

Den 1. september 2011

FOLKETINGETS  
OMBUDSMAND



Inspektion af Børne- og  
Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg  
den 2. december 2009

**ENDELIG**

J.nr. 2009-3732-424/MV3

## Indholdsfortegnelse

1.	Indledning.....	3
2.	Organisation og lovgrundlag .....	4
2.1.	Afdelingens organisation mv. ....	4
2.2.	Lovgrundlaget for behandling af børn og unge .....	5
3.	Bygningsmæssige forhold mv.....	9
3.1.	Generelt .....	9
3.2.	Ungdomspsykiatrisk døgnafsnit U1 .....	9
3.3.	Dagafsnit for børn – Villa Frode.....	11
3.4.	Fællesarealer .....	12
4.	Samtaler med enkelte patienter .....	12
5.	Andre forhold.....	13
5.1.	Overbelægning mv. ....	13
5.2.	Adgang til frisk luft .....	15
5.3.	Handicaptilgængelighed .....	16
5.4.	Navneskilte .....	16
5.5.	Opbevaring af journaler .....	17
5.6.	Medicin.....	18
5.7.	Forplejning .....	18
5.8.	Beskæftigelse og undervisning.....	19
5.9.	Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2 .....	21
5.10.	Patienternes kontakt med læge og plejepersonale .....	21
5.11.	Behandlingsplaner .....	22
5.12.	Anvendelse af tvang, herunder fiksering .....	23
5.13.	Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvang.....	28
5.14.	Aflåsning, forholdene for frivilligt indlagte og skærmning .....	31
5.15.	Politiets medvirken ved udførelse af tvangsforanstaltninger i afdelingen ..	35
5.16.	Udslusning, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner .....	36
5.17.	Aktindsigt .....	39
5.18.	Pårørendekontakt .....	43
5.19.	Besøg, visitation og adgang til telefonering mv.....	47
5.20.	Rygepolitik .....	54
5.21.	Euforiserende stoffer og alkohol.....	56
5.22.	Kæresteforhold mellem patienterne .....	56
5.23.	Patientindflydelse.....	56
5.24.	Rekruttering af personale og sygefravær .....	59
5.25.	Vold mod personalet.....	61
5.26.	Sprogbarrierer mv.....	62

---

6.	Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen .....	63
6.1.	Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse.....	65
6.2.	Tvangsbehandling .....	69
6.3.	Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.....	73
	Opfølgning .....	79
	Underretning .....	79

---

## 1. Indledning

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

Som et led i denne inspektionsvirksomhed foretog jeg og 2 af embedets øvrige medarbejdere den 2. december 2009 inspektion af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg. Dagen efter foretog jeg inspektion af det socialpsykiatriske botilbud Skovsbovej som på daværende tidspunkt hørte under Region Syddanmark, men nu hører under Svendborg Kommune. Der er udarbejdet særskilt rapport om botilbuddet.

Inspektionen af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg omfattede en indledende samtale med ledelsen, repræsentanter for medarbejderne på afdelingen og en repræsentant for Psykiatrien i Region Syddanmark (Psykiatrien), rundgang på afdelingens afsnit, samtaler med de patienter der havde ønsket det, og en afsluttende samtale med ledelsen og repræsentanten for Psykiatrien.

Under inspektionen bad jeg om at modtage kopi af tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 35-42 og §§ 44-45 i bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger for perioden 1. januar 2009 til den 22. oktober 2009 (da inspektionen blev varslet). Det ønskede materiale blev udleveret under inspektionen.

Forud for og under inspektionen modtog jeg forskelligt informationsmateriale, bl.a. bygningsoversigter, materiale vedrørende ventetider, anvendelse af tvang og sygefravær, regionens rygepolitik og en velkomst-/informationsmappe til patienterne på ungdomspsykiatrisk døgnafsnit og deres pårørende.

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

kiatrisk Afdeling Esbjerg, og på materiale fra Psykiatriens hjemmeside ([www.psykiatri-enisyddanmark.dk](http://www.psykiatri-enisyddanmark.dk)). Det er således ikke alle emner der er blevet drøftet særskilt under selve inspektionen.

