



Inspektion af Børne- og  
Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød  
den 3. november 2011

**ENDELIG**

Dok.nr. 12/00363/5/PH

## Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	3
2. Organisation og lovgrundlag .....	4
2.1. Centerets organisation mv. ....	4
2.2. Lovgrundlaget for behandling af børn og unge .....	6
3. Bygningsmæssige forhold mv.....	9
3.1. Generelt.....	9
3.2. Ungdomspsykiatrisk dag- og døgnafsnit 2422.....	10
3.3. Børnepsykiatrisk dagafsnit 2421 .....	14
3.4. Afsnittet for spiseforstyrrelser.....	15
4. Samtaler med enkelte patienter .....	15
4.1. Myggenet.....	16
4.2. Flere tider til styrketræning.....	16
4.3. Trådløst internet .....	17
5. Andre forhold.....	17
5.1. Belægning mv. ....	17
5.2. Medicin og opbevaring af journaler .....	19
5.3. Beskæftigelse og undervisning .....	20
5.4. Behandlingsplaner.....	21
5.5. Anvendelse af tvang, herunder fiksering.....	22
5.6. Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvang .....	25
5.7. Aflåsning, forholdene for frivilligt indlagte og skærmning.....	27
5.8. Besøg, visitation og adgang til telefonering mv. ....	30
6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen .....	40
6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse .....	42
6.2. Tvangsbehandling .....	44
6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt .....	47
Opfølgning .....	52
Underretning .....	53

## 1. Indledning

Ifølge ombudsmandslovens § 7, stk. 1, omfatter Folketingets Ombudsmands 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 Folketingets Ombudsmand den 3. november 2011 inspektion af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød.

Ombudsmanden har tidligere foretaget inspektion af de børne- og ungdomspsykiatriske afsnit. Inspektion af disse afsnit indgik i ombudsmandens inspektion af Psykiatrisk Sygehus, Frederiksborg Amt i Hillerød, den 28. januar 2002 (nu Psykiatrisk Center Nordsjælland og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød). Endelig rapport om denne inspektion blev afgivet den 7. januar 2003 og fulgt op i opfølgingsrapporter af 14. juli 2003 og 19. april 2004.

Inspektionen den 3. november 2011 omfattede en indledende samtale med ledelsen, repræsentanter for medarbejderne på afsnittene og repræsentanter for Region Hovedstadens Psykiatri, rundgang på afsnittene, samtaler med to patienter og en afsluttende samtale med ledelsen og repræsentanterne for Region Hovedstadens Psykiatri.

Under inspektionen bad ombudsmanden om at modtage udskrift/kopi af de tilførsler i tvangsprotokollen, der var foretaget på centeret fra 1. januar 2011 til 3. november 2011 (jf. bekendtgørelse nr. 1342 af 2. december 2010 om tvangsprotokoller og optegnelser samt registrering og indberetning af tvang samt udskrivningsaftaler og koordinationsplaner på psykiatriske afdelinger). Det ønskede materiale blev udleveret under inspektionen.

Før og under inspektionen modtog ombudsmanden forskelligt informationsmateriale, bl.a. plantegninger, reoveringsplan, velkomstmateriale til patienterne og deres forældre, herunder en husorden for det ungdomspsykiatriske dag-/døgnafsnit, materiale om belægning, anvendelse af tvang, sygefravær og centerets rygepolitik.

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

Denne rapport har i en foreløbig udgave været sendt til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød og Region Hovedstadens Psykiatri, for at myndighederne kunne få lejlighed til at komme med eventuelle yderligere bemærkninger om faktiske forhold, der er beskrevet i rapporten. Jeg har den 12. oktober 2012 modtaget et brev fra Region Hovedstadens Psykiatri med enkelte sådanne bemærkninger, der er indarbejdet i denne rapport.

## **2. Organisation og lovgrundlag**

### **2.1. Centerets organisation mv.**

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød hører under Region Hovedstadens Psykiatri, der har i alt tre børne- og ungdomspsykiatriske centre. De to andre centre er Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød har seks selvstændige afsnit, hvoraf de fire er ambulatorier. Centeret ledes af en centerledelse, der består af en centerchef og en udviklingschef. De enkelte afsnit ledes af en overlæge og en afdelingssygeplejerske, det ene afsnit dog kun af en overlæge. Til centeret er der desuden knyttet en ledende psykolog og en ledende lægesekretær.

De seks afsnit omfatter 1) et børnepsykiatrisk dagafsnit, 2) et ungdomspsykiatrisk dag- og døgnafsnit, 3) et afsnit (ambulatorium) for spiseforstyrrelser, 4) et børnepsykiatrisk ambulatorium, 5) et ungdomspsykiatrisk ambulatorium og 6) et ADHD-ambulatorium.

Der er knyttet et udgående team til det ungdomspsykiatriske ambulatorium og et gruppe- og familiebehandlingsteam til det børnepsykiatriske dagafsnit.

Det børnepsykiatriske dagafsnit har 13 pladser og modtager børn i alderen 3-14 år ved indlæggelse i dagtimerne.

Det børnepsykiatriske ambulatorium modtager børn i alderen 0-13 år.

Det ungdomspsykiatriske afsnit er et åbent afsnit med 11 sengepladser, heraf to skærmede pladser, og tre dagpladser. De to skærmede pladser er kommet til siden

ombudsmandens inspektion i 2002, hvor afsnittet havde ni døgnpladser og tre dagpladser. Det ungdomspsykiatriske afsnit modtager unge i alderen 14-17 år. Børn under 14 år, der har behov for døgnindlæggelse eller indlæggelse i lukket regi, henvises til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg eller Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup.

Det ungdomspsykiatriske ambulatorium modtager også unge i alderen 14-17 år. Afsnittet er som nævnt tilknyttet et udgående team, der omfatter børn og unge i alderen 4-17 år.

Afsnittet for spiseforstyrrelser undersøger og behandler børn og unge i alderen 7-17 år ambulant.

ADHD-ambulatoriet undersøger og behandler børn og unge i alderen 2-17 år.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød udreder og behandler forskellige børnepsykiatriske lidelser som f.eks. autismespektrumforstyrrelser, angst- og tvangslidelser, affektive lidelser, psykoser inklusive skizofreni, og – som det fremgår ovenfor – spiseforstyrrelser samt ADHD.

I starten af februar 2012 åbnede der en fælles akutmodtagelse for børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup (med 10 sengepladser). Der er således ikke længere akutfunktion tilknyttet Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød. Under inspektionen blev det oplyst, at det dog fortsat som hidtil vil være muligt i dagtimerne at tilkalde en børnepsykiater til skadestuen (akutmodtagelsen) på den voksenpsykiatriske afdeling på Psykiatrisk Center Nordsjælland, der herefter vil kunne visitere til akutmodtagelsen i Glostrup.

Til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød er der knyttet en skole, Stubbevangsskolen, der ligger på den anden side af vejen. Om undervisning henviser jeg til pkt. 5.3.

Medarbejderstaben er på 110 årsværk (ca. 130 medarbejdere), der omfatter læger og speciallæger, sygeplejersker (som udgør hovedparten af de ansatte), psykologer, socialrådgivere, pædagoger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, social- og sundhedsassistenter, en diætist, lægesekretærer og andre administrative medarbejdere. Hertil kommer skolelærerne og en talepædagog, der er ansat af Hillerød Kommune.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød har også konsulentfunktion for de unge, der er anbragt på den sikrede institution Sølager, og som ikke er i varetægtssurrogat.

## 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. De nævnte 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 over for 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 med senere ændringer). 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 som nævnt 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 ungeudvalg kan dog efter § 51 i lov om social service (nu lov-bekendtgørelse nr. 810 af 19. juli 2012) 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. lovbe-kendtgørelse 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”, jf. 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 psykiatriske afdeling ikke forsøge at indhente et samtykke fra forældremyndighedsindehave-ren, værgeren eller nærmeste pårørende, men den pågældende skal efterfølgende ori-enteres. Det fremgår af psykiatrilovens § 1, stk. 3.

Bestemmelsen finder tilsvarende anvendelse, hvor sundhedspersonen på en psykiatriske 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.

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) indeholder i pkt. 9 et nyt afsnit særligt om børn. 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.”



Den tidligere indenrigs- og sundhedsminister 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.

