

12. december 2011

FOLKETINGETS
OMBUDSMAND



Inspektion af Børne- og
Ungdomspsykiatrisk Center i Region
Midtjylland den 16. og 17. juni 2010

ENDELIG

J.nr. 2010-1767-4248/MV3

Indholdsfortegnelse

1.	Indledning.....	3
2.	Organisation og lovgrundlag	4
2.1.	Centerets organisation mv.....	4
2.2.	Lovgrundlaget for behandling af børn og unge	5
3.	Bygningsmæssige forhold mv.....	8
3.1.	Generelt	8
3.2.	Børnepsykiatrisk døgnafsnit i Viborg	9
3.3.	Ungdomspsykiatrisk døgnafsnit i Herning	11
4.	Samtaler med enkelte patienter	14
5.	Andre forhold.....	14
5.1.	Overbelægning mv.	14
5.2.	Adgang til frisk luft	17
5.3.	Handicaptilgængelighed mv.	19
5.4.	Navneskilte	20
5.5.	Opbevaring af journaler	21
5.6.	Medicin.....	21
5.7.	Forplejning	22
5.8.	Beskæftigelse og undervisning.....	23
5.9.	Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2	26
5.10.	Patienternes kontakt med læge og plejepersonale	26
5.11.	Behandlingsplaner	27
5.12.	Anvendelse af tvang, herunder fiksering	28
5.13.	Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvang.....	32
5.14.	Aflåsning, forholdene for frivilligt indlagte og skærmning	34
5.15.	Politiets medvirken ved udførelse af tvangsforanstaltninger i afdelingen ..	39
5.16.	Udslusning, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner	41
5.17.	Aktindsigt	44
5.18.	Pårørendekontakt	48
5.19.	Besøg, visitation og adgang til telefonering mv.	51
5.20.	Rygepolitik	59
5.21.	Euforiserende stoffer og alkohol.....	61
5.22.	Kæresteforhold mellem patienterne	61
5.23.	Patientindflydelse.....	62
5.24.	Rekruttering af personale og sygefravær	64
5.25.	Vold mod personalet.....	66

6.	Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen	68
6.1.	Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse	70
6.2.	Tvangsbehandling	74
6.3.	Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt	76
	Opfølgning	84
	Underretning	84

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 og 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 2 af embedets øvrige medarbejdere den 16. og 17. juni 2010 inspektion af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i Region Midtjylland – børnepsykiatrisk døgnafsnit og ungdomspsykiatrisk døgnafsnit i Herning den 16. juni og børnepsykiatrisk døgnafsnit i Viborg den 17. juni. Forinden havde jeg den 15. juni 2010 foretaget inspektion af det socialpsykiatriske botilbud Blåkærgård i Viborg. Der er udarbejdet særskilt rapport om botilbuddet.

Inspektionen af de udvalgte afsnit i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center omfattede en indledende samtale med ledelsen, repræsentanter for medarbejderne på afsnittene og repræsentanter for Psykiatri og Social i Region Midtjylland (i det følgende omtalt som Psykiatrien), rundgang på afsnittene, samtaler med de patienter der havde ønsket det, og en afsluttende samtale med ledelsen og repræsentanterne for Psykiatrien.

Under inspektionen bad jeg om at modtage kopi af tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 36-39 og §§ 44-45 i bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger for perioden fra den 1. maj 2009 til den 11. maj 2010 (da inspektionen blev varslet). Det ønskede materiale blev udleveret under inspektionen.

I forbindelse med inspektionen modtog jeg forskelligt informationsmateriale, bl.a. bygningsoversigter, velkomstmateriale til patienterne og deres forældre, husordener, materiale om belægning, anvendelse af tvang og sygefravær samt regionens rygepolitik.

Nogle af de berørte emner i rapporten bygger hovedsagelig på en efterfølgende gennemgang af det skriftlige materiale som jeg har modtaget fra centeret, og på materiale

fra Psykiatriens hjemmeside (www.regionmidtjylland.dk/psykiatri+og+social). Det er således ikke alle emner der er blevet drøftet særskilt under selve inspektionen.

Denne rapport har i en foreløbig udgave af 21. juli 2011 været sendt til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center samt Psykiatri og Social i Region Midtjylland med henblik på at give centeret og Psykiatrien lejlighed til at komme med eventuelle bemærkninger om de faktiske forhold der er beskrevet i rapporten.

Psykiatrien har i e-mail af 5. december 2011 sendt mig bemærkninger fra børne- og ungdomspsykiatrisk center. Bemærkningerne er indarbejdet i denne rapport.

2. Organisation og lovgrundlag

2.1. Centerets organisation mv.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC) hører under Psykiatri og Social i Region Midtjylland. Der er tale om ét center, men det er geografisk placeret 3 forskellige steder i regionen – Risskov, Viborg og Herning – med i alt ca. 500 ansatte. Centerets ledelse består af en ledende centeroverlæge og en ledende centeroversygeplejerske. De enkelte afsnit ledes af en overlæge og en afdelingssygeplejerske.

Regionscenter Risskov har 4 børnepsykiatriske afsnit og et ungdomspsykiatrisk afsnit som alle varetager landsdelsfunktioner. De børnepsykiatriske afsnit er – 1) et alment afsnit for småbørn i alderen 0-6 år bestående af et dagafsnit og et ambulatorium (afsnit A), 2) et specialafsnit for småbørn i alderen 0-6 år bestående af et dagafsnit og et ambulatorium (afsnit B), 3) et alment afsnit for skolebørn i alderen 7-13 år bestående af et døgnafsnit og et ambulatorium (afsnit C), og 4) et specialafsnit for skolebørn bestående af et ambulatorium og en ADHD-klinik (afsnit D). Det ungdomspsykiatriske afsnit består af et døgnafsnit og et ambulatorium for unge i alderen 14-17 år.

Regionscenter Viborg består af et alment børnepsykiatrisk afsnit for skolebørn i alderen 7-13 år. Der er et 5-døgns afsnit med 9 sengepladser og et ambulatorium der har ca. 350 børn og unge tilknyttet. Afsnittet udreder og behandler forskellige børnepsykiatriske lidelser som ADHD, autismespektrumforstyrrelser, OCD, depression, Tourettes syndrom og relationsforstyrrelser.

I Regionscenter Herning er der et alment børnepsykiatrisk afsnit for skolebørn i alderen 7-13 år, et alment ungdomspsykiatrisk døgnafsnit for unge i alderen 14-17 år og et ungdomspsykiatrisk ambulatorium. På inspektionstidspunktet bestod det børnepsykiatriske afsnit af både et ambulatorium og et døgnafsnit for skolebørn med 5 normerede

sengepladser. Under inspektionen blev det oplyst at regionen på grund af besparelser overvejede at lukke døgnafsnittet for skolebørn og flytte sengepladserne til de øvrige regionscentre i Risskov og Viborg. Psykiatrien meddelte mig den 21. juli 2010 at det var blevet besluttet at lukke døgnafsnittet fra januar 2011.

Under Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center hører desuden Center for Spiseforstyrrelser selv om centeret også behandler voksne. Centeret er en specialafdeling med landsdels- og landsfunktion.

Psykiatrien har med virkning fra 1. januar 2009 indført ens aldersgrænser for Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center og de voksenpsykiatriske afdelinger i regionen. Det betyder at patienter der på henvisningstidspunktet er under 18 år, behandles i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center indtil patienten fylder 21 år. Herefter overtager voksenpsykiatrien ansvaret for behandlingen. Patienter der på henvisningstidspunktet er fyldt 18 år, behandles i voksenpsykiatrien.

2.2. Lovgrundlaget for behandling af børn og unge

Behandling inden for sundhedsvæsenet forudsætter et informeret samtykke fra patienten, og patienter der er fyldt 15 år, kan selv give informeret samtykke til behandling. Det fremgår af § 15, stk. 1, og § 17, stk. 1, i kapitel 5 i sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010).

Fravigelse af denne hovedregel kan kun ske hvis andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov eller af sundhedslovens §§ 17-19. Sidstnævnte bestemmelser i sundhedsloven vedrører tilfælde hvor en mindreårig patient der er fyldt 15 år, ikke selv er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen (§ 17, stk. 2), tilfælde hvor en patient varigt mangler evnen til at give informeret samtykke (§ 18), og tilfælde hvor der er et øjeblikkeligt behandlingsbehov i forbindelse med en patient der midlertidigt eller varigt mangler evnen til at give informeret samtykke eller er under 15 år (§ 19).

Et informeret samtykke er et samtykke der er givet på grundlag af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side (jf. sundhedslovens § 15, stk. 3). Informationen skal give en forståelig fremstilling af sygdommen, undersøgelsen og den påtænkte behandling, og den skal gives på en hensynsfuld måde og være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger med hensyn til alder, modenhed, erfaring mv. (jf. sundhedslovens § 16, stk. 3).

For børn og unge under 15 år er det forældremyndighedsindehaveren der giver et informeret samtykke på barnets vegne. Det følger af § 2, stk. 1, i forældreansvarsloven (lov nr. 499 af 6. juni 2007). Efter denne bestemmelse skal forældremyndighedens indehaver drage omsorg for barnet og kan træffe afgørelse om dets personlige forhold ud fra barnets interesse og behov.

Barnet eller den unge skal imidlertid som hovedregel informeres og inddrages i drøftelserne af behandlingen i det omfang vedkommende forstår behandlingssituationen, og barnets eller den unges tilkendegivelser skal, i det omfang de er aktuelle og relevante, tillægges betydning (jf. sundhedslovens § 20).

Unge der er fyldt 15 år, kan selv give informeret samtykke til behandling. Forældremyndighedens indehaver skal tillige have information og inddrages i den mindreåriges stillingtagen (jf. sundhedslovens § 17, stk. 1). En given behandling eller foranstaltning skal således drøftes med både den unge og forældremyndighedsindehaveren, men i tilfælde af uenighed er det den unge der har ret til selv at bestemme.

Hvis en sundhedsperson efter en individuel vurdering skønner at en patient der er fyldt 15 år, ikke selv er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen, kan forældremyndighedsindehaveren give informeret samtykke (jf. sundhedslovens § 17, stk. 2).

Kommunens børn og unge-udvalg kan dog efter § 51 i lov om social service (lovbekendtgørelse nr. 81 af 4. februar 2011) uden samtykke fra forældremyndighedsindehaveren og den unge der er fyldt 15 år, beslutte at gennemføre en undersøgelse under indlæggelse på et sygehus, herunder en psykiatrisk afdeling, når det må anses for nødvendigt at afgøre om der er åbenbar risiko for alvorlig skade på den unges sundhed eller udvikling.

Børn og unge er omfattet af psykiatrilovens regler om anvendelse af tvang (jf. lovbekendtgørelse nr. 1729 af 2. december 2010 om anvendelse af tvang i psykiatrien).

Psykiatriloven definerer tvang som "anvendelse af foranstaltninger for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke, jf. kapitel 5 i sundhedsloven" (psykiatrilovens § 1, stk. 2).

I meget akutte situationer hvor en omgående gennemførelse af en foranstaltning efter psykiatriloven er nødvendig for at afværge at et barn eller en ung under 15 år udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, eller øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang, skal sundhedspersoner på den psykia-

triske afdeling ikke forsøge at indhente et samtykke fra forældremyndighedsindehaveren, værger eller nærmeste pårørende, men den pågældende skal efterfølgende orienteres. Det fremgår af psykiatrilovens § 1, stk. 3.

Bestemmelsen finder tilsvarende anvendelse hvor sundhedspersonen på en psykiatrisk afdeling efter en individuel vurdering skønner at en ung mellem 15 og 18 år ikke selv er i stand til at forstå konsekvensen af sin stillingtagen (jf. psykiatrilovens § 1, stk. 4). Det betyder at der for de unge mellem 15 og 18 år som ikke skønnes selv at være i stand til at forstå konsekvensen af deres stillingtagen, ikke skal forsøges indhentet et stedfortrædende samtykke i de meget akutte situationer hvor betingelserne i § 1, stk. 3, er opfyldt.

Psykiatrilovens bestemmelser gælder således ikke for behandling af et barn eller en ung under 15 år når der foreligger et informeret samtykke fra forældremyndighedsindehaveren, selv om barnet eller den unge modsætter sig den psykiatriske behandling. Der er derfor ikke efter psykiatriloven krav om at reglerne om beskikkelse af patientrådgiver og registrering af tvang skal iagttages i en sådan situation.

Sundhedsstyrelsens nye vejledning om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger (vejledning nr. 9427 af 20. januar 2011 som har afløst vejledning nr. 122 af 14. december 2006) indeholder et nyt afsnit særligt vedrørende børn (pkt. 9). Heraf fremgår bl.a. følgende:

”Såfremt lægen vælger at ordinere en behandling som barnet modsætter sig, skal lægen, selvom forældrene samtykker, altid opveje fordele og ulemper og vælge den til enhver tid for barnet mest skånsomme løsning. Mindste middels princip skal altid følges. Ligeledes må overvejelser om forholdet mellem forældre og barn inddrages i lægens beslutning.

Forældremyndighedens indehaver skal informeres om, at denne har mulighed for at frasige sig stillingtagen til anvendelse af magt over for den mindreårige. Såfremt forældremyndighedens indehaver ikke ønsker at tage stilling, vil den mindreårige være omfattet af psykiatriloven, hvis de øvrige betingelser for anvendelse af de enkelte tvangsforanstaltninger er opfyldt. Dette indebærer beskikkelse af patientrådgiver og klagemuligheder m.v.

Psykiatrisk behandling, herunder andre foranstaltninger omfattet af psykiatriloven, af patienter under 15 år og umodne 15-17-årige patienter, der iværksættes med

forældremyndighedens samtykke, betragtes således ikke i psykiatrilovens forstand som tvang.

Der er derfor ikke krav om registrering af denne behandling i afdelingens tvangsprotokol, men patientens tilkendegivelser, herunder modstand i forhold til behandlingen, skal registreres i patientens journal, jf. journalføringsreglerne. Med henblik på at få belyst, hvor mange foranstaltninger der foretages over for mindreårige med samtykke fra forældremyndighedens indehaver, men mod den mindreåriges vilje, skal Sundhedsstyrelsen henstille til, at dette registreres i afdelingens tvangsprotokol og indberettes til Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen har således i de elektroniske tvangsprotokoller givet mulighed for at registrere foranstaltninger, som anvendes mod den mindreåriges vilje, og hvor der ville have været tale om tvang i henhold til psykiatriloven, såfremt der ikke forelå et samtykke fra forældremyndighedens indehaver.”

Indenrigs- og sundhedsministeren har i et svar af 2. september 2010 til Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 anført at den omtalte registrering i tvangsprotokollen af barnets modstand mod den psykiatriske behandling vil synliggøre den form for behandling der *ikke* er tvang i *lovens* forstand, og dermed give et mere oplyst grundlag for eventuelle senere drøftelser af problemstillingen om psykiatrisk behandling af børn mod deres vilje, men med forældresamtykke.

Om de nærmere betingelser for anvendelse af tvang henviser jeg til pkt. 5.12 nedenfor.

3. Bygningsmæssige forhold mv.

3.1. Generelt

Jeg besigtigede børnepsykiatrisk døgnafsnit i Viborg samt børnepsykiatrisk døgnafsnit og ungdomspsykiatrisk døgnafsnit i Herning.

Det børnepsykiatriske afsnit i Viborg er beliggende helt ned til Søndersø på adressen Søndersøparken 15. I bygninger tæt på ligger den almene voksenpsykiatri, retspsykiatrien og ældrepsykiatrien. Det børnepsykiatriske døgnafsnit har til huse på 2. sal i en 3-etagers bygning der er opført for ca. 5 år siden. Bygningen er kvadratisk, og fordi en væsentlig del af 1. salen hviler på store grundpiller i det fri, er der under 1. salen et stort overdækket udendørsareal. I midten af bygningen er der et stort kvadratisk areal der er åbent i hele bygningens højde, og på etagerne er der vinduespartier ud mod dette åbne rum. I stueetagen er der hovedindgang til døgnafsnittet der som nævnt har

til huse på 2. sal. Den tilhørende interne skole har til huse på 1. sal, ligesom døgnafsnittets skærmede afsnit ligger på denne etage. I ambulatoriebygningen – der kan betegnes som en ældre, renoveret rødstensbygning – har det ungdomspsykiatriske ambulatorium til huse på 1. sal.

Det børnepsykiatriske døgnafsnit, som jeg besøgte i Herning, havde på inspektionsstidspunktet til huse i en 1-plans bygning på Gl. Landevej 53 D i Herning. Som nævnt ovenfor er døgnafsnittet lukket pr. 1. januar 2011, og denne rapport vil derfor ikke indeholde en nærmere beskrivelse og gennemgang af de fysiske forhold i afsnittet.

Det ungdomspsykiatriske døgnafsnit ligger på adressen Gl. Landevej 61 i Herning i et stort bygningskompleks som rummer Regionspsykiatrien Herning (voksenpsykiatrien) og Regionshospitalet Herning (somatikken). Døgnafsnittet har lokaler i en T-formet bygning på halvdelen af 1. sal. I den øvrige del af bygningen er der 3 voksenpsykiatriske afsnit.

3.2. Børnepsykiatrisk døgnafsnit i Viborg

Det børnepsykiatriske døgnafsnit er et åbent døgnafsnit der udreder og behandler børn i alderen 7-13 år med behov for indlæggelse.

Afsnittet ligger som nævnt på 2. sal. Når man kommer ind på afsnittet, ligger alle patientstuer samlet til højre, mens fællesrum og personalerum ligger til venstre.

Der er 9 enestuer, og de har alle eget badeværelse inde på stuen. 8 af de 9 patientstuer ligger ved siden af hinanden på den ene side af en lang gang.

Jeg besøgte 2 patientstuer som tilhørte 2 piger der sammen med personalet var med til at vise mig rundt på afsnittet, og de gav mig lov til at se deres stuer.

Patientstuerne er knap 13 m². Møblementet består af en sovebriks eller en boksmadræs, et sengebord og en sengelampe, et skrivebord, en reolkasse og et whiteboard på væggen og 2 høje skabe. Stuerne er lyse med enkelte ting i klare farver, og begge piger havde sat deres personlige præg på stuerne med plakater, billeder og eget sengetøj. Bad og toilet er indrettet i et rum på 4 m² lige inden for døren til hver enkelt patientstue.

Én af patientstuerne er lidt større end de andre (15,5 m²). Det giver plads til en ekstra seng hvis der er brug for at en forælder overnatter sammen med barnet i starten af indlæggelsen.

Over for de 8 patientstuer, på den anden side af gangen, ligger bl.a. den 9. patientstue, et handicaptoilet, og en opholdsstue i åben forbindelse med gangarealet.

Opholdsstuen har store glaspartier ud mod det åbne rum i midten af bygningen og er derfor meget lys. Den er indrettet med sofa og lænestole, et spisebord og en reol fyldt med spil, puslespil mv. På inspektionstidspunktet stod der også en stor middelalderborg på et lavt sofabord.

Over for indgangen til afsnittet ligger et samtalerum. Det er enkelt indrettet med et ovalt bord, et par stole og en bogreol i det ene hjørne. Det blev oplyst at samtalerummet i tilfælde af overbelægning bliver brugt som patientstue.

Afsnittets køkken og spisestue ligger ved siden af hinanden, og der er direkte adgang fra det ene rum til det andet. Spisestuen er indrettet med bl.a. 3 spiseborde med plads til 4-6 personer. I en billedramme på væggen var der lavet bordplaner med patienternes fornavne, og der var oplysninger om hvilke patienter der skulle hjælpe med at lave eftermiddagsdrik og torsdagsmad. Den ene væg i spisestuen er limegrøn og udsmykket med store, abstrakte, farverige billeder. På inspektionstidspunktet var der på bordene voksdug med farvestrålende sommerfugle og vaser med blomster, og i vindueskarmene stod der store grønne planter.

De øvrige fællesrum i afsnittet består af endnu en opholdsstue, en tv-stue, et computerrum og et hobbyrum.

Ligesom opholdsstuen over for patientstuerne ligger den anden opholdsstue i åben forbindelse med gangarealet og har store glaspartier ud mod det åbne rum i midten af bygningen. Opholdsstuen er indrettet med bl.a. et hvidt, ovalt spisebord med plads til 8-10 personer, et akvarium og bordfodbold.

Tv-stuen er indrettet med lave polstrede limegrønne stole der kan sættes sammen til et sofaarrangement, et sofabord, tv med tilhørende dvd-afspiller og Wii-spil samt en reol med forskellige brætspil mv.

Computerrummet er indrettet med et langt arbejdsbord op mod den ene væg med skrivebordsstole ved 4 computere og for enden af bordet en reol med bl.a. et tv,

PlayStation og spil. I hobbyrummet kan børnene f.eks. tegne og male, og der er et stort lærred og en filmfremviser så det er muligt at omdanne rummet til en lille biograf. Der er desuden et klaver i hobbyrummet.

Fra både den del af afsnittet hvor patientstuerne ligger, og fra den del hvor fællesrummene ligger, er der udgang til en stor terrasse (i 2. sals højde) der er indrettet med havemøbler og blomsterkrukker.

Afsnittets gangarealer har hvide vægge, flotte olierede trægulve som i de fleste fællesrum, en god belysning fra indbyggede spots i loftet og billeder på væggene. Flere af billederne har børnene selv malet.

Hele afsnittet gav et velordnet, lyst og venligt indtryk, og det er tydeligt at man ved indretningen har bestræbt sig meget for at give afsnittet mindst muligt præg af sygehus eller institution.

På 1. sal i samme bygning er der indrettet klasselokaler til Lyshøjskolen hvor de indlagte børn går i skole. Der er 3 klasselokaler i alt, og de er indrettet med skærme/rumdelere ved hver enkelt plads.

På 1. salen har der tidligere været et ungdomspsykiatrisk afsnit, og der er indrettet en skærmet enhed med en patientstue, fikseringsstue, opholdsstue og en lukket altan. Disse lokaler har det børnepsykiatriske afsnit nu mulighed for at bruge hvis der er behov for det. Jeg henviser til pkt. 5.12 og 5.14 om fiksering og skærmning nedenfor.

Uden for afsnittet er der et delvis overdækket areal hvor børnene kan lege. Der er klatrestativ, gynger og fodboldmål. I forbindelse med legearealet er der et skur hvor der opbevares cykler, løbehjul, rulleskøjter, go-carts mv. På inspektionstidspunktet stod der desuden 2 kanoer udenfor til brug for sejlads på søen.