Denne rapport har i en foreløbig udgave været sendt til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg og Psykiatrien i Region Syddanmark med henblik på at give myndighederne lejlighed til at komme med eventuelle bemærkninger om de faktiske forhold der er beskrevet i rapporten. Psykiatrien i Region Syddanmark har den 14. juli 2011 sendt kopi af afdelingsledelsens bemærkninger i brev af 12. juli 2011 og samtidig meddelt at sygehusledelsen tilslutter sig disse bemærkninger. Afdelingsledelsens bemærkninger er indarbejdet i denne rapport.

## **2. Organisation og lovgrundlag**

### **2.1. Afdelingens organisation mv.**

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg hører under Psykiatrien i Region Syddanmark. Der er 7 voksenpsykiatriske afdelinger og 3 børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i regionen.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg består af et børne- og ungdomspsykiatrisk ambulatorium, et dagafsnit og et ungdomspsykiatrisk døgnafsnit.

Ambulatoriet er inddelt i et børneteam som udreder og behandler børn i alderen 0-13 år, og 3 ungdomspsykiatriske teams (spiseforstyrrelsesteam, affektivt team og psyko-seteam) som udreder og behandler unge i alderen 14-20 år. Herudover er der et akut team som i dagtimerne (kl. 8-15) foretager akut psykiatrisk vurdering og behandling af både børn og unge.

Dagafsnittet, som kaldes Villa Frode, udreder og behandler børn i alderen 0-14 år. Der er plads til 6-8 børn i afsnittet, som også har et skoletilbud tilknyttet.

Det ungdomspsykiatriske døgnafsnit er et åbent døgnafsnit der udreder og behandler unge i alderen 14-20 år med behov for indlæggelse. Der er 12 sengepladser. Til døgnafsnittet hører også et skoletilbud og et dagbehandlingstilbud for unge med behov for bl.a. social færdighedstræning.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg ledes af en overlæge og en oversygeplejerske. Under afdelingsledelsen er der 5 teamledere – 3 i ambulatoriet, som alle

er overlæger, og en teamleder, som er sygeplejerske, i hvert af de 2 afsnit. Der er ca. 90 ansatte i afdelingen.

Afdelingen bestræber sig på at skabe kontinuitet i behandlingen. Det indebærer bl.a. at patienten beholder den samme behandler hvis patienten f.eks. overgår fra ambulante behandling til dagbehandling eller indlæggelse på døgnafsnittet. Behandlerteamet det sted som patienten flyttes til, bliver således udvidet i en periode.

Optageområdet for Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg er Varde, Fanø, Billund, Vejen og Esbjerg kommuner. Afdelingen modtager børn og unge efter henvisning fra kommunerne, f.eks. sundheds- og socialforvaltningen eller pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR), praktiserende læger, privatpraktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri samt somatiske sygehusafdelinger hvis der i forbindelse med undersøgelse opstår mistanke om at barnet/den unge har en sindslidelse.

Regionsrådet i Region Syddanmark vedtog på et møde den 25. oktober 2010 at udvide den ambulante kapacitet i børne- og ungdomspsykiatrien med 30 pct. Der skal være ambulante funktioner i Odense, Esbjerg, Kolding og Augustenborg. Det blev samtidig vedtaget at sammenlægge de 2 børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i Kolding og Augustenborg. Den nye afdeling skal på sigt have døgnafsnit i et nyt byggeri i Aabenraa. Der skal fremover være i alt 47 døgnpladser i børne- og ungdomspsykiatrien fordelt med 22 senge i Odense, 18 i Aabenraa og 7 i Esbjerg. Det blev også vedtaget at aldersgrænsen for behandling i ungdomspsykiatrien skal være 19+, dog højere for patienter med spiseforstyrrelse.