Under ombudsmandens besøg den 27. juni 2011 på Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling i Næstved, der skete som led i gennemførelsen af de inspektioner, som ombudsmanden foretager efter mandatet i OPCAT-protokollen (Optional Protocol to the Convention Against Torture) med henblik på bl.a. at forebygge nedværdigende behandling af frihedsberøvede personer, skete der en magtanvendelse over for en patient på 13 år. I et brev af 8. august 2012 i denne sag har jeg tilkendegivet at denne episode og Sundhedsstyrelsens ovenævnte vejledning nr. 9427 af 20. januar 2011 og styrelsens vejledning nr. 9713 af 20. december 2011 om udfyldelse af tvangsprotokoller (registrering af tvang i psykiatrien, herunder registrering af foranstaltninger over for mindreårige) har givet mig anledning til at overveje, om jeg bør tage spørgsmålet om mindreåriges retsstilling i henhold til psykiatriloven, herunder særligt i forhold til lovens tvangsbegreb i § 1, stk. 1-4, op over for Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Om de nærmere betingelser for anvendelse af tvang henviser jeg til pkt. 5.5 nedenfor.

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

#### **3.1. Generelt**

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød er beliggende på adressen Dyrehavevej 48. Dog er afsnittet for spiseforstyrrelser beliggende på en anden matrikel – på adressen Centervænget 19 – i en vis geografisk afstand fra de fem andre afsnit.

Det ungdomspsykiatriske dag- og døgnafsnit og det børnepsykiatriske dagafsnit har til huse i bygning 24, mens det børnepsykiatriske ambulatorium, det ungdomspsykiatriske ambulatorium og ADHD-ambulatoriet har til huse i bygning 20, hvor også centerets administration ligger.

Under inspektionen besøgte ombudsmanden det ungdomspsykiatriske dag- og døgnafsnit, det børnepsykiatriske dagafsnit og afsnittet for spiseforstyrrelser.

Ombudsmanden foretog som tidligere nævnt inspektion af de børne- og ungdomspsykiatriske afsnit i forbindelse med sin inspektion den 28. januar 2002 af Psykiatrisk Sygehus, Frederiksborg Amt i Hillerød. Det ungdomspsykiatriske dag- og døgnafsnit lå også dengang i bygning 24, mens det børnepsykiatriske dagafsnit havde til huse i bygning 20. Jeg henviser til ombudsmandens inspektionsrapport af 7. januar 2003 om inspektionen den 28. januar 2002, hvor de bygningsmæssige forhold vedrørende det ungdomspsykiatriske afsnit i bygning 24 er beskrevet i pkt. 3.2.6. Som det også fremgår heraf, var dette afsnit nyrenoveret ved inspektionen dengang.

På tidspunktet for inspektionen den 3. november 2011 var Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød i gang med en renovering i henhold til en renoveringsplan for 2011, der er blandt det materiale, som ombudsmanden modtog forud for inspektionen. Denne renovering omfattede bl.a. etablering af et stort sammenhængende ventelokale ved indgangen i bygning 20 med bemandet reception, børnekrog, lounge og ungeområde. På det ungdomspsykiatriske afsnit omfattede renoveringen gangarealet.

### **3.2. Ungdomspsykiatrisk dag- og døgnafsnit 2422**

Bygning 24 er en lav bygning i gule mursten og med fladt tag. Bygningen er delt op i to afsnit, som udelukkende huser henholdsvis det ungdomspsykiatriske dag- og døgnafsnit og det børnepsykiatriske dagafsnit.

Det ungdomspsykiatriske afsnit var, som nævnt i pkt. 3.1, nyrenoveret ved ombudsmandens inspektion af afsnittet i 2002.

Afsnittet er opbygget omkring en åben kvadratisk atriumgård. Fra gangen rundt om gården er der adgang til patientstuerne, fællesrummene, toilet- og baderum, vaskerum samt kontorer og samtalerum.

Gangarealerne er varieret møbleret med blandt andet sofaer og borde, og der hænger billeder på væggene. Endvidere står der et bordfodboldspil og et bordtennisbord.

Det ungdomspsykiatriske dag- og døgnafsnit har 11 enestuer, hvoraf de to er en del af en skærmet enhed. Ombudsmanden besigtigede to af patientstuerne.

Stuerne er af forskellig størrelse – fra ca. 12 m<sup>2</sup> til 15 m<sup>2</sup>. Møblementet består af en hospitalsseng, et skrivebord, en lav reol, to aflåselige skabe, to stole og en whiteboard-tavle på væggen. Møblerne tilhører afdelingen, men på begge stuer havde be-

boerne sat deres personlige præg på stuerne med blandt andet billeder, plakater og eget sengetøj.

Som det fremgår af rapporten fra inspektionen i 2002, var der dengang brikse på det ungdomspsykiatriske afsnit i stedet for hospitalssenge. Det blev under inspektionen den 3. november 2011 oplyst, at centeret kort tid før inspektionen havde udskiftet de tidligere brikse på stuerne til hospitalssenge. Det var sket både af praktiske og hygiejniske grunde. Det blev i den forbindelse oplyst, at de unge er glade for hospitalssengene, fordi de har en bedre komfort end briksene, og fordi hovedgærdet kan slås op. De unge (og centeret) synes ikke, at sengene giver stuerne hospitalspræg.

Patientstuerne kan aflåses og er forsynet med vrider på den indvendige side af døren. Patienterne har ikke selv nøgle til døren til deres stuer, men de har som nævnt aflåselige skabe på stuerne. Det blev under inspektionen oplyst, at dørene til stuerne normalt er ulåste om dagen, men kan låses, f.eks. hvis patienten er fraværende i flere dage. Yderdøren til afsnittet er altid låst om natten, og der er to vågne nattevagter.

Spørgsmålet om patienternes mulighed for selv at låse deres stuer er indgået i flere rapporter om inspektioner af psykiatriske afdelinger mv. Jeg kan f.eks. henvise til pkt. 3.2.7 i rapporten af 23. november 2005 og opfølgingsrapporten af 9. oktober 2006 i sagen om inspektionen den 24. august 2005 af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital i Århus. Ombudsmanden bad i denne sag hospitalet om generelt at overveje spørgsmålet om at etablere mulighed for patienterne for at aflåse egen stue, bl.a. på de ungdomspsykiatriske afsnit. Ombudsmanden bad om, at overvejelserne kom til at omfatte såvel muligheden for, at den enkelte patient kunne låse indefra, når vedkommende er til stede på stuen, f.eks. om natten, som muligheden for at låse stuen udefra når patienten ikke er på stuen.

Ombudsmanden bemærkede, at han var opmærksom på, at det for nogle patienters vedkommende kan give anledning til betænkeligheder, at patienten får mulighed for at låse sig inde på stuen, f.eks. fare for at den pågældende til fare for sig selv barrikaderer sig på stuen, eller i tilfælde hvor patienten af andre årsager ikke bør være alene eller uden direkte opsyn. Dette forhold burde derfor indgå i overvejelserne. Ombudsmanden gjorde samtidig opmærksom på, at personalet – naturligvis – til enhver tid skal kunne låse sig ind på en stue, hvortil patienten selv har låst døren.

Som det fremgår af opfølgingsrapporten vedrørende denne inspektion, blev der etableret låsesystemer, så patienterne selv kunne låse deres døre, både indefra og udefra, dog kun indefra på Center for Spiseforstyrrelser.

*Som nævnt er der vridere på dørene til stuerne, så patienterne har mulighed for at låse døren indefra. Jeg går ud fra, at de unge kan bede personalet om at låse stuerne, når de forlader stuerne, hvis de ønsker det.*

En del af vinduerne på stuerne er forsynet med en trælem, der kan åbnes for udluftning (mens selve ruden ved siden af ikke kan åbnes). Trælemmen er forsynet med lås, og det blev oplyst, at vinduerne generelt er aflåste, men låses op efter aftale med patienterne, og når der skal ske udluftning. I fire af stuerne, som er stuer, der er blevet renoveret, er der dog ikke en sådan lem.

Ombudsmanden har tidligere udtalt, at det forekommer uforståeligt, at vinduer på åbne afsnit (hvor døren som udgangspunkt er åben) er aflåst, så de kun kan åbnes helt med en nøgle, særligt fordi det indebærer, at frivilligt indlagte patienter ikke umiddelbart kan åbne vinduet på deres sengestue.

Ombudsmanden er i den forbindelse gået ud fra, at afdelingen løbende vil overveje, hvad der kan gøres for, at i hvert fald patienter, der ikke er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, selv kan åbne vinduerne helt, hvis de ønsker det, herunder om der kan indføres en ordning, hvorefter vinduerne kun låses, hvis der konkret er behov for det (hvis der faktisk opholder sig en eller flere tvangsindlagte/tvangstilbageholdte patienter i afsnittet, eller hvis der er konkret mistanke om, at en patient vil forlade afdelingen gennem vinduet). Jeg henviser til s. 28 i rapporten af 7. september 2006 om inspektionen den 20. april 2006 af dengang Psykiatrihospitalet Dianalund.

*Jeg går ud fra, at Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød foretager samme løbende overvejelser, og jeg foretager mig på denne baggrund ikke mere vedrørende dette forhold.*

Stuerne og møblerne på stuerne fremstod pæne og ordentlige.

