



Folketingets Retsudvalg
Christiansborg
1240 København K

Gammeltorv 22
DK-1457 København K

Tlf. +45 33 13 25 12
Fax +45 33 13 07 17

www.ombudsmanden.dk
post@ombudsmanden.dk

Personlig henvendelse: 10-14
Telefonisk henvendelse:
Man.-tors. 9-16, fre. 9-15

Afrapportering af tema for Tilsynsafdelingens tilsynsbesøg i 2015 vedrørende enkeltmandsprojekter

12-05-2016

Til Retsudvalgets orientering vedlægger jeg en kopi af følgende temarapport:

Dok.nr. 15/01652-10/EDS
Bedes oplyst ved henvendelse

- Tema for tilsynsbesøg: Enkeltmandsprojekter

+ bilag

Det andet tema var sikringscelleanbringelser. Retsudvalget vil også modtage en kopi af min temarapport om dette tema.

I rapporten sammenfatter og formidler jeg de væsentligste resultater af temaet.

Jeg lægger en nyhed på min hjemmeside om afrapporteringen.

Med venlig hilsen

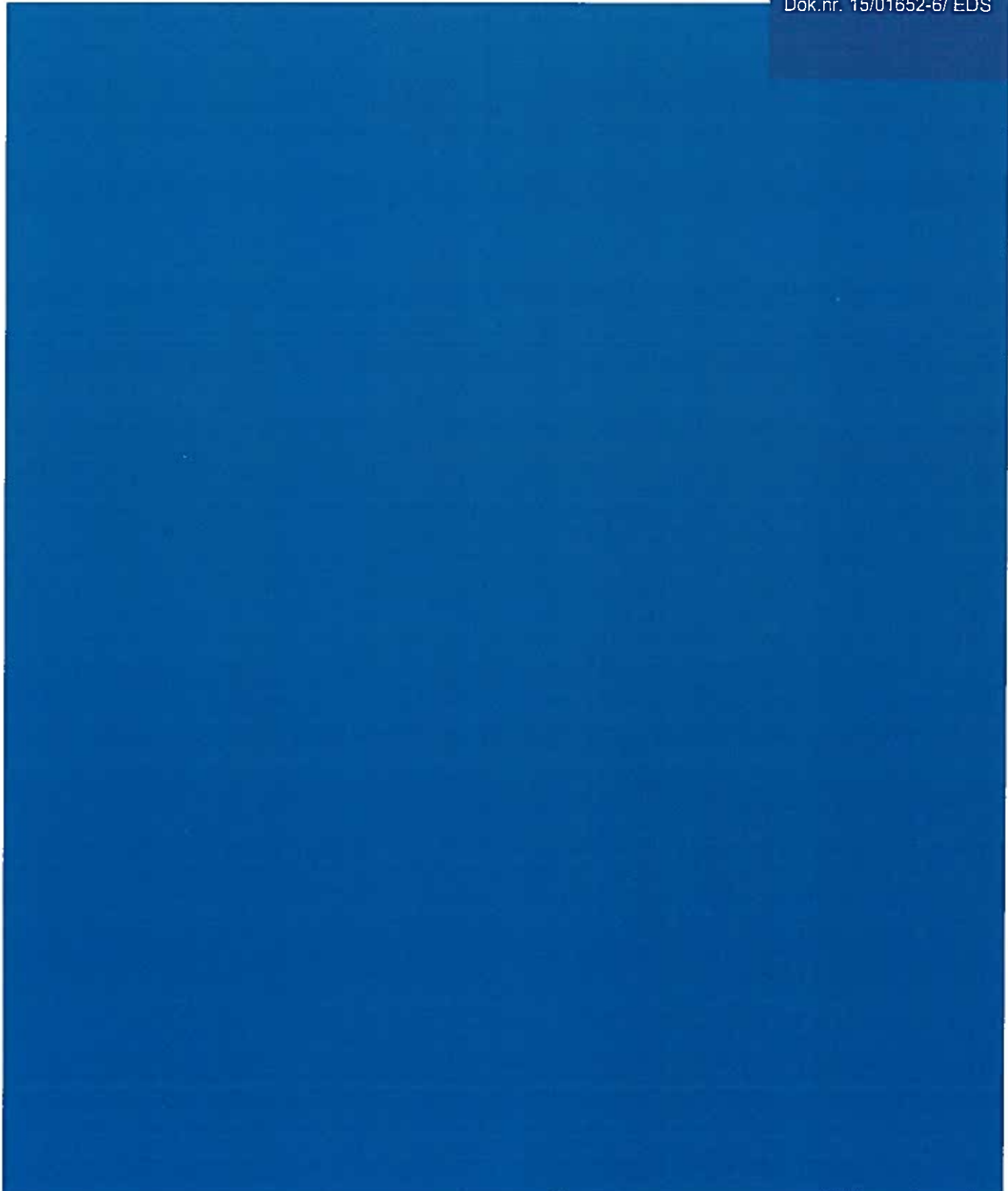
Jørgen Steen Sørensen



Temarapport 2015

om enkeltmandsprojekter

Dok.nr. 15/01652-6/ EDS



Hvad har temaet ført til?

Behandlingen af personer i såkaldte enkeltmandsprojekter var valgt som tema for de tilsynsbesøg, som ombudsmanden i samarbejde med Institut for Menneskerettigheder og DIGNITY – Dansk Institut Mod Tortur gennemførte på voksenområdet i 2015.

