmæssige forhold, senge- og personalenormering, mulighed for udendørs ophold samt beskæftigelses-, uddannelses- og andre aktivitetstilbud.”

Af bemærkningerne til forslaget til ændringslov (lovforslag L 36, fremsat af justitsministeren den 27. marts 1998) fremgår at hensigten med denne affattelse af § 2 har været at ”understrege behovet for og vigtigheden af, at forholdene på de psykiatriske afdelinger forbedres, herunder navnlig de bygningsmæssige forhold” (side 16).

Det fremgår videre af bemærkningerne at regeringen i april 1997 indgik en aftale med Amtsrådsforeningen og København og Frederiksbergs Kommuner om den fortsatte udbygning af tilbuddene til sindslidende, og at parterne bl.a. er enige om en målsætning om at alle patienter skal have mulighed for mindst ét miljøskift om dagen, herunder mulighed for at komme ud i frisk luft dagligt (side 17 i bemærkningerne).

Alle indlagte på centrets dag- og døgnafsnit har som udgangspunkt adgang til frisk luft hver dag. Til begge afsnit hører som anført ovenfor under punkt 3.1. en lukket atriumgård hvortil der er fri adgang. Ledelsen oplyste at de patienter der ikke kan gå ud alene fx tvangsindlagte/-tilbageholdte patienter og patienter indlagt på det skærmede afsnit på døgnafsnittet, får tilbud om at blive fulgt af personalet (afhængig af patientens helbredsmæssige tilstand).

Atriumgårdene er omkranset af centret egne lokaler. Gårdene er ikke egentligt sikrede idet det er muligt at forcere bygningerne og komme op på taget. Ledelsen oplyste at det var sket at en patient havde forladt afdelingen ved at kravle over taget fra gården i døgnafsnittet.

Ledelsen oplyste at centret for at undgå indkig fra den nærliggende vej (mellem afsnittet og skoven) til sengestuerne og opholdsrummet i det skærmede afsnit på døgnafsnittet havde fået etableret hegn og beplantning. Beplantningen var endnu ikke vokset op.

Til det børnepsykiatriske dagafsnit hører som nævnt en legeplads som daglig benyttes. Der er indkig til legepladsen fra en ambulancevej hvorfor centret har fået opsat et trådhegn. Der er samtidig plantet en hæk, men denne er endnu ikke vokset op.

Da hele sygehusområdet er åbent for offentligheden har uvedkommende (principielt) adgang til indkig i centrets lokaliteter, men det blev under inspektionen

oplyst at personer uden ærinde på centret meget sjældent befinder sig i nærheden af centrets bygninger.

*Det oplyste om adgang til frisk luft giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

#### **5.4. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2**

Efter § 3, stk. 2, i psykiatriloven skal lægen vejlede patienten om formålet med indlæggelsen, opholdet og behandlingen samt om udsigterne til en bedring af helbredstilstanden.

*Jeg beder centret om at oplyse hvordan denne vejledning finder sted.*

Det fremgår i øvrigt at det modtagne materiale – og det var også mit indtryk under inspektionen – at centret har en tæt kontakt til børnenes og de unges forældre ligesom centrets forskellige afsnit og teams arbejder tæt sammen for at sikre et integreret undersøgelses- og behandlingsforløb.

#### **5.5. Patienternes kontakt med læge mv.**

Ledelsen oplyste at det er en grundsten i den miljøterapeutiske arbejdsmetode der anvendes på centret at patienten (og forældrene) løbende orienteres om forløbet i behandlingen og således hele tiden ved hvad der skal ske og at patienten løbende har kontakt med det behandlingsansvarlige personale. Alle patienter kender deres behandlingsplaner. Det blev oplyst at behandlerpersonalet (aktuelt) gennemgår en to-årig miljøterapeutisk uddannelse.

Det fremgår af centrets miljøterapeutiske rammer (som jeg har modtaget en udskrift af) at der udpeges en kontaktperson fra dagpersonalet til at være primær kontaktperson og en yderligere kontaktperson fra aftenpersonalet. Hvis det er hensigtsmæssigt udpeges der flere kontaktpersoner. Kontaktpersonerne

er altid en del af behandlerteamet. Kontaktpersonen(-erne) er ansvarlig for at information om aktuelle forhold som behandlerteamet skal forholde sig til, bliver indsamlet, for at være orienteret om patientens baggrund, for at sørge for de praktiske forhold vedrørende patienten, for at orientere patienten om centrets kultur, og for praktiske spørgsmål og forhold i øvrigt mellem patienten og familien. Kontaktpersonen(-erne) skal være "særlig opmærksom på at være til stede i relationen for patienten" og "arbejder på denne måde med at skabe en tillid til patienten".

Jeg har (blandt udskriften af de miljøterapeutiske rammer) modtaget en kopi af "Retningslinjer for samtaler med unge indlagt i døgnafsnittet". Det fremgår heraf bl.a. at der deltager miljøpersonale i samtaler om medicin og helbred hos lægen og at formålet hermed er at "støtte den unge i at bearbejde og forstå, samt huske informationen der er givet fra lægen, f.eks. om baggrunden for en medicinering." Det fremgår videre for så vidt angår samtaler med afklarende diagnosticerings formål ved læge/speciallæge, at der vil være situationer hvor det er indlysende at miljøpersonale deltager, men også situationer hvor pågældende speciallæge beslutter at gennemføre samtalen alene. Ved samtaler med tilbagemelding på en endelig diagnostisk afklaring mellem speciallæge og den unge, vil det ifølge retningslinjerne oftest være væsentligt at miljøpersonale deltager.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger. Dog bemærker jeg at jeg går ud fra at det er muligt at skifte (primær) kontaktperson i det omfang et sådant ønske er sagligt begrundet, fx hvis der opstår et (åbenlyst) modsætningsforhold mellem patienten (og evt. forældrene) og kontaktpersonen. Jeg går ligeledes ud fra at det er muligt for patienten at få en samtale med lægen alene hvis patienten ønsker det.*

### 5.6. Tilkald af politi i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger i afdelingen

Jeg har tidligere rejst spørgsmålet om politiets medvirken ved udførelse af tvangsforanstaltninger i psykiatrien over for Justitsministeriet. Justitsministeriet har ved brev af 23. juli 2001 fremsendt en kopi af ministeriets svar af samme dato til Sundhedsministeriet til brug for besvarelsen af spørgsmål nr. 11 af 22. februar 2001 til Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71. I Justitsministeriets svar til Sundhedsministeriet er blandt andet anført følgende:

”...

Det er Justitsministeriets opfattelse, at politiet som et naturligt led i varetagelsen af sine opgaver vil kunne komme personalet til undsætning og gribe ind, hvis det – i tilfælde hvor sygehuspersonalet undtagelsesvist ikke selv kan håndtere en voldsom patient – er nødvendigt for at afværge en aktuel og konkret fare for enkeltpersoner på sygehuset. Under hvilke betingelser, der kan gribes ind, og med hvilke magtmidler vil bero på de almindelige regler om politiets magtanvendelse uden for strafferetsplejen (retsplejelovens § 108 og straffelovens §§ 13 og 14).

Politiet vil f.eks. kunne anvende fysisk magt til at fastholde en voldsom patient eller til at føre patienten til et egnet lokale på sygehuset på samme måde, som hvis der var tale om detentionsanbringelse af en uregerlig person uden for sygehusregi. Politiet er i forbindelse med sådanne indgreb ikke undergivet instruktion fra sygehuspersonalet.

Eventuel tvang og behandling efter psykiatriloven i forhold til en sådan patient foretages af sygehuspersonalet i overensstemmelse med lovens regler.

Efter Justitsministeriets opfattelse vil politiets medvirken til f.eks. fysisk at fastholde en patient i tilfælde, hvor dette er en praktisk forudsætning for, at sygehuspersonalet kan anvende psykiatrilovens midler – herunder bl.a. give en beroligende indsprøjtning eller iværksætte en bæltefiksering – være tilladelig, hvis det er nødvendigt for at afværge en aktuel og konkret fare mod andre – et hensyn, som både det politimæssige regelsæt og det psykiatriske regelsæt har til formål at varetage.

...”



Justitsministeriet har desuden oplyst at spørgsmålet er bragt op over for Politikommissionen. Politikommissionen afgav betænkning den 13. december 2001 om politilovgivningen (Betænkning 1410/2002). Betænkningen indeholder ikke noget specielt om politiets adgang til at anvende magt på dette område.

Ved lov nr. 444 af 9. juni 2004 om politiets virksomhed der trådte i kraft den 1. august 2004, blev retsplejelovens § 108 ophævet.

Under inspektionen blev det oplyst at politiet ved tvangsindlæggelse af patienter (unge) følger patienten ind på døgnafsnittet. Ledelsen oplyste at politiet indimellem bistår centret med at bringe en patient (ung) tilbage til døgnafsnittet.

Jeg forstod at politiet (i øvrigt) kun tilkaldes til afdelingen når der er tale om egentlige politiopgaver – hvilket meget sjældent sker. Ledelsen gav udtryk for at samarbejdet med politiet fungerer godt. Ledelsen oplyste at centret har en aftale med portørkorpset på Storstrømmens Sygehus Næstved om at de kan tilkaldes hvis personalet på centret har behov herfor. Jeg forstod at (en del af) portørerne har deltaget i et kursus i fikseringer mv.

*Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

#### **5.7. Besøg, visitation og adgang til telefoning**

Det blev oplyst at centret ikke har samlede skrevne interne regler om (alle) de begrænsninger og indgreb der kan ske i patienternes personlige frihed under indlæggelsen på døgnafsnittet, men afsnittets miljøterapeutiske rammer indeholder punkter der regulerer det almindelige daglige liv på afsnittet og regulerer patienternes brug af fx tv, spillekonsoller og mobiltelefoner hvoraf enkelte kan betegnes som indgreb. Jeg har videre modtaget en kopi af døgnafsnittets "Miljøterapeutiske grundstruktur", hvori afsnittets døgnrytme er angivet fra vækning kl. 7.00-7.45 til aftenro kl. 22.00. Det er heri angivet hvilket personale

der deltager i hvad og hvilke patienter der skal være til stede i hvilke situationer.

Som jeg oplyste under inspektionen, har jeg tidligere i forbindelse med inspektioner af psykiatriske afdelinger anbefalet at afdelingerne udfærdiger skrevne regler om de begrænsninger og indgreb der kan ske i patienternes personlige frihed under indlæggelsen, samt regler der regulerer det almindelige daglige liv på afdelingen. Denne anbefaling hænger sammen med at der ikke i psykiatriloven eller i anden lovgivning (bortset fra hvad der kan udledes af retsplejelovgivningen) er fastsat bestemmelser om visitation af breve og pakker, om besøgsforbud og om adgang til at bestemme begrænsninger i adgangen til at benytte telefon. Der er heller ikke på anden måde fra centralt hold fastsat regler på området.

Som jeg anførte under inspektionen er der i et vist omfang taget højde for sådanne indgreb i arbejdet med revisionen af psykiatriloven. Det fremsatte lovforslag til ændring af psykiatriloven indeholder således i § 1, nr. 5 følgende bestemmelse til indsættelse efter bestemmelsen i den gældende lovs § 2:

”§ 2 a. Sygehusmyndigheden skal sikre, at der på enhver psykiatrisk afdeling findes en skriftlig husorden, som er tilgængelig for patienterne.

*Stk. 2.* Afdelingsledelsen skal sikre, at den skriftlige husorden udleveres til patienten i forbindelse med indlæggelse.