Der er – bortset fra en enkelt stue – ikke toilet og bad på stuerne. Der er fire fælles toilet- og baderum, som drengene og pigerne på afsnittet deler.

Under ombudsmandens samtale med to af patienterne på afsnittet fremsatte de ønske om eget toilet og bad på stuerne, men de var godt klar over, at det ikke er noget, der bare lige kan gennemføres. Under samtalen og i et opfølgende brev til patienterne

nævnte ombudsmanden, at han godt kunne forstå ønsket om eget bad og toilet, men ikke havde mulighed for at hjælpe patienterne med at få det.

I et brev af 18. januar 2012 har ledelsen tilkendegivet, at etablering af eget toilet og bad på stuerne er ønskeligt, men ikke praktisk muligt at gennemføre på grund af de bygningsmæssige forhold. I den forbindelse har ledelsen bemærket, at det ikke er ledelsens indtryk, at flertallet af patienterne anser det for et problem at skulle dele toilet og bad.

*Som ombudsmanden nævnte i pkt. 3.2.3 i rapporten af 7. januar 2003 om inspektionen den 28. januar 2002 af Psykiatrisk Sygehus i Hillerød, har Folketingets § 71-tilsyn i forbindelse med sine inspektioner af psykiatriske afdelinger udtalt kritik af psykiatriske afsnit, der har stuer uden eget bad og toilet. Som det blev nævnt under inspektionen, har jeg dog ikke grundlag for at foretage mig mere vedrørende det forhold, at der ikke er eget bad og toilet på stuerne (bortset fra en enkelt stue).*

Den skærmede enhed er oprettet efter ombudsmandens inspektion den 28. januar 2002 og er således ikke tidligere blevet besigtiget af ombudsmanden. Enheden består af to patientstuer, et fælles opholdsrum, tekøkken, toilet- og baderum og en lille have. I den ene stue var en knagerække fjernet, fordi det blev vurderet, at den kunne udgøre en sikkerhedsmæssig risiko for patienter, der er selvbeskadigende. Det blev oplyst, at centeret var i færd med at finde en anden model til erstatning herfor.

Opholdsrummet er sparsomt indrettet med et spisebord med tilhørende stole, en sofa og to lænestole, et fjernsyn og en (på inspektionstidspunktet tom) reol.

Om størrelsen af den skærmede enhed henviser jeg til pkt. 5.7. om bl.a. skærmning nedenfor.

Det ungdomspsykiatriske afsnits køkken og spisestue ligger ved siden af hinanden, med direkte adgang fra det ene rum til det andet. Spisestuen er indrettet med billeder på væggene, pæne hængelamper og musikafspiller. Der stod desuden blomster på bordene.

Fra spisestuen er der udgang til en lille mellemgård, hvor patienterne må ryge. På den anden side af gården ligger opholdsstuen, der er hyggeligt indrettet med en stor sofa-gruppe, malerier, pc-hjørne med to pc'er, fjernsyn, stereoanlæg, spil, bøger og musik-

instrumenter. I tilslutning til stuen er der også et 'kreativetsrum', hvor der er mulighed for at male, tegne og sy mv.

Alle fællesarealer fremstod pæne og rene og gav et venligt indtryk.

Uden for afsnittet er der et stort og grønt legeareal, som deles med det børnepsykiatriske dagafsnit. Her er der blandt andet bålplads, gynger, klatrestativ, legehus, sandkasse, fodboldbane og et cykelskur, hvor der stod flere mountainbikes. Der er kringledede (cykel)stier rundt om små høje.

Dette område var indrettet ca. et år før inspektionen. Det blev oplyst, at A.P. Møller Fonden havde bevilget penge til indretningen, og at alle de nye legeredskaber, der er lavet af naturtræ, opfylder gældende sikkerhedskrav. Det blev endvidere oplyst, at der ville komme (yderligere) beplantning på området.

Legearealet fremstod flot og velholdt.

### **3.3. Børnepsykiatrisk dagafsnit 2421**

Afsnittet er bygningsmæssigt identisk med det ungdomspsykiatriske dag- og døgnafsnit, dog spejlvendt om en akse ved den fælles indgang.

Ved indgangen til afsnittet er der et venterum, som er indrettet med flere stole og et whiteboard, hvor der hænger informationsmateriale og fotos af personalet på afdelingen.

Gangarealet er indrettet med en sofa og et par borde med tilhørende stole samt forskellige legeredskaber, blandt andet en minitrampolin, en kasse med børnebøger og et bordfodboldspil. Endvidere er der en garderobe, hvor hvert barn har en plads til at hænge sit overtøj og lægge sine personlige ejendele.

Afsnittet er delt op i et afsnit for de mindre børn og et afsnit for de større børn.

På afsnittet for de mindre børn er der et aktivitetsrum, en opholdsstue, et pudrum og et rum med køkken og spisestue ud i ét.

Aktivitetsrummet er indrettet med bordtennisbord, fjernsyn, PlayStation og Nintendo Wii.

Opholdsstuen er inddelt i forskellige 'legekroge' ved hjælp af flere lukkede reoler, hvori der står en masse spil og legetøj.

På afsnittet for de større børn er der to opholdsstuer, køkken og spisestue. Opholdsstuerne er forskelligt indrettet. I den ene opholdsstue er der materialer til at male, tegne og strikke mv. Den anden opholdsstue er indrettet med et sofahjørne, et bord med en pc og reoler med forskellige spil.

Køkkenet og spisestuen ligger ud i ét som et spisekøkken. På tidspunktet for besigtigelsen var der dækket pænt og hyggeligt op til frokost.

Alle fællesarealerne på afsnittet fremtræder pæne, rene og hyggelige.

På afsnittets kontorgang ligger endvidere et legeobservationsrum og overlægens kontor. Overlægens kontor var børnevenligt indrettet med legetøj og plysdyr.

### **3.4. Afsnittet for spiseforstyrrelser**

Som nævnt ligger afsnittet for spiseforstyrrelser på en anden matrikel. Afsnittet ligger på 1. sal i en 3-etagers høj rød murstensbygning. Afsnittet indeholder blandt andet et familiesamtalerum, et stort fysioterapirum, et lægeværelse og kontorer.

Afsnittet blev kort besigtiget, og under denne besigtigelse fik ombudsmanden en generel orientering om afsnittet. Det blev bl.a. oplyst, at afsnittet på tidspunktet for inspektionen havde 60 patienter, der blev undersøgt og behandlet ambulantly.

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

Under inspektionen havde ombudsmanden samtale med to patienter fra det ungdomspsykiatriske døgnafsnit. Der var tale om én samtale, som de begge deltog i. De to patienter fremsatte fem ønsker, som ombudsmanden bagefter talte med ledelsen om. Patienterne modtog begge kort tid efter inspektionen et skriftligt svar som opfølgning på samtalen. Et af de fem forhold er nævnt under den bygningsmæssige gennemgang (toilet og bad på stuerne), et andet blev afsluttet i brevet til patienterne (sterinlys i stedet for elektriske fyrfadslys), og de resterende tre er nævnt nedenfor.

#### 4.1. Myggenet

Patienterne ville gerne have opsat myggenet foran de små vinduer på stuerne. De fortalte, at der havde været rigtig mange myg det pågældende år.

Ombudsmanden viderebragte dette ønske til ledelsen, og i forbindelse med den skriftlige opfølgning til patienterne bad ombudsmanden ledelsen om at orientere sig om svaret til patienterne.

I brev af 18. januar 2012 har ledelsen oplyst, at ønsket findes helt relevant, og at der derfor vil blive opsat myggenet ved de små vinduer på stuerne.

*Jeg har noteret mig, at patienternes ønske er imødekommet.*

#### 4.2. Flere tider til styrketræning

Patienterne kunne godt tænke sig mere tid i træningslokalet. De fortalte, at lokalet er åbent for dem to gange om ugen i en time hver gang (mandag og onsdag). Herudover kan patienterne eventuelt lave individuelle aftaler om at bruge lokalet.

Ledelsen oplyste, at Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød deler træningslokalet med den voksenpsykiatriske afdeling, og at der skal være personale til stede, når de unge benytter lokalet. Det sætter nogle begrænsninger for, hvornår og hvor ofte patienterne kan benytte lokalet.

Ledelsen oplyste også, at centeret arbejdede på at forbedre forholdene, og at der er andre former for motion som f.eks. gåture, badminton mv.

Ombudsmanden bad ledelsen om at oplyse om resultatet af ledelsens overvejelser om at forbedre forholdene og oplyste, at ledelsens svar ville indgå i rapporten om inspektionen.

I brevet af 18. januar 2012 har ledelsen gentaget det oplyste om, at det er en forudsætning for de unges brug af træningslokalet, at der er personale til stede. Ledelsen har oplyst, at det skyldes, at lokalet ligger i en af voksenpsykiatriens bygninger.