De bygningsmæssige forhold på det børnepsykiatriske døgnafsnit giver mig ikke anledning til bemærkninger.

3.3. Ungdomspsykiatrisk døgnafsnit i Herning

Det ungdomspsykiatriske døgnafsnit udreder og behandler unge i alderen 14-17 år med behov for indlæggelse. Afsnittet fungerer som et åbent eller lukket afsnit afhængig af behovet. Jeg henviser i den forbindelse til pkt. 5.14 om bl.a. aflåsning og forholdene for frivilligt indlagte nedenfor.

Der er 6 enestuer, og de har alle eget badeværelse inde på stuen.

Afsnittet ligger som nævnt på 1. sal. Fra trappeopgangen kommer man direkte ind på afsnittet – der er ingen sluse. Lige indenfor ligger de 6 patientstuer – 3 på hver side af gangen.

Jeg besøgte 2 patientstuer der tilhørte 2 piger som jeg havde samtaler med under inspektionen.

Patientstuerne er ca. 13 m². Møblementet består af en hospitalsseng med hæve-sænkefunktion, et skrivebord, en reol og 2 høje skabe med lås. Væggene er hvide og lys grå. Som i resten af afsnittet er der gråt linoleum på gulvet og lette, hvide gardiner med et lille mønster ved vinduerne. Bad og toilet er indrettet i et rum lige inden for døren til hver enkelt patientstue.

Mellem 2 af patientstuerne er der et mindre lokale der på inspektionstidspunktet blev anvendt som motionsrum, men som nu anvendes som værksted med kreative aktiviteter. Lokalet var oprindeligt tænkt anvendt i forbindelse med skærmning, og der er derfor døre ind til patientstuerne på hver side. Ledelsen oplyste at det er svært at flytte rundt på patienterne når der opstår behov for skærmning, og at lokalet derfor ikke bliver brugt som oprindeligt planlagt. I forbindelse med overbelægning er der mulighed for at anvende lokalet som en ekstra patientstue, men det sker kun i nødstilfælde da lokalet er meget lyd på grund af dørene ind til de 2 andre patientstuer.

Efter patientstuerne ligger der bl.a. en opholdsstue, køkken-alrum, et undersøgelsesrum og et handicaptollet.

Opholdsstuen er ikke ret stor. Den er indrettet med en sort, 3-personers lædersofa, et sofabord i lyst træ, et tv-møbel med en stor fladskærm, dvd-afspiller og PlayStation, et lille rundt spisebord i lyst træ og en sort, højrygget kontorstol. På inspektionstidspunktet var der en bærbar computer på bordet. Som udsmykning i lokalet er der en stor, indrammet plakat over sofaen og nogle wallstickers på den modsatte væg.

Der er en skydedør mellem dagligstuen og køkken-alrummet, som er indrettet med hvide køkkenelementer langs den ene væg, et stort, lyst spisebord med plads til 10 personer, spisestole i lyst træ, en skænk i lyst træ og en håndvask. Der er et stort vinduesparti, og på inspektionstidspunktet stod der grønne planter, stearinlys og nogle figurer i vindueskarmene. Der var også blomster og lys på spisebordet.

Afsnittets undersøgelsesrum ligger for enden af gangen over for vagtstuen. Undersøgelsesrummet bruges som patientstue i tilfælde af overbelægning selv om det kun har et ovenlysvindue og dermed begrænset dagslys.

De øvrige rum i afsnittet er i den del af bygningen som ligger vinkelret på den første del. Her er fællesrum og personalerum. På inspektionstidspunktet bestod fællesrummene af et værksted med kreative aktiviteter og en opholdsstue der fungerede som rygerum for de patienter der kun havde udgang med ledsagelse.

Den tidligere opholdsstue – der var ca. 50 pct. større end den lille opholdsstue ved siden af køkken-alrummet – var indrettet med en sort, 3-personers lædersofa, et stort sofabord i lyst træ, et lille spisebord, et tv-møbel med en stor fladskærm og PlayStation, et el-orgel og en stor sækkestol. På inspektionstidspunktet var der desuden en guitar og 2 bærbare computere. Der var flere indrammede plakater på væggene. Rummet har et stort hjørnevindue ud mod haven og et stort glasparti ud mod gangarealet, og det virker derfor meget lyst. Der er udsugning i lokalet, men det har en lav kapacitet. Under inspektionen oplyste ledelsen at personalet jævnligt luftede ud i opholdsstuen når patienterne ikke var der. På inspektionstidspunktet var der ingen patienter i lokalet, og det ene vindue stod på klem. Alligevel lugtede der meget af røg.

Psykiatrien har i e-mail af 5. december 2011 oplyst at opholdsstuen nu fungerer som fælleskontor efter at den er blevet rengjort og malet. Det tidligere værksted er lavet om til dagligstue/opholdsrum med sofaarrangement og motionsredskaber. Lokalet har en lignende størrelse som den tidligere opholdsstue der nu er fælleskontor.

Psykiatrien har desuden oplyst at der ikke længere ryges indenfor på afsnittet.

Jeg henviser til pkt. 5.20 om rygepolitik nedenfor.

Over for det lokale der nu er fælleskontor, er der via en udvendig, afskærmet vindeltrappe adgang til en stor have som afsnittet deler med de omkringliggende voksenpsykiatriske afsnit.

Med hensyn til en nærmere beskrivelse af haven henviser jeg til pkt. 5.2 om adgang til frisk luft nedenfor.

Afsnittets gange har hvide vægge og en god belysning fra ovenlysvinduer og indbyggede spots i loftet. Der er enkelte møbler på gangarealet, bl.a. nogle bogkasser med et udvalg af skønlitteratur. På væggene er der adskillige indrammede plakater, og på

inspektionstidspunktet stod der flere krukker med grønne planter på gulvene. I en niche uden for den store opholdsstue er der bordfodbold.

Hele afsnittet gav et velordnet, lyst og pænt indtryk.

De bygningsmæssige forhold på det ungdomspsykiatriske døgnafsnit giver mig ikke anledning til andre bemærkninger end det jeg har anført nedenfor under pkt. 5.2 om adgang til frisk luft.

4. Samtaler med enkelte patienter

Under inspektionen talte jeg med én patient fra børnepsykiatrisk døgnafsnit i Viborg og 2 patienter fra ungdomspsykiatrisk døgnafsnit i Herning som havde ønsket en samtale med mig. De har alle 3 kort tid efter inspektionen modtaget et skriftligt svar som opfølgning på samtalerne. Samtalerne med de 2 unge fra ungdomspsykiatrisk døgnafsnit drejede sig om generelle forhold vedrørende de daglige gåture og personalets opgaver. Disse forhold er omtalt under pkt. 5.8 nedenfor.

5. Andre forhold

5.1. Overbelægning mv.

På inspektionstidspunktet var der 8 normerede sengepladser på det børnepsykiatriske afsnit i Viborg. I forbindelse med lukningen af det børnepsykiatriske døgnafsnit i Herning fra årsskiftet blev der overflyttet 1 seng til Viborg, således at det børnepsykiatriske afsnit i dag har 9 normerede sengepladser.

Det blev oplyst at de fleste indlæggelser på børnepsykiatrisk døgnafsnit i Viborg sker efter henvisning fra ambulatoriet og er planlagte indlæggelser, dvs. at de bliver forberedt f.eks. med hjemmebesøg inden selve indlæggelsen. Nogle få børn bliver dog indlagt akut efter henvisning fra egen praktiserende læge eller børneafdelingen på et somatisk sygehus. Ifølge en opgørelse over aktiviteten på afsnittet var der én akut indlæggelse i 1. kvartal af 2010 og én akut indlæggelse i april 2010. Børnene er normalt indlagt i 15 uger, men indlæggelsestiden kan variere fordi nogle børn kan have behov for at få indlæggelsestiden forlænget f.eks. med 1 uge.

Det ungdomspsykiatriske afsnit i Herning har 6 normerede sengepladser.

Det blev oplyst at afsnittet via ambulatoriet kender ca. 60 pct. af patienterne i forvejen, mens ca. 40 pct. er nye. De fleste indlæggelser er planlagte, og mange patienter ind-

lægges med henblik på udredning da flere psykiske lidelser debuterer i ungdomsårene. En mindre del af patienterne indlægges akut på afsnittet. På hverdage efter kl. 15.30 modtages patienter i skadestuen på Risskov og ikke direkte på det ungdomspsykiatriske afsnit i Herning. Ifølge en opgørelse over aktiviteten på afsnittet var der 20 akutte indlæggelser i 1. kvartal af 2010 og 7 i april 2010. Indlæggelsestiden varierer meget. Ofte er patienterne indlagt i en 3-ugers periode med henblik på observation og udredning, men der er også både kortere og længere indlæggelsesforløb.

Jeg beder også om at få oplyst hvad den gennemsnitlige indlæggelsestid var på det ungdomspsykiatriske afsnit i Herning i 2010 og i 2011.

Den 1. august 2008 trådte den udvidede ret til undersøgelse for psykisk syge børn og unge i alderen 0-18 år i kraft. Den udvidede ret til undersøgelse indebærer at patienten har ret til at vælge at blive undersøgt på et privat sygehus som Danske Regioner har indgået aftale med, hvis regionen ikke inden 2 måneder efter at en henvisning er modtaget, kan tilbyde at undersøgelse påbegyndes på et sygehus i regionen eller på et af de sygehuse som regionen plejer at samarbejde med.

Den 1. januar 2009 trådte den udvidede ret til behandling for psykisk syge børn og unge i alderen 0-18 år i kraft. Hvis den psykiatriske undersøgelse har vist at en patient har behov for at modtage behandling inden for 2 måneder for at undgå forværring af sin sygdom, kan patienten vælge at blive behandlet på et privat sygehus som Danske Regioner har indgået aftale med, hvis regionen ikke inden 2 måneder efter undersøgelsens afslutning kan tilbyde behandling på et sygehus i regionen eller på et af de sygehuse som regionen plejer at samarbejde med.

Der er ventetid på udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien i Region Midtjylland.

Ifølge en opgørelse (jf. rapporten om regionernes aktiviteter og ventetalsopgørelser på psykiatrimrådet i 2009) stod der i alt 775 børn og unge med et aktuelt behov for behandling/undersøgelse på venteliste i Region Midtjylland pr. 1. januar 2010. Heraf havde 350 ventet i under 2 måneder, og 425 havde ventet i over 2 måneder. Det fremgår af samme rapport at i alt 157 børn/unge blev viderehenvist til private via den udvidede undersøgelses- og behandlingsret i 2009.

Ifølge en senere opgørelse (jf. rapporten om regionernes aktiviteter og ventetalsopgørelser på psykiatrimrådet i 2010) stod der i alt 822 børn og unge med et aktuelt be-

hov for behandling/undersøgelse på venteliste i Region Midtjylland pr. 1. januar 2011. Heraf havde 300 ventet i under 2 måneder, mens 522 havde ventet i over 2 måneder. Det fremgår af samme rapport at i alt 120 børn/unge blev viderehenvist til private via den udvidede undersøgelses- og behandlingsret i 2010.

Under inspektionen blev det oplyst at der på dette tidspunkt ingen venteliste var til indlæggelse på børnepsykiatrisk afsnit i Viborg.

Jeg beder om at få oplyst hvor mange børn og unge der stod på venteliste til undersøgelse/behandling på henholdsvis børnepsykiatrisk afsnit i Viborg og ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning pr. 1. juli 2011, og hvor mange der havde ventet i over 2 måneder.

Jeg beder også om at få oplyst om der fortsat ikke er ventetid på indlæggelse på børnepsykiatrisk døgnafsnit i Viborg, og om der er ventetid på indlæggelse på ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning.

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang ovenfor, blev det under inspektionen af begge døgnafsnit oplyst at afsnittene i tilfælde af overbelægning tager andre lokaler (samtalerum, undersøgelsesrum, lille opholdsstue mv.) i brug som patientstuer.

Jeg går derfor ud fra at det ikke forekommer at der er 2 patienter indlagt på en ene-stue, og at der ikke er patienter der bliver udskrevet før tid for at give plads til nye.

Belægningsprocenten for disponible senge på børnepsykiatrisk døgnafsnit i Viborg var 91,3 i 1. kvartal af 2010 og 97,1 i april 2010.

Belægningsprocenten for disponible senge på ungdomspsykiatrisk døgnafsnit i Herning var i samme perioder henholdsvis 74,3 og 65,6.

Jeg beder om at få oplyst belægningsprocenten for disponible senge på begge døgnafsnit i 2010 og 2011.

5.2. Adgang til frisk luft

Den 1. januar 1999 trådte bl.a. en ændring af den dagældende psykiatrilovs § 2 i kraft (jf. lov nr. 403 af 26. juni 1998 om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, retsplejeloven og straffeloven). § 2 fik følgende ordlyd:

”§ 2. 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 ændringsloven (lovforslag nr. L 36, fremsat af justitsministeren den 27. marts 1998) fremgår det at hensigten med denne affattelse af § 2 var at ”understrege behovet for og vigtigheden af, at forholdene på de psykiatriske afdelinger forbedres, herunder navnlig de bygningsmæssige forhold”.

Det fremgår videre af bemærkningerne at regeringen i april 1997 indgik en aftale med Amtsrådsforeningen og Københavns og Frederiksberg Kommuner om den fortsatte udbygning af tilbuddene til sindslidende, og at parterne bl.a. var enige om en målsætning om at alle patienter skulle have mulighed for mindst ét miljøskift om dagen, herunder mulighed for at komme ud i frisk luft dagligt.

Børnepsykiatrisk afsnit i Viborg ligger i meget naturskønne omgivelser helt ned til Sønder sø. Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang under pkt. 3.2 ovenfor, hører der et delvist overdækket udendørs areal til afsnittet hvor børnene kan lege, og som det fremgår af pkt. 5.8 om beskæftigelse nedenfor, er der mange aktiviteter for børnene uden for afsnittet – bl.a. i det naturskønne område som afsnittet er beliggende i.

Det blev under inspektionen oplyst at alle børn kommer ud i frisk luft hver dag. Det gælder f.eks. også en manisk patient som er skærmet på højeste niveau. Afsnittet sørger i et sådant tilfælde for at barnet kommer ud hver dag sammen med 2 ledsagere.

Alle børn i afsnittet i Viborg har mulighed for at komme ud hver dag. Spørgsmålet om patienternes adgang til frisk luft giver mig derfor ikke anledning til bemærkninger.

Ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning ligger på et stort område sammen med Regionspsykiatrien Herning (voksenpsykiatrien) og Regionshospitalet Herning. Som det fremgår af pkt. 5.8 om beskæftigelse nedenfor, er der hver dag morgen og aften en gåtur på 1,5 km for patienterne. De faste gåture skal først og fremmest sikre at patienterne sammen med personale kommer ud i frisk luft og får motion 2 gange daglig. Derudover tilbyder afsnittet også patienterne andre aktiviteter i det fri – f.eks. cykling, individuelle gåture, løb og ture i byen (indkøb, cafebesøg mv.).

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang under pkt. 3.3 ovenfor, ligger det ungdomspsykiatriske døgnafsnit på 1. sal. I den ene ende af afsnittet er der via en udvendig trappe adgang til en stor have som afsnittet deler med de omkringliggende voksenpsykiatriske afsnit. Haven er flot anlagt med varieret beplantning, græsplæne, flisebelagte stier og større flisebelagte arealer med havemøbler. Flere steder er der anlagt små vandløb så man kan høre rislende vand. I haven er der også opsat et læskur i glas til rygere.

Haven er omkranset af bygninger som huser voksenpsykiatrien og andre dele af regionspsykiatrien. Mellem bygningerne er der to steder jernlåger med gitter. Lågerne er låst. De er (kun) ca. 1,80 m høje. Lågerne er på grund af deres højde ikke svære at forcere for en voksen patient, og haven er således ikke flugtsikker. Det blev under inspektionen oplyst at flere tvangsindlagte/tvangstilbageholdte patienter var stukket af fra både ungdomspsykiatrisk afsnit og de voksenpsykiatriske afsnit gennem haven.

Trappen der fører fra det ungdomspsykiatriske afsnit på 1. sal ned i haven, er en vindeltrappe af metal. Den er afskærmet med gitter hele vejen rundt. Trappen er både stejl og smal. Det blev oplyst at trappens udformning gør det er meget svært for personalet at følge nogle af de mest syge patienter ned i haven hvis der i den forbindelse er brug for fysisk fastholdelse. Det kan være farligt både for patienten og for personalet.

Afsnitsledelsen oplyste desuden at det forekommer at nogle patienter (svært selvmordstruede patienter) ikke kommer ud i frisk luft i den periode hvor de er mest syge. Der kan være tale om tidsrum på 2-3 uger. Det skyldes dels den udvendige trappes udformning, dels den utilstrækkelige afskærmning af haven som beskrevet ovenfor.

Som jeg bemærkede under inspektionen, må bygningsmæssige forhold ikke forhindre at indlagte patienter kan komme ud i frisk luft hver dag.

Det er efter min opfattelse beklageligt at nogle patienter ikke kan komme ud i frisk luft i lange perioder (2-3 uger) fordi haven ikke er tilstrækkeligt sikret, og fordi trappen ned til haven er konstrueret på en sådan måde at det kan udgøre en risiko for både patient og personale når en patient skal ledsages i haven. Jeg henstiller derfor til Psykiatrien at forbedre sikringen af haven og overveje hvordan alle patienter kan få adgang til haven.

Jeg beder om underretning om hvad min henstilling har givet anledning til.

5.3. Handicaptilgængelighed mv.

Børnepsykiatrisk døgnafsnit i Viborg ligger på 2. sal, og der er elevator fra stueetagen op til afsnittet. Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang under pkt. 3.2 ovenfor, er der et handicaptollet på gangen hvor patientstuerne er placeret. Rummet er indrettet med armstøtter på begge sider af toilettet, håndvask uden hæve/sænkefunktion og et badekar som er placeret forholdsvis tæt på toilettet.

Det blev ikke under inspektionen oplyst at der har været en eller flere kørestolsbrugere blandt patienterne, og jeg går derfor ud fra at det ikke har været tilfældet.

På handicaptollet kan det være problematisk for en kørestolsbruger dels at benytte toilettet på grund af badekarrets placering, dels at komme i bad når der er badekar i stedet for brusebad.

På de badeværelser der hører til hver enkelt patientstue, er der brusebad. Jeg er fra tidligere inspektioner af psykiatriske afdelinger bekendt med at mange patienter er meget glade for at kunne få et karbad, og jeg går ud fra at patienterne på børnepsykiatrisk afsnit har mulighed for at benytte badekarret på handicaptollet hvis de har lyst til et karbad.

På baggrund af ovenstående foretager jeg mig ikke noget vedrørende forholdene på handicaptollet på børnepsykiatrisk afsnit.

Ungdomspsykiatrisk døgnafsnit i Herning ligger på 1. sal. Der er kun trapper op til afsnittets hovedindgang, men inde på afsnittet er der forbindelse til et voksenpsykiatrisk afsnit på samme etage, og her er det muligt at komme op med elevator fra stueplan. Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang under pkt. 3.3 ovenfor, er der en vindeltrappe ned til haven, og det er således ikke muligt for en kørestolsbruger at

komme direkte fra afsnittet ned i haven. Der er et handicap toilet på afsnittet. Rummet er indrettet med armstøtter på begge sider af toilettet, håndvask med hæve/sænkefunktion og brusebad.

Det blev under inspektionen oplyst at ungdomspsykiatrisk døgnafsnit endnu ikke har haft en kørestolsbruger blandt patienterne.

Adgangsforholdene til ungdomspsykiatrisk døgnafsnit og fra afsnittet ned i haven er problematiske for en kørestolsbruger. På baggrund af det oplyste om at døgnafsnittet endnu ikke har haft en kørestolsbruger blandt patienterne, foretager jeg mig imidlertid ikke mere vedrørende spørgsmålet om handicaptilgængelighed.

5.4. Navneskilte

Under min rundgang på ungdomspsykiatrisk døgnafsnit i Herning så jeg at der på whiteboards ved dørene til patientstuerne kun var angivet stuerne numre og patienternes fornavne.

På børnepsykiatrisk afsnit i Viborg hænger der uden for alle værelser tavler med børnenes fornavne på. I spisestuen, hvor der hang oplysninger på væggen om bordplaner og køkkentjans, var også kun børnenes fornavne angivet.

Når patienterne på de 2 døgnafsnit får besøg, foregår det på afsnittene – enten på patienternes stuer eller i afsnittenes opholdsrum.

Jeg kan til orientering oplyse at jeg tidligere har udtalt at skiltning med patienternes fulde navne på steder hvor udefrakommende (besøgende, håndværkere mv.) har adgang, giver anledning til betænkelighed.

Efter min opfattelse bør der i almindelighed kun anføres fornavn og kun hvor dette er nødvendigt, f.eks. af hensyn til patienten selv, eller hvis sådan skiltning sker med patientens samtykke eller efter dennes ønske.

På baggrund af det jeg så under inspektionen, har jeg ingen bemærkninger til afsnittenes anvendelse af patienternes navne.

5.5. Opbevaring af journaler

Under inspektionen af ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning blev det oplyst at afsnittet anvender elektronisk patientjournal. Patientjournaler i papirform opbevares i det nærliggende ambulatorium. Det er ikke alle dokumenter der er blevet scannet ind i den elektroniske patientjournal, men 2-3 uger før inspektionen havde afsnittet iværksat en forsøgsordning med indscanning af alt materiale.

Spørgsmålet om opbevaring af patientjournaler blev ikke drøftet nærmere under inspektionen af børnepsykiatrisk afsnit i Viborg.

Jeg har tidligere udtalt at det kun er personalet – og kun relevant personale – der bør have adgang til de fortrolige oplysninger der er indeholdt i patientjournaler. Jeg har derfor tilkendegivet at journaler i papirform altid bør opbevares i aflåste rum eller arkivskabe når der ikke er personale til stede der som led i deres arbejde skal bruge journalerne.

Jeg går ud fra at både børnepsykiatrisk afsnit i Viborg og ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning opbevarer manuelle patientjournaler i overensstemmelse med det jeg har anført.

Jeg går også ud fra at børnepsykiatrisk afsnit i Viborg ligesom ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning anvender elektronisk patientjournal. Jeg beder begge afsnit om at oplyse om de elektroniske patientjournaler er forsynet med "log", og hvem der har adgang til dem.