*Stk. 3.* Ved udformning eller ændring af den skriftlige husorden skal patienterne, inden der træffes beslutning herom, inddrages.”

I bemærkningerne til forslaget er der om denne bestemmelse bl.a. anført følgende:

”Med § 2 a foreslås det, at der indsættes en bestemmelse om husordener. Bestemmelsen indfører en pligt for sygehusmyndigheden til at sikre, at der på enhver psykiatrisk afdeling forefindes en skriftlig husorden, som skal være tilgængelig for patienten, f.eks. ved at den er hængt op på stuen eller fællesarealer eller ligger fremme i andre opholdsrum.

Derudover har afdelingsledelsen pligt til at udlevere den skriftlige husorden til patienten i forbindelse med indlæggelse, således at patienten får lejlighed til at gøre sig bekendt med den.

Når den skriftlige husorden udformes eller ændres, skal patienterne inddrages, inden der træffes beslutning om udformning eller ændring. Sygehusmyndigheden tilrettelægger konkret, hvordan proceduren, herunder inddragelsen, skal ske.

En husorden skal indeholde generelle regler om patienternes udfoldelsesmuligheder under indlæggelse, f.eks. regler om adgangen til at telefonere, regler om rygning i afdelingen, besøgsforhold, overvåget besøg, m.v., samt om konsekvenserne af, at husordenen ikke overholdes.

Samtidig med indførelsen af bestemmelsen om obligatoriske husordener, ophæves bemyndigelsesbestemmelsen i § 30, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger. Bemyndigelsesbestemmelsen er udmøntet i bekendtgørelse nr. 1337 af 15. december 2004 om patientindflydelse på psykiatriske sygehuse og afdelinger, som hermed vil bortfalde. Der henvises i øvrigt til lovforslagets § 1, nr. 24.”

For at institutioner som fx psykiatriske afdelinger kan fungere, er det nødvendigt for den daglige drift at have en række regler og ordninger for hvordan dagliglivet i afdelingen kan forløbe hensigtsmæssigt. Retsgrundlaget herfor er (endnu) ikke en formel lov, men den såkaldte anstaltsanordning.

Også det retlige grundlag for de indgreb/begrænsninger som der her er tale om, skal søges i anstaltsanordningen, og baggrunden for reglerne herom er ordens- og sikkerhedsmæssige hensyn.

I modsætning til de ordninger mv. der regulerer det almindelige daglige liv i institutionerne (fx spisetider), er der her tale om – efter omstændighederne – byrdefulde indgreb i den enkelte patients udfoldelsesmuligheder (om patienten kan modtage besøg, skal visiteres, skal have censureret sin post, kan benytte sin mobiltelefon mv.). Og reglerne omfatter også tvangsindlagte og tvangstilbageholdte patienter.

Under inspektionen udleverede jeg til inspiration en kopi af de interne regler som er udfærdiget af Sct. Hans Hospital. For god ordens skyld skal jeg oplyse at jeg i forbindelse med min inspektion af Psykiatrisk Afdeling på Hvidovre Hospital den 8. december 2004 ved brev af 13. december 2005, har fået oplyst at Det Sundhedsfaglige Råd i H:S aktuelt arbejder med at tilpasse de interne regler der er udarbejdet på Sct. Hans Hospital således at reglerne kan fungere på en almenpsykiatrisk afdeling, og ikke kun på et psykiatrisk hospital med specialiserede funktioner. Arbejdet forventes færdiggjort i løbet af første kvartal af 2006.

Ledelsen udtrykte under inspektionen interesse for udarbejdelsen af sådanne interne retningslinjer.

*Som anført under inspektionen anbefaler jeg at centerledelsen overvejer at udfærdige (lokale) generelle retningslinjer. Jeg beder centret om at underrette mig om hvad overvejelserne resulterer i.*

Det fremgår af de miljøterapeutiske rammer at der på døgnafsnittet er besøgstid tirsdage og torsdage fra kl. 19.00 til kl. 21.00. Weekendbesøg kan aftales individuelt. Det fremgår videre at besøg af andre end familie altid skal ske efter aftale. Ligesom besøg af tidligere patienter skal ske efter aftale med miljøpersonalet. Ledelsen oplyste at retningslinjerne betyder at personalet i afsnittet ved hvem der kommer på besøg.

Døgnafsnittet har ikke lokaler der er særligt indrettede til at modtage besøgende i. Besøg skal efter retningslinjerne foregå på den unges værelse (sengestue). Ledelsen oplyste at der kan afholdes besøg i et hjørne af en af opholdsstuerne hvis dette ikke er til gene for afsnittes øvrige patienter. Det bør i denne forbindelse nævnes at der ikke er opsat navneskilte ved sengestuerne hvorfor besøgende ikke umiddelbart kan se hvem der er indlagt i afsnittet.

Ledelsen oplyste at det kan forekomme at en besøgende får forbud mod at komme på besøg i afsnittet eller komme på besøg igen. Jeg forstod at dette fx kan ske af hensyn til patientens helbredsmæssige situation eller fordi personalet har mistanke om at den besøgende vil give problemer af den ene eller anden slags. Jeg forstod at dette sker sjældent, men at der ikke er nedskrevne regler herom.

*Jeg har ingen bemærkninger til det oplyste, men henviser til min anbefaling ovenfor.*

Adspurgt oplyste ledelsen at der ikke foretages censur af breve og pakker til indlagte patienter, men af det forekommer at personalet på baggrund af en vurdering af patientens helbredsmæssige tilstand venter med at udlevere brevet eller pakken til det for patienten bedre tidspunkt eller eventuelt er til stede når patienten åbner brevet eller pakken.

Ledelsen oplyste at det forekommer at en indlagt patient fx ikke må være i besiddelse af egen lighter. Spørgsmålet om visitation af patienter og/eller patienternes ejendele var ikke genstand for særskilt drøftelse under inspektionen. Dog oplyste ledelsen – som anført nedenfor under punkt 5.17. – at der ved begrundet mistanke om euforiserende stoffer foretages visitation af patienten og dennes ejendele.

*Det oplyste om breve og pakker giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

*Jeg beder centerledelsen om at oplyse i hvilket (nærmere) omfang der foretages visitation af patienter, besøgende og deres ejendele.*

Det fremgår af de modtagne miljøterapeutiske rammer at brug af mobiltelefoner kun må finde sted mellem kl. 14.30 og kl. 15.45 og igen mellem kl. 19.00

og kl. 21.00, og at mobiltelefoner skal afleveres i slukket stand ved afslutningen af begge perioder hvorefter den opbevares i et aflåst skab. De unge skal støttes i at bruge mobiltelefonen på en måde der er hensynsfuld i forhold til de øvrige patienter. Samtidig støttes de unge i ikke at isolere sig med mobiltelefonen i de tilladte perioder. Alle mobiltelefoner skal være mærket med den unges navn. Det fremgår at de unge i særlige tilfælde kan være i besiddelse af deres mobiltelefon uden for ovennævnte tidsrum – fx hvis den unge er skolesøgende uden for afsnittet.

Der må ikke fotograferes i afsnittet. Det fremgår af de miljøterapeutiske rammer at kameranlinsen skal klistres over hvis de unge har en mobiltelefon med kamera. Ledelsen oplyste under inspektionen at centret tilbyder at de unge kan få flyttet deres SIM-kort til en telefon uden kamera.

Mandag aften hvor der er cafébesøg forlænges tiden hvor de unge har deres mobiltelefon med en halv time til kl. 21.30, men der må ikke besvares opkald eller sms'er under cafébesøget.

I weekenderne må de unge benytte mobiltelefon efter aftale med miljøpersonalet.

Om telefonering fremgår det yderligere af de miljøterapeutiske rammer at det – af hensyn til de forskellige aktiviteter i afsnittet – er muligt at ringe til de unge uden for spisetiderne. De unge kan ringe ud når der ikke er fastlagte aktiviteter.

Af bilag 6 til dialograpporten (der indeholder en velkomst folder fra døgnafsnittet) fremgår det at der i afsnittet findes en patienttelefon, og at der også kan ringes til afsnittets personale.

*Jeg henviser til mine bemærkninger om interne regler ovenfor.*

*Jeg går i øvrigt ud fra at der kun iværksættes restriktioner over for patienterne som anses for nødvendige i det konkrete tilfælde, og at de ovenfor nævnte retningslinjer som jeg har anbefalet centerledelsen at overveje udarbejdelse af, også vil indeholde kompetenceregler.*

### **5.8. Rygepolitik**

Ifølge § 2 i lov nr. 436 af 14. juni 1995 om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende, skal amtsrådet med virkning senest fra den 1. januar 1996 fastsætte bestemmelser om røgfri miljøer på amtets sygehuse mv. Fastlæggelsen af rygepolitikken kan delegeres til de enkelte institutioner mv.

Ledelsen oplyste at Storstrømmens Sygehus Næstved er et røgfrit sygehus. Det betyder at centrets personale skal uden for matriklen for at ryge og at patienterne kun må ryge udenfor fx i atriumgården. Ledelsen oplyste at patienterne informeres herom før eller senest i forbindelse med indlæggelse.

Rygepolitikken for patienterne fremgår af bilag 6 til dialograpporten (der indeholder en velkomstfolder vedrørende døgnafsnittet). Heraf fremgår videre at besøgende hverken må ryge i afsnittet eller i atriumgården.

Rygepolitikken giver meget få problemer idet forholdsvis få at centrets patienter er rygere. Personalet oplever meget få overtrædelser af det indendørs rygeforbud. Ledelsen oplyste at forbudet én gang var blevet fraveget i en uge for en ung indlagt på det skærmede afsnit i døgnafsnittet. Jeg forstod at dette var sket efter en konkret vurdering.

Ledelsen oplyste at der i byggeprojektet oprindelig havde været planlagt rygerum, men at disse var blevet skåret væk af økonomiske årsager under byggearbejdet.

*Rygepolitikken giver mig ikke anledning til andre bemærkninger.*

*Jeg beder dog amtet (eller centret) om at sende mig en kopi af de bestemmelser om røgfri miljøer som amtet har fastsat i henhold til § 2 i lov om røgfri miljøer mv. som centret er omfattet af.*

### **5.9. Forplejning**

Forplejningen til patienterne kommer delvist fra Storstrømmens Sygehus Næstveds centralkøkken og delvist ved at de indlagte børn og unge selv laver mad i samarbejde med personalet.

Der serveres almindeligvis kold mad til frokost – eventuelt kombineret med en let ret – og varm mad om aftenen.

Det blev oplyst at de indlagte børn og unge selv laver varm mad fire gange om ugen. Det var ledelsens og personalets indtryk at børnene og de unge er meget glade for ordningen – særligt fordi det giver indflydelse på hvad der serveres og det er muligt at variere måltiderne mere end kostplanen fra centralkøkkenet.

De miljøterapeutiske rammer indeholder en ugeplan for madlavning. Det fremgår bl.a. heraf at der laves en madplan for den kommende uge ved børneungemødet hver onsdag kl. 19.00. Samtidig aftales det hvem der skal deltage i madlavning og indkøb hvilke dage. Der er fokus på madpyramiden og på eventuelle specielle behov hos en eller flere af de indlagte børn og unge.

Afsnittets børn og unge deltager i madlavning mv. ud fra en vurdering af deres funktionsniveau og deres støttebehov. Af personale deltager afsnittets servicemedarbejder og et medlem af miljøpersonalet.