Ledelsen har videre oplyst, at ledelsen principielt anser det for ønskeligt, at træningstiderne, og herunder muligheden for at patienterne kan træne, uden at der er personale til stede, udvides. Det forudsætter imidlertid, at der etableres træningsfaciliteter i



samme bygning, som døgnafsnittet ligger i. Ledelsen har oplyst, at dette spørgsmål vil blive drøftet mellem afdelingsledelsen og centerledelsen.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

#### **4.3. Trådløst internet**

Patienterne fremsatte ønske om at få trådløst internet. De oplyste, at de godt må have et mobilt bredbånd til deres egne computere på værelserne, men selv skal betale for det.

Patienterne fortalte, at Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center har en trådløs forbindelse, men at patienterne ikke kan bruge den. De nævnte også, at der på det "store" hospital er et system med en kode, man skal indtaste for at få adgang til trådløst internet.

De oplyste desuden, at den internetforbindelse, som centeret har, er meget langsom.

Ledelsen bekræftede, at centeret har en trådløs internetforbindelse. Ledelsen ville godt overveje, om det ville være muligt også at give patienterne adgang til denne forbindelse.

Ombudsmanden bad ledelsen om at orientere sig om resultatet af disse overvejelser.

I brevet af 18. januar 2012 har ledelsen oplyst, at ledelsen finder det relevant at kunne tilbyde patienterne trådløs internetadgang, og at afdelingsledelsen har besluttet at undersøge økonomien ved etablering heraf. Når det var sket, ville spørgsmålet blive drøftet mellem afdelingsledelsen og centerledelsen.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

### **5. Andre forhold**

#### **5.1. Belægning mv.**

Det ungdomspsykiatriske afsnit har som nævnt 11 normerede sengepladser.

Af materiale, som ombudsmanden modtog under inspektionen, fremgår det, at der i 2010 blev henvist i alt 1.313 patienter til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hille-

rød. Centeret behandlede dette år 1.812 patienter i ambulante forløb og 64 i døgnforløb.

Af en oversigt, der er blandt det materiale, som Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød sendte til ombudsmanden forud for inspektionen, fremgår det, at der i perioden 1. januar 2011 til 17. oktober 2011 var 38 indlæggelser og udskrivelser, og at den gennemsnitlige indlæggelsestid var 58,4 dage. Under inspektionen blev det oplyst, at der var tale om et fald i den gennemsnitlige indlæggelsestid.

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 to måneder, efter at en henvisning er modtaget, kan tilbyde at begynde en undersøgelse 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 to 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 to 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 Hovedstaden. Ifølge en opgørelse (jf. rapporten om regionernes aktiviteter og ventetalsopgørelser på psykiatriområdet i 2010) stod der i alt 634 børn og unge med et aktuelt behov for behandling/undersøgelse på venteliste i Region Hovedstaden pr. 1. januar 2011. Heraf havde 405 ventet i under to måneder, og 229 havde ventet i over to måneder.

Det fremgår af samme rapport, at Region Hovedstaden viderehenviste i alt 247 børn og unge til private sygehuse via den udvidede undersøgelses- og behandlingsret i 2010.

Ifølge den tilsvarende opgørelse for 2011 stod der i alt 452 børn og unge med et aktuelt behov for behandling/undersøgelse på venteliste i Region Hovedstaden pr. 1. januar 2012. Heraf havde 402 ventet i under to måneder, og 50 havde ventet i over to måneder. Det fremgår af samme rapport, at Region Hovedstaden indtil 1. januar 2012

havde viderehenvist i alt 150 børn og unge til private via den udvidede undersøgelses- og behandlingsret i 2011.

Af den ovenfor nævnte oversigt, som Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød sendte til ombudsmanden forud for inspektionen, fremgår det, at der i perioden 1. januar 2011 til 17. oktober 2011 var en gennemsnitlig belægningsprocent på 92,9 for disponible senge (10,6 ud af de 11 normerede sengepladser) på det ungdomspsykiatriske døgnafsnit.

Ved inspektionen i 2002 blev det oplyst, at der ikke forekom overbelægning på ungeafsnittet, idet det daværende Frederiksborg Amt efter aftale overførte unge, som der ikke var plads til, til andre psykiatriske afdelinger.

*Jeg går ud fra, at det fortsat forholder sig sådan, at der aldrig er indlagt to patienter på en enestue.*

*Jeg går desuden ud fra, at der ikke er patienter, der bliver udskrevet før tid for at give plads til nye patienter.*

## **5.2. Medicin og opbevaring af journaler**

På det ungdomspsykiatriske afsnit er der et "miljørum", hvor der opbevares medicin og journaler mv. Medicin opbevares i aflåste medicinrum og journaler i aflåste arkivskabe. Der lå ingen fortrolige oplysninger fremme.

Ombudsmanden 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. Ombudsmanden 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 har noteret mig, at Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød opbevarer manuelle patientjournaler i overensstemmelse med det, som ombudsmanden har anført; som anført i pkt. 5.14 i rapporten fra inspektionen i 2002 lagde ombudsmanden også dengang til grund, at journaler blev opbevaret betryggende på alle afsnit.*

*Jeg går i øvrigt ud fra, at Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød nu anvender elektronisk patientjournal.*

### 5.3. Beskæftigelse og undervisning

Der er en del aktiviteter, som alle udgør en del af behandlingen af den enkelte patient. Det fremgår af husordenen for det ungdomspsykiatriske dagafsnit og velkomstfolderen for døgnafsnittet, at afsnittet arbejder ud fra miljøterapeutiske principper. Det indebærer en bevidst tilrettelæggelse af den daglige struktur og samvær, og omfatter deltagelse i alle dagligdagens aktiviteter som indkøb, madlavning, planlægning af aktiviteter mv. og gruppesamvær. Det er nævnt, at de miljøterapeutiske aktiviteter omfatter en fysisk aktivitetsgruppe, en køkkengruppe, en kost- og motionsgruppe, samtalegruppe, kreativt værksted og ture ud af huset. Det fremgår også, at der er forskellige skemalagte aktiviteter, og at der udarbejdes et ugeskema, der udleveres til patienterne.

Videre fremgår det, at patienter i den undervisningspligtige alder bliver tilbudt undervisning. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød har som tidligere nævnt sin egen skole, Stubbevangsskolen, hvor der er undervisning hver formiddag (10-20 timer om ugen, afhængigt af patientens alder). I samarbejde med patientens lærer udarbejder skolen et individuelt skoleskema til de enkelte patienter. Nogle patienter kan dog på grund af deres psykiske tilstand ikke komme i skolen, eller kun komme i mindre omfang.

Til skolen er der knyttet en leder og otte lærere. Skolen er inddelt i tre enheder, der svarer til indskoling, mellemtrin og udskoling. Lærerne underviser i de traditionelle skolefag. Skolens observation af det enkelte barns faglige ressourcer og vanskeligheder indgår som en del af den samlede udredning af barnet. Lærerne samarbejder tæt med det øvrige personale på centeret om børnene/de unge, og de samarbejder derudover med forældrene og med barnets hjemskole, herunder i forbindelse med udslusning.

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang under pkt. 3.2 ovenfor, er der på døgnafsnittet bl.a. pc'er, fjernsyn, stereoanlæg, spil, bøger, musikinstrumenter, bordtennis og bordfodbold. I tilslutning til stuen er der som tidligere nævnt også et 'kreativt rum', hvor der er mulighed for at male, tegne og sy. Herudover er der udendørsarealet med bl.a. bålplads, gynger, klatrestativ, legehus, sandkasse, fodboldbane samt cykelskur med flere mountainbikes. Som det fremgår af pkt. 4.2, har de unge også mulighed for at benytte træningslokalet på det voksenpsykiatriske center.

Under rundgangen blev det oplyst, at der internetadgang på pc'erne, men at de er forsynet med et filter, så visse sider ikke er tilgængelige. Personalet er i øvrigt opmærksom på, hvad de unge foretager sig på pc'erne.

#### 5.4. 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 foreligger 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 pjecen "Information til pårørende og unge" og velkomstpjecen til det ungdomspsykiatriske afsnit bliver der udarbejdet en behandlingsplan inden for den første uge efter indlæggelsen.

Det fremgår af velkomstpjecen fra ungdomspsykiatrisk døgnafsnit, at det tværfaglige team, som den unge får tilknyttet, sammen med den unge udarbejder behandlingsplanen. I velkomstpjecen er det også nævnt, at det er muligt for den unge at få en kopi af behandlingsplanen. I information til pårørende til børn og unge fremgår det, at det er lægen eller en anden behandler, der udarbejder behandlingsplanen i samarbejde med barnet/den unge, forældre og det personale, der er involveret i behandlingen.