5.6. Medicin

På begge døgnafsnit opbevares al medicin i et aflåst medicinrum. Spørgsmålet om afsnittenes håndtering af medicin blev ikke drøftet nærmere under inspektionen.

Jeg har i forbindelse med tidligere inspektioner udtalt at psykiatriske afdelinger – ud fra kontrolmæssige hensyn – bør modtage en kvittering ved aflevering af restmedicin til apoteket. Jeg har foreslået at det eventuelt kan foregå på den måde at apoteket kvitterer for modtagelsen på en liste som afdelingen har udfærdiget over den mængde restmedicin der afleveres.

Baggrunden for min anbefaling er at en sådan kvittering kan være hensigtsmæssig for at undgå eventuel tvivl om hvad der sker med en afdelings restmedicin og heraf følgende uberettigede mistanker mod det personale på afdelingen der håndterer og afleverer restmedicinen.

Jeg beder om nærmere oplysninger om den måde restmedicin håndteres på inden aflevering til apoteket, herunder om den anvendte fremgangsmåde kan være med til at sikre at afsnittets personale ikke (uberettiget) mistænkes for at have tilegnet sig noget af medicinen.

5.7. Forplejning

Børnepsykiatrisk afsnit i Viborg har sit eget køkken hvor ansat køkkenpersonale tilbereder alle måltider til børnene. Afsnittet har udarbejdet en kostpolitik. Målet med politikken er at der på afsnittet bliver serveret sund, varieret og velsmagende mad som lever op til de officielle anbefalinger for kostsammensætning. Det fremgår også af politikken at patienterne skal have mulighed for at lære sunde kostvaner bl.a. ved at se eksempler (pædagogiske måltider), og at der skal være en god atmosfære ved tilberedelsen og indtagelsen af maden. Der er i henhold til kostpolitikken nedsat et kostudvalg bestående af en repræsentant fra køkkenet med køkkenfaglig uddannelse, en personalerepræsentant og en ledelsesrepræsentant.

Som en del af afsnittets miljøterapi inddrages børnene i de praktiske aktiviteter i forbindelse med måltiderne. De skiftes f.eks. til at hjælpe med at lave eftermiddagsmad hver dag og et hovedmåltid om torsdagen. Børnene kan desuden komme med ønsker til maden.

I forbindelse med inspektionen spiste jeg og mine medarbejdere et måltid svarende til det som patienterne fik til frokost den pågældende dag.

Ungdomspsykiatrisk døgnafsnit får leveret maden fra centralkøkkenet på Regionshospitalet Herning, som ligger på samme område. Det blev oplyst at afsnittet har en kostpolitik, og at afsnittets personale giver patienterne individuel kostvejledning gennem samtaler om god ernæring. Der er en ugeplan for kosten, og der er valgmuligheder med hensyn til hovedretterne. Patienterne får til det enkelte måltid serveret den samme hovedret, men de er med til at vælge hvilken ret det skal være. Patienterne kan ikke bestille dessert på hverdage. Personalet bager nogle gange kage eller boller til eftermiddagskaffen sammen med patienterne. Hvis personalet ud fra patientgruppens

sammensætning vurderer at det ernæringsmæssigt er bedst med et kaloriefattigt mellemmåltid, bliver der bagt sunde boller i stedet for kage.

Som led i den miljøterapeutiske behandling deltager patienterne i en aktivitetsgruppe (køkkengruppe) der en gang om ugen laver middagsmad til hele afsnittet.

Forplejningen i de 2 døgnafsnit giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.8. Beskæftigelse og undervisning

På børnepsykiatrisk afsnit i Viborg og ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning er der forskellige former for aktiviteter som alle udgør en del af undersøgelsen og behandlingen af den enkelte patient (miljø-, ergo- og fysioterapi).

Det børnepsykiatriske afsnit i Viborg har et ugeskema for aktiviteter og tilbud både i og uden for afsnittet. Der er husmøde en gang om ugen hvor børnene kan komme med ønsker til aktiviteter. På afsnittet kan børnene f.eks. tegne og male i hobbyrummet – eller se film når rummet omdannes til en lille biograf. Der er mange aktiviteter uden for afsnittet. Afsnittet har en minibus og en personbil til udflugter og desuden 2 kanoer til sejlads på søen.

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang under pkt. 3.2 ovenfor, er der på døgnafsnittet tv, musikanlæg, dvd-afspiller, PlayStation, Wii, computere, spil (herunder bordfodbold), legetøj og klaver som børnene har mulighed for at underholde sig med. Det fremgår af afsnittets velkomstfolder at børnene ikke selv må medbringe film eller spil til computer og PlayStation. Herudover er der udendørsarealerne med klatrestativ, gynger og fodboldmål hvor børnene kan lege og har mulighed for at cykle, løbe på løbehjul og rulleskøjter, køre i go-carts mv.

Børnene deltager også i praktiske opgaver på afsnittet. De hjælper f.eks. med at lave eftermiddagsdrik hver dag og mad om torsdagen.

Dagen før inspektionen havde der været en fælles forældreaften hvor børn og forældre var ude at sejle på Sønder sø med båden Margrethe I. Der var fotos fra aftenen i en digital billedramme på gangen.

Det blev oplyst at personalet for år tilbage dannede en forening som sparede penge sammen til aktiviteter og fornøjelser ud over det sædvanlige. I dag søger foreningen

en række forskellige fonde om midler, og det gør det muligt f.eks. at tage på lejr tur med børnene 2 gange om året.

Børnene der er i den skolepligtige alder, får under deres indlæggelse på døgnafsnittet undervisning i den skole (Lyshøjskolen) der er tilknyttet afsnittet. Undervisningen foregår i små hold eller som ene-undervisning i tidsrummet fra kl. 8.15 til kl. 14.00 afhængig af det enkelte barns behov. Nogle børn er kun i skole i få timer. Børnene går i skole hver dag. Om formiddagen er der indlagt en lang pause i undervisningen hvor børnene spiser frugt. Hver anden dag holdes frugtpausen på skolen og hver anden dag på afsnittet. Lærerne er folkeskolelærere fra Viborg Kommune. De arbejder tæt sammen med personalet på afsnittet om at observere børnene til brug for udredning og behandling. Undervisningslokalerne ligger på etagen under døgnafsnittet, jf. pkt. 3.2 i den bygningsmæssige gennemgang ovenfor.

Det oplyste om beskæftigelse og undervisning for patienter på børnepsykiatrisk afsnit i Viborg giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Det ungdomspsykiatriske døgnafsnit i Herning har en ugeplan for faste gruppeaktiviteter i afsnittet dag og aften. Aktiviteterne består bl.a. i morgen- og aftenmøder, kort gåtur morgen og aften (faste ruter på 1,5 km), fysiske aktiviteter som f.eks. cykelture, forskellige boldspil og løb, mestringsgruppe (social færdighedstræning), køkkengruppe (træning i indkøb og madlavning), fredagsgruppe med varierende aktiviteter som patienterne kan komme med forslag til, kreative aktiviteter i værkstedet og husmøde om fredagen. For hver patient udarbejdes der en individuel ugeplan bestående af de aktiviteter der er relevante for den enkelte. Den individuelle ugeplan revideres løbende.

Herudover har de unge praktiske opgaver som f.eks. oprydning på egen stue og i fællesrum og vask af eget sengetøj.

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang under pkt. 3.3 ovenfor, er der på døgnafsnittet tv, musikanlæg, dvd-afspiller, PlayStation, computer, spil (herunder bordfodbold), bøger og musikinstrumenter som patienterne har mulighed for at holde sig beskæftiget med. Det blev under inspektionen oplyst at én af afsnittets computere har internetforbindelse.

De unge i den skolepligtige alder får under deres indlæggelse desuden tilbud om undervisning i fagene dansk, matematik og engelsk af 2 ansatte folkeskolelærere. Un-

dervisningen foregår alle hverdage fra kl. 12.30 til kl. 14 i lokaler uden for afsnittet. Lærerne henter patienterne i afsnittet og følger dem tilbage efter undervisningen. I de tilfælde hvor patienter ikke kan forlade afsnittet, kan skoleundervisningen foregå i afdelingen. Lærerne arbejder sammen med personalet på afsnittet om at observere de unge til brug for udredning og behandling.

Det oplyste om beskæftigelse og undervisning for patienter på ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Under inspektionen talte jeg med 2 patienter fra det ungdomspsykiatriske døgnafsnit i Herning. De udtrykte ønske om at de daglige gåture på 1,5 km morgen og aften ikke altid skal følge de samme ruter. Efter inspektionen sendte jeg skriftligt patienternes ønske videre til afsnitsledelsen, og jeg har efterfølgende modtaget en kopi af svaret. Afsnitsledelsen har oplyst at formålet med de daglige morgen- og aftengåture først og fremmest er at sikre at patienterne sammen med personale kommer ud i frisk luft og får motion 2 gange daglig. Det er vigtigt at turene er overskuelige og forudsigelige og ligger i rolige omgivelser, så patienterne kan føle sig trygge og komme med på turene så tidligt i indlæggelsesforløbet som muligt. Der er mulighed for at individuelle gåture kan følge andre ruter end morgen- og aftenturene.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Den ene af de 2 patienter udtrykte også ønske om at der kunne være medarbejdere på afsnittet som udelukkende havde til opgave at lave opmuntrende og hyggelige aktiviteter med patienterne for at give indlæggelsen et mindre præg af hospital. Afsnitsledelsen har hertil svaret følgende:

”...

Selv om Afdeling U3 er en hospitalsafdeling tilstræber vi at lave rammer, der minder så meget om et hjemligt miljø som muligt. De overvejelser har vi både, når det gælder indretning af afdelingen og aktiviteter sammen med patienterne. Imidlertid er vi altid nødt til at tage hensyn til det, de indlagte patienter kan magte. Vores erfaring er, at det bliver en belastning, hvis der sker for mange ting i løbet af en dag. Samtidig tilstræber vi, at man er indlagt i Afdeling U3 så kort tid som muligt, så man hurtigt kan komme ud og leve sit liv i sine egne omgivelser igen. Det betyder også, at vi i stedet for at trække det omliggende samfund ind i afde-

lingen, arbejder for at de indlagte patienter kan komme ud af afdelingen og deltage i almindelige aktiviteter (fx frisør).

Endvidere ønsker vi, at de enkelte patienters pårørende bliver så stor en del af afdelingens liv som muligt, og vi synes derfor altid, at det er meningsfyldt, at man følges med sine pårørende til aktiviteter uden for afdelingen i det omfang, man magter det.

Du skal vide, at vi tager dine forslag meget alvorligt, og vi vil i personalegruppen drøfte, om vi har mulighed for at gøre yderligere i forhold til at gøre de enkelte indlæggelsesforløb mindre 'hospitalsagtige'. Ligeså vil vi naturligvis altid gerne høre konkrete ønsker og forslag, som vi så i samarbejde med dig kan finde ud af, hvordan vi kan benytte i afdelingen.

..."

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger. Hvis drøftelserne i personalegruppen om at gøre de enkelte indlæggelsesforløb mindre "hospitalsagtige" har ført til ændringer på afsnittet eller i afsnittets aktiviteter, beder jeg om nærmere oplysninger herom.

5.9. 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 helbredsstanden.

Jeg beder om at få oplyst hvornår og hvordan denne vejledning finder sted på de 2 døgnafsnit.

5.10. Patienternes kontakt med læge og plejepersonale

Det fremgår af velkomstpjecen fra ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning at den unge i forbindelse med indlæggelsen får tildelt 3 kontaktpersoner, og at det som oftest vil være en sygeplejerske, en ergoterapeut og en social- og sundhedsassistent. Kontaktpersonerne har et særligt ansvar for at skabe sammenhæng i behandlingsforløbet. Hvis de 3 faste kontaktpersoner ikke er i afsnittet, bliver patienten tildelt en kontaktperson fra det øvrige personale.

Ud over kontaktpersonerne bliver patienten tildelt en behandler som enten er læge, psykolog eller socialrådgiver. Hvis patienten forud for indlæggelsen har været tilknyttet ambulatoriet, vil det være den samme behandler der følger patienten under indlæggelsen. Kontaktpersoner og behandler samarbejder om at tilrettelægge behandlingen under indlæggelsen.

Børnene der er indlagt på børnepsykiatrisk afsnit i Viborg, får også tildelt faste kontaktpersoner blandt personalet. Ifølge afsnittets velkomstpjece tilstræber afsnittet at det er det samme personale der følger barnet og dets familie gennem hele indlæggelsesforløbet.

Jeg beder om at få oplyst hvor ofte barnet/den unge har samtale med en læge/behandler, og om der i forbindelse med disse samtaler så vidt muligt fastsættes en dato for en ny samtale så barnet/den unge og vedkommendes forældre altid ved hvornår den næste samtale skal finde sted.

Jeg beder desuden om at få oplyst om en patient har mulighed for at skifte kontaktperson, f.eks. hvis der opstår et (åbenlyst) modsætningsforhold mellem barnet/den unge og kontaktpersonen eller mellem forældrene og kontaktpersonen.

5.11. 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.

Ved ændring af psykiatriloven i 2006 (jf. lovbekendtgørelse nr. 1111 af 1. november 2006 om anvendelse af tvang i psykiatrien, som trådte i kraft den 1. januar 2007) blev det specifikt fastsat at behandlingsplanen skal udleveres til patienten medmindre patienten frabeder sig dette (§ 3, stk. 3, 2. pkt.). Herved sikres det at patienten både modtager mundtlig vejledning om planens indhold (§ 3, stk. 3, 1. pkt.) og samtidig får mulighed for løbende selv at orientere sig i den skriftlige plan.

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9427 af 20. januar 2011 om bl.a. behandlingsplaner skal behandlingsplanen udarbejdes senest en uge efter indlæggelsen. Det fremgår også at der ingen formelle krav er til udformningen af behandlingsplanen, men at den er en del af journalen hvad enten den er indskrevet i journalen eller fore-

ligger som et selvstændigt dokument. Derimod er der nærmere angivne krav til indholdet af behandlingsplanen.

Behandlingsplaner skal ifølge vejledningen ajourføres ved ændringer i patientens tilstand eller den overordnede behandlingsstrategi.

Ifølge Psykiatriens pjece "Information om patientrettigheder" (som også findes på Psykiatriens hjemmeside) bliver der udarbejdet en behandlingsplan inden for den første uge efter indlæggelsen. Behandlingsplanen udarbejdes i samarbejde med patienten hvis det er muligt, og patienten får en kopi af planen medmindre vedkommende ikke ønsker det.

Det fremgår af velkomstpjecen fra ungdomspsykiatrisk døgnafsnit i Herning at behandlingsplanen bliver vurderet og justeret en gang om ugen på afsnittets konference, og at den unge og vedkommendes forældre efterfølgende bliver orienteret om hvad der er besluttet.

Jeg beder børnepsykiatrisk afsnit i Viborg og ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning om at oplyse hvornår behandlingsplanen bliver udleveret til patienten/forældremyndighedsindehaveren, og om der foreligger en særlig procedure i forbindelse med udlevering af behandlingsplaner.

Jeg beder desuden om at modtage kopi af 2 behandlingsplaner fra hvert afsnit. Jeg beder om at behandlingsplanerne vedrører patienter der var indlagt i november 2011.

5.12. Anvendelse af tvang, herunder fiksering

Tvang defineres i psykiatriloven som "anvendelse af foranstaltninger for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke" (psykiatrilovens § 1, stk. 2).

Børn og unge er omfattet af psykiatrilovens bestemmelser om anvendelse af tvang. Der er imidlertid ikke tale om tvang i psykiatrilovens forstand når der foreligger et informeret samtykke fra forældremyndighedsindehaveren til et barn under 15 år, selv om barnet modsætter sig den psykiatriske behandling. Jeg henviser til pkt. 2.2 om lovgrundlaget for behandling af børn og unge ovenfor.

Der er en række grundlæggende betingelser som skal være opfyldt, før tvang kan anvendes. Tvang må ikke benyttes før der er gjort hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Anvendelsen af tvang skal stå i et rimeligt forhold til det som

man søger at opnå, og hvis mindre indgribende foranstaltninger er tilstrækkelige, skal disse anvendes. Tvang skal endvidere udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten, og tvang må ikke anvendes i videre omfang end hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål. Disse grundlæggende betingelser fremgår af psykiatrilovens § 4 som indebærer en lovfæstelse af proportionalitetsprincippet, også kaldet "mindste middels princip".

Psykiatrilovens kapitel 3, 4 og 5 indeholder bestemmelser om de forskellige former for tvangsforanstaltninger – tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, aflåsning af døre i afdelingen, personlig hygiejne under anvendelse af tvang og aflåsning af patientstuer i Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland. Betingelserne for at anvende de nævnte tvangsforanstaltninger fremgår af psykiatrilovens enkelte bestemmelser.

Anvendelsen af tvang på de enkelte psykiatriske centre/afdelinger i hele landet fremgår af Sundhedsstyrelsens opgørelser over anvendelse af tvang i psykiatrien frem til 2008. Herefter indeholder Sundhedsstyrelsens opgørelser kun statistik over anvendelsen af tvang på landsplan (med undtagelse af Sikringsafdelingen). Opgørelserne over anvendelse af tvang i psykiatrien findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Sundhedsstyrelsens seneste opgørelse – "Anvendelse af tvang i psykiatrien 2009" – viser at ca. hver 5. psykiatriske patient blev udsat for tvang i 2009, og at brugen af tvang i 2009 ligger på niveau med brugen af tvang i 2008.

Danske Regioner har i 2010 sat fokus på at mindske brugen af tvang i psykiatrien med formulering af 3 målsætninger: 1) Regionerne vil reducere antallet af fikseringer og den samlede længde af fikseringer med 20 pct. over 3 år, ligesom regionerne vil reducere antallet af fastholdelser med 20 pct. over 3 år. 2) Regionerne vil forbedre patientoplevelsen i forbindelse med tvang – bl.a. ved igennem en styrket dialog at inddrage patientens præferencer i forhold til tvang for at kunne gennemføre tvangen så skånsomt som muligt og ved løbende at følge op på tvangssituationer. 3) Regionerne vil styrke psykiatrisk forskning med fokus på tvang, herunder de forskellige tvangsformers virkning og mulige mindre indgribende alternativer.

Under inspektionen blev det oplyst at der er meget få tilfælde af tvangsanvendelse på det børnepsykiatriske døgnafsnit i Viborg. I de situationer hvor der opstår behov for at anvende tvang, er der typisk tale om fastholdelse og døraflåsning.

Som nævnt i indledningen bad jeg under inspektionen om at modtage kopi af afsnittets tilførsler i tvangsprotokollen for perioden fra den 1. maj 2009 til den 11. maj 2010. Jeg modtog herefter kopi af 5 skemaer om fysisk magtanvendelse, der omfattede 4 tilfælde af fastholdelse og ét tilfælde af døraflåsning.

Under inspektionen af det ungdomspsykiatriske døgnafsnit i Herning blev det oplyst at højst 25 pct. af patienterne bliver indlagt på afsnittet med tvang. Mange af tvangsindlæggelserne sker i nattetimerne hvor det er voksenpsykiatrien der tager stilling til indlæggelserne. Det blev desuden oplyst at afsnittet har få tilfælde af tvangsanvendelse, og at det muligvis skyldes at det er et lille afsnit. Afsnittet bruger ofte kugledyner til patienterne fordi det er med til at nedsætte anvendelsen af tvang.

I forbindelse med inspektionen modtog jeg lister over det ungdomspsykiatriske afsnits registreringer af tvang i 2008, 2009 og 2010 (indtil den 15. april 2010).

I 2008 foretog afsnittet i alt 83 registreringer af tvang. De omfattede 14 frihedsberøvelser (7 tvangsindlæggelser og 7 tilfælde af tvangstilbageholdelse), 2 tvangsbehandlinger (2 tilfælde af tvangsernæring), 13 tvangsfikseringer og 54 tilfælde af fysisk magtanvendelse (40 tilfælde af fastholdelse, 13 døraflåsninger og ét tilfælde af indgivelse af beroligende medicin).

I 2009 foretog afsnittet i alt 179 registreringer af tvang. De omfattede 27 frihedsberøvelser (11 tvangsindlæggelser og 16 tilfælde af tvangstilbageholdelse), 1 tvangsbehandling (tvangsernæring), 50 tvangsfikseringer og 101 tilfælde af fysisk magtanvendelse (44 tilfælde af fastholdelse, 13 døraflåsninger, 41 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin og 3 tilfælde af personlig skærmning).

Det fremgår af afsnittets registreringer af tvangsforanstaltninger at der er sket en væsentlig stigning fra 2008 til 2009, hvilket især skyldes stigningen i antallet af tvangsfikseringer og indgivelse af beroligende medicin. Jeg beder om nærmere oplysninger om årsagen til stigningen i tvangsforanstaltninger i 2009.

Jeg beder om at få tilsendt en opgørelse over tvangsforanstaltninger på børnepsykiatrisk afsnit i Viborg i 2010 og 2011.

Jeg beder også om at få tilsendt en opgørelse over tvangsforanstaltninger på ungdomspsykiatrisk afsnit i 2010 og 2011.

For at kunne vurdere i hvor stort et omfang der iværksættes behandling af et barn eller en ung under 15 år med samtykke fra forældremyndighedsindehaveren, men mod barnets/den unges vilje, har Sundhedsstyrelsen fra og med den 1. januar 2011 gjort det muligt at foretage en registrering heraf i tvangsprotokollen. Sundhedsstyrelsen henstiller til de psykiatriske afdelinger at en sådan registrering finder sted, og at der sker indberetning til styrelsen, jf. pkt. 9 i Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9427 af 20. januar 2011 som omtalt i pkt. 2.2 ovenfor.

Jeg beder om at få oplyst om Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i 2011 har foretaget sådanne registreringer, og i givet fald hvor mange.

Inden en tvangsforanstaltning iværksættes, skal patienten som udgangspunkt underrettes mundtligt og skriftligt om den påtænkte tvang, dens nærmere indhold, baggrund og formål. Ved tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og aflåsning af patientstue kan underretningen dog i særligt hastende tilfælde undlades, men så skal patienten efterfølgende have en begrundelse for indgrebet (psykiatrilovens § 31). Patienten skal endvidere ved enhver anvendelse af tvang vejledes om adgangen til at påklage tvangsindgrebet (psykiatrilovens § 32, stk. 1). Efter ophør af enhver tvangsforanstaltning skal patienten tilbydes en eller flere samtaler (psykiatrilovens § 4, stk. 5).