Enkeltmandsprojekter er et samlebegreb for de tilbud, der efter serviceloven gives til borgere med en adfærd, der er så problemskabende, at de ikke kan rummes i det normale samvær i de specialiserede botilbud for mennesker med eksempelvis psykisk sygdom eller handicap.

Ombudsmandens overordnede vurdering var, at personalet på institutionerne generelt var reflekterende i dagligdagens mange praktiske og etiske dilemmaer og omsorgsfulde og udviklingsorienterede over for disse særligt svage borgere. De fysiske forhold, som disse borgere lever under, var gode, og de (30) pårørende og værgere, som ombudsmandens besøgshold talte med under besøgene, gav med enkelte undtagelser udtryk for stor tilfredshed med forholdene og de ansattes indsats.

Tilsynsbesøgene på de 14 institutioner, som ombudsmandens undersøgelse omfattede, viste dog også, at der opstår dilemmaer for de ansatte i deres bestræbelser på at yde borgerne den bedste behandling. Dilemmaerne opstår typisk, fordi lovgivningen ikke giver mulighed for de ansatte til med magt at gennemføre tiltag, der er nødvendige for borgeren eller i borgerens interesse, f. eks. en nødvendig sundhedsundersøgelse.

Tilsynsbesøgene førte også til, at ombudsmanden efter besøg på to institutioner rejste sager af egen drift om, hvorvidt servicelovens regler for magtanvendelse i konkrete tilfælde var efterlevet.

Endelig viste tilsynsbesøgene, at de ansvarlige kommuner i mange tilfælde, hvor der er anvendt magt, ikke giver underretning og klagevejledning, ligesom de ansvarlige kommuner har en uensartet praksis i forhold til at give tilbagemeldinger på institutionernes indberetninger om magtanvendelse.

Tilsvarende dilemmaer findes på børne/ungeområdet.

Temaraapporten vil blive forelagt for Social- og Indenrigsministeriet og for Sundheds- og Ældreministeriet med henblik på ministeriernes overvejelser om problemstillingerne. Ombudsmanden har på et møde i januar 2016 haft en foreløbig drøftelse af pro-

blemstillingerne i rapporten med Sundheds- og Ældreministeriet vedrørende de sundhedsfaglige problemstillinger.

Temarapporten er også sendt til Socialstyrelsen, de sociale tilsyn og de institutioner, som ombudsmanden besøgte som led i temaet.

Baggrunden for temavalget

Formålet med ombudsmandens tilsyn på det sociale område er navnlig at medvirke til at sikre, at samfundets mest udsatte borgere bliver behandlet med værdighed og respekt og i øvrigt i overensstemmelse med deres rettigheder.

Da enkeltmandsprojekter blev valgt som et tema for ombudsmandens tilsynsbesøg i 2015, havde der i medierne været omtalt flere tilfælde, hvor borgere i enkeltmandsprojekter var blevet udsat for omsorgssvigt og i visse tilfælde for ulovlige magtanvendelser.

I Danmark er der 5 socialtilsyn (et i hver region), som fører tilsyn med de sociale institutioner. Ifølge oplysninger, som ombudsmanden fik fra socialtilsynene, forelå der ikke systematiske undersøgelser af forholdene for borgerne i enkeltmandsprojekter, og socialtilsynenes kontrol med institutionerne på det sociale område er ikke rettet specifikt mod disse borgere, men mod institutionerne som helhed.

Ombudsmanden besluttede på den baggrund i 2014 at vurdere forholdene for disse personer ved sine tilsynsbesøg på det sociale område i 2015.

Hvordan gjorde ombudsmanden?

Hvordan blev undersøgelsen tilrettelagt?

På nettet er oplysninger om sociale institutioner samlet på Tilbudsportalen. Efter beslutningen om at undersøge enkeltmandsprojekter nærmere var truffet, viste det sig imidlertid vanskeligt at identificere sådanne "enkeltsmandsprojekter" ved hjælp af Tilbudsportalen eller ved søgninger på internettet, herunder på kommunernes hjemmesider. Hertil kom, at "enkeltsmandsprojekter" ikke er et entydigt begreb og også går under betegnelser som "særforanstaltninger", "soloprojekter" eller "sommerhusprojekter". Begrebet anvendes heller ikke i serviceloven, og det har over tid og i forskellige sammenhænge været defineret på lidt forskellig vis.

Ombudsmanden valgte til brug for sin undersøgelse af området at tage udgangspunkt i den definition, der anvendes i rapporten "Tilbud til voksne med problemskabende adfærd", udgivet i 2010 af Vidensteamet, i kombination med den definition, der anvendes i Socialstyrelsens rapport "Særforanstaltninger – anbefalinger til god praksis for organisering, samarbejde og borgerinddragelse", udgivet i 2014. Den førstnævnte rapport findes på Socialpædagogernes Vidensbanks hjemmeside, mens den sidstnævnte findes på Socialstyrelsens hjemmeside.