*Behandlingsplanen skal, som det fremgår af psykiatrilovens § 3, stk. 3, 2. pkt., udleveres til patienten, medmindre patienten frabeder sig dette.*

*Jeg beder om at få oplyst, om behandlingsplanen automatisk bliver udleveret til patienten/forældremyndighedsindehaveren, og hvornår det i givet fald sker.*

*Desuden beder jeg om at få oplyst, om der foreligger en særlig procedure i forbindelse med udlevering af behandlingsplaner.*

Efter ombudsmandens anmodning herom under inspektionen sendte ledelsen efterfølgende kopi af to behandlingsplaner.

*Jeg har ingen bemærkninger til disse planer.*

### **5.5. 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).

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.

Under inspektionen blev det oplyst, at der kun meget sjældent sker tvangsindlæggelser på centeret, idet det normalt vil ske på lukket afsnit. Ledelsen erindrede ikke umiddelbart tvangsindlæggelser på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød.

Som nævnt i indledningen bad ombudsmanden under inspektionen om at modtage udskrift/kopi af de tilførsler i tvangsprotokollen, der var foretaget på centeret fra 1. januar 2011 til 3. november 2011. Ombudsmanden modtog herefter kopi af fem skemaer om tvangstilbageholdelse, to skemaer om tvangsbehandling (ernæring), ét skema om tvangsfiksering og fysisk magtanvendelse (indgivelse af beroligende medicin) og fire skemaer om fysisk magtanvendelse, der omfatter ét tilfælde af fastholdelse og tre tilfælde af døraflåsning.

Blandt det materiale, som ombudsmanden modtog forud for inspektionen, er der statistisk materiale over anvendelsen af tvang på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød (sengeafsnittet for unge). Materialet omfatter centerets registreringer af tvang i 2009, 2010 og 2011 (indtil den 16. oktober 2011) og omfatter både det samlede antal tvangsforanstaltninger og antal personer, der én eller flere gange har været omfattet af én eller flere tvangsforanstaltninger.

I 2009 foretog afsnittet i alt 206 registreringer af tvang. De omfattede 16 frihedsberøvelser (alle tvangstilbageholdelse), 91 tvangsbehandlinger (tvangsernæring), 14 tvangsfikseringer og 85 tilfælde af fysisk magtanvendelse (25 tilfælde af fastholdelse, 44 døraflåsninger, 11 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin og 5 tilfælde af personlig skærmning).

I 2010 foretog afsnittet i alt 76 registreringer af tvang. De omfattede 6 frihedsberøvelser (alle tvangstilbageholdelse), 37 tvangsbehandlinger (tvangsernæring), 4 tvangsfikseringer og 29 tilfælde af fysisk magtanvendelse (12 tilfælde af fastholdelse, 11 døraflåsninger, 3 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin og 3 tilfælde af personlig skærmning).

I 2011 (indtil 16. oktober 2011) foretog afsnittet i alt 24 registreringer af tvang. De omfattede 4 frihedsberøvelser (alle tvangstilbageholdelse), 12 tvangsbehandlinger (tvangsernæring), 2 tvangsfikseringer og 6 tilfælde af fysisk magtanvendelse (3 døraflåsninger og 3 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin).

Det fremgår således af afsnittets registreringer af tvangsforanstaltninger, at der er sket et væsentligt fald fra 2009 til 2010, og at denne tendens er fortsat i 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 som tidligere nævnt fra og med den 1. januar 2011 gjort det muligt at foretage en registrering heraf i tvangsprotokol- len. Sundhedsstyrelsen henstiller til de psykiatriske afdelinger, at en sådan registre- ring 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.

To af de skemaer, som jeg har modtaget, vedrører tvang over for patienter, der endnu ikke var fyldt 15 år på tidspunktet for anvendelsen af tvangen.

*Jeg går på denne baggrund ud fra, at Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød i 2011 foretager ovennævnte registrering i alle tilfælde, hvor der anvendes tvang over for børn og unge under 15 år mod deres vilje, men med samtykke fra forældremyndig- hedsindehaveren.*

Inden en tvangsforanstaltning iværksættes, skal patienten som udgangspunkt under- rettes 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 tvangsforanstalt- ning skal patienten tilbydes en eller flere samtaler (psykiatrilovens § 4, stk. 5).

Blandt det materiale, som Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød sendte til ombudsmanden før inspektionen, er skriftligt informationsmateriale, som det ung- domspsykiatriske afsnit udleverer til patienter ved anvendelse af tvang. Der er tale om en A4-side med "Orientering om frihedsberøvelse" til udfyldelse og udlevering til den patient, som det er vurderet nødvendigt at anvende tvang overfor, og en generel folder om anvendelse af tvang.

*Jeg går ud fra, at der ikke kun udleveres skriftlig information ved frihedsberøvelse, men også ved anden form for tvang.*

Afsnittet har ingen fikseringsstue. Det blev under inspektionen oplyst, at der meget sjældent sker tvangsfiksering. Hvis der sker tvangsfiksering, foregår den på patientens



egen stue i patientens egen seng, der som tidligere nævnt nu er en almindelig hospitalsseng. Da patienterne (indtil kort tid før inspektionen) havde almindelige brikse på stuerne, måtte der først hentes en hospitalsseng, når der skulle ske tvangsfiksering.

Det blev også oplyst, at fiksering kun sker meget kortvarigt, at den faste vagt ved fiksering er placeret på stuen (og således ikke på gangen uden for stuen), og at afsnittet er opmærksom på at sikre fornøden diskretion.

*Jeg går ud fra, at det sidste skal forstås sådan, at det sikres, at andre patienter eller personale ikke kan se ind til den fikserede patient fra gangarealet. Jeg går endvidere 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.*

## **5.6. 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 oplysning, som af lægelige grunde ikke gives til patienten, må heller ikke gives til patientrådgiveren.”

Af forarbejderne til bestemmelsen fremgår bl.a. følgende (Folketingstidende 1988-89, Tillæg A, 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 oplyste ledelsen, at de patientrådgivere, der er knyttet til centeret, altid møder op på afsnittet inden for 24 timer efter beskikkelsen, og at de besøger patienterne mindst en gang om ugen. Ved inspektionen i 2002 blev det desuden oplyst, at patientrådgiverne orienteres telefonisk, inden tvangsbehandling iværksættes.

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 2011 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovestaden var der, som tidligere nævnt, én sag i patientklagenævnet vedrørende Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød i 2011 og én sag i 2010. I begge sager deltog patientrådgiveren i nævnets behandling af sagen.

*Jeg går ud fra, at Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød 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.*

### **5.7. 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).

Ungdomspsykiatrisk døgnafsnit i Hillerød er et åbent afsnit, men der kan være tvangsindlagte eller tvangstilbageholdte patienter på afsnittet. Det kan derfor nogle gange være nødvendigt at låse afsnittets yderdøre. Hvis dørene bliver låst, bliver de frivilligt indlagte patienter lukket ud, når de ønsker det.

Det fremgår af afsnittets indberetninger om tvang til Sundhedsstyrelsen, at der på døgnafsnittet til tider er patienter, der er tvangstilbageholdt, jf. gengivelsen af registre-

ringerne herom i pkt. 5.5. Som nævnt i pkt. 5.5 erindrede afsnittet ikke at have haft tvangsindlagte patienter.

Som ombudsmanden nævnte i pkt. 5.2 i rapporten om inspektionen i 2002 af Psykiatrisk Sygehus i Hillerød, har Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 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, har ombudsmanden som også nævnt i den tidligere rapport udtrykt den 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. Afsnittet bør desuden 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 går ud fra, at centeret stadig følger samme praksis, som blev oplyst ved inspektionen i 2002, dvs. at patienterne orienteres om deres retlige forhold og om, at de frit kan forlade centeret, samt at der gøres notat om denne underretning.*

Det fremgår af velkomstfolderen for det ungdomspsykiatriske afsnit, men ikke af husordenen for afsnittet, at der altid vil blive lavet individuelle aftaler om patientens udgang.

*Jeg bemærker for en god ordens skyld, at jeg 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. Ombudsmanden 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.

Ombudsmanden har i forbindelse med sin 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 opfølgingsrapport af 7. maj 2003 om inspektionen, som kan findes på hjemmesiden [www.ombudsmanden.dk](http://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 ungdomspsykiatriske døgnafsnit i Hillerød mulighed for at anvende en skærmet enhed på afsnittet. Enheden er indrettet med to patientstuer, en opholdsstue og et tekøkken.

Det blev under inspektionen oplyst, at det ungdomspsykiatriske døgnafsnit benytter stuerne på den skærmede enhed som almindelige stuer, men at enheden også kan benyttes til kortvarig skærmning. Der er normalt tale om frivillig skærmning, ofte i indslusningsfasen, af unge, der ønsker at trække sig tilbage. Døren til afsnittet er normalt ikke låst, men hvis den er det, er der altid personale til stede sammen med de unge på afsnittet.