Ledelsen oplyste at den delvise selvforplejning var indført både som en aktivitet i afsnittet til træning i køkkenhygiejne og almindelig daglig levevis. Men også for at imødegå klager over ”gammeldags” og ”ensformig” mad fra centralkøkkenet. Også deltagelse i måltidet kan betegnes som en aktivitet der giver



de unge/børnene mulighed for at træne sociale kompetencer, almindelig bordskik og samværsregler.

*I forbindelse med inspektionen spiste jeg og mine medarbejdere et måltid sva-  
rende til det som patienterne på døgnafsnittet havde fået til frokost den pågæl-  
dende dag.*

*Jeg modtog ingen klager over forplejningen og det oplyste giver mig ikke an-  
ledning til bemærkninger.*

#### **5.10. Udslusning, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner**

Ledelsen oplyste at der ikke sker (for) tidlig udskrivning og udslusning af pa-  
tenter på grund af ventetider til undersøgelse/behandling, og at patienter ikke  
inden for det seneste år har været indlagt længere tid end nødvendigt på grund  
af ventetider i de kommunale systemer. Tidligere har der været tilfælde hvor  
patienter har måttet vente op til 4-5 uger på egnet foranstaltning i andet regi  
(kommunalt eller amtsligt).

Centret har konsulentydelsesfunktioner i forhold til kommuner og familiecentre  
der ifølge årsrapporten indebærer møder med forskellige intervaller (fra 3 må-  
neder til ½ år). Formålet med sådanne møder er et samarbejde mellem den  
primære indsats omkring barnet og børnepsykiatrien for at afklare i hvilket  
omfang der er behov for yderligere undersøgelser og behandling med inddra-  
gelse af børnepsykiatrisk ekspertise. Det mobile team under ungdomspsykia-  
trisk ambulatorium har (tilsvarende) til formål at støtte den unge og dennes  
familie i nærmiljøet i de situationer hvor ambulans behandling ikke er tilstræk-  
keligt, men hvor en indlæggelse vurderes at kunne undgås ved en udbygget  
støtte i hjemmet. Et andet formål er samtidig at øge samarbejdet med kommu-  
nerne.

Det var ledelsens opfattelse at der i de fleste tilfælde var et godt samarbejde med patienternes hjemkommuner. Samarbejdet var i de øvrige tilfælde af varierende kvalitet. Ledelsen oplyste under inspektionen nærmere om samarbejdsvanskelighederne, herunder oplyste ledelsen at der havde været afholdt møder med forskellige kommuners ledelse hvilket også havde bedret samarbejdet, men at der fortsat var problemer. Ledelsen oplyste at det var besluttet ikke at holde flere generelle møder før den forestående kommunesammenlægning. I stedet ville ledelsen forsøge at løse eventuelle problemer løbende i de konkrete tilfælde.

*Jeg har noteret mig det oplyste om at centret normalt ikke har patienter indlagt i længere tid på grund af problemer med udslusning.*

*Jeg går samtidig ud fra at ledelsen fortsat er opmærksom på eventuelle samarbejdsproblemer med patienternes hjemkommuner og søger at løse sådanne i dialog med de berørte kommuner.*

Psykiatrilovens § 3, stk. 4-5, har følgende ordlyd:

*”Stk. 4. Overlægen har endvidere ansvaret for, at der for patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.*

*Stk. 5. Såfremt en patient, der er omfattet af stk. 4, ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.”*

Spørgsmålet om udarbejdelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner blev ikke nærmere drøftet under inspektionen.

*Overlægen har efter psykiatrilovens § 3, stk. 4, pligt til at udarbejde skriftlige udskrivningsaftaler mellem patienten, den psykiatriske afdeling, de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienterne, medmindre overlægen kan lægge til grund at patienten selv vil søge den behandling eller de sociale tilbud der er nødvendige for patientens helbred. Dvs. at sådanne aftaler også skal udarbejdes i de tilfælde hvor psykiatrisk afdeling formidler kontakten til de relevante myndigheder.*

*Efter lovens § 3, stk. 5, har overlægen i alle tilfælde hvor en patient efter stk. 4, ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, en pligt til at foranledige at afdelingen udarbejder en koordinationsplan.*

*Det fremgår af forarbejderne til psykiatrilovens § 3, stk. 4 og 5, at ordningen med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner alene omfatter en mindre gruppe af alvorligt sindslidende patienter som uden særlig opfølgning risikerer at falde uden for behandlingssystemet uden at nogen bemærker det (ofte betegnet som "uanbringelige", "marginaliserede" eller "dobbelstødt").*

*Med disse bemærkninger beder jeg centerledelsen om at oplyse om centrets praksis i forbindelse med udarbejdelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.*

Til orientering kan jeg oplyse at jeg i sagen vedrørende min inspektion af Augustenborg Sygehus, Almenpsykiatrisk Afdeling, har modtaget kopi af et notat fra sygehuschefen til § 71-tilsynet hvori det bl.a. er anført at formuleringen af ovennævnte bestemmelser i psykiatriloven giver anledning til betydelige fortolkningsproblemer. Jeg har i den anledning sendt Indenrigs- og Sundhedsministeriet et eksemplar af den endelige rapport vedrørende denne inspektion hvori notatet er gengivet, med henblik på at det der er anført om udarbejdelsen af udskrivnings- og koordinationsaftaler, kan indgå i ministeriets arbejde i for-

bindelse med den revision af psykiatriloven der er i gang (folketingsåret 2005/06).

I det fremsatte lovforslag foreslås bestemmelserne i § 3, stk. 4 og 5, ophævet idet bestemmelserne i stedet flyttes til det nye kapitel 4a om "Opfølgning efter udskrivning" således at ordlyden bevares i henholdsvis forslaget § 13a, stk. 1, og § 13b, stk. 1.

### **5.11. Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling**

§ 27 i psykiatriloven har følgende ordlyd:

"§ 27. Personalet på afdelingen skal give patientrådgiveren enhver oplysning, som er nødvendig for, at denne kan varetage sit hverv på forsvarlig måde. En oplysning, som af lægelige grunde ikke gives til patienten, må heller ikke gives til patientrådgiveren."

Af forarbejderne til bestemmelsen fremgår bl.a. følgende (Folketingstidende 1988-89, tillæg A, spalte 2091):

"... Hvis patientrådgiveren skal kunne udføre sit hverv, er det nødvendigt, at rådgiveren på den ene side modtager relevante lægelige oplysninger om patienten og ikke må nøjes med, hvad denne selv kan og vil oplyse. Det er på den anden side også vigtigt at tage hensyn til patientens egne ønsker og lægernes tavshedspligt.  
..."

I § 3, stk. 2, i bekendtgørelsen om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger (bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004), er det bestemt at tvangsmedicinering forudsætter at patienten og patientens rådgiver er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger.

Under inspektionen oplyste ledelsen at centret har et godt samarbejde med patientrådgiverne der er flinke til at komme i afdelingen. De tilkaldte patientrådgivere kommer til stede på døgnafsnittet inden for 24 timer (psykiatrilovens § 26). Om patientrådgiveren kommer med det samme der bliver ringet eller først lidt senere aftales med patienten. Den liste over patientrådgivere centret benytter er den sammen som anvendes i amtets voksenpsykiatri.

Ledelsen oplyste at der som udgangspunkt altid beskikkes en patientrådgiver når der iværksættes tvangsforanstaltninger, men at mindreårige ikke tildeles en patientrådgiver. Hvis centret benytter psykiatriloven beskikkes der altid en patientrådgiver. Ledelsen oplyste samtidig at der ikke anvendes megen tvang på centret (døgnafsnittet). Anvendelse af fastholdelse eller andre indgreb der har karakter af tvang i forhold til mindreårige, noteres i en logbog på afsnittet så det altid er muligt at finde.

Centret har et godt samarbejde med statsamtmanden og patientklagenævnet. Ledelsen oplyste at centret har meget få sager til behandling i patientklagenævnet.

Det fremgår af Årsberetningen fra Det Psykiatriske patientklagenævn i Storstrøms Amt for 2004 at patientrådgiveren i 2004 mødte til 82 % af møderne i nævnet, mens lægen mødte til alle møderne. Patienterne mødte til 84 % af møderne i nævnet. Mødedeltagelsen er ikke i årsberetningen opgjort på amtets forskellige psykiatriske centre. Det fremgår også af årsberetningen at der i 2004 har været foretaget meget få tvangsindgreb i centret og at der ikke har været klager til patientklagenævnet.

Adspurgt oplyste ledelsen at Sundhedsministeriets pjece "Tvang i psykiatrien – om psykiatriske patienters rettigheder ved tvangsindgreb" udleveres til patienter der udsættes for tvang (og deres forældre) og herudover er til rådighed i centret (på flere sprog).

*Jeg forstår det oplyste således at centret tildeler patienten en patientrådgiver i alle situationer hvor tildeling af en patientrådgiver er obligatorisk.*

*Jeg går på baggrund af det oplyste ud fra at patientrådgiverne orienteres i alle tilfælde af tvangsanvendelse hvor der skal udpeges en patientrådgiver således at denne har mulighed for at varetage sit hverv på forsvarlig måde, jf. lovens § 27.*

### **5.12. Vold mod personalet**

Det forekommer at patienter optræder voldeligt og/eller truende over for personalet, men det er sjældent.

Ledelsen oplyste at der er udarbejdet en voldspolitik for hele amtet og at centret har udarbejdet en lokal politik. Centret har ikke anmeldt patienter (unge) til politiet på grund af en episode, men det blev oplyst at det ikke er det personale der har været udsat for vold eller trusler herom der tager stilling til om en episode skal anmeldes. Det blev (dog) oplyst at der på afdelingen for Yngre Voksne kort før inspektionen havde været et overfald på en læge. Det var i den forbindelse blevet besluttet at indgive anmeldelse til politiet af overfaldet. Det var ledelsens opfattelse at en anmeldelse fx hvor den unge tidligere er dømt for vold eller andet bør indgives således at episoden registreres som et led i et forløb. Hertil kommer at den unge efter ledelsens vurdering ikke bør opleve at lovgivningen frit kan overtrædes under undersøgelse og/eller behandling i et af centerets afsnit.

Centret har ikke selv retspsykiatriske patienter (unge) indlagt. Retspsykiatriske patienter i centrets målgruppe indlægges på voksen psykiatrisk afdeling (med tilsyn fra Yngre Voksne).

Repræsentanten fra Social- og psykiatriforvaltningen oplyste at der generelt er et godt samarbejde med politimestrene i amtet. Det er forvaltningens indtryk at

henvendelser (herunder anmeldelser) fra institutionerne tages alvorligt i politikredsene.

Det fremgår af "Instruks vedrørende voldsepisoder på Psykiatrisk Børne- og Ungecenter og følgerne af disse" at vold, alvorlige trusler og krænkende adfærd udøvet af patienter eller pårørende anmeldes til politiet. Ifølge instruksen betragtes det som vold "hvis en medarbejder udsættes for fysisk overlast og grove verbale krænkelser, herunder systematisk fornærelse samt øvrige trusler om vold". Politianmeldelse foretages "når skadelidte, sikkerhedsgruppen eller ledelsen/centerchefen i den afdeling/afsnit/team, hvor volden udøves, anser den for ikke ubetydelig." Sikkerhedsgruppen skal sørge for at der udarbejdes en beskrivelse af hændelsen, der sendes til centrets ledelse der foretager anmeldelsen til politiet. I tvivlstilfælde eller hvor der er uenighed i afdelingen/afsnittet/teamet, træffes beslutningen om anmeldelse af centrets ledelse. Det fremhæves i instruksen at den skadelidte har ret til selv at foretage anmeldelse.