Ifølge årsberetningen for 2010 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Midtjylland realitetsbehandlede nævnet én sag vedrørende Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter Herning i 2009. Patientklagenævnet havde ingen sager vedrørende Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter Herning i 2010, og der var heller ingen sager vedrørende Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter Viborg i hverken 2009 eller 2010.

Jeg beder om at modtage kopi af det skriftlige informationsmateriale (i standardiseret form) som ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning udleverer til patienter ved anvendelse af tvang. Hvis der ikke findes skriftlig information i standardiseret form om alle former for tvangsforanstaltninger, beder jeg om at få oplyst årsagen hertil og hvilken skriftlig information patienten så modtager.

Under inspektionen af ungdomspsykiatrisk døgnafsnit i Herning blev det oplyst at tvangsfikseringer foregår på patientens egen stue i patientens egen seng der er en almindelig hospitalsseng.

Jeg går ud fra at bælte og remme altid transporteres i en pose eller et pudebetræk til patientens stue så det ikke er synligt for andre patienter i afsnittet.

Jeg beder om at få oplyst hvor den faste vagt er placeret i forhold til en fikseret patient, og om andre patienter eller personale kan se ind til den fikserede patient fra gangarealet.

5.13. Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvang

Efter psykiatrilovens § 24, stk. 1, skal der beskikkes en patientrådgiver ved ethvert tvangsindgreb, bortset fra indgreb efter § 18 g (tvangsmæssig personlig hygiejne) og § 19 a (undersøgelse af post, patientstuer og ejendele, kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande mv.).

Før ændringen af psykiatriloven i 2006 skulle der beskikkes en patientrådgiver i forbindelse med tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tvangsbehandling, mens beskikkelse i forbindelse med andre tvangsindgreb forudsatte at patienten selv anmodede om det. Ændringen heraf skete for overordnet at styrke de psykiatriske patienters retssikkerhed idet patienten blev sikret adgang til vejledning og rådgivning ved alle tvangsindgreb (bortset fra indgrebene i §§ 18 g og 19 a) uden selvstændigt at skulle tilkendegive et ønske om en patientrådgiver.

Patientrådgiverens opgaver er at vejlede og rådgive patienten med hensyn til alle forhold i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på den psykiatriske afdeling og bistå patienten med eventuelle klager. Patientrådgiveren skal så vidt muligt være til stede ved en klages behandling i det psykiatriske patientklagenævn (psykiatrilovens § 24, stk. 2).

Patientrådgiveren skal aflægge besøg hos patienten inden 24 timer efter beskikkelsen (psykiatrilovens § 26, stk. 1). Besøg skal herefter finde sted mindst én gang om ugen og i øvrigt efter behov. Patientrådgiveren har ret til fri og uhindret personlig, skriftlig og telefonisk forbindelse med patienten (§ 26, stk. 2).

Psykiatrilovens § 27 vedrører information af patientrådgivere. Bestemmelsen 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 op-

lysning, 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, sp. 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. 4, i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger (bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010) er det fastsat at patienten forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling så vidt muligt skal have haft mulighed for at drøfte spørgsmålet med sin patientrådgiver. Efter § 3, stk. 6, forudsætter tvangsmedicinering at patienten og patientrådgiveren er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger. Det fremgår desuden af bekendtgørelsens § 13, stk. 2, at patientrådgiveren har ret til at gøre sig bekendt med oplysningerne om patienten i tvangsprotokollen.

Under inspektionen gav ledelsen af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center udtryk for at centeret er meget tilfreds med de patientrådgivere der er knyttet til centeret. Det blev oplyst at patientrådgiverne altid møder op på afsnittet inden for 24 timer efter beskikkelsen, og at de besøger patienterne mindst en gang om ugen eller 2 gange hvis patienten har behov for det.

Patientrådgiveren skal som nævnt ovenfor så vidt muligt være til stede ved en klages behandling i det psykiatriske patientklagenævn (psykiatrilovens § 24, stk. 2, 3. pkt.).

Ifølge årsberetningen for 2010 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Midtjylland var der i alt 3 sager i patientklagenævnet vedrørende Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter Herning i 2009. 2 af sagerne blev tilbagekaldt eller afvist. I den ene sag som nævnet realitetsbehandlede, deltog patientrådgiveren/bistandsværgeren. Patientklagenævnet havde ingen sager vedrørende Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter Herning i 2010, og der var heller ingen sager vedrørende Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter Viborg i hverken 2009 eller 2010.

Jeg går ud fra at Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center tildeler patienterne en patientrådgiver ved alle tvangsindgreb, bortset fra eventuelle indgreb efter psykiatrilovens § 18 g og § 19 a, og at patientrådgiverne orienteres så de har mulighed for at varetage deres hverv på forsvarlig måde, jf. psykiatrilovens § 27.

5.14. Aflåsning, forholdene for frivilligt indlagte og skærmning

Bekendtgørelse om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger indeholdt tidligere hjemmel til aflåsning af yderdøre som middel til at sikre frihedsberøvede personers fortsatte tilstedeværelse på afdelingen (§ 18) og som beskyttelsesforanstaltning (§ 23).

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

Efter revisionen af psykiatriloven i 2006 (lov nr. 534 af 8. juni 2006) indeholder loven nu i § 18 f (tidligere § 18 e) udtrykkelig hjemmel til aflåsning af døre i afdelingen over for patienter der er frihedsberøvede efter lovens kapitel 3, dvs. patienter der er tvangsindlagt, tvangstilbageholdt eller tilbageført, og patienter der er i risiko for utilsigtet at udsætte sig selv for væsentlig fare. Ifølge forarbejderne til bestemmelsen omfatter den sidstnævnte gruppe patienter der lider af demens eller demenslignende tilstande, og personer der er bevidsthedsslørede eller uklare, eller som befinder sig i en forvirringstilstand.

Beslutning om aflåsning af døre i en afdeling træffes af en læge. Det fremgår endvidere udtrykkeligt af bestemmelsen i § 18 f at der ikke kan træffes beslutning om aflåsning af døre til patientstuer. Alle patienter i afdelingen skal straks efter at en beslutning om aflåsning er truffet, underrettes om det (§ 18 f, stk. 3).

Børnepsykiatrisk døgnafsnit i Viborg er et åbent afsnit. Det blev oplyst at der kan være tvangsindlagte eller tvangstilbageholdte patienter på afsnittet, og at det derfor nogle gange kan være nødvendigt at låse afsnittets yderdøre. Det er imidlertid ikke altid at yderdørene bliver låst selv om der er tvangsindlagte eller tvangstilbageholdte patienter på afsnittet. Hvis dørene bliver låst, bliver de frivilligt indlagte patienter lukket ud når de ønsker det. Børnene skal i øvrigt altid give besked til en voksen hvis de går udenfor. På inspektionstidspunktet var der ingen tvangsindlagte eller tvangstilbageholdte patienter på afsnittet.

Ungdomspsykiatrisk døgnafsnit i Herning er et åbent eller et lukket afsnit afhængig af om der er tvangsindlagte eller tvangstilbageholdte patienter på afsnittet. Yderdørene er derfor låst i perioder. Ligesom på børneafsnittet i Viborg er det imidlertid ikke altid at yderdørene bliver låst selv om der er tvangsindlagte eller tvangstilbageholdte patienter på afsnittet. På inspektionstidspunktet var afsnittet åbent selv om der var tvangstilbageholdte patienter. Det blev oplyst at frivilligt indlagte patienter bliver lukket ud når de ønsker det, medmindre der er behov for at vurdere om betingelserne for at tvangstilbageholde patienten er opfyldt, jf. § 10, stk. 3, i psykiatriloven hvorefter overlægen snarest muligt og senest inden 24 timer skal meddele patienten om tvangstilbageholdelse skal ske.

Det fremgår af afsnittets indberetninger om tvang til Sundhedsstyrelsen at der på døgnafsnittet jævnligt er patienter der er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt.

Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 har i forbindelse med sine inspektioner af psykiatriske afdelinger beskæftiget sig med spørgsmålet om afdelinger hvor der både er frivilligt indlagte og tvangsindlagte/tvangstilbageholdte patienter. I overensstemmelse med det som tilsynet har tilkendegivet, er det min opfattelse at det bør være helt klart for den enkelte patient hvilken retlig status hans/hendes indlæggelse har (frivillig eller tvangsmæssig), når der på et afsnit både er frivilligt indlagte og tvangsindlagte/tvangstilbageholdte patienter. Det er ligeledes min opfattelse at afsnittet bør være meget opmærksom 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. Frivilligt indlagte patienter skal umiddelbart have mulighed for at forlade afsnittet når de måtte ønske det.

Jeg beder om at få oplyst hvor ofte det er nødvendigt at låse yderdørene i de 2 døgnafsnit, og hvordan afsnittene sørger for at underrette patienterne om aflåsningen.

Det fremgår af informationen om ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning på Psykiatriens hjemmeside at der altid vil blive lavet individuelle aftaler om patientens udgang.

Jeg bemærker for en god ordens skyld at jeg – på baggrund af det jeg fik oplyst under inspektionen – går ud fra at frivilligt indlagte og ikke tvangstilbageholdte patienter altid kan forlade afsnittet når de ønsker det, medmindre der er behov for at vurdere om betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt, jf. psykiatrilovens § 10, stk. 3.

Psykiatriloven eller bestemmelser fastsat administrativt i henhold til psykiatriloven indeholder ikke en nærmere angivelse af størrelsesmæssige krav til en afdeling. Jeg har tidligere givet udtryk for 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 har herefter kunnet 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 f.eks. tilbydes ophold på gangarealet. Jeg henviser til min opfølgingsrapport af 7. maj 2003 om inspektionen som kan findes på hjemmesiden www.ombudsmanden.dk.

Som nævnt ovenfor, indeholder psykiatrilovens § 18 f nu regler om aflåsning af dørene i en afdeling (et afsnit). § 18 f ophæver den tidligere begrænsning hvorefter der alene kunne ske aflåsning af en afdelings yderdøre. Det fremgår således af bestemmelsen og forarbejderne hertil at "aflåsning af skærmede enheder bør være muligt, under forudsætning af, at der reelt er tale om en enhed med spise-, bade- og opholdsfaciliteter mv. og med mulighed for socialt samvær med medpatienter, der opholder sig i samme enhed". Der er ikke i loven eller i forarbejderne hertil taget stilling til hvor lille en skærmet enhed må være, men det fremgår dog som anført at der reelt skal være tale om en enhed hvor der er mulighed for samvær med "medpatienter". En sådan enhed må således mindst have tre stuer.

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang under pkt. 3.2 ovenfor, har det børnepsykiatriske døgnafsnit i Viborg mulighed for at anvende en skærmet enhed på etagen nedenunder hvor ungdomspsykiatrisk afsnit tidligere har været. Enheden er indrettet med en patientstue, fikseringsstue, opholdsstue og en lukket altan.

Det blev under inspektionen oplyst at det børnepsykiatriske døgnafsnit aldrig har benyttet den skærmede enhed.

Jeg går ud fra at der altid vil være personale til stede sammen med patienten hvis den skærmede enhed tages i brug, og jeg foretager mig derfor ikke noget vedrørende spørgsmålet om indretning og aflåsning af den skærmede enhed.

Både det børne- og det ungdomspsykiatriske afsnit anvender i nogle tilfælde personlig skærmning.

Reglerne om personlig skærmning blev indsat i psykiatriloven ved lov nr. 534 af 8. juni 2006, der trådte i kraft den 1. januar 2007, jf. lovens § 18 c. Efter den seneste revision af psykiatriloven (lov nr. 708 af 25. juni 2010) findes bestemmelsen nu i § 18 d.

§ 18 d definerer personlig skærmning i psykiatrilovens forstand som foranstaltninger hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten (nogle gange benævnt "fast fodfølge"). Bestemmelsen fastsætter endvidere i hvilke situationer personlig skærmning må anvendes. Efter stk. 2 må personlig skærmning som patienten ikke samtykker i, kun benyttes i det omfang det er nødvendigt for at afværge at en patient begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig skade (nr. 1), eller forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller andre (nr. 2).

Hvis personlig skærmning efter § 18 d, stk. 2, anvendes uafbrudt i mere end 24 timer, skal der ifølge lovens § 20, stk. 1, ske tilførsel til afdelingens tvangsprotokol med angivelse af indgrebets nærmere indhold og begrundelse (og ske indberetning til bl.a. Sundhedsstyrelsen, jf. § 44 i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger).

Af lovforslagets bemærkninger til § 18 c fremgår det at lavere grader af observation/overvågning ikke er omfattet af bestemmelsen idet sådanne foranstaltninger efter regeringens opfattelse ikke udgør så stort et indgreb i den personlige integritet at regulering i psykiatriloven er påkrævet. Det bemærkes herefter at eventuelle retningslinjer for lavere grader af observation/overvågning derfor kan fastsættes af sygehusmyndighederne.

Det børnepsykiatriske døgnafsnit i Viborg og det ungdomspsykiatriske døgnafsnit i Herning har den samme retningslinje for fremgangsmåden ved personlig skærmning efter psykiatrilovens § 18 d. Retningslinjen beskriver bl.a. hvem der har kompetence til at træffe beslutning om personlig skærmning, hvilke betingelser der skal være opfyldt, hvilken information patienten skal have, hvornår foranstaltningen skal registreres i tvangsprotokollen, og hvornår der skal beskikkes en patientrådgiver.

Retningslinjen om fremgangsmåden ved personlig skærmning efter psykiatrilovens § 18 d giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Børnepsykiatrisk afsnit i Viborg har fastsat retningslinjer for lavere grader af observation/overvågning end foranstaltninger omfattet af psykiatrilovens § 18 d, jf. "Procedure ved skærmning på Børnepsykiatrisk afsnit Viborg" (dateret juni 2010). Det fremgår heraf at skærmning anvendes som en pleje- og behandlingsmetode, og at afsnittet opererer med 3 niveauer for skærmning. Niveau 1 er det laveste niveau og omfatter en almindelig aftale med kontaktpersonen. Niveau 2 spænder fra observation på afstand til en vis begrænsning i patientens adfærd. Niveau 3 gælder for patienter der ikke kan lades alene enten på grund af suicidalfare, anden livstruende adfærd eller graden af hvor ustruktureret og impulsstyret patienten er. Skærmning på dette niveau indebærer en fortsat intensiv relationsbehandling, fortsat intervention og forsøg på at opnå eller bevare en alliance med patienten.

Det fremgår desuden af retningslinjen at skærmning på de 3 niveauer forudsætter et informeret samtykke fra patienten (jf. sundhedslovens kapitel 5). Det skal derfor altid sikres at patienten informeres om formålet med skærmningen, og hvad den indebærer. Det er videre anført at hvis patienten ikke samtykker i skærmningsforanstaltningen, må der iværksættes et eller flere af de i psykiatriloven beskrevne tvangsindgreb, herunder personlig skærmning.

For børn og unge under 15 år er det forældremyndighedsindehaveren der giver et informeret samtykke på barnets vegne.

Ifølge sundhedslovens § 19 kan en sundhedsperson indlede eller fortsætte en behandling uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver hvis en patient der er under 15 år, befinder sig i en situation hvor øjeblikkelig behandling er påkrævet for patientens overlevelse eller for på længere sigt at forbedre patientens chance for overlevelse eller for et væsentligt bedre resultat af behandlingen.

I meget akutte situationer hvor en omgående gennemførelse af en foranstaltning efter psykiatriloven er nødvendig for at afværge at et barn eller en ung under 15 år udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, eller øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang, skal sundhedspersoner på den psykiatriske afdeling ikke forsøge at indhente et samtykke fra forældremyndighedsindehaveren, værger eller nærmeste pårørende, men efterfølgende orientere den pågældende. Det fremgår af psykiatrilovens § 1, stk. 3.

Jeg henviser til pkt. 2.2 om lovgrundlaget for behandling af børn og unge ovenfor.

Skærmning på de 3 niveauer som nævnt i retningslinjerne for børnepsykiatrisk afsnit og personlig skærmning som defineret i psykiatriloven kan således iværksættes over for børn under 15 år med samtykke fra forældremyndighedsindehaveren eller uden forældremyndighedsindehaverens samtykke i situationer med et øjeblikkeligt behandlingsbehov.

Jeg henstiller til børnepsykiatrisk afsnit i Viborg at præcisere de interne retningslinjer så det tydeligere fremgår hvem der skal give det informerede samtykke, og at det for børn under 15 år kan undlades i situationer med et øjeblikkeligt behandlingsbehov.

Under inspektionen af det ungdomspsykiatriske afsnit blev det oplyst at der på inspektionstidspunktet var 2 patienter der var skærmet på henholdsvis niveau 1 og niveau 2. Skærmningen på niveau 1 indebar tilsyn med patienten hvert 10. minut, mens skærmningen på niveau 2 indebar at personalet kun kortvarigt trak sig tilbage fra observationen af patienten.

Hvis ungdomspsykiatrisk afsnit har fastsat retningslinjer for lavere grader af observation/overvågning end foranstaltninger omfattet af § 18 d (jf. forarbejderne til den ændrede psykiatrilov), beder jeg om at få disse tilsendt.

5.15. Politiets medvirken ved udførelse af tvangsforanstaltninger i afdelingen

Jeg har tidligere rejst spørgsmålet om politiets medvirken ved udførelse af tvangsforanstaltninger i psykiatrien over for Justitsministeriet. Ministeriet sendte mig den 23. juli 2001 en kopi af sit 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 bl.a. 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 oplyste desuden at spørgsmålet var 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.

Lov nr. 444 af 9. juni 2004 om politiets virksomhed trådte i kraft den 1. august 2004, og i den forbindelse blev retsplejelovens § 108 ophævet, da politiloven indeholder udtrykkelig hjemmel til de indgreb der tidligere blev støttet på retsplejelovens bestemmelse.

Det blev under inspektionen oplyst at der aldrig kommer politi ind på det børnepsykiatriske døgnafsnit i Viborg.

På det ungdomspsykiatriske døgnafsnit i Herning er der ingen sluse i forbindelse med indgangen til afsnittet. Når en patient bliver tvangsindlagt, kommer politiet derfor med helt ind på afsnittet. Personalet sørger for at forberede en stue til patienten på forhånd så politiet kan gå direkte ind på stuen sammen med patienten og personale fra afsnittet. Hvis patienten er meget voldsom og destruktiv i sin adfærd, er politiet efter aftale med afsnittet til stede under overlægens samtale med patienten.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.16. Udslusning, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner

Den generelle sundhedsaftale i Region Midtjylland er inddelt i en politisk, en administrativ og en sundhedsfaglig del. Den sundhedsfaglige del af aftalen er rettet mod det sundhedsfaglige personale og beskriver den konkrete arbejdsdeling mellem region, kommuner og praktiserende læger i forbindelse med det daglige samarbejde.

På det psykiatriske område indeholder den sundhedsfaglige del af sundhedsaftalen en definition og sundhedsfaglig beskrivelse af hvornår en psykiatrisk patient er færdigbehandlet, og bestemmelser om udskrivelse/afslutning af en færdigbehandlet patient.

Hvis forældrene/den unge der er fyldt 15 år, har underskrevet en samtykkeerklæring om udveksling af oplysninger, skal Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center invitere kommunen og andre relevante samarbejdspartner til en udskrivningskonference. Centeret skal indkalde samarbejdspartnerne til konferencen så tidligt som muligt, og det er den sagsansvarlige i centeret der skal tage initiativ til at rette henvendelse til kontaktpersonen i kommunen. Det anbefales at der holdes et telefonisk koordinerende formøde mellem den sagsansvarlige i centeret og kontaktpersonen i kommunen. Ved formødet præsenteres diagnose og undersøgelsesresultater, og forslag om støtteforanstaltninger drøftes. På selve udskrivningskonferencen fremlægger Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center den endelige diagnose, redegørelse for relevante undersøgelsesresultater, beskrivelse af barnets/den unges ressourcer og støttebehov samt en realistisk vurdering af hvilken effekt støtten forventes at give. Hvis Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center anbefaler at der iværksættes opfølgende tiltag ved udskrivelsen, skal centeret udarbejde en udskrivelseserklæring/-udtalelse. Forældrene og barnet/den unge kan efter aftale og umiddelbart efter udskrivelsen kontakte afsnittet hvor barnet/den unge har været indlagt, for at få råd og vejledning.

Det fremgår af oplysningerne om ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning på Psykiatriens hjemmeside at udskrivelse som udgangspunkt planlægges som et langstrakt forløb med henblik på at forberede den unge, de pårørende og et eventuelt professionelt netværk bedst muligt. Hvis den unge skal udskrives til et andet tilbud, kan der arrangeres en indkøringsperiode hvor den unge fortsat er tilknyttet døgnafsnittet og samtidig opstarter det nye tilbud. De unge bliver også nogle gange tilbudt et "efterforløb" i afsnittet så den unge efter udskrivelsen kommer til samtaler, deltagelse i grupper eller skolegang. De unge bliver for det meste tilbudt fortsat ambulans kontakt med den der har været ansvarlig for indlæggelsesforløbet.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Det blev ikke under inspektionen oplyst om det kan være svært at få det rigtige tilbud i kommunerne i Region Midtjylland til et barn eller en ung efter færdigbehandling på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, og det blev således heller ikke drøftet nærmere om der på børnepsykiatrisk døgnafsnit i Viborg og ungdomspsykiatrisk døgnafsnit i Herning i perioder er indlagte færdigbehandlede patienter som venter på at blive "taget hjem" af kommunerne.

Jeg beder om at få oplyst om der i 2011 var indlagte færdigbehandlede patienter på børnepsykiatrisk afsnit i Viborg og ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning der ikke umiddelbart kunne udskrives fordi kommunerne ikke kunne hjemtage dem til socialpsykiatriske tilbud eller andre socialpsykiatriske foranstaltninger. Jeg beder i givet fald om at få oplyst det samlede antal af disse patienter, og om nogle af dem havde ventet i mere end 2 måneder på at blive hjemtaget.

Reglerne om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i den tidligere gældende psykiatrilov (§ 3, stk. 4-5) er videreført i den ændrede psykiatrilov i det nye kapitel 4a "Opfølgning efter udskrivning". Reglerne, som nu fremgår af § 13 a, stk. 1, og § 13 b, stk. 1, har følgende ordlyd:

"§ 13 a. Overlægen har 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.

...

§ 13 b. Hvis en patient, der er omfattet af § 13 a, 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."