Det blev i den forbindelse oplyst, at centeret anser skærmen som et ekstra tilbud, der kan være med til at undgå en overførsel til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg eller Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Glostrup; der har således været færre overførsler dertil, siden Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød fik denne enhed.

*Jeg har noteret mig, at der altid er personale til stede sammen med patienterne, hvis døren til den skærmede enhed låses, og jeg foretager mig derfor ikke noget vedrørende spørgsmålet om indretning og aflåsning af den skærmede enhed.*

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. § 21 i bekendtgørelse nr. 1342 af 2. december 2010 om tvangsprotokoller og optegnelser samt registrering og indberetning af tvang 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.

*Jeg beder om at få oplyst, om Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød har fastsat sådanne retningslinjer for lavere grader af observation/overvågning end foranstaltninger omfattet af § 18 d.*

#### **5.8. 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 afdelingen 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 er bekendt med, at Region Hovedstadens Psykiatri har udformet en husordenspolitik for voksenpsykiatrien samt børne- og ungdomspsykiatrien (gældende fra den 1. december 2008). Formålet med politikken er at skabe fælles rammer for udformningen af husordener på de psykiatriske centre i regionen. Politikken fastsætter 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. Et eksempel på hvordan en husorden kan formuleres, fremgår af et bilag til husordenspolitikken.

Politikken beskriver også, hvordan de psykiatriske centre skal håndtere overtrædelser af en husorden. Det er anført, at ethvert tiltag skal være mindst muligt indgribende og skal relatere sig til den konkrete overtrædelse. Tiltag må ikke iværksættes som straf. Hvis der iværksættes tiltag, skal alle patienter som udgangspunkt behandles lige, medmindre der er en faglig begrundelse for, at overtrædelser af husordenen håndteres på en særlig måde i forhold til en konkret patient. Der kan iværksættes tiltag i forhold til den enkelte patient ud fra behandlingsmæssige hensyn, hvis patienten er til gene for andre, og hvis patientens handlinger er i strid med loven. Der henvises i øvrigt til Psykiatriens tværgående vejledning om overtrædelser af husorden, jf. nærmere herom nedenfor.

Det fremgår af Psykiatriens husordenspolitik, at en husorden skal revideres mindst en gang om året og efter behov.

Ombudsmanden har som tidligere nævnt i forbindelse med inspektionen af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød modtaget et eksemplar af en husorden for det



ungdomspsykiatriske afsnit. Ombudsmanden har desuden modtaget to velkomstfoldere for henholdsvis døgnafsnittet/det åbne ungdomspsykiatriske afsnit.

Det fremgår ikke af husordenen, hvornår den sidst er blevet revideret. Husordenen er ikke dateret.

*En husorden bør efter min opfattelse dateres, så det altid fremgår, hvornår den senest er blevet revideret, og om der således er tale om den gældende husorden. Jeg går derfor ud fra, at Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød vil datere husordenen.*

Husordenen for det ungdomspsykiatriske afsnit på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød indeholder – bortset fra oplysninger om visitation – kun regler, der gælder generelt for alle patienter, og husordenen fremstår overskuelig og ikke for omfattende.

I husordenen er der endvidere (under afsnittet om visitation) anført følgende:

”Husordenen er lavet for, at vi skal have det så behageligt og rart sammen som muligt. Overtrædelse af husorden kan medføre individuelle konsekvenser. Konsekvenserne er afhængige af overtrædelsens karakter og patientens tilstand.”

Samme formulering findes i husordener, som ombudsmanden har modtaget i forbindelse med inspektion den 8. oktober 2010 af Psykiatrisk Center Ballerup. I rapporten om denne inspektion (der findes på ombudsmandens hjemmeside) har ombudsmanden henvist til en tidligere verserende generel sag med Indenrigs- og Sundhedsministeriet (nu Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse) om forståelsen af kravet om, at der i husordenen skal være angivet konsekvenserne af overtrædelse af husordenen – jf. forarbejderne til psykiatrilovens § 2 a og Sundhedsstyrelsens vejledning om bl.a. husordener, nu punkt 11 i vejledning nr. 9427 af 20. januar 2011.

Den generelle sag endte med, at ombudsmanden i brev af 29. august 2011 meddelte det tidligere Indenrigs- og Sundhedsministerium, at ombudsmanden – når der i forbindelse med inspektioner af psykiatriske afdelinger opstår tvivl om, hvorvidt en husorden i fornødent omfang angiver konsekvenserne af manglende overholdelse af husordenen – vil forelægge den konkrete husorden for ministeriet, med henblik på at ministeriet kan tage stilling til spørgsmålet i det enkelte tilfælde. Ombudsmanden har på denne baggrund i sagen om inspektionen af Psykiatrisk Center Ballerup sendt en kopi af rapporten til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse sammen med udskrifter af Psykiatrisk Center Ballerups husordener, med henblik på at ministeriet over for Region

Hovedstadens Psykiatri tager stilling til spørgsmålet om angivelse af konsekvenserne af overtrædelse af husordenen. Ombudsmanden har samtidig bedt ministeriet om at underrette sig om ministeriets svar til Psykiatrien.

*Jeg afventer ministeriets svar i sagen om inspektionen af Psykiatrisk Center Ballerup og vil følge op herpå i forhold til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød.*

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.).

Ombudsmanden 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 afdelings/afsnittets patienter, og retningslinjer om de begrænsninger og indgreb, der kan ske i den enkelte patients personlige frihed under indlæggelsen.

Denne anbefaling hænger sammen med, at der ikke i psykiatriloven eller i anden lovgivning (bortset fra hvad der kan udledes af retsplejelovgivningen) er fastsat bestemmelser om 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 ombudsmanden tidligere udtalt, at det efter hans 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 ombudsmandens 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, der udleveres ved indlæggelsen, informeres om retningslinjernes eksistens og muligheden for at få dem udleveret.

Psykiatriens vejledning om overtrædelser af husordenen (gældende fra den 24. januar 2009) indeholder først nogle generelle retningslinjer for håndtering af overtrædelser af en husorden. Det anføres bl.a., at der i forbindelse med enhver overtrædelse af reglerne i en husorden i første omgang skal anvendes dialog og pædagogiske værktøjer. Patienten skal desuden så tidligt som muligt informeres om, at det i yderste konsekvens kan få følger i form af begrænsninger i patientens frihed, hvis regler i husordenen ikke overholdes. Hvis det er umuligt at nå frem til en løsning gennem brug af dialog og pædagogiske virkemidler, og er overtrædelsen af husordenen til gene eller fare for patienten selv, andre patienter eller personalet, kan der iværksættes tiltag, som er afstemt i forhold til den konkrete situation. Mindste middels princip skal altid anvendes. En mindre overtrædelse af husordenen kan således ikke medføre unødigt kraftige begrænsninger over for en patient. Restriktioner eller begrænsninger må heller ikke bruges som sanktioner eller straf over for patienten, men skal relatere sig til den overtrådte regel i husordenen. Endelig anføres det, at enhver begrænsning løbende skal revideres og ophæves, så snart det er muligt, og at alle begrænsninger skal dokumenteres i patientjournalen med angivelse af baggrund, varighed, løbende revurdering og begrundelse for det videre forløb.

Herudover indeholder Psykiatriens vejledning en oversigt over de enkelte punkter i en husorden med angivelse af, hvem der har kompetence til at træffe beslutning om iværksættelse af begrænsninger ved overtrædelse af de enkelte punkter samt en beskrivelse af, hvordan personalet håndterer eventuelle overtrædelser.

*Jeg beder Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød om at oplyse, om centeret selv har fastsat retningslinjer om de begrænsninger og indgreb, der kan ske i den enkelte patients personlige frihed under indlæggelsen (herunder hvem der har kompetence til at træffe afgørelse om de forskellige indgreb og begrænsninger, hvornår beslutningerne om indgreb og begrænsninger skal revurderes, og krav til dokumentation i patientens journal), eller om centeret anvender Psykiatriens vejledning.*

Om besøg fremgår det af husordenen for det ungdomspsykiatriske døgnafsnit (og for dagafsnittet), at det tilstræbes, at de unge kommer hjem i weekender og helligdage, men hvis de ikke gør det, er der mulighed for besøg på afsnittet. Husordenerne oplyser bl.a., at tiderne for besøg på det ungdomspsykiatriske døgn- og dagafsnit aftales individuelt, men ligger inden for nærmere angivne tidsrum. Ud over i weekenden er der mulighed for besøg om onsdagen mellem kl. 18.30 og 20.30.

Der er ikke oplysning om, hvor besøg foregår, men jeg går ud fra, at det foregår på afsnittet – enten på patientens stue eller i afsnittets opholdsrum.