Jeg har tillige modtaget en kopi af Storstrøms Amt, Social- og psykiatريفorvaltningen, psykiatريفdelingen "Fællesretningslinjer vedr. politianmeldelse af vold og trusler mod medarbejdere ansat i psykiatrien i Storstrøms Amt". Disse fællesretningslinjer der er godkendt i MED-sektor udvalget for psykiatrien den 12. oktober 2005, har efter det oplyste dannet grundlag for centrets ovenfor omtalte instruks – der i den kopi jeg har modtaget er udateret – og har i alt væsentligt samme indhold som instruksen der dog indeholder flere aspekter at volds- og trusselsepisoder.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

### **5.13. Opbevaring af journaler**

Patientjournaler opbevares i arkivskabe på kontoret i de enkelte afsnit. Døren til kontoret og eventuelt arkivskabene aflåses når kontoret er ubemandet. Det

blev oplyst at bl.a. miljøpersonalet har adgang til journalerne, men at patienter og pårørende ikke har adgang til kontorerne.

Jeg går således ud fra at hvert afsnit opbevarer journalerne for egne patienter, og at det kun er det relevante personale på afsnittet der har adgang (nøgle) til de kontorer (skabe) hvor journalerne opbevares.

#### **5.14. Handicaptilgængelighed**

Centret er som det fremgår ovenfor under pkt. 3.1. bygget op omkring tre tidligere overlægeboliger. Disse tre bygninger af ældre dato er generelt ikke handicapegnede fx er toiletterne meget små og der er trin flere steder – dog er almindelige dørtrin fjernet. Døgnafsnittet og forbindelsesbygningerne er af mere moderne karakter med brede døre, uden dørtrin og slisker ved indgangene. Centret kan således modtage kørestolsbrugere mv.

*Uanset at centret ikke er handicapegnet overalt, giver forholdene mig ikke anledning til bemærkninger.*

#### **5.15. Patientindflydelse**

Ifølge psykiatrilovens § 30 kan sundhedsministeren fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger.

Med hjemmel i lovens § 30 har indenrigs- og sundhedsministeren udarbejdet bekendtgørelse nr. 1337 af 15. december 2004 om patientindflydelse på psykiatriske sygehuse og afdelinger. Bekendtgørelsen der trådte i kraft 1. januar 2005, afløste bekendtgørelse nr. 708 af 20. november 1989 om patientråd og patientmøder på psykiatriske sygehuse og afdelinger.



§ 1 i den gældende bekendtgørelse har følgende ordlyd:

”På hvert psykiatrisk sygehus eller afdeling skal der udformes bestemmelser om patienternes muligheder for at øve indflydelse på generelle forhold med betydning for patienternes ophold på sygehuset eller afdelingen under indlæggelse. Afdelingsledelsen skal sikre, at bestemmelserne er tilgængelige for patienterne.

*Stk. 2.* Rammerne for inddragelse af patienterne i spørgsmål af generel karakter bør bl.a. fastlægges under hensyn til antallet af patienter på afdelingen, patientsammensætningen og den gennemsnitlige indlæggelsestid på afdelingen.”

Som det fremgår ovenfor under pkt. 5.7., foreslås bemyndigelsesbestemmelsen i lovens § 30 ophævet og erstattet af den ovenfor citerede bestemmelse i § 2a, stk. 3, samt en foreslået ændring af lovens § 2.

Centret har ikke noget patientråd. Det blev oplyst – og det fremgår af de miljøterapeutiske rammer – at der på døgnafsnittet holdes morgenmøde på alle hverdage hvor alle patienter deltager. Ledelsen oplyste at der holdes ugentlige møder med alle patientgrupper og at centret generelt forsøger at inddrage patienterne i så meget som muligt.

Ledelsen oplyste at døgnafsnittets unge som led i en emneuge havde udgivet et blad. På denne baggrund havde ledelsen overvejet og – forstod jeg – besluttet at udgivelsen af et blad hvor patienterne kan ytre sig mv. skulle være en fast aktivitet i afsnittet. Centret råder over udstyr til en sådan aktivitet, men jeg forstod at der endnu var få tekniske problemer.

*Jeg anmoder centret om at sende mig en kopi af de bestemmelser som centret har udfærdiget (eller udfærdiger) i medfør af bestemmelsen i bekendtgørelsens § 1.*

### 5.16. Behandlingsplaner

Efter psykiatrilovens § 3, stk. 3, har overlægen ansvaret for at der opstilles en behandlingsplan for enhver der indlægges på psykiatrisk afdeling, og at patienten vejledes om planens indhold, samt at patientens samtykke til planens gennemførelse til stadighed søges opnået.

Jeg har fra centrets døgnafsnit modtaget to behandlingsplaner for patienter på afsnittet. Det fremgår af den ene at patienten er enig i planens indhold, mens den anden patient er uenig i planen og ikke ønsker at være på afsnittet (mens forældrene er enige i planens indhold).

*Behandlingsplanerne giver ikke anledning til bemærkninger.*

Ledelsen oplyste at centret også udarbejder behandlingsplaner for centrets dagpatienter hvor den største opgave oftest er undersøgelsen.

### 5.17. Euforiserende stoffer og alkohol

Det blev oplyst at det ikke er tilladt at medbringe og indtage alkohol og euforiserende stoffer i centret. Et sådant forbud fremgår ikke af det materiale jeg har modtaget.

Ledelsen oplyste at det forekommer at indlagte unge har et misbrug af euforiserende stoffer, herunder også enkelte der har udviklet en psykose under et sådant misbrug. Oftest er der tale om misbrug af hash.

Det sker ifølge ledelsen at der er stoffer i centrets døgnafsnit, men det er yderst sjældent at der faktisk findes stoffer. Personalet kan have en mistanke om at en indlagt har medbragt noget til afsnittet, men det bliver meget sjældent synligt. Ledelsen oplyste at der ved begrundet mistanke vil blive foretaget en visitation af den unge og dennes ejendele.

*Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger. Jeg henviser til pkt. 5.7. ovenfor vedrørende visitation mv.*

*Jeg går i øvrigt ud fra at der ikke er patienter der bliver økonomisk afhængige af andre patienter ved at der foregår handel (eller bytte) med ejendele patienterne imellem. Jeg går herunder ud fra at personalet er opmærksomme på at forebygge/forhindre optræk til sådan afhængighed.*

#### **5.18. Kæresteforhold mellem patienterne**

Centret har i gennemsnit næsten dobbelt så mange drenge som piger indlagt i aldersgruppen under 13 år. I aldersgruppen over 13 år er det lige omvendt. Adspurgt oplyste ledelsen at denne sammensætning ikke giver problemer i døgn-afsnittet. Det er ledelsens opfattelse at en kønsmæssigt blandet patientgruppe giver langt flere fordele end ulemper. Centret har almindeligvis ikke problemer med at patienterne ikke kan være i fred.

Det er ikke tilladt for patienterne at danne par – være kærester – under indlæggelsen. Personalet taler meget med de unge herom.

*Udover at bemærke at jeg går ud fra at de nævnte restriktioner mv. er begrundet i behandlingsmæssige og/eller sikkerhedsmæssige årsager – og endda omsorg, giver det oplyste mig ikke anledning til bemærkninger.*

#### **5.19. Rekruttering af personale og sygefravær**

Centret har generelt ikke problemer med rekruttering af personale, bortset fra speciallæger med speciale i børne- og ungdomspsykiatri hvor afdelingen oplever de samme problemer som mange andre steder i landet. Centret får mange ansøgninger ved stillingsopslag.

Ledelsen oplyste at området dog generelt har en lidt skæv kønsfordeling således at de fleste ansatte (og ansøgere til ledige stillinger) er kvinder.

*Jeg har noteret mig at centret i lighed med mange andre psykiatriske hospita-  
ler og afdelinger kan have svært ved at få det ønskelige antal speciallæger.*

Ledelsen oplyste at centret i perioder kan have et forholdsvist højt sygefravær i de enkelte afsnit. Generelt ligger centret dog i den lave ende af amtets sygefraværstatistik. Således var det samlede sygefravær i 2005 på 6 %.

Storstrøms Amt har arbejdet meget med en sygefraværspolitik efter at det blev konstateret at sygefraværet i amtet generelt var meget højt – særligt blandt enkelte personalegrupper. Der er nu udarbejdet en procedure til opfølgning på sygdom som også centrets MED-udvalg har vedtaget. Sygemeldt personale tilbydes således en omsorgssamtale (enten telefonisk eller personligt) med mulighed for at tale om baggrunden for sygdommen mv. Ledelsen oplyste at en sådan samtale tilbydes alle langtidssygemeldte og ansatte med mange korte sygdomsperioder.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

### **5.19. Lovgrundlaget**

Under inspektionen blev samspillet mellem psykiatriloven, lov om forældremyndighed og lov om social service kortvarigt drøftet.

Det var ledelsens opfattelse at centret havde udviklet en tilfredsstillende praksis på området, men at samspillet mellem de forskellige love ikke sjældent giver anledning til problemer. Ledelsen oplyste at centret som udgangspunkt anvender tvangsmæssige foranstaltninger efter reglerne i psykiatriloven når patienten

er fyldt 15 år, men også yngre patienter efter en konkret vurdering. Når forældrene samtykker i foranstaltningerne anses anvendelsen for frivillig.

Som jeg oplyste under inspektionen har ombudsmanden overfor Indenrigs- og Sundhedsministeriet peget på en række punkter som bør undergives en overvejelse (afklares, præciseres, medtages mv.) i forbindelse med ministeriets arbejde med den tidligere omtalte igangværende revision af psykiatriloven. Ombudsmanden har herunder peget på samspillet mellem psykiatriloven, lov om forældremyndighed og lov om social service.

*Jeg har ikke i forbindelse med denne inspektion fundet grundlag for at iværksætte en nærmere undersøgelse af den uklarhed om retsgrundlaget for anvendelse af tvangsindgreb over for børn og unge der kan opstå bl.a. som følge af at sådanne indgreb er reguleret flere steder i lovgivningen, og at der ikke i lovgivningen findes nogen konsekvent skelnen mellem psykiatriske indgreb over for børn og unge og psykiatriske indgreb over for voksne.*

#### **6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen**

Som nævnt i indledningen anmodede jeg under inspektionen om at modtage udskrift/kopi af sygehusets tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 32-39 i bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og anvendelse af særlige dørlåse foretaget på centrets afsnit forud for den 3. februar 2006 (hvor inspektionen blev varslet), men efter den 1. januar 2005 (hvor bekendtgørelsen trådte i kraft). Såfremt antallet af tilførsler (skemaer/udskrifter) oversteg 10 inden for hver kategori, ønskede jeg alene at modtage kopier af de 10 seneste tilførsler (skemaer/udskrifter).

Efter tvangsbekendtgørelsens § 44, stk. 1, skal overlægen på afdelingen løbende foretage elektronisk indberetning til Sundhedsstyrelsen – og til den ansvarlige sygehusmyndighed – af de i §§ 33-36 omhandlede tilfælde af tvang, de i § 37 omhandlende tilfælde af beskyttelsesfiksering og de i §§ 38-39 omhandlede tilfælde af personlige alarm- og pejlesystemer. Det fremgår af bestemmelsens stk. 3, at Sundhedsstyrelsen leverer elektronisk indberetningsprogram til brug for denne indberetning (Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetnings-system).