På baggrund af vanskelighederne med at identificere borgerne i enkeltmandsprojekter og deres bosteder bad ombudsmanden de 5 største kommuner og 5 tilfældigt udvalgte kommuner, fordelt over hele landet, om at oplyse, hvilke borgere kommunerne havde truffet beslutning om at yde særlig bistand i enkeltmandsprojekter. Borgerne skulle opfylde følgende betingelser:

- Borgeren skal modtage bo- eller helhedstilbud, hvor den samlede døgntakst overstiger 5.000 kr. (alt inkl.).
- Derudover skal borgeren være voksen (+18 år) med varig funktionsnedsættelse. Funktionsnedsættelsen skal skyldes udviklingshæmning, senhjerneskade og/eller autismespektrumforstyrrelser eller andre gennemgribende udviklingsforstyrrelser.
- Borgeren skal tillige udvise problemskabende adfærd, som kræver en personalenormering på mindst 1:1

På baggrund af de modtagne oplysninger fra de ti kommuner valgte ombudsmanden at besøge 14 institutioner. De besøgte institutioner fremgår af bilag 1.

Institutionerne blev valgt, så de dækkede alle landsdele og alle tre ejerformer, dvs. privat (3), kommunal (9) eller regional (2). Besøgene på de 14 institutioner dækkede i alt 79 personer, der var omfattet af definitionen ovenfor.

Hvad blev undersøgt ved besøgene?

Ved besøgene undersøgte ombudsmanden især følgende forhold:

- Magtanvendelse, herunder antal og procedurer
- Andre indgreb over for borgerne
- De fysiske forhold for borgerne, herunder borgernes udviklingsaktiviteter
- Relationerne mellem borgerne og de ansatte, herunder spørgsmålet om vold og trusler (såvel borgere over for ansatte, borgere over for borgere og ansatte over for borgere)

- Relationerne mellem borgerne og deres pårørende/værger, herunder hvorledes institutionen arbejder for at opretholde/forbedre relationen
- Borgernes sundhedsbetjening, herunder institutionens medicinhåndtering

Hvordan blev forholdene undersøgt?

Forud for hvert besøg bad ombudsmanden institutionen om oplysninger om en række forhold, dels om institutionens generelle forhold, dels om de borgere, som besøget omfattede.

Desuden blev institutionen bedt om en kort redegørelse (samlet maksimalt 3 sider) for følgende forhold: 1) hvordan institutionen forebyggede, at beboerne kom i umenneskelige og nedværdigende situationer, 2) hvilke væsentlige, problematiske hændelser institutionen havde oplevet inden for det seneste år, 3) hvilke faglige (ikke økonomiske) hovedudfordringer institutionen havde i 2015, 4) hvordan beboernes adgang til lægebetjening var tilrettelagt og 5) institutionens brug af vikarer (hvornår brugte institutionen vikarer, i hvilket omfang og hvilke kvalifikationer havde vikarerne).

Endelig blev de kommuner, som var ansvarlige for borgerne i enkeltmandsprojekter (handlekommuner) på den pågældende institution, bedt om at fremsende de seneste tre rapporter fra de personrettede tilsyn, som kommunen havde gennemført i forhold til borgeren.

Ved hvert besøg blev det ansvarlige sociale tilsyn inviteret til at deltage i besøget. I den forbindelse bad ombudsmanden de sociale tilsyn om at oplyse, om tilsynene havde fundet anledning til at underrette de anbringende kommuner i forbindelse med tilsynenes kontrol med institutionerne. De sociale tilsyn deltog i langt hovedparten af ombudsmandens besøg.

Under besøgene havde ombudsmandens besøgshold samtaler med institutionens ledelse, personale (herunder sundhedsfagligt personale), pårørende og værger samt beboere. Besøgsholdene gennemførte samtaler med 30 pårørende, heraf 13 værger, og med 15 beboere. De fleste af de 79 borgere var det ikke muligt at føre samtale med, da de enten ikke havde noget sprog eller havde så store problemer, at en samtale med fremmede ville virke negativt ind på deres sindstilstand.

Tilsynsbesøgene blev gennemført som led i ombudsmandens almindelige tilsynsvirksomhed efter ombudsmandslovens § 18 og som led i ombudsmandens arbejde med at forebygge, at personer, der er eller kan blive berøvet deres frihed, udsættes for f.eks. umenneskelig eller nedværdigende behandling, jf. den valgfri protokol til FN-

konventionen mod tortur og anden grusom, umenneskelig eller nedværdigende behandling eller straf.

Ombudsmandens arbejde for at forebygge nedværdigende behandling mv. i henhold til protokollen udføres i samarbejde med Institut for Menneskerettigheder og DIGNITY – Dansk Institut Mod Tortur. DIGNITY og Institut for Menneskerettigheder bidrager i samarbejdet med særlig lægefaglig og menneskeretlig ekspertise. Dette betyder bl.a., at personale med denne ekspertise på vegne af de to institutter deltager i planlægning og gennemførelse af og opfølgning på tilsynsbesøg.

Hvad fandt ombudsmanden ud af?

Ombudsmandens overordnede vurdering var som nævnt, at personalet på institutionerne generelt var reflekterende i dagligdagens mange praktiske og etiske dilemmaer og omsorgsfulde og udviklingsorienterede over for disse særligt svage borgere. De fysiske forhold, som disse borgere levede under, var gode, og de (30) pårørende og værger, som ombudsmandens besøgshold talte med under besøgene, gav med enkelte undtagelser udtryk for stor tilfredshed med forholdene og de ansattes indsats.