## **2.2. Lovgrundlaget for behandling af børn og unge**

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

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

midlertidigt eller varigt mangler evnen til at give informeret samtykke eller er under 15 år (§ 19).

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

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

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

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

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

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

Børn og unge er omfattet af psykiatrilovens regler om anvendelse af tvang (jf. 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” (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 udsæt- ter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred, eller øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang, skal sundhedspersoner på den psykia- triske afdeling ikke forsøge at indhente et samtykke fra forældremyndighedsindehave- ren, værger 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 psykia- trisk afdeling efter en individuel vurdering skønner at en ung mellem 15 og 18 år ikke selv er i stand til at forstå konsekvensen af sin stillingtagen (jf. psykiatrilovens § 1, stk. 4). Det betyder at der for de unge mellem 15 og 18 år som ikke skønnes selv at være i stand til at forstå konsekvensen af deres stillingtagen, ikke skal forsøges indhentet et stedfortrædende samtykke i de meget akutte situationer hvor betingelserne i § 1, stk. 3, er opfyldt.

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

Sundhedsstyrelsens nye vejledning om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger (vejledning nr. 9857 af 20. januar 2011 som har afløst vejled- ning nr. 122 af 14. december 2006) indeholder et nyt afsnit særligt vedrørende børn (pkt. 9). Heraf fremgår bl.a. følgende:

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



inddrages i lægens beslutning.

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

Psykiatrisk behandling, herunder andre foranstaltninger omfattet af psykiatriloven, af patienter under 15 år og umodne 15-17-årige patienter, der iværksættes med forældremyndighedens samtykke, betragtes således ikke i psykiatrilovens forstand som tvang.

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

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

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

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

#### **3.1. Generelt**

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg er beliggende i udkanten af Esbjerg på adressen Gl. Vardevej 101 ved siden af Almenpsykiatrisk Afdeling Esbjerg.

Afdelingen har til huse i pæne hvidpudsede bygninger med røde tegltage opført i 2003. Børne- og ungdomspsykiatrisk ambulatorium ligger i en bygning i 2 plan. Bag ved ambulatoriet ligger døgnafsnittet og dagafsnittet i bygninger i 1 plan. Der er en forbindelsesgang mellem ambulatoriet og døgnafsnittet. Fra den ene ende af døgnafsnittet er der forbindelse til dagafsnittet. Tæt på begge afsnit er der opført en separat bygning med en sportshal.

Ved inspektionen besøgte jeg først døgnafsnittet for unge (U1) og herefter dagafsnittet for børn (Villa Frode).

#### **3.2. Ungdomspsykiatrisk døgnafsnit U1**

Det ungdomspsykiatriske døgnafsnit er, som nævnt ovenfor, et åbent døgnafsnit der udreder og behandler unge i alderen 14-20 år med behov for indlæggelse.

Der er 12 enestuer, og 8 har eget bad og toilet, mens de resterende 4 deler 2 toilet- og baderum.

Bygningen der huser døgnafsnittet, består af en lang rektangulær bygning med en fløj vinkelret midt på. I hver ende af den lange bygning er der 4 sengestuer. I midten af bygningen er der indgang/sluse, vagtrum, medicinrum, køkken, opholdsstue og spiseplads. I den første del af fløjbygningen er der et personalerum som ligger i forbindelse med vagtrummet, 2 kontorer og et stort badeværelse med badekar som alle patienter kan benytte. Resten af fløjen er indrettet som en skærmet enhed bestående af 4 sengestuer der alle har eget bad og toilet, en fælles opholdsstue og en ekstra opholdsstue der hører til den sengestue der ligger i den yderste del af fløjen. Den skærmede enhed kan ved hjælp af døre på gangarealet deles op så den yderste sengestue og den ekstra opholdsstue kommer til at udgøre en "lille skærm". Jeg henviser til pkt. 5.14 nedenfor om bl.a. skærmning.