Det fremgår af forarbejderne til psykiatrilovens §§ 13 a, stk. 1, og 13 b, stk. 1, at udskrivningsaftalerne og koordinationsplanerne indholdsmæssigt er ens. De skal indeholde en beskrivelse af patientens aktuelle og forventede fremtidige behov for behandling og sociale tilbud, de behandlingsmæssige tilbud som vil være relevante for

patienten, angivelse af dato og tidspunkt for det første møde hos vedkommende myndighed mfl., dato for udløb af aftalen, angivelse af hvornår aftalen skal tages op til vurdering, hvem der er ansvarlig for revurdering af aftalen, hvem der er ansvarlig for opfølgning således at patienten får de nævnte tilbud, og hvem der skal reagere hvis aftalen ikke overholdes.

Det fremgår endvidere af forarbejderne at ordningen med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner retter sig mod patienter med alvorlige sindslidelser der udsættes for betydelig helbredsforringelse ved ikke at modtage nogen form for behandlingsmæssig eller social støtte. Det kan f.eks. være patienter der lider af skizofreni og samtidig har misbrugsproblemer eller store sociale problemer.

Registreringer om anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner skal indberettes kvartalsvis til sygehusmyndigheden og Sundhedsstyrelsen. Dette fremgik tidligere kun af Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 om udfyldelse af tvangsprotokoller. Psykiatriloven indeholder nu i §§ 13 a, stk. 2, og 13 b, stk. 2, udtrykkelig hjemmel til at sundhedsministeren kan fastsætte regler om registrering og indberetning af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Bemyndigelsen er udnyttet i bekendtgørelse nr. 1342 af 2. december 2010 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger (kap. 3 og 4).

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens statistik over anvendelsen af tvang i psykiatrien at der i Region Midtjylland i 2007 blev lavet i alt 45 udskrivningsaftaler og 25 koordinationsplaner. Der blev til sammenligning i de 5 regioner lavet i alt 158 udskrivningsaftaler og 49 koordinationsplaner i 2007. I Sundhedsstyrelsens statistik over anvendelse af tvang i psykiatrien i 2008 og 2009 er der ingen oplysninger om antallet af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i regionerne i disse år.

Jeg beder om at få oplyst om der for nogle børn og unge kan være behov for at lave udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner efter psykiatrilovens § 13 a og § 13 b. I givet fald beder jeg om at få oplyst hvor mange udskrivningsaftaler og koordinationsplaner børnepsykiatrisk afsnit i Viborg og ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning har udarbejdet og indberettet til Sundhedsstyrelsen i 2009, 2010 og 2011, og jeg beder om at modtage kopi af de seneste 2 udskrivningsaftaler og 2 koordinationsplaner som afsnittet har udarbejdet.

5.17. Aktindsigt

Reglerne om aktindsigt i patientjournaler mv. findes i kap. 8 i sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010). Reglerne er blevet ændret med virkning fra den 1. januar 2010 (jf. lov nr. 1521 af 27. december 2009 om ændring af sundhedsloven). Hensigten med lovændringen er at udvide adgangen til aktindsigt for både somatiske og psykiatriske patienter så de får ubegrænset adgang til egne fremtidige journaloplysninger – både elektroniske og papirbaserede.

§§ 37-38 i sundhedsloven havde tidligere følgende ordlyd:

”§ 37. Fremsætter en patient begæring herom, skal patienten have meddelelse om, hvorvidt der behandles helbredsoplysninger om vedkommende indeholdt i patientjournaler m.v. Behandles sådanne oplysninger, skal der på patientens begæring og på en let forståelig måde gives patienten meddelelse om,

- 1) hvilke oplysninger der behandles,
- 2) behandlingens formål,
- 3) kategorierne af modtagere af oplysningerne og
- 4) tilgængelig information om, hvorfra disse oplysninger stammer.

Stk. 2. Retten efter stk. 1 kan dog begrænses, i det omfang patientens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den pågældende selv eller til andre private interesser.

§ 38. Afgørelser om retten til aktindsigt træffes af den myndighed, institution eller sundhedsperson, der har patientjournalerne m.v. i sin besiddelse.

Stk. 2. Vedkommende myndighed, institution eller sundhedsperson afgør snarest, om en anmodning om aktindsigt kan imødekommes, og om aktindsigten skal gennemføres ved, at der gives adgang til gennemsyn af patientjournalen m.v. på stedet, eller ved, at der udleveres en afskrift eller kopi.

Stk. 3. Er en anmodning om aktindsigt ikke imødekommet eller afslået inden 10 dage efter, at den er modtaget af vedkommende myndighed, institution eller sundhedsperson, skal myndigheden, institutionen eller sundhedspersonen underrette patienten om grunden hertil samt om, hvornår en afgørelse kan forventes at foreligge.

Stk. 4. I de tilfælde, hvor en sundhedsperson efter stk. 1-3 er tillagt beføjelser, påhviler det overordnede ansvar for, at aktindsigt meddeles i overensstemmelse med loven, den driftsansvarlige myndighed.”

Bestemmelsen i § 37 svarede til de tidligere bestemmelser i § 20, stk. 2, i lov om patienters retsstilling, § 2, stk. 2, i lov om aktindsigt i helbredsoplysninger og § 9, stk. 2, i offentlighedsloven.

Vejledning nr. 155 af 14. september 1998 om aktindsigt mv. i helbredsoplysninger belyser forskellige spørgsmål i forbindelse med reglernes anvendelse.

§§ 37-38 i sundhedsloven har nu følgende ordlyd:

”§ 37. Den, om hvis helbredsforhold der er udarbejdet patientjournaler m.v., har på anmodning ret til aktindsigt heri. Patienten har endvidere på anmodning ret til på en let forståelig måde at få meddelelse om, hvilke oplysninger der behandles i patientjournalen m.v. efter 1. pkt., formålet hermed, kategorierne af modtagere af oplysningerne og tilgængelig information om, hvorfra disse oplysninger stammer.

Stk. 2. En forældremyndighedsindehavers adgang til aktindsigt i en mindreårige patientjournal m.v. efter stk. 1, jf. § 14, kan begrænses, i det omfang forældremyndighedsindehaverens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den mindreårige.

Stk. 3. For optegnelser journalført før den 1. januar 2010 kan retten efter stk. 1 begrænses, i det omfang patientens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den pågældende selv eller til andre private interesser.

§ 38. Den myndighed, institution eller sundhedsperson, der har ansvaret for patientjournalerne m.v., afgør inden 10 dage efter patientens anmodning, om retten til aktindsigt skal begrænses efter § 37, stk. 2 og 3. Er anmodningen ikke imødekommet inden 10 dage, skal myndigheden, institutionen eller sundhedspersonen underrette patienten om grunden hertil samt om, hvornår en afgørelse kan forventes at foreligge.

Stk. 2. Aktindsigt kan enten gives elektronisk, eller ved at der gives adgang til gennemsyn af patientjournalen m.v. på stedet eller udleveres en afskrift eller kopi.

Stk. 3. I de tilfælde, hvor en sundhedsperson efter stk. 1 og 2 er tillagt beføjelser, påhviler det overordnede ansvar for, at aktindsigt meddeles i overensstemmelse med loven, den driftsansvarlige myndighed.”

Af de almindelige bemærkninger til forslaget om ændring af §§ 37-38 i sundhedsloven fremgår bl.a. følgende:

”Efter forslaget vil det fortsat være muligt at begrænse forældremyndighedsindehaverens adgang til aktindsigt i deres mindreårige børns journaler i det omfang, forældremyndighedsindehaverens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den mindreårige. Bestemmelsen kan anvendes i tilfælde, hvor følsomme journaloplysninger om fx abort, behandling for kønssygdom, prævention og blodtransfusion, kan komme den mindreårige til skade, hvis de kommer til forældremyndighedsindehaverens kendskab.

Endvidere foreslås det med forslaget at fastholde den hidtidige adgang til om nødvendigt at begrænse adgangen til aktindsigt for så vidt angår optegnelser i patientjournaler m.v., som er journalført før lovens ikrafttræden, i det omfang patientens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den pågældende selv eller til andre private interesser. Baggrunden herfor er et ønske om at respektere, at journaloplysninger før lovens ikrafttræden kan være givet af pårørende eller andre private i tillid til, at der ville være mulighed for om nødvendigt at begrænse patientens adgang til aktindsigt ud fra sådanne afgørende hensyn.

Bestemmelsen kan som hidtil fx anvendes til at begrænse psykiatriske patienters adgang til aktindsigt, i tilfælde hvor det vil være til alvorlig skade for patient- eller familierforholdet, hvis patienten fik kendskab til oplysninger, som fx pårørende måtte have givet til patientjournalen.

Det har været overvejet at opretholde en begrænsningsmulighed over for psykiatriske patienters adgang til egne fremtidige journaler, men en sådan adgang foreslås ikke opretholdt. Regeringen har i den sammenhæng lagt vægt på, at Dansk Psykiatrisk Selskab i forhold til spørgsmålet om patienters adgang til egne journaler har udtalt, at selskabet principielt finder, at der bør gælde nøjagtigt de samme regler for patienter med somatiske sygdomme, som for patienter med psykiatriske sygdomme.”

I sundhedslovens § 17, stk. 3, er det fastsat at en patient der er fyldt 15 år, har ret til aktindsigt efter bestemmelserne i lovens §§ 36-39.

I Psykiatriens pjece ”Information om patientrettigheder” (som også findes på Psykiatriens hjemmeside) står der følgende om aktindsigt:

”Som patient har du ret til aktindsigt i din journal. Det betyder, at du har ret til at se journalen og eventuelt få en kopi af den.

For optegnelser i journalen før 1. januar 2010 kan retten til aktindsigt begrænses, hvis afgørende hensyn til dig eller andre gør det nødvendigt.”

På Psykiatriens hjemmeside (under behandlingspsykiatri og patientrettigheder) er der desuden en meget detaljeret information om aktindsigt, herunder bl.a. oplysninger om hvad retten til aktindsigt omfatter, og muligheden for at se egne journaloplysninger i e-journal fra og med den 1. september 2009, dog med undtagelse af psykiatrien i Viborg. Der er også et afsnit særligt vedrørende personer under 18 år. Her står bl.a. følgende:

”Hvis du er over 15 år, har du selv ret til aktindsigt i din journal, medmindre lægen vurderer, at du ikke er moden nok til det.

Er du under 15 år, er det den/dem der har forældremyndigheden, som på dine vegne har ret til aktindsigt i din journal, hvis det er nødvendigt for at varetage dine interesser.

Som hovedregel må den/dem der har forældremyndigheden se din journal, når du er under 18 år. Aktindsigten kan begrænses for den/dem der har forældremyndigheden, hvis der er afgørende hensyn at tage til dig eller andre. Fx kan nævnes tilfælde, hvor journalen indeholder oplysninger om anvendelse af prævention, abortindgreb eller behandling for kønssygdomme, som er sket uden forældrenes vidende.”

I velkomstfolderen til børn og forældre om børnepsykiatrisk døgnafsnit i Viborg (fra 2009) står der ganske kort følgende om aktindsigt:

”**Journalindsigt:** Foregår i samråd med overlægen i afdelingen.”

I velkomstfolderen om ungdomspsykiatrisk døgnafsnit i Herning er der ingen oplysninger om aktindsigt. Oplysninger om aktindsigt findes i en mappe på de enkelte patientstuer.

Jeg henstiller til børnepsykiatrisk afsnit i Viborg at ajourføre og uddybe oplysningerne om aktindsigt i velkomstfolderen – hvis det ikke allerede er sket.

Jeg henstiller desuden til ungdomspsykiatrisk afsnit at overveje at indsætte oplysninger om aktindsigt i velkomstfolderen om afsnittet.

Jeg beder om underretning om hvad mine henstillinger giver anledning til.

Jeg beder begge afsnit om at oplyse nærmere om praksis i forbindelse med patienters/forældremyndighedsindehaveres anmodninger om aktindsigt, herunder hvor lang tid der typisk går fra en anmodning om aktindsigt modtages til den imødekommes eller afslås, om der normalt er en sundhedsperson som gennemgår journalmaterialet med patienten eller forældremyndighedsindehaveren og i givet fald hvem det er, og i hvilken form aktindsigt normalt meddeles (kopi, gennemsyn eller mundtlig underretning).

Jeg beder endvidere om at få oplyst hvilken praksis afsnittene har i forbindelse med anmodninger om aktindsigt fra patienter der er fyldt 15 år, og hvis psykiske tilstand på tidspunktet for anmodningen om aktindsigt er meget dårlig.

5.18. Pårørendekontakt

Det er velkendt at inddragelse af en patients pårørende i sygdomsforløbet kan have væsentlig betydning for patienten, både under indlæggelsen og i det senere forløb efter udskrivningen. Dette gælder særlig når der er tale om behandling af børn og unge.

Bestemmelsen i psykiatrilovens § 2 blev i forbindelse med lovens revision i 2006 ændret således at "god psykiatrisk sygehusstandard" nu også omfatter "politikker i relation til patienter og pårørende".

Region Midtjylland har en overordnet politik for samarbejdet mellem psykisk syge, pårørende og personale i behandlings- og socialpsykiatrien. Den blev vedtaget af regionsrådet den 29. april 2009. Formålet med politikken er at understøtte samarbejdet mellem psykisk syge, pårørende og personale i børne-, ungdoms- og voksenpsykiatrien både på behandlingsområdet og på det socialpsykiatriske område. De overordnede fælles værdier som politikken bygger på er 1) dialog – forstået som imødekommenhed, gensidighed og respekt i mødet mellem personale, psykisk syge og pårørende, 2) dygtighed – i betydningen faglige, personlige og organisatoriske kompetencer, og 3) dristighed – i betydningen mod til at tænke højt, lære af fejl og af hinanden og turde bringe sig selv i spil.

Ifølge de fælles visioner for politikken skal pårørende betragtes som ansvarlige, ligeværdige og betydningsfulde samarbejdspartnere som personalet skal vise tillid og re-

spekt og give plads til rollen som aktive ressourcepersoner til gavn for den psykisk syge. Personalet skal desuden løbende – i overensstemmelse med den psykisk syges ønsker og accept – inddrage og informere de pårørende i forbindelse med vigtige beslutninger.

Når der er tale om undersøgelse og behandling af børn og unge fastsætter politikken at der skal tages udgangspunkt i barnets eller den unges samlede situation så de familiemæssige forhold kommer til at indgå som en integreret og naturlig del, og familien skal inddrages i videst muligt omfang. Det gælder ikke blot forældremyndighedsindehaverne eller andre voksne pårørende. Søskende skal også inddrages i den samlede støtte- og behandlingsindsats. Både voksne pårørende og søskende skal tilbydes undervisning i psykisk sygdom (psykoedukation).

Det fremhæves i patient- og pårørendepolitikken at den skal omsættes i praksis for at sikre udviklingen af samarbejdet mellem psykisk syge, pårørende og personale. Politikken skal derfor lokalt konkretiseres og tilpasses de særlige behov og forhold på de enkelte tilbud i psykiatrien.

Af oplysningerne på Psykiatriens hjemmeside om børnepsykiatrisk afsnit i Viborg fremgår det at forældrene tilbydes samtaler, og når der er behov for det inddrages de i miljøterapien gennem besøg og planlagte forløb på forældredage hvor de deltager i praktiske opgaver og familieaktiviteter. Forældrene får også tilbud om deltagelse i forældreaftener med fællesspisning og forældregruppe.

Af oplysningerne på hjemmesiden om ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning fremgår det at afsnittet bevidst arbejder med at opnå den unges accept af så megen inddragelse af og information til de pårørende som muligt. Under hele indlæggelsen er der løbende kontakt til forældrene, og der holdes samtaler og møder med forældrene når der er behov for det.

Jeg beder om at få oplyst om der er udarbejdet en lokal patient- og pårørendepolitik for henholdsvis børnepsykiatrisk afsnit i Viborg og ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning – og i givet fald beder jeg om at få tilsendt en kopi.

Af Psykiatriens pjece "Information om patientrettigheder" fremgår det at det som udgangspunkt er patienten der afgør hvem der skal betragtes som nærmeste pårørende, og at patienten skal give sit samtykke før de pårørende kan inddrages i behandlingsforløbet. Dog kan pårørende altid få oplysninger om generelle forhold vedrørende psykisk sygdom og behandling samt information om hvor de kan få yderligere hjælp

og støtte. Pjecen indeholder også et afsnit om samtykke for børn og unge mellem 15 og 17 år. Det fremgår heraf at patienter mellem 15 og 17 år selv kan give informeret samtykke til behandling, men at forældremyndighedsindehaveren også skal have information og inddrages i beslutningen.

Det fremgår af oplysningerne om ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning på Psykiatriens hjemmeside at den unge ved modtagelse i afsnittet skal underskrive en samtykkeerklæring, men at der også fortløbende under indlæggelsen tages specifik stilling til spørgsmålet om samtykke. Afsnittet vælger ofte at den unge er til stede under samtaler med forældrene, men hvis den unge ikke ønsker at være til stede, bliver samtalen forberedt så den unge på forhånd er informeret om hvad personalet vil tale med forældrene om. Det oplyses også at der kan være tilfælde hvor personalet tilbyder forældrene en samtale med det formål "at lægge øre til" forældrenes overvejelser og tanker. I de situationer drøfter personalet kun generelle problemstillinger med forældrene. Psykiatrien har oplyst at alle forældre inden den første uge af den unges indlæggelse desuden tilbydes en introduktionssamtale til ungdomspsykiatrisk afsnit. Samtalen omhandler generelle forhold om både afsnittets opbygning og aktiviteter, men giver også rum for at der kan drøftes generelle forældredfordringer.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center har udarbejdet en standard samtykkeblanket hvor det ved afkrydsning kan markeres at patienten giver samtykke til at centeret må udveksle relevante oplysninger vedrørende undersøgelse/behandling med patientens praktiserende læge, andre sygehuse, sociale instanser, skole/uddannelsessted, forældre, PPR og andet. I forbindelse med sidstnævnte rubrik er der plads til at angive nærmere hvad "andet" dækker over. Det kan ved afkrydsning også markeres om der er fælles forældremyndighed, eller om enten mor eller far har forældremyndigheden alene. Blanketten indeholder herefter felter til underskrift af henholdsvis forældre/væрге, unge mellem 15 og 18 år samt unge over 18 år.

Hvis det i forbindelse med undersøgelse og behandling af en patient der er fyldt 15 år, bliver relevant at inddrage en pårørende som ikke er forældremyndighedsindehaver, går jeg ud fra at ungdomspsykiatrisk døgnafsnit i Herning ved hjælp af samtykkeblanketten søger for at sikre at der foreligger det fornødne samtykke fra patienten.

Et samtykke bortfalder senest 1 år efter at det er givet, jf. sundhedslovens § 44, stk. 2.

Det fremgår af centerets samtykkeblanket at patientens samtykke til enhver tid kan tilbagekaldes, men det fremgår ikke at samtykket automatisk bortfalder efter 1 år.

Selv om patienterne ikke er indlagt så længe på døgnafsnittene i Viborg og Herning, og selv om det er reguleret i sundhedsloven, vil det efter min opfattelse være hensigtsmæssigt at det udtrykkeligt fremgår af samtykkeblanketten at et samtykke automatisk bortfalder 1 år efter at det er givet.

Center for Kvalitetsudvikling foretog i perioden fra den 1. august 2007 til den 30. september 2008 for Danske Regioner en landsdækkende undersøgelse af tilfredsheden blandt patienter og forældre til patienter i de børne- og ungdomspsykiatriske ambulatorier samt dag- og døgnafsnit.

På landsplan deltog 1153 forældre til børn fra 33 børne- og ungdomspsykiatriske afsnit. Svarprocenten var 58 hvilket bliver betegnet som "acceptabelt" i undersøgelsen.

I Region Midtjylland deltog i alt 328 forældre. Svarprocenten var 54 – dvs. lidt lavere end på landsplan. I regionen omfattede forældreundersøgelsen bl.a. ungeafsnittet i Herning.

25 forældre til unge på afsnittet i Herning besvarede et spørgsmål om deres medinddragelse i indlæggelsesforløbet. 32 pct. svarede at de "i høj grad" blev medinddraget i indlæggelsesforløbet i det omfang som de selv gerne ville det. 40 pct. af forældrene svarede at de "i nogen grad" blev medinddraget i det omfang som de selv gerne ville det, mens 20 pct. oplevede at det "kun i mindre grad" var sket. 8 pct. svarede at de "slet ikke" var blevet medinddraget i indlæggelsesforløbet i det omfang som de selv gerne ville det.

24 forældre besvarede et spørgsmål om hvorvidt det var deres indtryk at behandlerne betragtede dem som samarbejdspartnere. 42 pct. svarede "ja i høj grad", 38 pct. svarede "ja i nogen grad", mens 13 pct. svarede "nej kun i mindre grad" og 8 pct. svarede "nej slet ikke".

Tilfredsheden blandt forældrene til unge på afsnittet i Herning var på de nævnte punkter ikke helt så høj som tilfredsheden blandt forældrene i Region Midtjylland samlet set.

5.19. Besøg, visitation og adgang til telefonering mv.

For at institutioner, som f.eks. psykiatriske afdelinger, kan fungere, er det nødvendigt for den daglige drift at have en række *generelle regler* for hvordan dagliglivet i afdelin-

gen kan forløbe hensigtsmæssigt (en husorden). Retsgrundlaget var tidligere den såkaldte anstaltsanordning, men i den ændrede psykiatrilov er der nu indsat følgende bestemmelse om husordener:

”§ 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 om ændring af psykiatriloven er der om bestemmelsen 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.”

Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9427 af 20. januar 2011 omhandler bl.a. husordener. Af vejledningens pkt. 11 om husordener fremgår følgende:

”...

En husorden skal indeholde generelle regler om patienternes udfoldelsesmuligheder under indlæggelse, fx regler om adgangen til at telefonere, regler om rygning i afdelingen, besøgsforhold, overvåget besøg mv., samt om konsekvenserne af at husordenen ikke overholdes. Vurdering af hvilke elementer husordenen skal indeholde, skal tage udgangspunkt i de konkrete forhold på den enkelte afdeling. Ved udformningen bør der rettes særlig opmærksomhed mod de forhold, der på den enkelte afdeling har givet anledning til tvivl og eventuelle konflikter, og hvor der således er særlig grund til at have synlige og klare retningslinjer.”