Bekendtgørelsens §§ 33-40 indeholder bestemmelser om hvilke oplysninger der skal ske tilførsel af i afdelingens tvangsprotokol. Indberetningen efter § 44, stk. 1, skal indeholde de i §§ 33-40 krævede oplysninger, jf. bekendtgørelsen § 45, stk. 1, 1. pkt. Indberetningen til Sundhedsstyrelsen skal dog ikke indeholde oplysninger om den ordinerende læges navn eller navne på det implicerede personale. Ligesom indberetningen til den ansvarlige sygehusmyndighed hverken indeholder oplysninger om patientens navn og cpr.nr. eller den ordinerende læges og det implicerede personales navn.

I tilknytning til tvangsbekendtgørelsen har Sundhedsministeriet udarbejdet en vejledning af 21. december 2004 om udfyldelse af tvangsprotokoller (registrering af tvang i psykiatrien) samt registrering af anvendelse af udskrivningsaftaler/koordinationsplaner. Det fremgår af denne vejledning at de psykiatriske afdelinger efter retningslinjerne i vejledningen løbende skal indberette elektronisk til Sundhedsstyrelsen ved anvendelse af det af Sundhedsstyrelsen udarbejdede elektroniske indberetningsprogram.

Med ikrafttrædelse af vejledningen – og tvangsbekendtgørelsen – den 1. januar 2005 blev det således obligatorisk at indberette data vedrørende anvendelse af tvang i psykiatrien elektronisk.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 at der til brug for de psykiatriske afdelinger leveres et elektronisk indtastningsprogram

med 5 elektroniske blanketter omhandlende registrering af henholdsvis 1) frihedsberøvelse, 2) tvangsbehandling, 3) fiksering og fysisk magtanvendelse, 4) beskyttelsesfiksering/-foranstaltning, og 5) aflåsning af patientens stuedør på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland. Blanket 6 (personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse) skal dog foreløbigt indberettes på den af Sundhedsstyrelsen udarbejdede blanket.

Ifølge vejledningen er der i systemet adgang for den pågældende afdeling til at læse alle indtastede oplysninger. Disse oplysninger kan skrives ud. Det fremgår at der skal være et eksemplar af hver blanket både i afdelingens tvangsprotokol og i patientens journal.

Der foretages indberetning til Sundhedsstyrelsen af alle tvangsprotokollens oplysninger, men i den elektroniske udgave der sendes til Sundhedsstyrelsen, er der ikke adgang til at læse oplysninger om personalets navn eller initialer, jf. ovenfor.

Efter vejledningen skal der foretages indberetning til Sundhedsstyrelsen senest 10 dage efter iværksættelse af en tvangsforanstaltning. Så længe tvangsforanstaltningen stadig pågår, indberettes tilføjelser til tvangsprotokollen løbende. Ved ophør af tvangsforanstaltningen foretages indberetning snarest herefter. Herudover skal afdelingerne kvartalsvis foretage en kvalitetskontrol af indberetningerne for at sikre at alle iværksatte og afsluttede tvangsforanstaltninger er indberettet.

Der skal foretages indberetning til sygehusmyndigheden kvartalsvis eller eventuelt oftere ved lokale aftaler. Sygehusmyndigheden har hverken adgang til at læse patientens data eller personalets navn eller initialer, jf. også ovenfor. Når blanketten udskrives, skal afdelingen være opmærksom på at det er den anonymiserede udgave der i papirform sendes til sygehusmyndigheden.

Det fremgår endvidere af vejledningen at alene de i tvangsbekendtgørelsen nævnte oplysninger skal tilføres tvangsprotokollerne, mens andre relevante oplysninger for patientbehandlingen skal fremgå af patientjournalen.

Jeg har – som nævnt i indledningen – med breve af 27. og 30. marts 2006 fra centret modtaget registreringsskemaer der er udskrevet fra det elektroniske indberetningssystem. Under inspektionen modtog jeg kopier af to af de tidligere anvendte papirskemaer (et skema 3 og et skema 4).

Ledelsen oplyste under inspektionen at centret benytter det elektroniske indberetningssystem, men at centret har problemer med den digitale signatur. Det blev oplyst at centret (foreløbig) har valgt fortsat at benytte det tidligere papirskema hvis oplysninger efter udfyldelse indtastes af en socialrådgiver i døgnafsnittet.

*Jeg beder centret oplyse om – og i givet fald hvor – der foretages notat om at indberetningen (indtastning og afsendelsen til Sundhedsstyrelsen) er sket. Jeg beder samtidig centret oplyse om centret opbevarer et eksemplar af både en udskreven blanket (som anført i Sundhedsstyrelsens vejledning) og det udfyldte papirskema i såvel afdelingens tvangsprotokol som i patientens journal.*

Som nævnt modtog jeg det materiale jeg anmodede om under inspektionen samt med breve af 27. og 30. marts 2006. De to kopier af de tidligere papirskemaer som jeg modtog under inspektionen er begge indeholdt i to af de udskrevne elektroniske indberetninger som jeg modtog efterfølgende. Disse to papirskemaer indgår derfor ikke (selvstændigt) i min gennemgang nedenfor. Materialet indeholder (herefter) i alt 6 skemaer vedrørende frihedsberøvelse (tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse – skema 1), 1 skema vedrørende tvangsbehandling (skema 2), 9 skemaer vedrørende fiksering og fysisk magt-anvendelse (skema 3) og 7 skemaer vedrørende beskyttelsesfiksering/foranstaltning (skema 4).



De udskrevne skemaer som jeg modtog med brev af 30. marts 2006 er alle henover siden markeret som "KLADDE". Jeg går ud fra at dette skyldes at der er foretaget indtastning, men at registreringen endnu ikke er indberettet (sendt til Sundhedsstyrelsen).

De modtagne registreringer går – på grund af flere misforståelser – (lidt) længere end den periode som jeg anmodede om. Uanset at nogle registreringer således er foretaget efter varslingen af inspektionen, har jeg besluttet at lade alle de modtagne registreringer indgå i min gennemgang nedenfor – dette særligt for at materialet omfangsmæssigt bliver mere retvisende.

*Jeg har ikke mulighed for at vurdere om anvendelsen af tvangsforanstaltningerne i de enkelte tilfælde har været berettiget. Ved min gennemgang af materialet har jeg derfor navnlig koncentreret mig om hvorvidt proceduren i forhold til de gældende regler er blevet fulgt. Gennemgangen giver mig anledning til nedenstående bemærkninger.*

#### **6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse**

Jeg har – som nævnt ovenfor – modtaget 6 skemaer til brug for tilførsler i tvangsprotokollen om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, alle udelukkende vedrørende tvangstilbageholdelse. Tilførslerne (skemaerne) vedrører frihedsberøvelse iværksat i perioden fra den 25. februar 2005 til den 9. februar 2006. Der er tale om fem udskrevne skemaer fra det elektroniske indberetningssystem og ét af de tidligere papirskemaer.

Tvangsprotokollen består af særlige skemaer (nu elektroniske blanketter) udarbejdet af Sundhedsministeriet. For frihedsberøvelse benyttes Tvangsprotokol – skema 1, som anvendes både ved tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse således at det skal angives om frihedsberøvelsen er begyndt som tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse. Det fremgår af brugervejledningen til Sundhedsstyrelsens elektroniske indberetningssystem vedrørende indberetning af

anvendelse af tvang i psykiatrien (herefter kaldet brugervejledningen) at det i den elektroniske blanket kun er muligt at vælge én type frihedsberøvelse til angivelse af om frihedsberøvelsen er begyndt som tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse. I de tidligere papirskemaer skulle der ske markering ved afkrydsning.

Som anført er alle 6 frihedsberøvelser begyndt som tvangstilbageholdelse.

Efter Sundhedsstyrelsens vejledning skal begrundelsen for frihedsberøvelsen, jf. psykiatrilovens § 5, tillige angives (behandlings- eller farlighedsindikation). Kravet om angivelse af begrundelsen for frihedsberøvelsen følger allerede af § 33, nr. 3, i tvangsbekendtgørelsen (ovennævnte bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger). Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type begrundelse – enten helbred eller farlighed. I de tidligere papirskemaer skulle begrundelsen angives ved afkrydsning (markering) i skemaet.

Der er i alle tilfælde angivet en begrundelse (i henhold til lovens § 5). Begrundelsen er i alle tilfælde helbredsmæssige grunde.

Tvangsindlæggelse sker på grundlag af en lægeerklæring der er udarbejdet af den læge som har undersøgt den pågældende med henblik på indlæggelse. Erklæringen må ikke være udstedt af en læge der er ansat på den psykiatriske afdeling hvor indlæggelsen skal finde sted, og lægen må ikke være inhabil (psykiatrilovens § 7). Det er dog overlægen på den psykiatriske afdeling der træffer den endelige administrative afgørelse om hvorvidt betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, jf. psykiatriloven § 9, stk. 2, og § 14, stk. 1, i Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 880 af 10. december 1998 om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser (tvangsindlæggelsesbekendtgørelsen). Af lovens § 4a og § 14, stk. 1, 2. punktum, i tvangsindlæggelsesbekendtgørelsen fremgår det videre at afgørelsen i overlægens fravær kan

træffes af en anden læge på den psykiatriske afdeling, og at overlægen i sådanne tilfælde snarest skal tage stilling til beslutningen.

For så vidt angår tvangstilbageholdelse gælder tilsvarende – efter lovens § 10, stk. 1, jf. § 4a – at overlægen træffer afgørelsen, og at afgørelsen kan træffes af en anden læge i overlægens fravær. Også i disse tilfælde skal overlægen snarest tage stilling til beslutningen.

Af Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. fremgår det at (datoen for) overlægens attestation skal fremgå af protokollen. Der er en særlig rubrik hertil i den elektroniske blanket.

Ledelsen oplyste under inspektionen at centrets to psykiatriske overlæger på skift (en uge ad gangen) har bagvagtsfunktioner. Jeg forstod at der er tale om en beredskabsvagt der er reguleret i overenskomsten. Centret har samtidig en aftale med de pædiatriske overlæger på Storstrømmens Sygehus Næstved der kan tilkaldes ved tvangsindlæggelser og anmodninger om udskrivinger. Disse overlæger har mulighed for at ringe til centrets psykiatriske overlæger for at konferere om sagen. Centerchefen oplyste adspurgt at der efter hans opfattelse ikke må gå mere end 24 timer før han eller den anden psykiatriske overlæge tager stilling til frihedsberøvelsen. Hvis der var tale om helligdage mv. må overlægen møde op i afsnittet. Han oplyste samtidig at der i praksis var tale om at overlægen tog stilling næste morgen.

I alle 6 skemaer er der angivet en dato for overlægens stillingtagen. I 5 tilfælde har overlægen taget stilling til frihedsberøvelsen samme dag som iværksættelsen af frihedsberøvelsen og i 1 tilfælde har overlægen taget stilling dagen efter iværksættelsen.

Reglerne om udfyldelse af tvangsprotokoller indeholder ikke bestemmelser om hvor lang tid der må gå før overlægens attestation skal anføres i protokollen.

De kontrolhensyn der ligger bag reglerne om attestation, tilsiger imidlertid efter min opfattelse at attestationen skal ske snarest muligt. Dette kan efter omstændighederne være flere dage efter frihedsberøvelsen.