Afsnittets indgangsparti har en slusefunktion idet der fra indgangen – før man kommer ind på selve afsnittet – er direkte adgang til et modtagelses- og undersøgelsesrum. Rummet er enkelt indrettet med et samtalebord og 4 stole, en håndvask med spejl

over og kun lidt udsmykning af væggene. Der hører et toilet til modtagelses- og undersøgelsesrummet.

Afsnittets lange gangarealer giver et lyst og godt indtryk. Der er loft til kip, hvidpudsede murstensvægge, gråt linoleum på gulvet, grønne planter i store krukke og farverige billeder på væggene. Belysningen består af runde, hvide glaslamper i loftet. Dørene til patientstuerne og andre lokaler er koboltblå.

Jeg besøgte 2 patientstuer – en stue kaldet "flex 1" og stue 6 i skærmen.

Patientstuerne er ca. 12 m<sup>2</sup>. Møblementet består af en sovebriks – eller en hospitalseng hvis der er behov for det, f.eks. fordi patienten fysisk er meget stor – sengebord og sengelampe, skrivebord med en lille magnetavle over, en lænestol med blå betræk ved et lille rundt bord, et par hvide bogkasser på væggen og et højt skab inklusive en værdiboks med lås til opbevaring af personlige ejendele. Væggene er hvide bortset fra væggen bag skrivebordet som er malet tyrkis, gulvet er gråt linoleum, og gardinerne ved det store vinduesparti har en klar blå farve med et orange og hvidt mønster. Eventuel udsmykning af stuerne står patienterne selv for. Badeværelset er indrettet med bruseniche, hvid sanitet, lysegrå fliser på væggene og gråt linoleum på gulvet. Vinduet har matteret glas. Ved håndvasken er der flydende sæbe og papirhåndklæder.

Opholdsstuen og spisepladsen ved siden af køkkenet ligger i åben forbindelse med gangarealet. Opholdsstuen er indrettet med 2 sorte lædersofaer og 2 sorte lænestole om et stort, lyst sofabord. Den ene væg er tyrkis, og her hænger et hvidt reolsystem med et musikanlæg. Langs opholdsstuens anden væg står 2 hvide lænestole og et lille bord. Det blev oplyst at personalet har en aftale med patienterne om at hvis en patient sætter sig i den ene hvide stol, signalerer det at vedkommende har brug for personalet. I opholdsstuen er der desuden et tv og som udsmykning på væggene et par billeder. På inspektionstidspunktet var der også flere grønne planter og en meget stor adventskrans, og der stod 2 guitarer i et stativ på gulvet. Ved henholdsvis sofaarrangementet og spisepladsen var der sat en foldeskærm op ud mod gangarealet. Opholdsstuen har et stort vinduesparti med en havedør ud til afsnittets terrasse og en stor have som er fælles med dagafsnittet.

Opholdsstuen i den skærmede enhed er indrettet som "flyderum" med en stor grå sofa, flere små, mørkegrå polstrede bænke som kan flyttes rundt og sættes sammen, en sækkestol og et stort lyst sofabord. På den ene endevæg, der er malet tyrkis, er der et stort fladskærms-tv og en hvid reol med musikanlæg og videoafspiller. Ved den anden

endevæg står et skrivebord med en computer, og der er bogkasser med bøger, blade og film.

Afsnittet har også et hobbyrum hvor patienterne f.eks. kan tegne og male, og den ene ende af afsnittets lange bygning er indrettet som et aktivitetsrum med bordtennis, bordfodbold, motionscykel og et el-orgel. Herudover er der i afsnittet et rum til ergo- og fysioterapi.

Hele afsnittet gav et enkelt, velordnet, lyst og venligt indtryk.

I kælderens under ambulatoriet er der indrettet et motionsrum som patienterne på døgnafsnittet kan benytte. Rummet er udstyret med bl.a. motionscykel og 4 andre maskiner til styrke- og konditionstræning, håndvægte og sjippetove.

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

### **3.3. Dagafsnit for børn – Villa Frode**

Dagafsnittet, som kaldes Villa Frode, udreder og behandler børn i alderen 0-14 år. Der er plads til 6-8 børn.