Dilemmaer

Ombudsmandens besøgshold konstaterede dog også, at institutionerne stod over for en række dilemmaer i deres daglige bestræbelser på at yde borgerne den bedste behandling. Dilemmaerne opstår bl.a. i borgerens møde med sundhedsbehandlingssystemet, i borgerens møde med andre borgere uden for eller på institutionen, i transportsituationer, og for nogle borgeres vedkommende ved deres almindelige færden. I det følgende beskrives disse dilemmaer nærmere.

Borgerens møde med sundhedsbehandlingssystemet

I mere end halvdelen af de besøgte institutioner blev det oplyst, at der var borgere, for hvem det var meget angstprovokerende at skulle til tandlæge, læge eller på hospitalet for at få foretaget tandfyldning eller rensning af tænderne, få taget blodprøver eller andre undersøgelser og operationer. Disse borgere var som oftest uden sprog og med en udviklingsalder på mellem 2 og 4 år. De var således ikke i stand til at forstå nødvendigheden af at indvillige i behandlingen eller undersøgelsen. Indhentelse af samtykke fra værge eller pårørende var ifølge institutionernes og de pårørendes oplysninger ikke et problem i denne sammenhæng. Problemet var, at borgeren satte sig fysisk til modværge i forhold til nødvendige undersøgelser eller behandling.

I flere tilfælde, som ombudsmanden fik oplysning om, havde det været nødvendigt for de ansatte i sidste ende at anvende magt til at fastholde borgeren, så den nødvendige behandling, blodprøvetagning eller undersøgelse kunne gennemføres. Nogle institutioner havde valgt at indberette sådanne magtanvendelser som ikke-hjemlede magtanvendelser til både den anbringende kommune og socialtilsynet.

Et par institutioner oplyste under ombudsmandens tilsynsbesøg, at de for et par år siden havde orienteret Socialministeriet om de ikke-hjemlede magtanvendelser med henblik på at få ministeriet til at se på spørgsmålet.

I de fleste situationer, hvor der var blevet anvendt magt, var der tale om fastholdelse i kortere tid, indtil bedøvelsen virkede, eller blodprøven var taget. Ombudsmandens besøgshold fik dog også oplysninger om enkelte situationer, hvor magtanvendelsen havde været mere omfattende. I et tilfælde havde man på en institution været ude for et tilfælde, hvor en yngre beboer på en gåtur i naturen var kommet ud for et alvorligt styrt. Styrtet havde medført, at beboerens ene ben var brækket adskillige steder. Ikke desto mindre havde beboeren forsøgt at løbe bort på sit brækkede ben, og den ansatte havde været nødt til at fastholde beboeren på jorden i længere tid, inden redningsmandskab var kommet til undsætning.

På hospitalet havde beboeren sat sig til modværge i forbindelse med behandlingen og sparket med det brækkede ben, der skulle opereres og lægges i gips. For at sikre, at beboeren fik den nødvendige behandling, var beboeren blevet fastholdt af flere personer fra institutionen. Den ansvarlige myndighed havde efterfølgende gennemført en meget grundig analyse af sagen med henblik på læring i institutionen.

I medierne har der været omtalt nogle sager, hvor en beboer modsatte sig undersøgelser, og hvor undersøgelserne ikke var blevet gennemført med magt. De manglende undersøgelser havde ført til, at beboeren ikke i tide havde fået den nødvendige behandling og som følge heraf var afgået ved døden.

Både ledelser og ansatte på institutionerne, som ombudsmanden besøgte, var bekendt med, at magtanvendelse i sådanne situationer ikke havde hjemmel i hverken serviceloven eller sundhedsloven.

Dilemmaet for ledelserne og de ansatte opstår i situationer, hvor det trods omfattende pædagogisk indsats ikke er muligt at opnå en frivillig medvirken til en nødvendig behandling eller undersøgelse, men hvor behandlingen eller undersøgelsen er nødvendig for at sikre, at borgerens sygdomstilstand ikke forværres. Serviceloven giver ikke

hjemmel til at anvende magt i disse situationer, men den manglende undersøgelse eller behandling udgør efter institutionens vurdering et omsorgssvigt over for borgeren.

Serviceovens § 126 opstiller flere betingelser for, at akut magtanvendelse anses for lovlig. Serviceovens § 126 lyder således:

"§ 126. Kommunalbestyrelsen kan træffe afgørelse om at anvende fysisk magt i form af at fastholde en person eller føre denne til et andet opholdsrum, når

- 1) der er nærliggende risiko for, at personen udsætter sig selv eller andre for at lide væsentlig personskade, og
- 2) forholdene i det enkelte tilfælde gør det absolut påkrævet."

I mange af sundhedsbehandlingssituationerne, f.eks. tandrensning, tandretning eller blodprøvetagning for at justere diabetesmedicinering, er der efter institutionernes opfattelse ikke grundlag for at anvende magt efter § 126 i serviceoven. Omvendt kan undladelsen af at få gennemført sådanne sundhedsbehandlinger – særlig med tiden – udgøre et omsorgssvigt.