*Jeg foretager mig ikke yderligere vedrørende det ene tilfælde hvor der er gået én dag fra iværksættelsen af frihedsberøvelsen til overlægens stillingtagen.*

Det påhviler til stadighed overlægen at påse at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magt, beskyttelsesfiksering, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse samt aflåsning af patientstue (Sikringsafdelingen) ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 1. For så vidt angår frihedsberøvelse, skal resultatet af denne efterprøvelse tilføres tvangsprotokollen henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage efter at frihedsberøvelsen blev iværksat, og herefter mindst hver fjerde uge så længe frihedsberøvelsen opretholdes, jf. lovens § 21, stk. 2, 1. og 2. punktum, og tvangsbehandlingens § 33, nr. 4. Efterprøvelsen udregnes ifølge vejledningen fra den dag hvor den første frihedsberøvelse blev iværksat (dag 0). Efterprøvelsesdatoerne ændres således ikke når en tvangsindlagt patient senere tvangstilbagesholdes. Datoerne for efterprøvelser samt dato for overlægens stillingtagen i denne forbindelse anføres i rubrikkerne under overskriften "Efterprøvelse af frihedsberøvelse".

Der er sket følgende afvigelser fra disse regler:

I forbindelse med tvangstilbageholdelsen iværksat den 9. marts 2005 er det angivet at der skete efterprøvelse efter 2 dage. Tvangstilbageholdelsen ophørte på 9. dagen, men efterprøvelsen (efter 3 dage) er sket én dag for tidligt.

I forbindelse med tvangstilbageholdelsen iværksat den 13. april 2005 er det angivet at der er sket efterprøvelse på 2., 8. og 19. dagen. Tvangstilbageholdel-

sen ophørte på 29. dagen. Efterprøvelserne (efter 3, 10 og 20 dage) er således sket henholdsvis 1, 2 og 1 dag for tidligt.

I forbindelse med tvangstilbageholdelsen iværksat den 23. maj 2005 er efterprøvelserne på 3., 20. og 30. dagen sket rettidigt, mens efterprøvelsen efter 10 dage er sket én dag for tidligt. Tvangstilbageholdelsen er ophørt på 39. dagen.

*Efter loven påhviler det til stadighed overlægen at sikre at frihedsberøvelsen ikke udstrækkes i videre omfang end nødvendigt. Dette indebærer at overlægen af egen drift skal bringe en frihedsberøvelse til ophør straks når betingelserne herfor ikke længere er til stede. Allerede derfor kan efterprøvelser naturligvis finde sted også på tidspunkter der ligger forud for de foreskrevne obligatoriske prøvelser. Dette frigør imidlertid efter min opfattelse ikke overlægen for også at foretage efterprøvelser på de i loven foreskrevne tidspunkter.*

I de øvrige tilfælde er den obligatoriske efterprøvelse efter det angivne sket på det i loven angivne tidspunkt. I 1 tilfælde er der ikke angivet ophørsdato. Jeg blev under inspektionen bekendt med at den pågældende patient fortsat var frihedsberøvet (næste efterprøvelse ligger efter min modtagelse af skemaet).

Centerchefen har i brev af 27. marts 2006 (hvormed jeg modtog tvangsprotokollerne fra 2005) anført at han i forbindelse med afsendelsen af tvangsprotokollerne hertil er blevet opmærksom på at "der fortsat er usikkerhed af beregning af tidsfrister for efterprøvelse ved skema 1". Centerchefen har videre bl.a. anført følgende:

"Inden indførelsen af elektronisk indberetning af tvangsprotokoller, havde vi en procedure som sikrede at efterprøvelserne ved skema 1 og 4 var korrekte samt sikrede at det var de korrekte skemaer, der blev udfyldt ved anvendelse af tvang i psykiatrien i henhold til Psykiatriloven. Vi har nu ændret den nuværende procedure, så vi

sikrer både at det er de korrekte skemaer der anvendes samt at tidsfristerne for efterprøvelserne overholdes.”

*Jeg beder centret om at oplyse nærmere om denne procedure.*

Om betydningen af at der sker notering af de obligatoriske efterprøvelser på de i loven angivne tidspunkter, henviser jeg til dommen i UfR 2004.2184 V hvor en tvangstilbageholdelse blev kendt ulovlig – uanset at de materielle betingelser havde været opfyldt i hele perioden – idet der hverken i journalen eller i tvangsprotokollen var foretaget notat om den foretagne efterprøvelse.

De obligatoriske efterprøvelser skal, som nævnt, foretages af overlægen, jf. lovens § 21, stk. 2, eller i dennes fravær af en anden læge hvis efterprøvelse snarest herefter skal attesteres af en overlæge, jf. lovens § 4a. Der er som anført rubrikker i tvangsprotokollen (skemaet) til angivelse af datoen for overlægens stillingtagen.

Datoen for overlægens attestation er i alle tilfælde angivet som samme dag som efterprøvelsen eller dagen efter.

I 5 af de 6 tilfælde er datoen for ophør af frihedsberøvelsen angivet. I det ene tilfælde hvor der ikke er angivet dato for ophøret for frihedsberøvelsen blev jeg som nævnt ovenfor bekendt med at frihedsberøvelsen ikke var ophørt.

Centerchefen har i det ovenfor omtalte brev af 27. marts 2006 endvidere bl.a. anført følgende:

”Der er udfyldt et skema 4 i forbindelse med en patient, der var tilbageholdt på 24 timers reglen i henhold til Bekendtgørelse af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien § 10, stk. 3. Desværre blev skema 1, tvangstilbageholdelsen først udfyldt efter 48 timer, hvilket helt klart var en fejl.”

Blandt de modtagne skemaer findes overlappende skemaer 1 og 4 for to patienter. I det ene tilfælde er der tale om en tvangstilbageholdelse (skema 1) iværksat den 13. april 2005 (ophørt den 12. maj 2005) samtidig med af yderdørene er aflåst som beskyttelsesforanstaltning (skema 4) i samme periode (13. april til 12. maj 2005). I det andet tilfælde er der udfyldt et skema 4 (aflåsning af yderdøre) for iværksættelse af en beskyttelsesforanstaltning den 23. februar 2005 (ophørt den 15. marts 2005) med en overlappende tvangstilbageholdelse (iværksat 25. februar 2005 og ophørt 15. marts 2005) registreret på et skema 1. Jeg går umiddelbart ud fra at det ovenfor citerede sigter til det sidstnævnte tilfælde.

Blandt de modtagne registreringer findes endvidere et eksempel på at en beskyttelsesforanstaltning (aflåsning af yderdøre, skema 4) – iværksat den 28. januar 2006 og ophørt den 6. februar 2006 – er blevet ”afløst af” en tvangstilbageholdelse (skema 1) iværksat den 6. februar 2006.

*Jeg beder centret om at redegøre nærmere for de to tilfælde hvor tvangsforanstaltningerne er overlappende, og samtidig præcisere hvorledes det ovenfor citerede nærmere skal forstås.*

## **6.2. Tvangsbehandling**

Jeg modtog 1 skema vedrørende beslutninger om tvangsbehandling. Der er tale om en beslutning om tvangsmedicinering truffet den 8. april 2005.

Uanset at gennemgangen af ét enkelt skema ikke kan give noget generelt, dækkende billede af centrets registrering af tvangsbehandling, har jeg valgt at gennemgå det modtagne skema.

For tvangsbehandling benyttes tvangsprotokol – skema 2.

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. skal de enkelte tvangsformer registreres på hvert sit

skema/blanket såfremt flere tvangsbehandlingsformer anvendes. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type behandling – enten medicinering, ECT, ernæring eller behandling af legemlig lidelse.

Det modtagne skema – der er et udskrevet elektronisk skema – vedrører (naturligvis) kun én tvangsbehandling, nemlig medicinering.

Tvangsbehandling må kun anvendes over for personer der er indlagt, og som opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse. Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 1, og tvangsbekendtgørelsens § 1, stk. 1.

Efter tvangsbekendtgørelsens § 2 må tvangsmedicinering kun anvendes når andre behandlingsmuligheder må anses for uanvendelige. Ved tvangsmedicinering skal der altid være en læge til stede, jf. § 6 i tvangsbekendtgørelsen.

Det fremgår af § 12, stk. 3, i psykiatriloven at afgørelse om tvangsbehandling træffes af overlægen der samtidig træffer bestemmelse om i hvilket omfang der om fornødent kan anvendes magt til behandlingens gennemførelse. Beslutning om tvangsbehandling kan i overlægens fravær træffes af en anden læge. I sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen, jf. lovens § 4a.

Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 34, nr. 4, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af navnet på den ordinerende overlæge. Efter Sundhedsstyrelsens vejledning skal der i tvangsprotokollen tillige anføres datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen samt datoen for overlægens stillingtagen.

Datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen og for overlægens stillingtagen er angivet i det gennemgåede tilfælde. Datoen for overlægens stillingtagen er angivet som dagen for beslutningen om iværksættelse.

Navnet på den ordinerende overlæge er angivet.



Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 34, nr. 3, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af begrundelsen for tvangsbehandlingen. Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning afkrydses (markeres) den konkrete begrundelse for iværksættelse af den pågældende tvangsbehandling i rubrikken "Begrundelse". Der henvises i den pågældende rubrik i skemaet til psykiatrilovens § 12 og § 13. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type begrundelse – enten § 12 (udsigt til væsentlig forringelse af helbredet) eller § 13 (nærliggende eller væsentlig fare for patienten eller andre).

Begrundelsen for beslutningen er angivet i det gennemgåede tilfælde.

I rubrikken "Art og omfang" (tvangsbekendtgørelsens § 34, nr. 2) skal ifølge vejledningen angives indholdet af tvangsbehandlingen, herunder præparatnavn, startdosis, administrationsområde og eventuelt bivirkningsmedicin, mens den nærmere beskrivelse af behandlingsforløbet, herunder dosisændringer, skal fremgå af journalen.

I rubrikken "Art og omfang" er der anført følgende: "inj. nozinan 15 mg. Kl. 1700 som engangsord."

Til orientering kan jeg oplyse at jeg i rapport af 26. maj 2004 vedrørende min inspektion af Sct. Hans Hospital den 18. og 24. februar 2004 har udtalt følgende:

*"Af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns sammenfatning af nævnets praksis vedrørende psykiatriske ankesager 1997-2002 fremgår på side 15 f at det er nævnets praksis at mindste middels-princippet indebærer at tvangsbehandling med injektion som udgangspunkt må betragtes som et mere indgribende middel end peroral behandling. Jeg er enig i denne fortolkning af princippet om mindste middel. Det fremgår videre at det er nævnets praksis at der som udgangspunkt bør træffes beslutning om tvangsbehandling primært med tablet/mikstur og sekundært med injektion.*

*Jeg går ud fra at den angivelsesmåde som anvendes på Sct. Hans Hospital (afsnit R1) med alternative indgivelsesformer (og doser)*

*er udtryk for en praksis hvorefter der i første omgang forsøges med indgivelse af medicin peroral, og at personalet kun såfremt dette ikke effektivt lader sig gennemføre, fx fordi patienten afviser at indtage medicinen eller efterfølgende kaster op, overgår til indgivelse af medicinen ved injektion. I det ovenfor gengivne eksempel er alternativerne imidlertid sprogligt set ligestillede, og der gives således ingen præcisering af hvornår det ene alternativ skal vælges frem for det andet, dvs. hvad der vil være den udløsende faktor for at vælge henholdsvis peroral indgivelse eller indgivelse ved injektion. Hospitalets formulering i tvangsprotokollen giver derfor anledning til principielle overvejelser om den sproglige præcision som kan forlanges.*

*Jeg går ud fra at det i almindelighed ikke er den besluttende overlæge selv som indgiver medicinen i hvert enkelt tilfælde, og at en anden læge derfor faktisk kan komme til at handle på baggrund af hvad der er nedfældet i tvangsprotokollen. På den anden side er jeg ikke blind for at de anvendte formuleringer kan være udtryk for en indforstået meddelelse af et videregående indhold som uden videre vil blive forstået af alle afsnittets læger.*

*Uanset om dette sidste er tilfældet, vil de kontrollerende myndigheder; det psykiatriske patientklagenævn, Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og til dels embedslægeinstitutionen og Sundhedsstyrelsen samt Folketingets Ombudsmand, være henvist til at kontrollere sygehusets beslutninger på en i skriftlig henseende ufuldstændig baggrund.*

*Jeg beder hospitalet om en udtalelse herom."*

Sct. Hans Hospital anførte i en udtalelse af 12. juli 2004 bl.a. at princippet om anvendelse af mindste-middel hyldes overalt i psykiatrien og således også ved tvangsbehandling. Det blev i udtalelsen videre oplyst at alle læger ved introduktionsundervisningen undervises i brugen af tvang og reglerne herfor, herunder at medicin skal forsøges givet oralt som det første, og at injektionsbehandling kun må anvendes hvis dette afslås, og at det også i det medicinmodul der hører til den elektroniske patientjournal, udførligt er beskrevet hvordan medicinen skal gives, og at den per orale ordination skal forsøges først. Hospitalet oplyste tillige at der efterfølgende skal gøres notat i journalen om hvorvidt den per orale eller intramuskulære indgivelse er anvendt, og hvis den per orale medicinering måtte opgives, skal omstændighederne der førte hertil, beskrives.