Afsnittet har til huse i en lang rektangulær bygning der ligger vinkelret på døgnafsnittets lange bygning. Til venstre for indgangen til afsnittet ligger hovedparten af afsnittets lokaler – bl.a. en stor kombineret spise- og opholdsstue, køkken, et mindre opholdsrum indrettet med sofa, sækkestole og et par borde hvor børnene f.eks. kan læse og lægge puslespil, et legerum og et hobbyrum hvor børnene kan tegne, male, klippe, klistre mv.

Til højre for indgangen ligger afdelingens skolelokaler, som benyttes både af børnene fra dagafsnittet og de skolepligtige unge der er indlagt på døgnafsnittet. Der er 2 skolestuer indrettet med enkeltmandsborde, stole og tavle som et klasseværelse i en almindelig folkeskole. Ved siden af den ene skolestue er der indrettet et observationsrum hvor personalet gennem en særlig observationsrude ("one way screen") kan iagttage børnene i undervisningssituationen.

Der hører også et computerrum til afsnittet. Det er indrettet som en spillecafe med plads til 8 personer. Her kan børnene spille nogle særlige computerspil som opøver

deres evne til fordybelse og således medvirker til reetablering af deres kognitive færdigheder.

Over for indgangen – i åben forbindelse med gangarealet – er der indrettet garderobe hvor hvert barn har sin egen plads. På inspektionstidspunktet stod der et sammenklappet bordtennisbord i garderoben, og i en niche på det lange gangareal var der bordfodbold og et el-orgel. Væggene på gangen var udsmykket med farverige billeder lavet på en lokal skole.

Afsnittet gav – ligesom døgnafsnittet – et enkelt, velordnet, lyst og venligt indtryk.

*De bygningsmæssige forhold på dagafsnittet for børn giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

### **3.4. Fællesarealer**

Der hører en fælles have til dagafsnittet og døgnafsnittet. Haven ligger i forlængelse af de to afsnits terrasser og består af en stor græsplæne med fodboldmål, gyngestativ, trampolin og bålplads. Det blev oplyst at afdelingen havde solgt sin legeplads for småbørn og havde planer om at købe en ny der var mere alderssvarende til dagafsnittets børn.

Lige ved siden af haven ligger en separat bygning opført i samme stil som afdelingens hovedbygninger. Den indeholder en flot sportshal. Det tilhørende redskabsrum viste at der er mulighed for mange forskellige fysiske aktiviteter i hallen. Det blev oplyst at afdelingens børn og unge benytter hallen dagligt, men at den også kan benyttes af patienter fra den voksenpsykiatriske afdeling der ligger meget tæt på.

*Jeg går ud fra at afdelingen på nuværende tidspunkt har indkøbt og etableret en ny legeplads til børnene på dagafsnittet.*

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

Under inspektionen talte jeg med 3 unge fra døgnafsnittet som havde ønsket en fælles samtale med mig. De har alle 3 kort tid efter inspektionen modtaget et skriftligt svar som opfølgning på samtalen. Samtalen drejede sig om generelle forhold – bl.a. visitation i forbindelse med indlæggelse, ønske om en lille pause mellem frokost og samværstid samt et ønske om at blive behandlet og talt til som voksne mennesker. Disse emner er berørt under pkt. 5.10, 5.19 og 5.20.

## 5. Andre forhold

### 5.1. Overbelægning mv.

På inspektionstidspunktet var der 12 normerede sengepladser på ungdomspsykiatrisk døgnafsnit i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling i Esbjerg.

Som nævnt under pkt. 2.1 ovenfor, har Regionsrådet i Region Syddanmark på et møde den 25. oktober 2010 vedtaget at reducere antallet af normerede sengepladser på det ungdomspsykiatriske afsnit til 7.

Under inspektionen oplyste ledelsen at afdelingen behandlede ca. 1100 børn og unge i 2008.