Jeg beder Psykiatrien om at oplyse om Psykiatri og Social i Region Midtjylland har en generel husordenspolitik med retningslinjer for hvordan en husorden skal udformes, hvilke punkter en husorden skal indeholde, hvor ofte den skal revideres, og hvordan patienter og pårørende skal informeres om indholdet af husordenen.

Jeg har i forbindelse med inspektionen modtaget et eksemplar af husordenen for børnepsykiatrisk afsnit i Viborg og husordenen for ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning.

Det fremgår af husordenen for det børnepsykiatriske afsnit at den sidst er blevet revideret i juni 2008. Husordenen for ungdomspsykiatrisk afsnit er ikke dateret.

Jeg henstiller til ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning at datere husordenen så det altid fremgår hvornår den senest er blevet revideret. Jeg beder om underretning om hvad min henstilling giver anledning til.

Det retlige grundlag for indgreb og begrænsninger i de enkelte patienters personlige frihed under indlæggelse skal søges i anstaltsanordningen hvis der ikke foreligger (lov)regler på området. Baggrunden herfor er ordens- og sikkerhedsmæssige hensyn. I modsætning til de generelle regler der regulerer det almindelige daglige liv i institutionerne (husordener), er der her tale om – efter omstændighederne – byrdefulde indgreb i den enkelte patients udfoldelsesmuligheder (f.eks. overvåget besøg, besøgsforbud, inddragelse af patientens mobiltelefon mv.).

Jeg har tidligere i forbindelse med inspektioner af psykiatriske centre anbefalet at centrene udfærdiger både husordener der regulerer det almindelige daglige liv på en afdeling/et afsnit og som gælder generelt for alle afdelingens/afsnittets patienter, og retningslinjer om de begrænsninger og indgreb der kan ske i den enkelte patients personlige frihed under indlæggelsen.

Min 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 f.eks. besøgsforbud og om adgangen til at begrænse muligheden for at telefonere, og at der ikke tidligere var regler om visitation i psykiatriloven.

Retningslinjerne bør angive hvem der har kompetence til at træffe afgørelse om indgreb/begrænsninger, og hvornår beslutningerne om indgreb/begrænsninger skal revideres. I den forbindelse har jeg tidligere udtalt at det efter min opfattelse er mest hensigtsmæssigt at de generelle regler som gælder for alle patienter, og reglerne om indgreb og begrænsninger i den enkelte patients frihed opdeles i to selvstændige dokumenter (henholdsvis husorden og retningslinjer). Det er endvidere min opfattelse at de skrevne retningslinjer for indgreb og begrænsninger i den enkelte patients frihed kun bør rettes til personalet, men at alle patienter i det informationsmateriale som udleveres ved indlæggelsen, informeres om retningslinjernes eksistens og muligheden for at få dem udleveret.

Husordenerne for børnepsykiatrisk afsnit i Viborg og ungdomspsykiatrisk døgnafsnit i Herning indeholder – bortset fra oplysninger om visitation – kun regler der gælder generelt for alle patienter, og de fremstår overskuelige og ikke for omfattende.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i Region Midtjylland har udarbejdet retningslinjer til personalet om begrænsninger i patienternes udfoldelsesmuligheder. Det fremgår indledningsvis at retningslinjerne er et tillæg til husordenens generelle regler, og at læger og plejepersonale kan tage retningslinjerne i anvendelse over for en patient efter en individuel, faglig vurdering. Patienterne skal ved deres indlæggelse orienteres om at retningslinjerne findes, og hvis de ønsker det, kan de få udleveret en kopi.

Retningslinjerne omhandler begrænsninger i den enkelte patients adgang til at telefonere, besøgsbegrænsninger, overvåget besøg og besøgsforbud, begrænsning i patientens mulighed for at være i besiddelse af cigaretter, lightere/tændstikker og stearinlys samt patientens mulighed for at indgå økonomiske aftaler og byttehandler med andre patienter. Herudover nævnes også visitation uden patientens samtykke med en henvisning til psykiatrilovens § 19 a.

Retningslinjerne indeholder også bestemmelser om beslutningskompetencen. Det er afdelingsledelsen der skal træffe beslutninger om begrænsninger der ikke er hjemlet i psykiatriloven, men i akutte situationer kan en beslutning træffes af andre blandt afdelingens læger eller plejepersonale. Afdelingsledelsen skal herefter snarest orienteres. Det fremgår desuden af retningslinjerne at begrænsninger i forhold til den enkelte patient skal dokumenteres i journalen.

Det er ikke i retningslinjerne angivet hvornår beslutninger om de forskellige indgreb og begrænsninger skal revurderes. Jeg henstiller derfor til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center at overveje at indarbejde sådanne bestemmelser i retningslinjerne. Jeg beder centeret om at underrette mig om hvad min henstilling har givet anledning til.

Tiderne for besøg på ungdomspsykiatrisk døgnafsnit i Herning er kl. 15 – 18 og kl. 19 – 21 på hverdage med undtagelse af mandag som er en besøgsfri dag. I weekenden er besøgstiden kl. 9 – 21. Besøg foregår på afsnittet – enten på patientens stue eller i afsnittets opholdsrum.

Børnepsykiatrisk døgnafsnit i Viborg er et 5-døgns afsnit. Børnene er således på afsnittet fra mandag morgen til fredag eftermiddag og kommer hjem i weekenden. Hvis et barn har behov for også at være indlagt i weekenden, er der mulighed for at overflytte barnet til et børnepsykiatrisk afsnit i Regionscenter Risskov. På afsnittet i Viborg er der besøgsaften hver onsdag eller efter aftale med personalet. Besøg foregår på afsnittet – enten på patientens stue eller i afsnittets opholdsrum.

Det fremgår af de ovenfor nævnte retningslinjer at besøg til patienterne kan begrænses, overvåges eller afvises hvis det er nødvendigt af hensyn til sikkerheden eller opretholdelse af ro og orden på afsnittet, og hvis den besøgende medbringer alkohol, misbrugsstoffer og farlige genstande.

Det blev under inspektionen af det ungdomspsykiatriske afsnit i Herning oplyst at det ofte er muligt for personalet at indgå frivillige aftaler med patienter med et stofmisbrug om at undgå besøg af bestemte personer eller at lade bestemte besøg være overvågede. Det blev også oplyst at det kan forekomme at det er nødvendigt at træffe beslutning om besøgsforbud eller overvåget besøg.

Jeg beder afsnittene om at oplyse nærmere om hvor ofte der træffes beslutning om besøgsbegrænsninger, herunder besøgsforbud og overvåget besøg. Desuden beder jeg om oplysninger om afsnittenes praksis for revurdering af sådanne beslutninger.

Under inspektionen blev det oplyst at børnene på afsnittet i Viborg gerne må besøge hinanden på deres stuer, men at personalet nogle gange er nødt til at hjælpe et barn med at begrænse besøgene.

Det fremgår af husordenen for det ungdomspsykiatriske døgnafsnit at de unge ikke bør besøge hinanden på stuerne for at respektere den enkeltes behov for at være alene.

Jeg har tidligere i forbindelse med inspektion af psykiatriske afdelinger udtalt at det er min umiddelbare opfattelse at et egentligt forbud mod at patienter besøger hinanden på stuerne, er meget vidtgående. Jeg beder derfor ungdomspsykiatriske afsnit i Herning om at overveje om forbuddet kan erstattes af vurderinger af om besøgsforbud på stuerne er nødvendige i konkrete tilfælde. Jeg beder afsnittet om at meddele mig resultatet af disse overvejelser.

Som nævnt ovenfor, var der ikke tidligere regler om visitation i psykiatriloven. Regler for indgreb i form af undersøgelse af post, patientstuer og ejendele samt kropsvisitation fremgår nu af psykiatrilovens § 19 a. Bestemmelsen har følgende ordlyd:

”§ 19 a. Ved begrundet mistanke om, at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande er blevet eller vil blive forsøgt indført til patienten, kan overlægen beslutte,

- 1) at patientens post skal åbnes og kontrolleres,
- 2) at patientens stue og ejendele skal undersøges, eller
- 3) at der skal foretages kropsvisitation af patienten. Undersøgelse af kroppens hulrum er ikke tilladt.

Stk. 2. Undersøgelse af patientens post og patientens stue samt ejendele skal så vidt muligt foretages i patientens nærvær.

Stk. 3. Overlægen kan beslutte, at medikamenter, rusmidler og farlige genstande, som bliver fundet ved indgreb efter stk. 1, skal beslaglægges. Overlægen kan overlade til politiet at afgøre, om medikamenter, rusmidler og farlige genstande besiddes i strid med den almindelige lovgivning, herunder lovgivningen om euforiserende stoffer og lovgivningen om våben m.v. Politiet kan beslutte, om disse medikamenter, rusmidler og genstande skal destrueres.

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om undersøgelse af post, patientstuer og ejendele, kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande m.v.”

Af lovforslagets bemærkninger til bestemmelsen fremgår bl.a. følgende (jf. lovforslag nr. L 140 Forslag til lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven, fremsat den 25. januar 2006):

”Med forslaget til ny § 19 a foreslås visse foranstaltninger af ikke behandlingsmæssig karakter reguleret direkte i psykiatriloven. Det drejer sig om kontrol af patientens post, undersøgelse af patientens stue og ejendele og kropsvisitation af patienten. Hjemlen til at konfiskere og evt. destruere genstande m.v. foreslås endvidere reguleret i selve loven. Der har hidtil været tvivl om hjemmelsgrundlaget til at foretage de pågældende indgreb, men det har været antaget, at indgrebene har kunnet foretages med henvisning til nødrets- eller nødværgemæssige betragtninger eller eventuelt anstaltsmæssige betragtninger om, hvad hensynet til almindelig ro og orden på afdelingen tilsiger. Regeringen finder imidlertid, at der er tale om så indgribende foranstaltninger i forhold til den enkeltes integritet, at de retlige rammer for at foretage de pågældende indgreb bør reguleres direkte i loven.

Der er med forslaget alene tale om en kodificering af gældende praksis, og der etableres med forslaget således ikke hjemmel til at foretage indgreb udover, hvad der hidtil har været muligt på baggrund af det gældende, men usikre, hjemmelsgrundlag. Med de foreslåede nye bestemmelser styrkes patienternes retssikkerhed ved at kriterierne for at foretage de pågældende indgreb bliver synlige, idet de kommer til at fremgå direkte af loven.

Hensynet bag bestemmelsen er, at der skal være mulighed for at forhindre, at patienten er eller kommer i besiddelse af medikamenter, rusmidler eller farlige genstande, som kan udgøre en fare for patienten selv eller andre. Der kan endvidere være tale om f.eks. rusmidler og medikamenter, som kan have en negativ indflydelse på patientens behandling.

Det fremgår af forslaget, at overlægen kan beslutte, at de pågældende indgreb skal foretages ved begrundet mistanke om, at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande aktuelt er blevet eller vil blive forsøgt indført til patienten. Det skal anføres i journalen, hvilke konkrete forhold mistanken bygger på. Den omstændighed, at patienten f.eks. har en kendt misbrugshistorie er ikke i sig selv tilstrækkelig til at opfylde kravet om, at der skal foreligge en begrundet mistanke om, at patienten aktuelt er i besiddelse af rusmidler. Der skal endvidere være tale om en individuel vurdering af sandsynligheden for, at patienten er i besiddelse af de pågældende genstande m.v. Der kan således ikke etableres faste rutiner på

afdelingen, hvorefter de pågældende foranstaltninger generelt foretages i forhold til samtlige eller en gruppe af de indlagte patienter.”

Bemyndigelsen i § 19 a, stk. 4, er udnyttet ved udstedelse af bekendtgørelse nr. 1494 af 14. december 2006 om undersøgelse af post, patientstuer og ejendele, kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande mv. på psykiatrisk afdeling. Heraf fremgår det bl.a. at det kun er indgående post til patienten der kan undersøges, idet breve og pakker som patienten sender, ikke er omfattet, og at det ikke er tilladt at læse det skriftlige indhold af den indgående post (jf. § 3 i bekendtgørelsen).

Under inspektionen blev det oplyst at ungdomspsykiatrisk døgnafsnit i Herning kun har få patienter med et misbrug, og at afsnittet tit kan være fuldt belagt uden at der er misbrugere blandt patienterne. Det blev desuden oplyst at det sjældent er nødvendigt at visitere en patient efter udgang i weekenden. Når patienterne kommer tilbage til afsnittet efter en weekend, spørger personalet hver gang patienterne om de har noget med sig som de ved at de ikke må have med ind på afsnittet. I gennemsnit svarer 9 ud af 10 sandfærdigt på hvorvidt de medbringer ting de ikke må. Det blev samtidig understreget at personalet kun visiterer en patient på grundlag af en begrundet mistanke.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.

På børneafsnittet i Viborg må børnene gerne medbringe deres mobiltelefoner, men de bliver opbevaret hos personalet og udleveret til brug i begrænsede tidsrum. Det blev oplyst at denne begrænsning er fagligt begrundet i den psykiatriske behandling. Børnene kan efter aftale med personalet låne afsnittets telefon.

På ungeafsnittet i Herning må patienterne også gerne medbringe mobiltelefoner. De unge opbevarer selv telefonerne. Det blev oplyst at opladning af mobiltelefonerne skal foregå i personalekontoret eller i et fællesrum da de unge på grund af risikoen for selvmordsforsøg ikke må have løse ledninger på deres stuer. Mobiltelefonerne skal være slukket om natten. Patienterne kan efter aftale med personalet låne afsnittets telefon, og afsnittet har også en patienttelefon.

Patienternes adgang til at telefonere, herunder anvende egen mobiltelefon, giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Det fremgår af retningslinjerne om begrænsninger i patienternes udfoldelsesmuligheder at retten til at låne afsnittets telefon eller benytte egen mobiltelefon kan begrænses af hensyn til behandlingen, sikkerheden eller opretholdelse af ro og orden på afsnittet – om nødvendigt ved inddragelse af mobiltelefon.

Jeg beder afsnittene om at oplyse hvor ofte det forekommer at der træffes beslutning om begrænsning i den enkelte patients adgang til at telefonere, og på hvilken måde denne begrænsning typisk sker.

5.20. Rygepolitik

Lov nr. 512 af 6. juni 2007 om røgfri miljøer trådte i kraft den 15. august 2007. Formålet med loven er at udbrede røgfri miljøer med henblik på at forebygge sundhedsskadelige effekter af passiv rygning og forebygge at nogen ufrivilligt kan udsættes for passiv rygning (§ 1).

Ifølge § 6, stk. 1, i lov om røgfri miljøer er det ikke tilladt at ryge på indendørs arbejdspladser medmindre andet fremgår af lovens øvrige bestemmelser (§ 4, stk. 1). Sygehuse er omfattet af § 6. Den enkelte arbejdsplads kan beslutte at indrette særlige rygelokaliteter i form af rygerum og rygekabiner (§ 6, stk. 3). Et rygerum er et særligt lokale med gode udluftningsmuligheder eller ventilation, og det må ikke tjene som gennemgangsrum eller indeholde funktioner som anvendes af andre (§ 3, stk. 1).

Den enkelte arbejdsgiver skal udarbejde en skriftlig rygepolitik der som minimum skal indeholde oplysning om hvorvidt der må ryges på arbejdspladsen, og i givet fald en beskrivelse af hvor der må ryges, og oplysning om konsekvenserne af overtrædelse af arbejdspladsens rygepolitik (§ 5).

Sygehuse og lignende institutioner kan i ganske særlige tilfælde tillade patienter og pårørende at ryge (§ 10). Ifølge bemærkningerne til § 10 i lovforslaget er der tale om en konduite bestemmelse som kun bør anvendes i ganske særlige tilfælde som f.eks. når en patient bliver orienteret om at den pågældende har fået diagnosticeret en meget alvorlig og livstruende sygdom, eller når en pårørende opholder sig på sygehuset i forbindelse med at en nærtstående befinder sig i en livstruende tilstand eller terminal fase.

Ifølge Region Midtjyllands rygepolitik (som blev godkendt på regionsrådets møde den 12. marts 2008) må der ikke ryges i regionens lokaler og køretøjer. Rygning skal foregå i det fri på en sådan måde at andre ikke udsættes for tobaksrøg og dermed passiv

rygning. På institutioner for børn og unge er det ikke tilladt at ryge på institutionens udendørs arealer hvor børnene og de unge færdes. Sygehuse kan i ganske særlige tilfælde tillade patienter og pårørende at ryge. Rygningen skal i så fald foregå på en sådan måde at andre ikke udsættes for tobaksrøg og dermed for passiv rygning.

Det fremgår desuden af regionens rygepolitik at det overlades til den lokale ledelse at træffe beslutning om eventuelle fravigelser fra den overordnede rygepolitik. En sådan eventuel beslutning skal træffes ved inddragelse af MED-udvalget og under hensyntagen til intentionerne i den overordnede rygepolitik og den lokale opgaveløsnings karakter.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center har med udgangspunkt i regionens rygepolitik fastsat en rygepolitik for centeret (dateret 1. september 2010). Centeret skal være et røgfrit miljø, og der er derfor rygeforbud i alle centerets bygninger, lokaler og køretøjer. Rygepolitikken gælder både på centerets område og ved aktiviteter med patienter uden for centerets område. Medarbejdere, patienter og pårørende må kun ryge i det fri på en sådan måde at andre ikke ufrivilligt udsættes for passiv rygning. Medarbejdere må ikke ryge sammen med patienter og pårørende eller på steder hvor børn og unge færdes. Pårørende og besøgende må heller ikke ryge på udendørs arealer hvor børn og unge færdes. Rygepolitikken henviser i øvrigt til centerets husordener.

Ifølge husordenen for børnepsykiatrisk afsnit i Viborg er rygning ikke tilladt i afsnittet. Rygning skal foregå udendørs, og det må ikke ske i selskab med andre børn. Rygning kræver tilladelse fra barnets forældre. Under inspektionen blev det oplyst at det er sjældent at nogle af de indlagte børn ryger.

Det fremgår af den husorden for ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning som jeg fik udleveret i forbindelse med inspektionen, at afsnittet som udgangspunkt er røgfrit for alle der har lov til at forlade afsnittet. Patienter der i en periode ikke må forlade afsnittet, kan ryge i afsnittets rygerdagligstue.

Under inspektionen blev det oplyst at patienter der ikke havde udgang på grund af selvmordsrisiko, kunne ryge i afsnittets ene opholdsstue hvor personalet jævnligt luftede ud når patienterne ikke var der.

Psykiatrien har (som tidligere nævnt) i en e-mail af 5. december 2011 oplyst at der ikke længere ryges indenfor på afsnittet. Patienter uden udgang tilbydes gratis rygestophjælpemidler.

Jeg går ud fra at husordenen for ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning er blevet revideret så det nu fremgår at det ikke er tilladt at ryge inden døre på afsnittet.

Jeg kan til orientering oplyse at jeg i min rapport om Psykiatrisk Center Glostrup har skrevet at det ikke giver mig anledning til bemærkninger at bæltefikserede patienter får lov til at ryge på stuen. Jeg har i den forbindelse henvist til § 10 i lov om røgfri miljøer.

5.21. Euforiserende stoffer og alkohol

Ifølge husordenen for både børnepsykiatrisk afsnit i Viborg og ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning at det ikke er tilladt at besidde og indtage alkohol eller andre rusmidler i afsnittene.

Som det fremgår af pkt. 5.19 ovenfor, blev det under inspektionen oplyst at ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning kun har få patienter med et misbrug, og at afsnittet tit kan være fuldt belagt uden at der er misbrugere blandt patienterne. Det blev desuden oplyst at det kan forekomme at der er stoffer på afsnittet, men at der er meget få problemer med det. Der er aldrig fundet hårde stoffer på afsnittet, kun hash, og personalet har ikke observeret sælgere af stoffer i området.

Under inspektionen af børnepsykiatrisk afsnit i Viborg blev det oplyst at afsnittet ikke har problemer med stoffer.

På baggrund af det oplyste foretager jeg mig ikke noget vedrørende dette punkt.

Med hensyn til visitation ved indlæggelse og efter udgang henviser jeg til pkt. 5.19 ovenfor.

5.22. Kæresteforhold mellem patienterne

Det blev under inspektionen af det ungdomspsykiatriske døgnafsnit i Herning oplyst at kæresteforhold blandt patienterne på afsnittet ikke er tilladt. Det er ledelsens erfaring at der altid er nogle patienter der bliver udnyttet.

Jeg går ud fra at restriktionen er begrundet i både ordensmæssige, behandlingsmæssige og sikkerhedsmæssige hensyn samt omsorg over for svage patienter. Begrænsningen i patienternes samvær giver mig derfor ikke anledning til bemærkninger.

5.23. Patientindflydelse

Psykiatrilovens § 30 indeholdt tidligere en bemyndigelsesbestemmelse hvorefter sundhedsministeren kunne fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger. Som det fremgår under pkt. 5.18 ovenfor, er bestemmelsen ophævet i forbindelse med revisionen af psykiatriloven i 2006 og erstattet af bestemmelsen i § 2 a, stk. 3, hvorefter patienterne skal inddrages inden der træffes beslutning om udformning eller ændring af den skriftlige husorden. Samtidig er reglerne i psykiatrilovens § 2 om god psykiatrisk sygehusstandard udvidet til også at omfatte bl.a. politikker i relation til patienter og pårørende.

Som nævnt under pkt. 5.18 ovenfor, har Region Midtjylland en overordnet politik for samarbejdet mellem psykisk syge, pårørende og personale i behandlings- og socialpsykiatrien. Formålet med politikken er at understøtte samarbejdet gennem et sæt af fælles værdier. Med hensyn til værdierne bag politikken henviser jeg til pkt. 5.18.

Ifølge samarbejdspolitikken skal personalet skabe de bedste forudsætninger for at den psykisk syge er til stede og har mulighed for at deltage aktivt hver gang der tages beslutninger om den psykisk syges behandlingsforløb. Personalet har ansvaret for at støtte, informere og inddrage den psykisk syge, og personalet skal vise den psykisk syge interesse, tillid og respekt bl.a. ved at lytte og spørge til konkrete ønsker. Personalet skal desuden overveje hvordan psykisk syge der har svært ved at formulere deres behov og ønsker, kan få indflydelse.

Som det fremgår af pkt. 5.11 om behandlingsplaner ovenfor, bliver der inden for den første uge af indlæggelsen udarbejdet en behandlingsplan for den enkelte patient, og planen bliver udarbejdet i samarbejde med patienten hvis det er muligt.