Efter sundhedslovens § 19 kan der i visse stærkt begrænsede situationer foretages sundhedsmæssig behandling uden samtykke. § 19 lyder således:

"§ 19. Hvis en patient, der midlertidigt eller varigt mangler evnen til at give informeret samtykke eller er under 15 år, befinder sig i en situation, hvor øjeblikkelig behandling er påkrævet for patientens overlevelse eller for på længere sigt at forbedre patientens chance for overlevelse eller for et væsentligt bedre resultat af behandlingen, kan en sundhedsperson indlede eller fortsætte en behandling uden samtykke fra patienten eller fra forældremyndighedens indehaver, nærmeste pårørende eller værge."

Tvangsbehandlingen udøves på baggrund af nødretsbetragtninger for at forebygge alvorlige skader på patienten, jf. bl.a. Mette Hartlev m.fl., Sundhed og Jura (2013), side 148 f, og pkt. 34 i vejledning til serviceoven om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne, herunder pædagogiske principper (vejledning nr. 8 af 15. februar 2011)

Der er ikke regler i sundhedsloven om anvendelse af tvang for at undgå omsorgssvigt.

Borgerens møde med andre borgere uden for institutionen

I flere tilfælde fik ombudsmanden oplyst, at borgerne i enkeltmandsprojekter, når de er på tur uden for institutionen, kan komme i situationer over for andre borgere, hvor det på grund af deres adfærd kan være nødvendigt at trække dem væk for at undgå fysiske konfrontationer, men hvor der ikke er tale om nærliggende risiko for væsentlig personskade, og hvor der derfor ikke kan anvendes magt over for borgeren efter § 126 i serviceloven.

Ombudsmandens besøgshold modtog også oplysning om, at borgere havde udsat sig selv for nedværdigende situationer ved at klæde sig af i det offentlige rum. Heller ikke i sådanne situationer er det muligt efter servicelovens bestemmelser med magt at føre beboeren væk.

Endelig blev situationer, hvor borgeren pludselig ønsker at løbe bort, nævnt. Sådanne situationer kan hurtigt udvikle sig til stor fare for borgerne, som kan forvirre sig ud på trafikerede områder, idet disse borgere langt fra er trafiksikre.

Personalet må efter serviceloven alene anvende pædagogiske midler i sådanne situationer. Efter det oplyste forekom det dog adskillige gange, at de pædagogiske midler ikke var tilstrækkelige, og at borgere i enkeltmandsprojekter var blevet udsat for verbale eller fysiske reaktioner fra medborgere, som havde påvirket dem meget stærkt i negativ retning.

Flere institutioner udtrykte derfor ønske om at have en videregående adgang til at gribe ind over for denne gruppe af borgere, når der var tale om eskalerende situationer. Det blev understreget, at ønsket alene skyldtes hensynet til at yde borgerne den bedste beskyttelse og omsorg.

Ved nogle af samtalerne med pårørende/værger fremkom de pårørende/værger uopfordret med ønske om, at institutionen, i videre omfang end det faktiske skete, ville anvende magt for at undgå, at borgeren kom i nedværdigende eller stærkt ubehagelige situationer.

Borgerens møde med andre borgere på institutionen

På institutioner med flere borgere i enkeltmandsprojekter forsøger institutionen ofte at skabe social kontakt mellem disse borgere eller med andre borgere på institutionen, som også er udviklingshæmmede, men ikke i enkeltmandsprojekt. I sådanne samvær hænder det, at en borger i enkeltmandsprojekt – ofte ganske uforudsigeligt – kan be-

gynde at skribe og ødelægge inventar eller tøjte til de øvrige borgere. En sådan adfærd kan være meget angstprovokerende for de øvrige borgere i lokalet.

Dilemmaet for personalet består i, at den omsorg, som de ønsker at yde borgerne, ikke kan bestå i at føre borgeren med den angstprovokerende adfærd ud af lokalet med anvendelse af magt ved f. eks. at tage vedkommende i armen. Servicelovens bestemmelse om magtanvendelse forudsætter som nævnt, at "der er nærliggende risiko for, at personen udsætter sig selv eller andre for at lide væsentlig personskaade", og at "forholdene i det enkelte tilfælde gør det absolut påkrævet". Der kan således gå ganske lang tid, inden institutionens medarbejdere med pædagogiske midler får bragt borgeren med den angstprovokerende adfærd eller de øvrige borgere ud af lokalet. Sådanne situationer skaber efter det, som institutionerne oplyste, angst hos borgerne, som kan være dagevis eller længere tid om at fortage sig.

Nogle institutioner og visse pårørende/værger gav på den baggrund udtryk for, at det ville være til fordel både for den angstprovokerende borger og for de øvrige borgere, at der var adgang til magtanvendelse i en begrænset form i disse situationer.

Borgeren og transport

På flere institutioner anvendte man en H-sele med magnetlås, når borgeren skulle transporteres i institutionens bus. Almindelige sikkerhedsseler ville borgeren selv kunne åbne, og det kunne skabe alvorlige trafiksikkerhedsmæssige problemer, fordi borgeren tog fat i eller slog chaufføren. Dilemmaet opstår, når borgeren frivilligt har sat sig ind i selen, men efterfølgende ønsker at komme ud. Det kan borgeren ikke ved egen hjælp, når der anvendes en H-sele. Borgeren er således mod sin vilje fastholdt af selen.