Hospitalet anførte endvidere at bemærkningerne i inspektionsrapporten havde givet sygehuset anledning til at overveje retningslinjer om udfyldelse af tvangsprotokollen som gør det tydeligt, også for udenforstående, hvilken ordinationsform der skal forsøges først. Dette noterede jeg mig i en opfølgingsrapport af 26. juli 2004.

*Idet jeg alene har modtaget ét skema vedrørende tvangsmedicinering (der ikke indeholder en ordination der giver anledning til ovennævnte problemstilling), og uanset at spørgsmålet ikke blev drøftet under inspektionen, går jeg ud fra at centret efterlever mindste-middels-princippet for så vidt angår medicinering således som dette er beskrevet i det ovenfor anførte.*

*Under henvisning til ovennævnte principielle overvejelser om den sproglige præcision der kan forlanges, beder jeg dog centret om at overveje at give retningslinjer for udfyldelsen af tvangsprotokollen således at det sikres at udfyldelsen sker på en sådan måde at det – også for udenforstående – tydeliggøres hvilken ordinationsform der skal forsøges først. Jeg beder om underretning om resultatet af disse overvejelser.*

I rubrikken "Tilladt magtanvendelse" skal ifølge vejledningen angives i hvilket omfang der om fornødent kan anvendes magt til behandlingens gennemførelse.

I det modtagne skema er der i rubrikken om tilladt magtanvendelse anført: "pt. ligger i bælte". Jeg har modtaget kopi af tvangsprotokollen vedrørende denne bæltefiksering (skema 3).

Ved hver enkelt tvangsbehandling skal navnet på den tilstedeværende læge samt dato anføres i protokollen.

Navnet på den tilstedeværende læge er angivet i det ene tilfælde hvor tvangsbehandlingen er gennemført.

Det fremgik tidligere af Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2002 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. at oplysningerne fra et skema skulle overføres til et nyt skema hvis en tvangsbehandling fortsatte ind i et nyt kvartal – eller hvis antallet af behandlinger oversteg antallet af rubrikker på skemaet. Det gjaldt dog ikke datoer for de enkelte tidligere behandlinger.

Det fremgår af brugervejledningen at der i den elektroniske blanket altid skal indtastes mindst en dato for behandling før der kan ske indberetning af skema 2, og at en beslutning om tvangsbehandling der aldrig iværksættes, skal annulleres.

I det gennemgåede tilfælde er der sket notering af at tvangsbehandlingen har fundet sted én gang.

*For god ordens skyld bemærker jeg dog at jeg går ud fra at centret er opmærksomt på at en overhængende risiko for effektivering af en allerede truffet beslutning om anvendelse af tvang kan opleves som tvang af patienten (såkaldt "skjult tvang"), og at centret i sådanne situationer vurderer patientens samtykke i lyset heraf.*

Endelig skal datoen for beslutning om ophør af tvangsanvendelsen angives. Dette er sket i det gennemgåede tilfælde.

Kravet i tvangsbekendtgørelsens § 3, stk. 2, om information af patient og patientrådgiver er behandlet under punkt 5.12.

### **6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt**

For tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt benyttes Tvangsprotokol – skema 3. Jeg modtog som nævnt 9 skemaer til brug for tilførsler til tvangspro-

tokollen vedrørende tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt. Heraf er de 5 skemaer fortløbende vedrørende den samme patient.

De gennemgåede skemaer dækker perioden fra den 23. januar 2005 til den 12. februar 2006. Skemaerne omfatter i alt fem forskellige patienter.

De 9 gennemgåede skemaer omhandler i alt 45 tilfælde af tvangsfiksering og/eller fysisk magt, herunder indgivelse af beroligende medicin og dø-raflåsning. Der var tale om i alt 29 tilfælde af fastholdelse, 10 tilfælde af anvendelse af bælte, 3 tilfælde af anvendelse af beroligende medicin, 2 tilfælde af anvendelse af døraflåsning og 1 tilfælde af anvendelse af remme. Heraf er der en kombination af tvangsfiksering med anvendelse af både bælte og remme.

Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type tvangsforanstaltning – enten bælte, remme, handsker, fastholdelse, dø-raflåsning eller beroligende medicin. Feltet er forudfyldt med en ”bullit” i ”Bælte”. Efter registrering af en tvangsforanstaltning, kan der tilføjes nye indberetninger om fiksering og fysisk magtanvendelse inden for samme indlæggelsesperiode. I de tidligere papirskemaer var der på hvert skema plads til tre tilfælde af tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.

Af psykiatrilovens § 14, stk. 1, fremgår det, at der som midler til tvangsfiksering alene må anvendes bælte, hånd- og fodremme samt handsker. Af stk. 2, fremgår det videre at tvangsfiksering kun må 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.

Under de samme betingelser kan en indlagt person fastholdes og om fornødent med magt føres til et andet opholdssted på sygehuset, jf. psykiatrilovens § 17, stk. 1. Over for personer der er frihedsberøvet efter reglerne i lovens kapitel 3, kan der anvendes den magt der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen. Er det af afgørende betydning for bedring af en meget urolig patients tilstand, kan lægen bestemme at patienten skal have et beroligende middel, om fornødent med magt, jf. lovens § 17, stk. 2.

Uanset at betingelserne for anvendelse af fysisk magt, jf. § 17, stk. 1, ikke er til stede, kan der over for personer der er frihedsberøvede, jf. lovens kap. 3, anvendes den magt der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen. Dette følger af tvangsbekendtgørelsens § 18, stk. 1. Efter bestemmelsens stk. 2, kan der i tilfælde som nævnt i stk. 1, træffes afgørelse om at afdelingens yderdøre skal holdes aflåse.

Tidspunktet for iværksættelsen af fikseringen eller den fysiske magtanvendelse skal angives med dato og klokkeslæt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 35, nr. 4, og § 36, nr. 4. Efter Sundhedsstyrelsens vejledning gælder dette også ved anvendelse af døraflåsning og beroligende medicin.

I alle tilfælde er iværksættelsestidspunktet angivet ved dato og klokkeslæt.

Ifølge lovens § 15, stk. 1, skal tvangsfiksering besluttes af en læge efter at denne har tilset patienten. Beslutning om at der foruden bælte skal anvendes hånd- eller fodremme, skal dog træffes af overlægen, jf. stk. 2. Bestemmelsen er ikke til hinder for at en beslutning i overlægens fravær træffes af en anden læge. I sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen, jf. lovens § 4a og tvangsbekendtgørelsen § 12, stk. 5.

I det ene tilfælde hvor der er truffet beslutning om anvendelse af remme, har overlægen taget stilling til beslutningen samme dag som beslutningen om anvendelsen blev truffet.

*Om indhentelse af overlægens stillingtagen henviser jeg til det ovenfor under pkt. 6.1. anførte.*

Efter tvangsbekendtgørelsens § 35, nr. 5 og 6, skal der ved tvangsfiksering i tvangsprotokollen ske tilførsel af navnet på den ordinerende læge og navnene på det implicerede personale. Tilsvarende gælder ved anvendelse af fysisk magt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 36, nr. 5 og 6, hvor navnet på den tilstedeværende læge også kan anføres.

Og efter psykiatrilovens § 17, stk. 2, kræver indgivelse af beroligende medicin at beslutning herom er truffet af en læge. Lægen skal være til stede når et beroligende middel gives, jf. tvangsbekendtgørelsens § 6 og § 19, stk. 2. Såvel navnet på den ordinerende læge som på den tilstedeværende læge skal anføres i protokollen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 36, nr. 5, og efter nr. 6, skal tillige navnene på det implicerede personale anføres.

Centerchefen har i det tidligere omtalte brev af 27. marts 2006 vedrørende udfyldelse af skema 3 anført følgende:

”Ved udfyldelse af skema 3 i forbindelse med fastholdelse har vi valgt ikke at udfylde både ordinerende og tilstedeværende læge i henhold til bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på de psykiatriske afdelinger § 36.”

I alle tilfælde er navnet på den ordinerende læge angivet – i et tilfælde alene ved initialer og i et andet tilfælde alene ved efternavn.

For så vidt angår de 3 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin, er navnet på den tilstedeværende læge angivet – i 2 tilfælde er den ordinerende læge også den tilstedeværende læge.

I alle tilfælde er navnene på det implicerede personale angivet – i de fleste tilfælde alene ved initialer/forbogstaver.

*Jeg går ud fra at personalets initialer/forbogstaver (og i ét tilfælde efternavnet) er tilstrækkeligt til at centret entydigt kan fastslå hvem der har deltaget i tvangsforanstaltningerne, og jeg foretager på denne baggrund ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål.*

Efter tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 1, må fiksering af patienter der af trykshedsgrunde selv anmoder herom, kun ske med samtykke fra en læge.

Der er ikke blandt de gennemgåede skemaer foretaget notat af at en fiksering var frivillig.

Det blev – som anført ovenfor under pkt. 5.2. – under inspektionen oplyst at centret ikke har benyttet fiksering i en situation hvor en patient af trykshedsgrunde selv beder om at blive fikseret.

Det fremgår af psykiatrilovens § 15, stk. 3, 2. punktum, at lægen i de tilfælde hvor plejepersonalet har besluttet at fikserer den pågældende med bælte, straks skal tilkaldes og træffe afgørelse vedrørende anvendelsen af tvangsfiksering med bælte.

*Jeg beder centerledelsen om at redegøre for centrets praksis med hensyn til tilkaldelse af læge i forbindelse med tvangsfiksering med bælte, herunder hvor lang tid det efter ledelsens opfattelse er acceptabelt og forsvarligt at der går fra tvangsindgrebets påbegyndelse og til lægen kommer til stede.*

Efter tvangsbekendtgørelsens § 35, nr. 2 og 3, og § 36, nr. 2 og 3, skal der for så vidt angår tvangsfiksering og fysisk magtanvendelse i tvangsprotokollen ske



tilførsel af indgrebs art og omfang tillige med begrundelsen for indgrebet (vejledningen taler om ”enhver form for magtanvendelse der registreres på denne blanket”). Skemaet indeholder særlige rubrikker hertil. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type begrundelse (farlighed, forulempelse, hærværk, urolig tilstand, frivillig bæltefiksering eller sikre den frihedsberøvede patients fortsatte tilstedeværelse på afdelingen – en indirekte henvisning i stikordsform til bestemmelserne i lovens § 14 og § 17).