På både det børnepsykiatriske afsnit i Viborg og det ungdomspsykiatriske afsnit i Herning holdes der ugentlige husmøder hvor patienterne har mulighed for at få indflydelse på hvad der sker i afsnittet, herunder hvilke aktiviteter der skal foregå.

I henhold til politikken for samarbejde mellem psykisk syge, pårørende og personale i behandlings- og socialpsykiatrien har Region Midtjylland etableret et fast kontaktudvalg – det regionale kontaktforum på psykiatriområdet – bestående af 7 medlemmer der udpeges af regionsrådet. 3 af medlemmerne er repræsentanter fra regionsrådet der sidder i kontaktforummet hele valgperioden (4 år), mens de øvrige 4 medlemmer er udpeget efter indstilling fra patient- og pårørendeorganisationer (bl.a. Bedre Psykiatri, Sind og DE9) for 2 år. Ifølge vedtægterne for det regionale kontaktforum skal kontaktforummet drøfte og udtale sig om indholdet og udførelsen af den regionale virk-

somhed på psykiatrimrådet – bl.a. realisering af psykiatriplanen, bruger- og pårørendesamarbejdet i behandlingspsykiatrien, udarbejdelsen af politikker og opgørelserne over anvendelse af tvang på regionens psykiatriske afdelinger. Kontaktforummet skal være debatskabende og medvirke til at styrke dialogen mellem bruger- og pårørende-foreninger og Region Midtjylland. Det første møde blev holdt den 8. april 2010, og der skal minimum holdes 3 møder årligt.

Jeg har noteret mig at patienterne har flere forskellige muligheder for at give deres mening til kende og søge indflydelse på deres behandling og forholdene på børnepsykiatrisk afsnit i Viborg og ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning.

Efter psykiatrilovens § 2 a, stk. 3, skal patienterne inddrages inden der træffes beslutning om udformning eller ændring af den skriftlige husorden. Det fremgår af lovforslagets bemærkninger til bestemmelsen at det er sygehusmyndigheden der tilrettelægger konkret hvordan proceduren, herunder inddragelsen, skal ske. Jeg henviser til pkt. 5.19 ovenfor.

Det fremgår af husordenen for børnepsykiatrisk afsnit i Viborg at den er udarbejdet i samarbejde med indlagte patienter og deres pårørende.

Jeg beder om at få oplyst hvordan børnepsykiatrisk afsnit i Viborg og ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning inddrager patienterne i forbindelse med ændring af husordnerne for de 2 afsnit.

Som tidligere nævnt har Center for Kvalitetsudvikling for Danske Regioner i perioden fra den 1. august 2007 til den 30. september 2008 foretaget en landsdækkende undersøgelse af tilfredsheden blandt patienter og forældre til patienter i de børne- og ungdomspsykiatriske ambulatorier samt dag- og døgnafsnit.

I undersøgelsen af patienttilfredsheden deltog på landsplan 646 patienter fra 16 børne- og ungdomspsykiatriske dag- og døgnafsnit. Målgruppen var patienter der var fyldt 15 år på tidspunktet for deres udskrivning eller overflytning. Svarprocenten var 76 hvilket bliver betegnet som "meget tilfredsstillende" i undersøgelsen. Kun afsnit med minimum 10 svarpersoner indgik i undersøgelsen.

I Region Midtjylland deltog i alt 231 patienter fra henholdsvis ungeafsnit Herning, det tidligere ungeafsnit i Viborg, ungeafsnit Risskov og center for spiseforstyrrelser i Risskov. Svarprocenten i Region Midtjylland var 72.

45 patienter fra ungeafsnittet i Herning besvarede et spørgsmål om deres samlede indtryk af indlæggelsen. 11 pct. af patienterne svarede at deres samlede indtryk af indlæggelsen på afsnittet var "enestående", 27 pct. svarede at det samlede indtryk var "godt", mens 58 pct. svarede at deres samlede indtryk var "både godt og dårligt". Ingen svarede at deres samlede indtryk var "dårligt", mens 4 pct. svarede "uacceptabelt".

Til sammenligning besvarede i alt 154 patienter på dag- og døgnafsnit i Region Midtjylland spørgsmålet om det samlede indtryk af deres indlæggelse, og heraf angav 12 pct. at det samlede indtryk var "enestående", 29 pct. svarede "godt" og 51 pct. svarede "både godt og dårligt", mens 4 pct. svarede "dårligt", og 4 pct. svarede "uacceptabelt". Tilfredsheden blandt patienterne på ungeafsnittet i Herning lå således på niveau med tilfredsheden blandt patienterne i Region Midtjylland samlet set.

Et spørgsmål om hvorvidt patienten var tilfreds med den indflydelse som patienten selv havde på sin behandling, blev besvaret af 44 patienter fra ungeafsnittet i Herning. 20 pct. af patienterne svarede "ja i høj grad", 55 pct. svarede "ja i nogen grad", mens 14 pct. svarede "nej kun i mindre grad", og 11 pct. svarede at de slet ikke var tilfredse med den indflydelse de havde haft på deres behandling.

Til sammenligning besvarede i alt 155 patienter i Region Midtjylland det samme spørgsmål. Heraf svarede 26 pct. at de i høj grad var tilfredse med deres indflydelse på behandlingen, og 43 pct. at de i nogen grad var tilfredse. 18 pct. svarede at de kun i mindre grad var tilfredse, mens 14 pct. slet ikke var tilfredse med den indflydelse de selv havde haft på deres behandling.

Der var således blandt patienterne på ungeafsnittet i Herning en lidt større tilfredshed med deres indflydelse på egen behandling i forhold til patienternes tilfredshed på dette område i Region Midtjylland samlet set.

5.24. Rekruttering af personale og sygefravær

Ifølge en pressemeddelelse fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet den 15. december 2010 mangler der gennemsnitligt flere læger i psykiatrien end i stort set alle andre specialer. På initiativ af Danske Regioner og Dansk Psykologforening er der derfor

udviklet en ny 4-årig specialuddannelse for autoriserede psykologer så de kan uddanne sig til specialpsykologer i børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri. Formålet med uddannelsen er at ruste psykologer bedre til at aflaste og supplere psykiatere og øvrigt personale i psykiatrien.

Det fremgår af den opdaterede psykiatriplan for Region Midtjylland (april 2011) at der både på nuværende tidspunkt og i de kommende år er stor mangel på speciallæger og andet fagpersonale i psykiatrien. Rekruttering og fastholdelse af personalet er derfor en stor udfordring for Psykiatrien. Ifølge den opdaterede psykiatriplan er der iværksat en række tiltag for at forbedre mulighederne for at rekruttere læger og andre faggrupper som Psykiatrien mangler. Der er bl.a. udarbejdet en rekrutterings- og fastholdelsesstrategi med en tilhørende handleplan og en brandingstrategi særlig målrettet lægestillinger. Herudover har Psykiatrien iværksat projekter som skal styrke en bedre arbejdstilrettelæggelse, kompetenceudvikling og opgaveglidning mellem faggrupper. Indsatserne skal medvirke til at der fortsat sikres et højt serviceniveau og kvalificerede ydelser i psykiatrien i Region Midtjylland.

Om rekruttering af personale til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center oplyste centerledelsen at centerets ledige speciallægestillinger besættes først i Risskov og herefter i Viborg og Herning. Det var ledelsens opfattelse at der fremover generelt vil ske en vækst i antallet af speciallæger inden for børne- og ungdomspsykiatrien, således at flere stillinger på sigt vil blive besat. Det blev også oplyst at 2 yngre læger havde valgt at starte deres introduktionsstillinger i børne- og ungdomspsykiatrien i Herning. På børnepsykiatrisk afsnit i Viborg var der på inspektionstidspunktet en ubesat overlægestilling.

Jeg beder om at få nærmere oplysninger om den aktuelle personalemæssige situation med hensyn til normerede og besatte læge-, psykolog- og sygeplejerskestillinger på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center.

Psykiatri og Social i Region Midtjylland udgiver et fagligt medarbejderblad ("PS-midt i din hverdag") til alle ansatte. Det fremgår af bladet fra marts 2011 at Psykiatrien i slutningen af 2010 har fået en ny sygefraværspolitik bl.a. med henblik på at tage bedst mulig hånd om de medarbejdere der bliver sygemeldt, og minimere sygefraværet. Det fremgår også at Psykiatrien i 2011 vil udarbejde en forebyggelses- og trivselspolitik for at mindske antallet af langtidssygemeldinger på grund af det fysiske og psykiske arbejdsmiljø.

Jeg beder om at modtage en kopi af den nye sygefraværspolitik.

I forbindelse med inspektionen fik jeg udleveret en kopi af Psykiatriens sygefraværstatistik for 2009. Sygefraværet var i 2009 6,10 pct. på børnepsykiatrisk afsnit i Viborg og 4,63 pct. på ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning. Det samlede gennemsnitlige sygefravær på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i 2009 var 6,80 pct. Til sammenligning var sygefraværet i 2008 6,63 pct. på børnepsykiatrisk afsnit i Viborg og 3,72 pct. på ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning.

Jeg beder om at modtage en kopi af centerets sygefraværstatistik for 2010 og 2011.

5.25. Vold mod personalet

Børnepsykiatrisk afsnit i Viborg har en voldspolitik som omfatter en instruks ved akutte/voldelige situationer og nogle procedurer for situationer med vold eller trusler om vold.

Instruksen ved akutte/voldelige situationer indeholder regler om sikkerhed - bl.a. om alarmhjælp, herunder at alle personalemedlemmer skal bære personalarm. Det blev under inspektionen oplyst at afsnittets alarmsystem er tilknyttet voksenpsykiatrien i Viborg. Herudover indeholder instruksen en handleplan ved voldelige situationer der detaljeret beskriver hvem der gør hvad dels i en fase med optræk til vold, dels i en akut fase.

Procedurerne ved vold eller trusler om vold indeholder en meget detaljeret handleplan ved voldsudøvelse. Den omfatter detaljerede personinstrukser til den der har været udsat for vold eller trusler om vold, og de øvrige personalemedlemmer der bliver involveret i situationen. Den omfatter også en vejledning i psykisk førstehjælp samt beskrivelser af hvilke opgaver afdelingssygeplejersken har ansvar for, og hvordan trusler og overgreb kan forebygges. Det fremgår bl.a. at voldsepisoder skal registreres i voldsprotokollen, og at det er afdelingssygeplejerskens ansvar – i samarbejde med ledelsen – at tage stilling til om der skal ske anmeldelse til politiet.

Jeg har tidligere i forbindelse med inspektioner af psykiatriske afdelinger udtalt at det efter min opfattelse er mest hensynsfuldt over for en forurettet medarbejder at det er ledelsen der under normale omstændigheder indgiver politianmeldelse i forbindelse med vold eller trusler om vold mod personalet, dog med mulighed for at undlade dette hvis den forurettede ikke ønsker det.

Voldspolitikken for børnepsykiatrisk afsnit i Viborg giver mig ikke anledning til bemærkninger. Jeg har noteret mig at det er afdelingssygeplejerskens ansvar – i samarbejde med ledelsen – at tage stilling til om der skal ske anmeldelse til politiet.

Fra ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning har jeg i forbindelse med inspektionen modtaget kopi af en meddelelse fra afdelingssygeplejersken til personalet om indførelse af "omsorgspersoner" (dateret maj 2010). Det fremgår heraf at hver medarbejder skal udpege 2 personer blandt kollegaerne til at være vedkommendes omsorgspersoner i tilfælde af episoder med vold eller trusler om vold. Omsorgspersonerne foretager sammen med ledelsen og eventuelt sikkerhedsrepræsentanten en vurdering af hvilken hjælp den voldsramte har brug for. Det fremgår også at afsnittet i tilfælde af vold eller trusler om vold fortsat følger "Børne- og ungdomspsykiatriens handleplan i tilfælde af vold".

Jeg beder om at modtage en kopi af voldspolitikken for ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning og den handleplan som afsnittet følger i tilfælde af vold og trusler om vold.

Under inspektionen af det børnepsykiatriske afsnit i Viborg oplyste ledelsen at der ikke bliver foretaget politianmeldelser af vold fordi patienterne er børn under den kriminelle lavalder, men at alle episoder registreres internt. På det ungdomspsykiatriske afsnit i Herning blev det oplyst at trusler om vold bliver registreret internt, og at kun de meget alvorlige trusler bliver anmeldt til politiet.

Det nærmere omfang af vold og trusler om vold mod personalet på børnepsykiatrisk afsnit i Viborg og ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning blev ikke drøftet under inspektionen.

Jeg beder om nærmere oplysninger om omfanget af vold og trusler om vold mod personalet på de 2 afsnit i 2010 og 2011.

Jeg beder desuden ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning om at oplyse i hvilket omfang (og i hvilke tilfælde) der eventuelt er indgivet politianmeldelse.

Endelig beder jeg om at få oplyst om afsnittenes medarbejdere bliver uddannet i at forebygge og håndtere vold og trusler om vold.

6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

Som nævnt i indledningen bad jeg under inspektionen om at modtage udskrift/kopi af tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 36-39 og §§ 44-45 i bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger (tvangsbekendtgørelsen). Min anmodning omfattede tilførsler i perioden fra den 1. maj 2009 til den 11. maj 2010 (da inspektionen blev varslet). Hvis antallet af tilførsler oversteg 10 inden for hver kategori, bad jeg om kun at modtage udskrift/kopi af de 10 seneste tilførsler, dog kun 10 skemaer i alt om tvangsendlæggelse og tvangstilbageholdelse (skema 1).

Tvangsbekendtgørelsen er på nuværende tidspunkt blevet ophævet og afløst af 2 nye bekendtgørelser: Bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger og bekendtgørelse nr. 1342 af 2. december 2010 om tvangsprotokoller og optegnelser samt registrering og indberetning af tvang samt udskrivningsaftaler og koordinationsplaner på psykiatriske afdelinger. De nye bekendtgørelser trådte begge i kraft den 8. december 2010.

Min gennemgang af de modtagne tilførsler i tvangsprotokollen som børnepsykiatrisk afsnit i Viborg og ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning har foretaget i perioden fra den 1. maj 2009 til den 11. maj 2010, vil ske i henhold til den dagældende tvangsbekendtgørelse (bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006), herefter blot omtalt som tvangsbekendtgørelsen.

Efter tvangsbekendtgørelsens § 52, stk. 1 og 2, skal overlægen på afdelingen løbende foretage elektronisk indberetning til Sundhedsstyrelsen – og til den ansvarlige sygehusmyndighed – af de i §§ 36-45 og §§ 48-50 omhandlede foranstaltninger. Det fremgår af bestemmelsens stk. 3 at Sundhedsstyrelsen leverer et elektronisk indberetningsprogram til brug for denne indberetning (Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem).

Bekendtgørelsens §§ 36-45 indeholder bestemmelser om hvilke oplysninger der skal ske tilførsel af i afdelingens tvangsprotokol. Indberetningen efter § 52, stk. 1, skal indeholde de i §§ 36-45 krævede oplysninger, jf. bekendtgørelsens § 53, stk. 1, 1. pkt. Indberetningen til Sundhedsstyrelsen skal dog ikke indeholde oplysninger om den ordinerende læges navn eller navne på det implicerede personale. Indberetningen til den ansvarlige sygehusmyndighed skal heller ikke indeholde oplysninger om hverken patientens navn og cpr.nr. eller den ordinerende læges og det implicerede personales navne.

I tilknytning til tvangsbekendtgørelsen har Sundhedsministeriet udarbejdet en vejledning af 20. december 2006 om udfyldelse af tvangsprotokoller (registrering af anvendelse 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 foretage elektronisk indberetning til Sundhedsstyrelsen ved anvendelse af det elektroniske indberetningsprogram som Sundhedsstyrelsen har udarbejdet.

Det er således obligatorisk – og har været det siden den 1. januar 2005 – at indberette data om anvendelse af tvang i psykiatrien elektronisk.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2006 at det elektroniske indtastningsprogram som Sundhedsstyrelsen leverer, indeholder elektroniske skemaer til registrering af bl.a. frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering og anvendelse af remme, anvendelse af fysisk magt og indgivelse af beroligende medicin, aflåsning af døre i afdelingen og personlig skærmning der uafbrudt varer mere end 24 timer.

Ifølge vejledningen er der i systemet adgang til at den pågældende afdeling kan læse alle indtastede oplysninger. Disse oplysninger kan printes ud. Det fremgår at der skal være et eksemplar af hvert skema både i afdelingens tvangsprotokol og i patientens journal. Tvangsprotokollen kan foreligge elektronisk da indberetningsprogrammets oversigter kan udgøre afdelingens tvangsprotokol. I en elektronisk patientjournal skal der være et notat om at oplysningerne er tilført den elektroniske tvangsprotokol i Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem (SEI) og kan læses heri.

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 navne eller initialer på personalet, 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 hvis der foreligger lokale aftaler. Sygehusmyndigheden har hverken adgang til at

læse patientens data eller navne eller initialer på personalet, jf. også ovenfor. Hvis indberetningen sendes til sygehusmyndigheden i papirform, skal afdelingen være opmærksom på at denne udgave skal være anonymiseret.

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

Alle de skemaer som jeg har modtaget fra børnepsykiatrisk afsnit i Viborg og ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning, er enten kopier af Sundhedsstyrelsens skemaer i papirudgave eller kopier af skemaer som jeg går ud fra at Region Midtjylland har udarbejdet.

Det materiale som jeg har modtaget fra ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning vedrørende tvangsforanstaltninger i perioden fra den 1. maj 2009 til den 11. maj 2010, indeholder i alt 10 skemaer om frihedsberøvelse (skema 1), 1 skema om tvangsbehandling (skema 2) og 33 skemaer om fiksering og fysisk magtanvendelse (skema 3). Materialet bliver gennemgået under pkt. 6.1 – 6.3 nedenfor.

Materialet fra børnepsykiatrisk afsnit i Viborg indeholder kun 5 skemaer om fysisk magtanvendelse (skema 3) og er kort omtalt under pkt. 6.2 nedenfor.

Jeg har ingen mulighed for at vurdere om anvendelsen af tvangsforanstaltninger i de enkelte tilfælde har været berettiget. Ved min gennemgang af materialet har jeg derfor koncentreret mig om hvorvidt proceduren i forhold til de dagældende regler om udfyldelse af tvangsprotokoller og indberetning er blevet fulgt. Det modtagne materiale giver mig anledning til nedenstående bemærkninger:

6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

Ved frihedsberøvelse benyttes "Tvangsprotokol – skema 1". Skemaet anvendes både ved tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, og det skal derfor angives om frihedsberøvelsen er begyndt som tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse.

Det fremgår af brugervejledningen (version 8, januar 2007, nu afløst af version 11, april 2011) til Sundhedsstyrelsens elektroniske indberetningssystem om indberetning af anvendelse af tvang i psykiatrien (herefter kaldet brugervejledningen) at det i det elektroniske skema kun er muligt at vælge én type frihedsberøvelse til angivelse af

hvordan frihedsberøvelsen er begyndt – enten tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse.

Jeg har gennemgået 10 skemaer om frihedsberøvelse fra ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning. Skemaerne omfatter 6 forskellige patienter og vedrører frihedsberøvelser iværksat i perioden fra den 26. november 2009 til den 22. marts 2010. I 4 tilfælde er frihedsberøvelsen begyndt som tvangsindlæggelse, og i 6 tilfælde er den begyndt som tvangstilbageholdelse.

Efter Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. skal begrundelsen for frihedsberøvelsen, jf. psykiatrilovens § 5, anføres (behandlings- eller farlighedsindikation). Kravet om angivelse af begrundelsen for frihedsberøvelsen følger allerede af § 36, nr. 3, i tvangsbekendtgørelsen. Ifølge brugervejledningen kan der i det elektroniske skema kun vælges én type begrundelse – enten helbred eller farlighed.

Der er i alle skemaer angivet en begrundelse (i henhold til lovens § 5). Begrundelsen er i alle 10 tilfælde farlighed.

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. psykiatrilovens § 9, stk. 2, og § 14, stk. 1, i Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 1498 af 14. december 2006 om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser (tvangsindlæggelsesbekendtgørelsen – nu afløst af bekendtgørelse nr. 1340 af 2. december 2010 om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser, som trådte i kraft den 8. december 2010). Det forhold at det i psykiatriloven udtrykkeligt er bestemt at det er overlægen der har kompetencen i disse tilfælde, betyder at der er et forbud mod at delegere kompetencen til en anden.

Af psykiatrilovens § 4 a, og § 14, stk. 1, 2. og 3. punktum, i tvangsindlæggelsesbekendtgørelsen fremgår det 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. § 4 a – 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 stillingtagen skal fremgå af protokollen.

I alle skemaer er der angivet en dato for overlægens stillingtagen.

Reglerne om udfyldelse af tvangsprotokoller indeholder ikke bestemmelser om hvor lang tid der må gå før overlægens stillingtagen skal anføres i protokollen, men overlægen skal, som det fremgår, "snarest" tage stilling til frihedsberøvelsen. De kontrolhensyn der ligger bag reglerne om attestation, tilsiger imidlertid efter min opfattelse at attestationen skal ske snarest muligt.

I 8 af de 10 tilfælde har overlægen taget stilling til frihedsberøvelsen samme dag som iværksættelsen, og i ét tilfælde dagen efter. I det sidste tilfælde er datoen for overlægens stillingtagen 3 dage efter iværksættelsen. Det drejer sig om en patient der blev tvangstilbageholdt den 29. december 2009, og hvor datoen for overlægens stillingtagen er den 1. januar 2010.

Jeg går ud fra at der har været en særlig begrundelse for at overlægens stillingtagen først skete efter 3 dage. Jeg foretager ikke noget vedrørende dette tilfælde.

Det påhviler til stadighed overlægen at påse at bl.a. frihedsberøvelse ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 1. Resultatet af denne efterprøvelse skal 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 tvangsbekendtgørelsens § 36, nr. 4. Efterprøvelsen udregnes ifølge vejledningen fra den dag hvor den første frihedsberøvelse blev iværksat (dag 0). Datoerne for efterprøvelse ændres således ikke når en tvangsendlagt patient senere tvangstilbageholdes. Datoerne for efterprøvelser og dato for overlægens stillingtagen i denne forbindelse anføres i rubrikkerne under overskriften "Efterprøvelse af frihedsberøvelse".