En sådan fiksering er der ikke mulighed for efter servicelovens bestemmelser. Heller ikke et samtykke fra en værge ville kunne føre til, at borgeren lovligt ville kunne holdes fastspændt mod sin vilje. Det følger af både de ovenfor nævnte vejledninger og af forarbejderne til værgemålsloven.

Ombudsmandens besøgshold fik på et par af institutionerne oplyst, at borgerens handlekommune havde givet tilladelse til at bruge H-selen. Ved disse lejligheder tilkendegav besøgsholdene, at sådanne tilladelser efter ombudsmandens opfattelse ikke kunne gives med hjemmel i servicelovens bestemmelser.

På de institutioner, hvor ombudsmandens besøgshold fik oplysning om anvendelse af H-sele med magnetlås, var borgerens værger/pårørende ifølge institutionerne orienteret herom og indforstået hermed.

Besøgsholdenes samtaler med værger/pårørende om brugen af H-sele viste, at de ikke anså brugen af H-sele for noget problem og ikke kunne forestille sig nogen anden løsning.

Borgeren og personligt sikkerhedsudstyr

Nogle få af de borgere, som undersøgelsen omfattede, led af epilepsi eller var så dårligt motorisk fungerende, at de ofte var udsat for at styrte med deraf følgende faldskader. I et tilfælde havde det forårsaget voldsom hjernerystelse og i et andet tilfælde kraniebrud.

For at undgå sådanne skader anvendte man på institutionerne bl.a. beskyttelseshjelme til borgerne. Borgerne ønsker dog i visse tilfælde ikke at få hjelmen på. I disse situationer er der ikke mulighed efter serviceloven for at tvinge borgeren til at bruge hjelmen. På de institutioner, hvor man havde borgere med behov for beskyttelseshjelme, blev det oplyst over for ombudsmandens besøgshold, at det altid blev respekteret, at borgeren ikke ville have hjelm på.

På institutionerne forsøgte man naturligvis at kompensere for risikoen for skader på borgeren ved, at personalet altid i sådanne situationer var meget tæt på borgeren, så borgeren kunne gribes i tide. Det skabte imidlertid stor bekymring hos personalet ikke fuldt ud at kunne sikre borgeren mod de alvorlige uheld, der af og til opstod.

De pårørende til borgere med behov for beskyttelseshjelme gav over for besøgsholdet udtryk for frustration over, at lovgivningen var sådan indrettet, at man ikke kunne tvinge borgeren til at bruge hjelm, når der var tale om alvorlig risiko.

Egen drift-sager

På to institutioner var der forhold, som gav ombudsmanden anledning til at rejse konkrete egen drift-sager.

På en af de besøgte institutioner blev der benyttet H-sele med en magnetlås, som borgeren ikke selv kunne komme ud af, ved transport af borgeren i institutionens køretøj. Endvidere blev der benyttet en gå-sele, som borgeren fik på – efter alt at dømme frivilligt - når de ansatte var ude at gå tur med borgeren.

Institutionen var af den opfattelse, at borgerens handlekommune, som også var ejer af den pågældende institution, havde givet tilladelse til anvendelse af H-selen, og at anvendelsen af gå-selen kunne ske ud fra arbejdsmiljømæssige hensyn til de ansatte.

Ombudsmanden bad den ansvarlige kommune om at redegøre nærmere for de eventuelle afgørelser, der var truffet af kommunen vedrørende anvendelsen af H-selen og gå-selen, herunder for det retlige grundlag for afgørelserne.

Ombudsmanden har ikke afsluttet sin behandling af den pågældende sag.

På en anden af de besøgte institutioner anvendte man en særlig alarm/døråbner med forsinkelse i en borgers bolig. Denne særlige døråbner skulle modvirke, at borgeren, uden personalets vidende og aktive opfølgning, kunne komme ud af sin bolig i en tilstand, hvor hun kunne være til fare for sig selv eller andre.

Det fremgik af det materiale, som institutionen før besøget havde sendt til ombudsmanden, at borgerens handlekommune skulle have givet tilladelsen i 2013, og at tilladelsen i forbindelse med udarbejdelsen af handleplanen i 2014 fra borgerens kommune var blevet gjort tidsubegrænset. Af afgørelsen fra 2013 fremgik den præcise lovhjemmel for afgørelsen ikke, og af handleplanen fremgik det ikke, på hvilket grundlag kommunen havde besluttet, at foranstaltningen skulle være tidsubegrænset.

Ombudsmanden bad på den baggrund borgerens handlekommune om nærmere at redegøre for grundlaget for afgørelsen og for grundlaget for, at foranstaltningen var gjort tidsubegrænset.

Sagen er afsluttet hos ombudsmanden. Ombudsmanden tilsluttede sig vurderingen i kommunens høringssvar om, at der ikke var hjemmel til at give en tidsubegrænset tilladelse til den omhandlede alarm/døråbner. Ombudsmanden fandt det derfor beklageligt, at der i en periode havde været etableret sådanne foranstaltninger hos beboeren uden fornøden hjemmel.

Magtanvendelsesindberetninger, underretning og klagevejledning

Ved besøgene drøftede ombudsmandens besøgshold særligt akutte magtanvendelser efter servicelovens § 126 med bostederne. Det i det følgende anførte vedrører sådanne magtanvendelser.