Det fremgik tidligere af bilaget til Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2002 at der kun skulle afkrydses for den væsentligste begrundelse, selv om der kan være flere begrundelser for den pågældende tvangsforanstaltning.

I vejledningen er det anført at aflåsning af yderdøren til afdelingen alene må forekomme i tilfælde af, at betingelserne for frihedsberøvelse er til stede, jf. lovens § 17, og at dette kan forekomme uden at betingelserne i lovens § 14 er til stede, hvorfor det i sådanne tilfælde ikke er muligt at angive en af de i skemaet beskrevne begrundelser. Den elektroniske blanket indeholder (nu) mulighed for at angive den begrundelse der hedder ”sikre den frihedsberøvede patients fortsatte tilstedeværelse på afdelingen”.

Der er i alle tilfælde sket anførsel af tvangsindgrebs art og i alle tilfælde sket anførsel af begrundelsen for indgrebet.

Tidspunktet for ophør af fikseringen eller den fysiske magtanvendelse skal angives med dato og klokkeslæt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 35, nr. 4, og § 36, nr. 4, og den gældende vejledning. Af den tidligere vejledning af 20. december 2002 skulle dog kun tidspunktet for iværksættelse angives når det drejede sig om fysisk magtanvendelse i form af fastholden og indgivelse af beroligende medicin.

I alle tilfælde med undtagelse af de 3 tilfælde af anvendelse af beroligende medicin er ophørstidspunktet angivet med dato og klokkeslæt.

I de 3 tilfælde vedrørende beroligende medicin er der (således) alene angivet et iværksættelsestidspunkt.

Til orientering kan jeg oplyse at Psykiatrisk Afdeling på Odense Universitets-hospital i anledning af min inspektion af afdelingen den 20. april 2005 i brev af 28. juli 2005 (indeholdende bemærkninger til min foreløbige rapport), oplyste at det ikke er muligt at angive ophørstidspunkt i den elektroniske indberetning. I min endelige rapport af 30. august 2005 vedrørende inspektionen anførte jeg herefter bl.a. at jeg forstod det af afdelingen oplyste således at der ikke i den elektroniske blanket kan ske angivelse af ophørstidspunkt for så vidt angår indgivelse af beroligende medicin, men også for så vidt angår fastholdelse. Jeg bad samtidig Indenrigs- og Sundhedsministeriet om at oplyse hvorvidt min forståelse var korrekt.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i brev af 2. marts 2006 oplyst at den elektroniske indberetning giver mulighed for at indberette dato for ophør/beslutning om ophør på alle tvangsforanstaltninger – undtagen indgivelse af beroligende medicin ved urolig tilstand. Sidstnævnte er en engangsforanstaltning med en tidsmæssig udstrækning på injektionen af få sekunder. Det er dog muligt at opgøre antallet af enkelt-indgivelser af beroligende medicin i løbet af fx et døgn eller en uge, idet tvangen indberettes særskilt med påbegyndt dato og klokkeslæt.

#### **6.4. Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning**

Jeg har som tidligere nævnt modtaget 7 skemaer vedrørende anvendelse af beskyttelsesfiksering/-foranstaltninger. Skemaerne vedrører indgreb besluttet henholdsvis den 23. februar 2005 og den 7. februar 2006 vedrørende seks patienter.

For beskyttelsesfiksering benyttes Tvangsprotokol – skema 4.

Om overlappende skemaer 1 og 4 og det af centerchefen i brev af 27. marts 2006 anførte, henviser jeg i det hele til pkt. 6.1. ovenfor.

Ved beskyttelsesfiksering forstås anvendelse af ethvert middel der benyttes for at hindre at en patient utilsigtet udsætter sig selv for væsentlig fare. Beskyttelsesfiksering må kun benyttes efter at en læge har tilset patienten og truffet nærmere bestemmelse om anvendelse af et bestemt beskyttelsesmiddel (psykiatrilovens § 18).

Af tvangsbekendtgørelsens § 21, stk. 2, fremgår det nærmere at den lægelige ordination af beskyttelsesfiksering skal angive i hvilket omfang og i hvilke bestemte situationer et vist middel til beskyttelsesfiksering må anvendes. Administrationen af den ordinerede beskyttelsesfiksering overlades til plejepersonalet i det enkelte tilfælde (bekendtgørelsens § 21, stk. 3).

En lægelig vurdering af berettigelsen for at opretholde brug af beskyttelsesfiksering over for den enkelte patient skal, jf. tvangsbekendtgørelsens § 30, stk. 2, finde sted så ofte som forholdene tilsiger det, dog mindst 3, 10, 20 og 30 dage efter at beslutning om anvendelse af beskyttelsesfiksering blev truffet, og herefter mindst hver fjerde uge så længe ordinationen opretholdes.

I tvangsprotokollen skal anføres den form for beskyttelsesfiksering som anvendes, jf. tvangsbekendtgørelsens § 37, nr. 2. Skemaet indeholder afkrydsningsrubrikker til dette formål. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én form – enten stofbælte eller lign., aflåsning af yderdør eller andet.

I alle tilfælde er formen angivet.

Det enkelte skema/blanket omhandler kun én form for tvangsanvendelse. Såfremt flere tvangsformer anvendes, skal de enkelte former registreres hver for sig, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 om udfyldelse af

tvangsprotokoller mv. Hvis der er tale om en anden form for tvangsanvendelse end stofbælte eller lign. eller aflåsning af yderdør, skal den konkrete foranstaltning kort beskrives.

Alle skemaer vedrører kun én form for tvangsanvendelse. Der er tale om 5 tilfælde af aflåsning af yderdøre og 2 tilfælde af "Andet". I det ene tilfælde hvor det er afkrydset at der er tale om anden anvendelse end stofbælte eller lign. eller aflåsning af yderdør, fremgår det af rubrikken "Situation" at den pågældende patient blev ført til det skærmede afsnit hvor døren blev låst (beslutning af 30. maj 2005). I det andet tilfælde fremgår det af situationsrubrikken at det skærmede afsnit blev aflåst (beslutning af 25. februar 2005).

Jeg bemærker i denne forbindelse at der så vidt jeg kan se – af brugervejledningen og de modtagne udskrifter – ikke i den elektroniske blanket er et felt til angivelse af en kort beskrivelse af den konkrete foranstaltning (således som det var tilfældet i det tidligere papirskema).

*Jeg beder for god ordens skyld centret om at oplyse hvori foranstaltningen bestod i disse 2 tilfælde (om min forståelse er korrekt).*

Idet det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. at den konkrete foranstaltning kort skal beskrives hvis der er tale om en anden form for tvangsanvendelse end stofbælte eller lign. eller aflåsning af yderdør, har jeg i forbindelse med min inspektion af Psykiatrisk Afdeling Herning den 24. januar 2006, henledt Indenrigs- og Sundhedsministeriets opmærksomhed på spørgsmålet om hvor i den elektroniske blanket afdelingerne/sygehusene skal beskrive den konkrete foranstaltning, således at dette spørgsmål kan overvejes i forbindelse med en revidering af den elektroniske blanket (eller vejledningen). Dette er blot til orientering.

I tvangsprotokollen skal den ordinerende læge anføres, jf. tvangsbekendtgørelsens § 37, nr. 5.

Dette er sket i alle tilfælde.

Af tvangsbekendtgørelsens § 37, nr. 3 og 4, fremgår det endvidere at begrundelsen for beslutningen om beskyttelsesfikseringen (iht. psykiatrilovens § 18) samt den situation hvor beskyttelsesfikseringen kan anvendes, skal angives i tvangsprotokollen. I vejledningen er det anført at der i rubrikken "Begrundelse" skal angives den konkrete begrundelse for den iværksatte tvangsforanstaltning, og at der i rubrikken "Situation" skal angives de(n) situation(er) hvor beskyttelsesfikseringen/-foranstaltningen må anvendes. Ifølge brugervejledningen er disse to felter "Fritekstfelter" hvori der kan skrives efter behov (max. 100 karakterer).

I alle 10 tilfælde er der anført en begrundelse for foranstaltningen. I 9 af de 10 tilfælde er der også i rubrikken "Situation" anført hvornår foranstaltningen må anvendes.

I det sidste tilfælde (beslutning om "Andet" af 25. februar 2005) er der i "Situation" anført "aflåsning til skærmet afsnit".

*Dette er en fejl, idet det efter min opfattelse ikke er en situation, men foranstaltningens form.*

Resultatet af den fornyede lægelige vurdering der skal finde sted efter tvangsbekendtgørelsens § 30, stk. 2, efter henholdsvis 3, 10, 20, 30 dage og herefter hver fjerde uge, skal anføres i tvangsprotokollen, jf. bekendtgørelsens § 37, nr. 6. Efterprøvelsen udregnes ifølge vejledningen fra iværksættelsestidspunktet (dag 0).

I skemaet vedrørende aflåsning af yderdør besluttet den 13. april 2005 fandt den fornyede vurdering sted henholdsvis 2, 9 og 19 dage efter beslutningen om anvendelsen. De tre efterprøvelser (efter 3, 10 og 20 dage) er således alle sket én dag for tidligt.

*Efter tvangsbekendtgørelsens § 30, stk. 1, påhviler det til stadighed overlægen at sikre at beskyttelsesfikseringen mv. ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt, jf. lovens § 21, stk. 1. Efter bekendtgørelsens § 31, påhviler det såvel læger som sygeplejepersonalet at påse at beskyttelsesfiksering ikke benyttes i videre omfang end hensynet til patientens sikkerhed kræver, og at spørgsmål om ændring af ordinationen rejses så snart der er anledning hertil. Dette indebærer at (over)lægen af egen drift skal bringe en fiksering mv. til ophør straks når denne ikke længere er nødvendig. Allerede derfor kan efterprøvelser naturligvis finde sted også på tidspunkter der ligger forud for de foreskrevne obligatoriske prøvelser. Dette frigør imidlertid efter min opfattelse ikke (over)lægen for også at foretage efterprøvelser på de i loven foreskrevne tidspunkter.*

Den elektroniske blanket indeholder (som det også var tilfældet med de tidligere papirskemaer) et felt til angivelse af datoen for ophør af beskyttelsesforanstaltningen.

Alle skemaer er påført ophørsdato.

#### **6.5. Personlige alarm- og pejlesystemer**

Jeg har ikke modtaget skemaer vedrørende anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer.

#### **6.6. Særlige dørlåse**

Jeg har ikke modtaget skemaer vedrørende anvendelse af særlige dørlåse.

**Opfølgning**

*Som det fremgår af de enkelte afsnit ovenfor, har jeg i flere tilfælde bedt Psykiatrisk Børne- og Ungecenter om nærmere oplysninger mv. vedrørende forskellige forhold. Jeg beder om at disse oplysninger mv. sendes gennem Storstrøms Amt for at amtet kan få lejlighed til at kommentere det som centret anfører.*

**Underretning**

Denne rapport sendes til Psykiatrisk Børne- og Ungecenter, Storstrøms Amt, Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 og centrets patienter og pårørende.



Lennart Frandsen  
Inspektionschef