I 6 tilfælde har frihedsberøvelsen varet i mere end 3 dage, og i 5 af disse tilfælde er den obligatoriske efterprøvelse ifølge de angivne datoer sket på de tidspunkter som loven angiver.

Det sidste tilfælde drejer sig om en tvangstilbageholdelse på grund af farlighed iværksat den 24. februar 2010. Der er sket efterprøvelse efter 3 dage som loven angiver. Herefter er der foretaget efterprøvelse 7 dage efter iværksættelsen, dvs. 3 dage før det obligatoriske tidspunkt på 10 dage. Frihedsberøvelsen er ophørt den 9. marts 2010, dvs. 10 dage efter iværksættelsen. Forholdet giver mig ikke anledning til yderligere bemærkninger.

Om betydningen af at der sker notering af de obligatoriske efterprøvelser på de tidspunkter loven angiver, henviser jeg til orientering til dommen i Ugeskrift for Retsvæsen 2004.2184 V hvor en tvangstilbageholdelse blev kendt ulovlig – uanset at de materielle betingelser havde været opfyldt i hele perioden – da der hverken i journalen eller i tvangsprotokollen var gjort 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. Overlægen skal herefter snarest tage stilling til efterprøvelsen, jf. lovens § 4 a. Der er rubrikker i tvangsprotokollen (skemaet) til angivelse af såvel datoen for efterprøvelse som datoen for overlægens stillingtagen til efterprøvelsen.

I de tilfælde hvor der er sket efterprøvelse, er datoen for overlægens stillingtagen i 12 tilfælde samme dag som efterprøvelsen, i 2 tilfælde dagen efter efterprøvelsen og i 2 tilfælde 2 dage efter efterprøvelsen.

Som nævnt ovenfor tilsiger de kontrolhensyn der ligger bag reglerne om attestation, efter min opfattelse at attestationen skal ske snarest muligt.

Jeg går ud fra at der har været en særlig begrundelse for at overlægens stillingtagen først skete efter 2 dage. Jeg foretager ikke noget vedrørende disse tilfælde.

I alle 10 skemaer er datoen for ophør af frihedsberøvelsen angivet.

Hvis en tvangsindlagt patient forlanger sig udskrevet, men tilbageholdes, skal ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning også datoen for denne tvangstilbageholdelse, datoen

for overlægens stillingtagen og begrundelsen (i medfør af psykiatrilovens § 5) angives i rubrikken "Tvangstilbageholdelse af frihedsberøvet (tvangsindlagt) patient".

I ét skema er felterne i sidstnævnte rubrik udfyldt.

Rubrikken for tilbageførsel af frihedsberøvet patient er ikke udfyldt i nogen af skemaerne.

6.2. Tvangsbehandling

Ved tvangsbehandling benyttes "Tvangsprotokol – skema 2"

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2006 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. skal de enkelte former for tvangsbehandling registreres på hver sit skema hvis flere behandlingsformer anvendes.

Det fremgår af brugervejledningen at det i det elektroniske skema kun er muligt at vælge én type behandling – enten medicinering, ECT, ernæring eller behandling af legemlig lidelse.

Jeg har modtaget 1 skema om tvangsbehandling fra ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning. Det vedrører tvangsmedicinering i forbindelse med en legemlig lidelse.

Tvangsbehandling må kun anvendes over for personer der er indlagt, og som opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, jf. 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. 4, 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 § 4 a.

Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 37, nr. 4, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af navnet på den ordinerende overlæge. Efter Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyl-

delse af tvangsprotokoller mv. skal datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen og datoen for overlægens stillingtagen også anføres. I tilfælde af tvangsbehandling af legemlig lidelse skal desuden datoen for den somatiske overlæges stillingtagen anføres.

I det skema som jeg har modtaget, er datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen angivet (10. januar 2010), ligesom datoen for overlægens stillingtagen (samme dag). Navnet på den ordinerende læge er også anført. Desuden er navnet på den ordinerende somatiske læge anført, ligesom datoen for den somatiske overlæges stillingtagen (samme dag som beslutning om iværksættelse).

Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 37, nr. 3, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af begrundelsen for tvangsbehandlingen. Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. 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 det elektroniske skema kun vælges én type begrundelse – enten "udsiget til væsentlig forringelse af helbredet", eller "nærliggende eller væsentlig fare for patienten eller andre", eller "aktuel eller potentiel livstruende tilstand".

Begrundelsen for beslutningen om tvangsmedicinering er i skemaet angivet som nærliggende eller væsentlig fare for patienten eller andre.

I rubrikken "Art og omfang" (tvangsbekendtgørelsens § 37, nr. 2) skal der ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning angives indholdet af tvangsbehandlingen, herunder præparatnavn, startdosis, administrationsområde og eventuel bivirkningsmedicin, mens den nærmere beskrivelse af behandlingsforløbet, herunder dosisændringer, skal fremgå af journalen.

I det skema som jeg har modtaget, er der i rubrikken "Art og omfang" anført følgende: "Anlæggelse af venflon, medicinering ift. ketoacidose/sukkersyge".

Udfyldelsen af rubrikken "Art og omfang" i forbindelse med den somatiske behandling af den legemlige lidelse kan ikke give mig anledning til bemærkninger.

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

I det skema som jeg har modtaget, er der i rubrikken om tilladt magtanvendelse anført følgende: "Fastholden, bælte etc., jf. tilladte tvangsprocedurer i psykiatrilov mv."

Jeg går ud fra at det anførte betyder at der kunne ske fastholdelse eller – hvis dette ikke var tilstrækkeligt – bæltefiksering i henhold til psykiatrilovens regler herom, og det anførte giver mig på den baggrund ikke anledning til bemærkninger.

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

I det skema som jeg har modtaget, er navnet på den tilstedeværende læge angivet med fornavn og efternavn de 2 gange der er sket tvangsmedicinering.

Endelig skal datoen for beslutning om ophør af tvangsansværelsen angives.

Dato for beslutning om ophør er anført i skemaet. Det er den 11. januar 2010, dvs. dagen efter iværksættelsen.

6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

Ved tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt benyttes "Tvangsprotokol – skema 3".

Ifølge brugervejledningen kan der i det elektroniske skema kun vælges én type tvangsforanstaltning – enten bælte, remme, handsker, fastholdelse, beroligende medicin, personlig skærmning over 24 timer eller døraflåsning. Efter registrering af en tvangsforanstaltning kan der tilføjes nye indberetninger om fiksering og fysisk magtanvendelse inden for samme indlæggelsesperiode.

Jeg har for perioden fra den 1. maj 2009 til den 11. maj 2010 modtaget i alt 33 skemaer om tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt fra ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning. Der er 10 skemaer om tvangsfikseringer og 23 skemaer om fysisk magtanvendelse. De sidstnævnte skemaer omfatter 9 skemaer om fastholdelse, 9 skemaer om beroligende medicin, 2 skemaer om personlig skærmning og 3 skemaer om døraflåsning.

Da jeg kun har bedt om at modtage 10 skemaer inden for hver kategori (tvangsfiksering, fysisk magt, personlig skærmning og aflåsning af døre i afdelingen) har jeg ikke

gennemgået alle 18 skemaer om fastholdelse og beroligende medicin, men kun de seneste 10 skemaer.

Skemaerne vedrører perioden fra den 17. august 2009 til den 15. april 2010 og omfatter i alt 6 patienter.

Tilførslerne om tvangsfiksering omfatter 8 tilfælde af anvendelse af bælte og 1 tilfælde af anvendelse af bælte i kombination med remme.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2006 at hvis fastholdelse er et nødvendigt middel til at gennemføre tvangsbehandling eller fiksering, er det ikke at betragte som en selvstændig magtanvendelse og skal derfor ikke registreres som en selvstændig tvangsforanstaltning, men kun sammen med tvangsbehandlingen eller tvangsfikseringen. I brugervejledningen gøres der i indledningen også udtrykkeligt opmærksom på at fastholdelse der gennemføres som middel til anden tvang, ikke skal registreres.

I ét tilfælde af tvangsfiksering med bælte er der også sat kryds ved fastholdelse. Jeg gør derfor blot opmærksom på at dette tilfælde af fastholdelse ikke skulle have været registreret i tvangsprotokollen.

Af psykiatrilovens § 14, stk. 1, fremgår det at der som midler til tvangsfiksering kun 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, 1. pkt. Uanset at betingelserne for anvendelse af fysisk magt ikke er til stede, kan der over for personer som er frihedsberøvede, jf. lovens kap. 3, anvendes den magt der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen. Dette følger af psykiatrilovens § 17, stk. 1, 2. pkt., og tvangsbekendtgørelsens § 19.

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.

Tidspunktet for iværksættelse af fiksering, fysisk magtanvendelse, personlig skærmning over 24 timer og døraflåsning skal angives med dato og klokkeslæt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 38, nr. 4, § 39, nr. 4, § 44, nr. 3, og § 45, nr. 3. Efter Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. gælder det også ved anvendelse af beroligende medicin.

I de skemaer som jeg har gennemgået, er iværksættelsestidspunktet angivet ved dato og klokkeslæt i alle tilfælde på nær ét vedrørende personlig skærmning hvor klokkeslættet mangler.

Jeg går ud fra at det manglende klokkeslæt skyldes en forglemmelse og foretager mig ikke noget i den anledning.

Ifølge lovens § 15, stk. 1, skal tvangsfiksering beslattes 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 § 4 a og tvangsbekendtgørelsens § 13, stk. 5.

Der blev, som allerede nævnt, truffet én beslutning om anvendelse af remme. Datoen for overlægens stillingtagen er udfyldt. Overlægen har taget stilling dagen efter at beslutningen om anvendelse af remme blev truffet.

Reglerne om udfyldelse af tvangsprotokoller indeholder ikke bestemmelser om hvor lang tid der må gå før overlægens stillingtagen skal anføres i protokollen, men overlægen skal, som det fremgår, "snarest" tage stilling til beslutningen. De kontrolhensyn der ligger bag reglerne om attestation, tilsiger imidlertid efter min opfattelse – som også nævnt ovenfor – at attestationen skal ske snarest muligt.

Efter tvangsbekendtgørelsens § 38, nr. 5 og 6, skal der i tvangsprotokollen ved tvangsfiksering ske tilførsel af navnet på den ordinerende læge og navnene på det implicerede personale. Tilsvarende gælder ved anvendelse af fysisk magt, jf. tvangs-

bekendtgørelsens § 39, nr. 5 og 6. Ved personlig skærmning og aflåsning af døre i afdelingen skal der ikke ske tilførsel af navnene på det implicerede personale, men kun på den ordinerende læge, jf. tvangsbekendtgørelsen §§ 44 og 45.

Navnet på den ordinerende læge er angivet i alle skemaer med fornavn (eller som i ét tilfælde forbogstav i fornavnet) og efternavn.

I 20 tilfælde af tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt (fastholdelse og beroligende medicin) er feltet "impliceret personale" udfyldt.

I 18 af de 20 tilfælde er der angivet fornavn og efternavn på det implicerede personale. I ét tilfælde er der angivet fornavn sammen med en stillingsbetegnelse (portør og sygeplejerske). I det sidste tilfælde (en tvangsfiksering den 27. februar 2010) er der skrevet "kaldt alarm, mange personaler fra U3" og herefter er der anført 2 fornavne samt et fornavn og efternavn. På grund af den anvendte formulering går jeg ud fra at ikke alle navne på det implicerede personale er angivet.

Navnene på alle personalemedlemmer der har medvirket ved en tvangsforanstaltning, bør fremgå af tvangsprotokollen så de pågældende kan identificeres. Det er derfor beklageligt at ikke alle navne på det implicerede personale er angivet i det ene tilfælde af tvangsfiksering. Da der er tale om et enkeltstående tilfælde, foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold.

Jeg går ud fra at anvendelse af fornavn og stillingsbetegnelse er tilstrækkeligt til at afsnittet entydigt kan fastslå hvilke medarbejdere der har medvirket ved en tvangsforanstaltning.

Feltet med impliceret personale er også udfyldt i 2 tilfælde af døraflåsning.

Jeg gør i den forbindelse blot opmærksom på at det i tvangsbekendtgørelsens § 45 ikke er angivet at dette felt skal udfyldes.

Efter tvangsbekendtgørelsens § 17, stk. 1, må fiksering af patienter der af tryghedsgrunde selv anmoder om det, kun ske med samtykke fra en læge. Anmodningen og den eventuelle fiksering skal noteres i tvangsprotokollen, jf. § 17, stk. 3.

Det er i ingen af skemaerne angivet at fikseringen var frivillig.

Det fremgår af psykiatrilovens § 15, stk. 3, 2. punktum, at lægen i de tilfælde hvor plejepersonalet har besluttet at fikse en patient med bælte, straks skal tilkaldes og træffe afgørelse om anvendelsen af tvangsfiksering med bælte.

Jeg beder afdelingen om at redegøre for 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 § 38, nr. 2 og 3, og § 39, nr. 2 og 3, skal der ved tvangsfiksering og fysisk magtanvendelse ske tilførsel i tvangsprotokollen af indgrebets art og omfang tillige med begrundelsen for indgrebet. Ved personlig skærmning der varer mere end 24 timer, og ved døraflåsning skal der også anføres begrundelsen for foranstaltningen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 44, nr. 2, og § 45, nr. 2. Skemaet indeholder særlige rubrikker til dette formål.

Ifølge brugervejledningen kan der i det elektroniske skema kun vælges én type begrundelse (farlighed, forulempelse, hærværk, frivillig bæltefiksering, urolig tilstand, afværge selvmord eller skade på eget eller andres helbred, afværge at patienten forfølger eller groft forulemper andre, sikre den frihedsberøvede patients fortsatte tilstedeværelse på afdelingen, forhindre at patienten utilsigtet udsætter sig selv for fare eller at patienten selv anmoder om døraflåsning). Der er tale om en indirekte henvisning i stikordsform til bestemmelserne i psykiatrilovens § 14, § 17, § 18 d og § 18 f. Ved hver form for fiksering eller fysisk magtanvendelse åbnes der kun felter med de begrundelser der er tilladte for den pågældende tvangsform.

I alle de tilfælde som jeg har gennemgået, er både tvangsindgrebets art og begrundelsen for indgrebet anført. I alle 10 tilfælde af tvangsfiksering er begrundelsen farlighed. I 4 tilfælde af fastholdelse er begrundelsen farlighed og i ét tilfælde forulempelse. I alle 5 tilfælde af anvendelse af beroligende medicin er begrundelsen urolig tilstand da kun denne begrundelse kan anvendes. I de 2 tilfælde af personlig skærmning er begrundelsen at afværge selvmord eller skade på eget eller andres helbred. I de 3 tilfælde af døraflåsning er begrundelsen henholdsvis at forhindre at patienten utilsigtet udsætter sig for fare, at patienten selv anmoder om dørlåsning og at sikre den frihedsberøvede patients fortsatte tilstedeværelse på afdelingen.

Tidspunktet for ophør af fikseringen eller den fysiske magtanvendelse skal angives med dato og klokkeslæt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 38, nr. 4, § 39, nr. 4, § 44, nr. 3, og § 45, nr. 3, samt Sundhedsstyrelsens vejledning og brugervejledning.

Der er i alle tilfælde – med undtagelse af 4 tilfælde af anvendelse af beroligende medicin – angivet ophørstidspunkt med dato og klokkeslæt. I ét tilfælde af anvendelse af beroligende medicin er der angivet ophørstidspunkt (samme dato og klokkeslæt som påbegyndelsestidspunktet).

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har tidligere over for mig oplyst at ophørstidspunktet ved indgivelse af beroligende medicin på grund af urolig tilstand ikke skal angives da der er tale om en engangsforanstaltning med en tidsmæssig udstrækning af injektionen på få sekunder. I den elektroniske indberetning er det heller ikke muligt at angive ophørstidspunkt i forbindelse med indgivelse af beroligende medicin på grund af urolig tilstand.

Der er med den ændring i psykiatriloven der trådte i kraft den 1. januar 2007, indsat bestemmelser om obligatorisk efterprøvelse af tvangsfikseringer. Der skal således foretages en fornyet lægelig vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfiksering så ofte som forholdene tilsiger det, dog mindst 4 gange i døgnet jævnt fordelt, efter at beslutningen om anvendelse af tvangsfiksering er truffet, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 4, og tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 1. Tidspunktet for den fornyede lægelige vurdering og navnet på den læge der har foretaget vurderingen, skal angives i tvangsprotokollen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 38, nr. 7 og 8.

Den obligatoriske efterprøvelse efter psykiatrilovens § 21, stk. 4, skal finde sted sideløbende med den løbende vurdering efter psykiatrilovens § 21, stk. 1, hvorefter overlægen har ansvaret for at sikre at (bl.a.) tvangsfiksering ikke anvendes i videre omfang end højst nødvendigt.

Psykiatriloven indeholder endvidere bestemmelser om ekstern efterprøvelse af tvangsfikseringer der udstrækkes i længere tid end 48 timer. I disse tilfælde skal en læge der ikke er ansat på det pågældende psykiatriske afsnit hvor indgrebet finder sted, som ikke har ansvaret for patientens behandling, og som ikke står i et underordningsforhold til den behandlende læge, således foretage en vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfiksering, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 5, 1. pkt., og tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 2. Ved uenighed mellem de to lægers vurdering af situationen er den behandlende læges vurdering afgørende, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 5, 3. pkt., og tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 6. Tidspunktet for vurderingen

ved en ekstern læge, navnet på den eksterne læge og information om eventuel uenighed mellem den eksterne læge og den behandlende læge skal angives i tvangsprotokollen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 38, nr. 9, 10 og 11.

Ifølge den seneste ændring af psykiatriloven (lov nr. 708 af 25. juni 2010) skal den eksterne vurdering efter 48 timer efterfølgende gentages en gang om ugen (jf. psykiatrilovens § 21, stk. 6). Denne regel trådte i kraft den 1. oktober 2010.

Hvis der ved tvangsfikseringen foruden bælte anvendes handsker, hånd- eller fodremme, skal der ved vurderingerne i forbindelse med intern og ekstern efterprøvelse tages særskitl stilling til den fortsatte anvendelse af disse tvangsmidler, jf. tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 3. Hvis der over for en tvangsfikseret patient senere i forløbet anvendes remme eller handsker, regnes 48-timers-fristen fra den først iværksatte foranstaltning, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 122 af 14. december 2006 om bl.a. obligatorisk vurdering ved tvangsfiksering – nu afløst af vejledning nr. 9427 af 20. januar 2011.

Ifølge Sundhedsstyrelsens brugervejledning skal tidspunktet for vurdering fire gange i døgnet indberettes ved bæltefiksering. Det er kun ved markering i bælte at der åbnes en speciel indtastningstabel til notater herom.

Ifølge vejledningen er det også kun ved bæltefiksering at der skal anføres notat om tidspunkt for ekstern læges vurdering efter 48 timer og lægens navn. Det fremgår at der åbnes et vindue hertil når indtastet ophørsdato og klokkeslæt ligger over 48 timer efter påbegyndt dato og klokkeslæt.

De 9 tvangsfikseringer som jeg har gennemgået, har alle på nær én varet højst 5 timer. Den korteste tvangsfiksering varede 30 minutter. Den længste fiksering – der en del af tiden også omfattede remme – varede 11 timer. I forbindelse med denne fiksering mangler der kopi af skemaernes bagside hvor der er rubrikker til den obligatoriske efterprøvelse.

Jeg beder for en god ordens skyld ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning om at sende mig kopi af bagsiden af de skemaer der vedrører tvangsfiksering af en patient med bælte og remme den 11. marts 2010.

Ingen af de 11 tvangsfikseringer varede mere end 48 timer, og der var derfor ikke pligt til at foretage ekstern efterprøvelse.

Som nævnt indledningsvis under pkt. 6 indeholder materialet fra børnepsykiatrisk afsnit i Viborg kun 5 skemaer om fysisk magtanvendelse – 4 skemaer om fastholdelse og ét skema om døraflåsning.

Skemaerne vedrører perioden fra den 5. maj 2009 til den 21. oktober 2009 og omfatter 4 patienter som alle var under 15 år på tidspunktet for den fysiske magtanvendelse.

Ved anvendelse af fysisk magt skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af navnet på den ordinerende læge, jf. tvangsbekendtgørelsen § 39, nr. 5. I 4 af skemaerne er feltet ordinerende læge ikke udfyldt, men i stedet er feltet ”dato for overlægens stillingtagen” udfyldt med dato og navn.

I ét af skemaerne er der som begrundelse for fastholdelse sat kryds i 2 felter - farlighed og urolig tilstand. Sidstnævnte begrundelse (urolig tilstand) kan ved den elektroniske indberetning kun vælges når der er tale om indgivelse af beroligende medicin.

Jeg går ud fra at den manglende udfyldelse af feltet ”ordinerende læge” og udfyldelsen i stedet for af feltet ”dato for overlægens stillingtagen” med dato og navn beror på en misforståelse af skemaet. Og for god ordens skyld gør jeg blot opmærksom på at begrundelsen ”urolig tilstand” kun kan anføres når der er tale om indgivelse af beroligende medicin.

Herudover henviser jeg til det som jeg har anført under pkt. 2.2 om lovgrundlaget for behandling af børn og unge. Det fremgår bl.a. heraf at psykiatrilovens bestemmelser (herunder reglerne om registrering af tvang) ikke gælder for behandling af et barn eller en ung under 15 år når der foreligger et informeret samtykke fra forældremyndighedsindehaveren, selv om barnet eller den unge modsætter sig den psykiatriske behandling. Med henblik på at få belyst hvor mange foranstaltninger der foretages over for mindreårige med samtykke fra forældremyndighedens indehaver, men mod den mindreåriges vilje, henstiller Sundhedsstyrelsen imidlertid at dette registreres i tvangsprotokollen og indberettes til Sundhedsstyrelsen (jf. styrelsens vejledning af nr. 9427 af 20. januar 2011).

Opfølgning

Som det fremgår af de enkelte afsnit ovenfor, har jeg i flere tilfælde bedt Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center i Region Midtjylland, herunder børnepsykiatrisk afsnit i Viborg og ungdomspsykiatrisk afsnit i Herning, om nærmere oplysninger mv. om forskellige forhold. Jeg beder om at disse oplysninger mv. sendes gennem Psykiatri og Social i Region Midtjylland så Psykiatrien kan få lejlighed til at kommentere det som centeret/afsnittene anfører.

Underretning

Denne rapport sendes til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Psykiatri og Social i Region Midtjylland, Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Centers patienter og pårørende.

Lenart Frandsen
Inspektionschef