I forbindelse med inspektionen i 2002 blev det oplyst, at der på ungeafsnittet som led i behandlingen kunne tænkes behandlingsmæssigt begrundede besøgsbegrænsninger. Det samme gjaldt i tilfælde af konkret mistanke om risiko for indsmugling af stoffer. På ombudsmandens anmodning om præcisering af, under hvilke omstændigheder behandlingsmæssige årsager kan indebære begrænsninger i besøgsadgangen, blev det bl.a. oplyst, at der undertiden af hensyn til patienten eller til medpatienter kan være tale om, at pårørende anmodes om kun at aflægge besøg én eller få personer adgang, ligesom den tidsmæssige udstrækning undertiden kan foreslås indskrænket. Det oplyste gav ikke ombudsmanden anledning til bemærkninger.

*Jeg går ud fra, at det fortsat kan forekomme, at der træffes beslutning om besøgsbegrænsninger. Jeg beder om at få oplyst, om det hænder, at der træffes beslutning om besøgsforbud og overvåget besøg. Jeg går i øvrigt ud fra, at der sker løbende revurdering af beslutninger om besøgsbegrænsninger i overensstemmelse med Psykiatriens vejledning af 24. januar 2009 om overtrædelser af husordenen, hvorefter begrænsninger i forhold til besøg bør revurderes med højst 14 dages mellemrum.*

Under inspektionen blev det oplyst, at de unge gerne må besøge hinanden på deres stuer.

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).

Ombudsmanden har i brev af 20. september 2011 i en sag, der er rejst af egen drift, bedt Indenrigs- og Sundhedsministeriet (nu Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse) om en udtalelse om nogle retlige problemer vedrørende retsgrundlaget for psykiatriske afdelingers ransagninger af patienternes stuer og personer og beslaglæggelse af ejendele. Ministeriet har svaret i brev af 6. juli 2012. Ombudsmanden har endnu ikke afsluttet sine overvejelser i denne sag.

Under inspektionen blev det oplyst, at Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød ikke har problemer med brug af euforiserende stoffer blandt de unge.

I forbindelse med inspektionen i 2002 blev det generelt oplyst, at patienterne har fuld og uindskrænket adgang til at modtage breve, pakker og anden post uden personalets indblanding, når der bortses fra de patienter, der er anbragt i varetægtssurrogat med retslig bestemt brev- og besøgskontrol. Det blev desuden oplyst, at patienten i enkelte tilfælde ved åbenlys mistanke eller viden om, at der indsmugles euforiserende stoffer eller instrumenter med henblik på at skade sig selv eller begå selvmord, vil blive anmodet om at åbne brev/pakke under personalets tilstedeværelse.

I husordenen for de ungdomspsykiatriske dagafsnit er det nævnt, at personalet kan visitere patienter eller besøgende, hvis der er *mistanke* om, at de medbringer alkohol

eller euforiserende stoffer på afsnittet. Det forklares i husordenen, at visitation betyder, at personalet undersøger f.eks. patientstue, tasker, lommer og tøj, og der gøres samtidig opmærksom på, at besøgende kun kan visiteres på frivillig basis.

*Kriteriet for at foretage visitation i henhold til psykiatrilovens § 19 a er en "begrundet mistanke" om, at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande er blevet eller vil blive forsøgt indført til patienten.*

*Jeg går derfor ud fra, at centeret vil rette ordlyden i husordenen i forbindelse med en kommende revision, så den bliver i overensstemmelse med § 19 a (begrundet mistanke).*

Der er mønttelefon på afsnittet. Patienterne på det ungdomspsykiatriske afsnit må gerne medbringe egne mobiltelefoner, hvilket de fleste også gør, men de må kun bruges på deres egne stuer, og når de er ude af afsnittet. Der må ikke tages fotografier eller videooptagelser af patienter eller personale. I skolen skal telefonerne være på lydløs.

Computere kan ifølge husordenen medbringes efter særlig aftale til lektiebrug. Under rundgangen så ombudsmanden, at (i hvert fald) en af patienterne havde sin egen bærbare pc på stuen.

Der er regler om brug af mobiltelefon mv. i husordenen. Under rundgangen på det ungdomspsykiatriske afsnit så ombudsmanden også et opslag på en opslagstavle om regler for brug af mobiltelefon og pc på dette afsnit. I dette opslag er det også nævnt, at afsnittet ser sig nødsaget til at opbevare patientens mobiltelefon eller pc, hvis den bruges på en måde, der ikke er forenelig med patientens behandling, eller patienten ikke overholder reglerne for brugen heraf.

Under inspektionen blev det oplyst, at centeret sjældent træffer beslutning om begrænsninger i patienternes adgang til at benytte deres mobiltelefoner. Der benyttes en "tretrinsraket", hvor reaktionen første gang er, at telefonen skal opbevares i patientens eget skab. Næste trin er, at telefonen vil blive opbevaret af afsnittet, og sidste trin, at forældrene får telefonen med hjem.

*Jeg har noteret mig, at det kun sjældent forekommer, at der træffes beslutning om begrænsning i den enkelte patients adgang til at telefonere.*

Det er også nævnt i opslaget, at afsnittet desværre ikke kan stille internetadgang til rådighed for personlige pc'er, men at der er adgang hertil fra afsnittets pc i opholdsstuen.

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

Som nævnt i indledningen bad ombudsmanden under inspektionen om at modtage udskrift/kopi af de tilførsler i tvangsprotokollen, der var foretaget på centeret fra 1. januar 2011 til 3. november 2011, jf. bekendtgørelse nr. 1342 af 2. december 2010 om tvangsprotokoller og optegnelser samt registrering og indberetning af tvang samt udskrivningsaftaler og koordinationsplaner på psykiatriske afdelinger.

Reglerne om de enkelte tvangsforanstaltninger fremgår af bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger.

De to bekendtgørelser, der begge trådte i kraft den 8. december 2010, har afløst bekendtgørelse nr. nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger.

I det følgende vil bekendtgørelse nr. 1338 blive omtalt som tvangsbekendtgørelsen og bekendtgørelse nr. 1342 som tvangsprotokolbekendtgørelsen.

Efter tvangsprotokolbekendtgørelsens § 21, stk. 1 og 2, skal overlægen på afdelingen løbende foretage elektronisk indberetning til Sundhedsstyrelsen – og til den ansvarlige sygehusmyndighed – af bl.a. de i §§ 2-14 omhandlede foranstaltninger. Bekendtgørelsens §§ 2-14 indeholder bestemmelser om, hvilke oplysninger der skal ske tilførsel af i afdelingens tvangsprotokol.

Indberetningen efter § 21, stk. 1, skal indeholde de i §§ 2-14 krævede oplysninger, jf. bekendtgørelsens § 22, 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 tvangsprotokolbekendtgørelsen har Sundhedsministeriet udarbejdet en vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller, nu vejledning nr. 9713 af 20. december 2011 om udfyldelse af tvangsprotokoller (registrering af anvendelse af tvang i psyki-



atrien, herunder registrering af foranstaltninger over for mindreårige) 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, der har udarbejdet et elektronisk indberetningsprogram til brug for denne indberetning (Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem).

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 også af vejledningen, at Sundhedsstyrelsen med henblik på at få belyst, hvor mange foranstaltninger der foretages over for mindreårige med samtykke fra forældremyndighedens indehaver, men mod den mindreåriges vilje, har henstillet til, at dette registreres i afdelingens tvangsprotokol og indberettes til Sundhedsstyrelsen.

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 skærming, 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 Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød, er udskrifter af de elektroniske skemaer, der er foretaget i tilslutning til de enkelte indgreb.

Materialet vedrører tvangsforanstaltninger i perioden fra den 3. februar 2011 til og med den 26. oktober 2011. Materialet omfatter 12 skemaer, der som tidligere nævnt består af fem skemaer om tvangstilbageholdelse (skema 1), to skemaer om tvangsbehandling (skema 2), ét skema om tvangsfiksering og fysisk magtanvendelse (skema 3) og fire skemaer om fysisk magtanvendelse (skema 3), der omfatter ét tilfælde af fastholdelse og tre tilfælde af døraflåsning. Materialet bliver gennemgået under pkt. 6.1 – 6.3 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 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 de fem skemaer om frihedsberøvelse fra ungdomspsykiatrisk afsnit i Hillerød, som jeg har modtaget. Skemaerne omfatter fire forskellige patienter og vedrører frihedsberøvelser iværksat i perioden fra den 7. februar 2011 til den 26. oktober 2011. I alle tilfælde er frihedsberøvelsen 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 § 2, nr. 3, i tvangsprotokolbekendtgørelsen. 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 tilfælde farlighed.

Det er overlægen, der har kompetencen til at træffe beslutning om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, jf. henholdsvis § 9, stk. 2, og § 10, stk. 1, i psykiatriloven. Af psykiatrilovens § 4 a, 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.