Magtanvendelsesindberetninger

I servicelovens § 136 findes reglerne for indberetning af magtanvendelser. Bestemmelsen lyder således:

"§ 136. Optagelse i botilbud efter § 129 og enhver form for magtanvendelse, herunder magtanvendelse i forbindelse med foranstaltninger efter §§ 125-128, skal registreres og indberettes af tilbuddet til den kommunalbestyrelse, der har ansvaret for borgerens ophold i tilbuddet, jf. §§ 9 og 9 b i lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, og til kommunalbestyrelsen i den kommune, der fører det driftsorienterede tilsyn med tilbuddet, jf. § 148 a i denne lov eller § 2 i lov om socialtilsyn. Har den borger, som indberetningen vedrører, ophold i et regionalt eller et kommunalt botilbud, skal tilbuddet desuden orientere den kommunale eller regionale driftsherre om magtanvendelsen.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsen skal udarbejde handleplaner i overensstemmelse med § 141 for personer, for hvem der foretages foranstaltninger som nævnt i stk. 1."

Denne bestemmelse er nærmere uddybet i § 9 i bekendtgørelse om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne samt om særlige sikkerhedsforanstaltninger for voksne og modtagepligt i boformer efter serviceloven (bekendtgørelse nr. 392 af 23. april 2014) og i Socialministeriets vejledning om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne, herunder pædagogiske principper (vejledning nr. 8 af 15. februar 2011), pkt. 107.

Socialministeriet har i 2012 udgivet Vejledning om magtanvendelse i forhold til personer med betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne – Til myndighedspersoner. I vejledningen (vejledningens s. 33) er processen for behandling af indberetninger om magtanvendelse beskrevet nærmere. Det fremgår heraf bl.a., at institutionen indsender indberetningen til handlekommunen og socialtilsynet, at handlekommunen træffer afgørelse vedrørende indgrebets lovlighed, og at handlekommunen giver klagevejledning til borgeren. Det bemærkes dog, at der ikke er regler i serviceloven eller den ovennævnte bekendtgørelse om, at handlekommunen skal træffe afgørelse vedrørende indgrebets lovlighed eller skal give klagevejledning til borgeren.

Ombudsmandens besøg viste, at alle bosteder – efter egne oplysninger – indsender alle indberetninger om magtanvendelse til handlekommunen og til det relevante socialtilsyn. En række kommunale tilbud sender også alle indberetninger til deres ejerkommune, ligesom de regionale tilbud sender alle indberetninger til regionen. Alle til-

bud var bekendt med, at socialtilsynet ikke skulle melde tilbage vedrørende den enkelte indberetning.

Ved besøgene viste det sig også, at ingen af de besøgte institutioner får tilbagemeldinger på alle deres indberetninger om magtanvendelse til handlekommunerne.

Besøgene viste også, at der for de tre forskellige typer af institutioner (privat, kommunal og regional) var forskel på, i hvilket omfang og fra hvilken instans institutionerne modtager tilbagemelding på deres indberetninger om magtanvendelse.

De 3 besøgte privatejede institutioner modtog i meget svingende omfang tilbagemelding fra handlekommunerne på deres magtindberetninger. De private bosteder indsender deres indberetninger til handlekommunen og til socialtilsynet.

De fleste af de besøgte kommunalt ejede institutioner fik tilbagemeldinger fra ejerkommunen på alle indberetninger vedrørende kommunens egne borgere, men ofte ikke for de borgere, der ikke var hjemmehørende i kommunen. For nogle kommuner var ordningen dog tilrettelagt svarende til den, der er beskrevet for regionerne nedenfor. I disse tilfælde fik institutionen tilbagemelding på indberetninger fra deres ejerkommune også for borgere, der ikke var hjemmehørende i kommunen, men ofte ikke fra borgerens handlekommune.

Alle regionale institutioner fik tilbagemeldinger fra regionen på alle indberetninger, idet der er etableret den ordning på de regionale institutioner, at alle magtindberetninger ikke kun skal sendes til handlekommunen, men også til regionen. En del af handlekommunerne gav efter de regionale institutioners oplysninger ikke en tilbagemelding til institutionen.

På alle institutioner var der et ønske om, at handlekommunerne gav en tilbagemelding på indberetninger om magtanvendelse. Institutionerne var dog ikke klar over, om der bestod en pligt for handlekommunen til at give en tilbagemelding på hver enkelt magtindberetning. Institutionerne fandt, at en tilbagemelding ville styrke samarbejdet mellem institutionen og handlekommunen, hvilket i mange tilfælde ville være en klar fordel for borgerne.

Ombudsmanden vil drøfte den uensartede praksis på området og institutionernes ønske om at få tilbagemeldinger på indberetninger om magtanvendelse med Social- og Indenrigsministeriet.

Underretning og klageadgang

Serviceovens § 133 fastlægger klageadgangen bl.a. vedrørende akutte magtanvendelser efter lovens § 126.

Ombudsmanden har i en sag, som er offentliggjort i Folketingets Ombudsmands Beretning 2014-2, bl.a. kritiseret, at en kommunes afgørelse om brug af døråbner over for en beboer på en institution ikke blev meddelt til nogen. Han mente, at beboerens ægtefælle burde have modtaget meddelelse om afgørelsen. Ombudsmanden udtalte også, at såvel botilbuddet som kommunen burde have iagttaget reglerne om bl.a. registrering og indberetning af samt opfølgning på brugen af døråbneren.