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 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 tre af de fem tilfælde har overlægen taget stilling til frihedsberøvelsen samme dag som iværksættelsen, og i ét tilfælde dagen efter. I det sidste tilfælde tog overlægen stilling til frihedsberøvelsen syv dage efter iværksættelsen. Det drejer sig om en pati-

ent, der blev tvangstilbageholdt den 26. oktober 2011, og hvor datoen for overlægens stillingtagen er den 2. november 2011.

*Jeg går ud fra, at der har været en særlig begrundelse for, at overlægens stillingtagen først skete efter syv dage. Jeg foretager mig på denne baggrund 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 tvangsprotokolbekendtgørelsens § 2, 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 tvangsindlagt patient senere tvangstilbageholdes. Datoerne for efterprøvelser og dato for overlægens stillingtagen i denne forbindelse anføres i rubrikkerne under overskriften "Efterprøvelse af frihedsberøvelse".

I ingen af tilfældene varede frihedsberøvelsen mere end tre dage.

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 alle fem skemaer er datoen for ophør af frihedsberøvelsen angivet.

## **6.2. Tvangsbehandling**

Ved tvangsbehandling benyttes "Tvangsprotokol – skema 2"

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2011 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.

Ombudsmanden har som tidligere nævnt modtaget to skemaer om tvangsbehandling fra ungdomspsykiatrisk afsnit i Hillerød. De vedrører begge tvangsernæring (over for samme patient).

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 § 7 må tvangsernæring kun gennemføres, hvis patienten opfylder betingelserne i § 1, stk. 1, og tvangsernæringen er nødvendig for at redde patientens liv, eller hvor undladelse vil medføre en alvorlig risiko for patientens liv eller helbred.

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 tvangsprotokolbekendtgørelsens § 4, nr. 4, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af navnet på den ordinerende overlæge. Efter Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse 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 de skemaer, som jeg har modtaget, er datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen og datoen for overlægens stillingtagen (samme dag i begge tilfælde) angivet. Navnet på den ordinerende læge er også anført.

Ifølge tvangsprotokolbekendtgørelsens § 4, 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 "udsigt til væsentlig forringelse af helbredet", eller "nærliggende eller væsentlig fare for patienten eller andre", eller "aktuel eller potentiel livstruende tilstand".

Begrundelsen for beslutningen om tvangsernæring er i skemaerne angivet som udsigt til væsentlig forringelse af helbredet.

I rubrikken "Art og omfang" (tvangsbekendtgørelsens § 37, nr. 2) skal 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 ene af de skemaer, som jeg har modtaget, er det i rubrikken "Art og omfang" anført, at patienten skal have sondeernæring i det omfang, hun ikke spiser hele sin diæt. I det andet er der blot anført sondeernæring.

*Udfyldelsen af rubrikken "Art og omfang" i forbindelse med tvangsernæringen giver mig ikke 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 ene af de skemaer, som jeg har modtaget, er det i rubrikken om tilladt magtanvendelse anført, at patienten kan fastholdes, når sonden skal anlægges og maden gives, hvis patienten modsætter sig nødvendig sondeernæring. I det andet skema er kun anført fastholdelse.

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

I de skemaer, som jeg har modtaget, er navnet på den tilstedeværende læge angivet med fornavn i alle tilfælde. Det ene skema omfatter kun én behandling, det andet flere behandlinger.

Endelig skal datoen for beslutning om ophør af tvangsanvendelsen angives.

Dato for beslutning om ophør er anført i det ene af skemaerne (det med kun én behandling). Ophør skete 20 dage efter iværksættelsen.

I det andet tilfælde er rubrikken til notat om datoen for ophør ikke udfyldt. Seneste behandling skete i dette tilfælde 1. november 2011, og der var (således) ikke truffet beslutning om ophør endnu ved udleveringen af skemaet til ombudsmanden under inspektionen.

### **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 som tidligere nævnt modtaget i alt fem skemaer om tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt fra ungdomspsykiatrisk afsnit i Hillerød. Der er (som også tidligere nævnt) tale om ét skema om tvangsfiksering (bælte og remme) og fysisk magtanvendelse (indgivelse af beroligende medicin), ét skema om fysisk magtanvendelse (fastholdelse) og tre skemaer om døraflåsning.

Skemaerne vedrører perioden fra den 6. februar 2011 til og med den 26. oktober 2011 og omfatter fem patienter.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2011, 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 ud-

trykkeligt opmærksom på, at fastholdelse, der gennemføres som middel til anden tvang, ikke skal registres.

Det tilfælde, hvor der skete fastholdelse, vedrører fastholdelse af en patient, der blev tvangstilbageholdt samme dag.

*Hvis fastholdelsen skete for at gennemføre beslutningen om tvangstilbageholdelse, skulle fastholdelsen ikke 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, der 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 § 25.

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 § 6, nr. 4, § 7, nr. 4, § 13, nr. 3, og § 14, 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.

Ifølge lovens § 15, stk. 1, skal tvangsfiksering besluttet 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 § 19, stk. 5.

Der blev, som allerede nævnt, truffet én beslutning om anvendelse af bælte i kombination med remme. Datoen for overlægens stillingtagen er udfyldt. Overlægen tog stilling dagen efter, at beslutningen om anvendelse af bælte og 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 tvangsprotokolbekendtgørelsens § 6, 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. tvangsprotokolbekendtgørelsens § 7, 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. tvangsprotokolbekendtgørelsen §§ 13 og 14.

Navnet på den ordinerende læge er angivet i alle skemaer med for- og efternavn.

I tre tilfælde, der omfatter tvangsfikseringen, anvendelsen af fysisk magt (fastholdelse) og den ene af tilfældene med døraflåsning, er feltet "impliceret personale" udfyldt. Og så her er anført både for- og efternavn.

*For så vidt angår det ene tilfælde af døraflåsning gør jeg blot opmærksom på, at det i tvangsbekendtgørelsens § 14 ikke er angivet, at dette felt skal udfyldes.*

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

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

Efter tvangsprotokolbekendtgørelsens § 6, nr. 2 og 3, og § 7, nr. 2 og 3, skal der ved tvangsfiksering og fysisk magtanvendelse ske tilførsel i tvangsprotokollen af indgrebs 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. tvangsprotokolbekendtgørelsens § 13, nr. 2, og § 14, 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 tvangsindgrebs art og begrundelsen for indgrebet anført. I tilfældet af tvangsfiksering er begrundelsen farlighed og for så vidt angår beslutningerne om indgivelse af beroligende medicin urolig tilstand, da kun denne begrundelse kan anvendes. I tilfældet af fastholdelse er begrundelsen farlighed. I to af de tre tilfælde af døraflåsning er begrundelsen at forhindre, at patienten utilsigtet udsætter sig for fare, og i det sidste tilfælde 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. tvangsprotokolbekendtgørelsens § 6, nr. 4, § 7, nr. 4, § 13, nr. 3, og § 14, nr. 3, samt Sundhedsstyrelsens vejledning og brugervejledning.

Der er i alle tilfælde – med undtagelse af tilfældene af anvendelse af beroligende medicin – angivet ophørstidspunkt med dato og klokkeslæt.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (nu Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse) har tidligere over for ombudsmanden 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 af 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 fire gange i døgnet jævnt fordelt, efter at beslutningen om anvendelse af tvangsfiksering er truffet, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 4, og tvangsbekendtgørelsens § 22, stk. 1. Tidspunktet for den fornyede lægelige vurdering og navnet på den læge, der har foretaget vurderingen, skal angives i tvangsprotokollen, jf. tvangsprotokolbekendtgørelsens § 6, 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 § 22, 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 § 22, stk. 7. 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. tvangsprotokolbekendtgørelsens § 6, 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 særskilt stilling til den fortsatte anvendelse af disse tvangsmidler, jf. tvangsbehandlingens § 22, stk. 4. 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. 9427 af 20. januar 2011 om bl.a. obligatorisk vurdering ved tvangsfiksering.

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

Ifølge vejledningen er det også kun ved bæltfiksering, 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.

Den tvangsfiksering, som jeg har gennemgået, varede knap 13 timer. Der mangler kopi af skemaets bagside, hvor der er rubrikker til den obligatoriske efterprøvelse.

*Jeg går ud fra, at der er foretaget obligatorisk efterprøvelse i dette tilfælde.*

### **Opfølgning**

*Som det fremgår af de enkelte afsnit ovenfor, har jeg bedt Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød om nærmere oplysninger mv. om forskellige forhold. Jeg beder om, at disse oplysninger mv. sendes gennem Region Hovedstadens Psykiatri, så Psykiatrien kan få lejlighed til at kommentere det, som centeret/afsnittene anfører.*

**Underretning**

Denne rapport sendes til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerød, Region Hovedstadens Psykiatri, Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Hillerøds patienter og pårørende.

København, den 29-10-2012



Jørgen Steen Sørensen