Som det fremgår ovenfor, har Socialministeriet anført i sin Vejledning om magtanvendelse i forhold til personer med betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne, at handlekommunen skal give klagevejledning, når der er foretaget en magtanvendelse.

Ombudsmandens besøg på enkeltmandsprojekter viste, at der er en svingende praksis med hensyn til, om værger, pårørende eller andre, som er klageberettigede, bliver underrettet, når en magtanvendelse har fundet sted, og modtager klagevejledning.

I visse tilfælde var der god kontakt mellem bostedet og værge/pårørende, og der blev foretaget f.eks. telefonisk underretning fra bostedet, men uden klagevejledning. Om handlekommunen gav klagevejledning til de klageberettigede, vidste bostederne generelt ikke.

I andre tilfælde sørgede bostedet for skriftligt at underrette og give klagevejledning til værge/pårørende.

I andre tilfælde igen sørgede visse ejerkommuner for at underrette værge/pårørende, når en magtanvendelse havde fundet sted, og give dem klagevejledning. I disse tilfælde var der dog ingen viden hos bostedet om, hvorvidt værger/pårørende til borgere fra andre kommuner end ejerkommunen modtog underretning og klagevejledning.

Besøgsholdets samtaler med værger/pårørende viste, at hovedparten modtog besked (telefonisk eller i forbindelse med besøg) fra bostedet om, at der var foretaget en magtanvendelse.

Samtalerne viste samtidig, at kun ganske få – efter deres egen erindring - havde modtaget underretning og klagevejledning fra handlekommunen vedrørende magtanvendelser.

Ombudsmanden vil drøfte den uensartede praksis på området med Social- og Indenrigsministeriet med henblik på at sikre, at pårørende, ægtefæller, værger mv. i praksis kan udnytte klageadgange efter servicelovens § 133, stk. 3.

København, den 12. maj 2016



Jørgen Steen Sørensen

Bilag 1**Ombudsmandens besøg på enkeltmandsprojekter i 2015**

Institution	Dato	Antal borgere
Damsgaarden	25. marts	1
Udviklingsprojektet De 2 Gårde	9. april	5
Birkekrattet	10. april	1
Atterbakken	28. april	1
CAS 2	29. april	3
Sødisbakke	19. og 20. maj	25
Sølund	3. og 4. juni	18
Solkrogen	17. juni	3
Behandlingscenteret Hammer Bakker	18. juni	6
Ørum Bo- og aktivitetscenter	27. august	3
Hyldegården	28. august	3
Stokholtbuen	2. september	6
Rønnegård	17. september	3
Solvognen	21. september	1
I alt 14 institutioner		79 borgere



Temaer for tilsyn

Hvert år vælger ombudsmanden i samarbejde med Institut for Menneskerettigheder og DIGNITY – Dansk Institut Mod Tortur et eller flere temaer for årets tilsynsbesøg.

Dok.nr. 14/00877-8/RI

Valget af tema afhænger især af, hvor der er grund til at gøre en ekstra tilsynsindsats. Ofte vælger ombudsmanden et snævert tema såsom sikringscelleanbringelse i kriminalforsorgen. Andre gange vælger ombudsmanden brede temaer, eksempelvis institutioner for ældre og misbrugsbehandling.

Temaerne giver ombudsmanden mulighed for at inddrage aktuelle emner i tilsynsvirksomheden og også for at gå i dybden og på tværs med bestemte problemstillinger og indhøste erfaringer om praksis, herunder bedste praksis.

Et hovedformål med tilsynsbesøgene i det pågældende år er at belyse og undersøge årets temaer. Hovedparten af årets tilsynsbesøg foregår derfor i institutioner, hvor temaerne er relevante.

Rapporter om temaer

Ved afslutningen af året afrapporterer ombudsmanden sammen med Institut for Menneskerettigheder og DIGNITY resultaterne af årets tilsynsvirksomhed.

Temaerne bliver navnlig afrapporteret i særskilte rapporter om de enkelte temaer. I rapporterne sammenfatter og formidler ombudsmanden de væsentligste resultater af temaerne.

Generelle anbefalinger

Resultater af temaer kan være generelle anbefalinger til myndighederne. Det kan eksempelvis være en anbefaling om at udarbejde en politik for forebyggelse af vold og trusler mellem brugere indbyrdes.

Generelle anbefalinger er baseret på ombudsmandens erfaringer på området. De vil normalt også være givet som konkrete anbefalinger til bestemte institutioner under tidligere tilsynsbesøg.

Typisk vil ombudsmanden drøfte opfølgningen på sine generelle anbefalinger med de centrale myndigheder. Desuden vil ombudsmanden følge op på dem under tilsynsbesøg.

De generelle anbefalinger har et forebyggende sigte. Baggrunden for det forebyggende arbejde på tilsynsområdet er, at ombudsmanden er udpeget som national forebyggende mekanisme efter den valgfri protokol til FN-konventionen mod tortur og anden grusom, umenneskelig eller nedværdigende behandling eller straf.

Temarapporterne bliver offentliggjort på ombudsmandens hjemmeside www.ombudsmanden.dk. Desuden sender ombudsmanden rapporterne til de relevante myndigheder, så myndighederne kan lade dem indgå i deres overvejelser på de forskellige områder.