Ledelsen oplyste desuden at afdelingens akut-team fungerer rigtig godt, og at dets indsats forebygger mange akutte og kortere indlæggelser. Afdelingen prøver at klare så meget som muligt ved ambulans udredning og behandling før en eventuel indlæggelse. Det blev også oplyst at de forholdsvis få patienter der på et år indlægges i afdelingen, oftest har relativt lange indlæggelsesforløb, og at afdelingen har et højt senge-dagsforbrug i forhold til andre børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger.

Under rundgangen på dagafsnittet blev det oplyst at den tid som patienterne er tilknyttet afsnittet, varierer meget. Nogle børn er kun tilknyttet afsnittet i et par måneder, mens ganske få kan være tilknyttet i op til et år.

*Jeg beder om at få oplyst hvor mange børn og unge der blev behandlet i afdelingen i 2009 og 2010.*

*Jeg beder også om at få oplyst hvad den gennemsnitlige indlæggelsestid var på døgnafsnittet i 2009 og 2010.*

Den 1. august 2008 trådte udredningsretten for børn og unge i alderen 0-18 år i kraft. Udredningsretten indebærer at alle patienter i målgruppen skal tilbydes en start på deres udredning senest 2 måneder efter at det børne- og ungdomspsykiatriske center har modtaget en henvisning. Der er intern henvisning mellem de børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i Region Syddanmark. Hvis det ikke er muligt at udrede patienterne på én af de offentlige afdelinger inden for de 2 måneder, har patienterne ret til at blive henvist til private hospitaler eller klinikker som Danske Regioner har indgået aftaler med. Det gælder dog kun hvis ventetiden på privathospitalet er kortere end ventetiden på den offentlige afdeling.

Den 1. januar 2009 trådte behandlingsretten i børne- og ungdomspsykiatrien i kraft. Behandlingsretten indebærer at børn og unge i alderen 0-18 år har ret til at blive tilbudt start på deres behandling inden for 2 måneder. Hvis ventetiden på behandling i den offentlige børne- og ungdomspsykiatri er mere end 2 måneder efter at udredningen er afsluttet, har patienten ret til at blive tilbudt behandling på et privat behandlingssted.

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

Ifølge en opgørelse (jf. rapporten om regionernes aktiviteter og ventetalsopgørelser på psykiatriområdet i 2009) stod der i alt 619 børn og unge med et aktuelt behov for behandling/undersøgelse på venteliste i Region Syddanmark pr. 1. januar 2010. Heraf havde 493 ventet i under 2 måneder, og 126 havde ventet i over 2 måneder. Det fremgår af samme rapport at i alt 39 børn/unge blev viderehenvist til private via den udvidede undersøgelses- og behandlingsret i 2009.

Ifølge en senere opgørelse (jf. rapporten om regionernes aktiviteter og ventetalsopgørelser på psykiatriområdet for 1., 2. og 3. kvartal 2010) stod der i alt 714 børn og unge med et aktuelt behov for behandling/undersøgelse på venteliste i Region Syddanmark pr. 1. oktober 2010. Heraf havde 428 ventet i under 2 måneder, mens 286 havde ventet i over 2 måneder. Det fremgår af samme rapport at i alt 5 børn/unge blev viderehenvist til private via den udvidede undersøgelses- og behandlingsret i de 3 første kvartaler i 2010.

Under inspektionen oplyste ledelsen at der generelt var en relativ kort ventetid – ca. 8 uger – på behandling i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg. På inspektionstidspunktet var ventetiden 4 uger til børneteamet, 3 uger til spiseforstyrrelsesteamet, 6-7 uger til affektivt team og 12 uger til psykoseteamet, dog således at unge med mistanke om psykotisk lidelse ses inden for 2-4 uger. Psykoseteamets øvrige målgruppe, unge med mistanke om ADHD, venter derimod op til 12 uger.

*Jeg beder om at få oplyst hvor mange børn og unge der stod på venteliste til undersøgelse/behandling på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg pr. 1. januar 2011, og hvor mange der havde ventet i over 2 måneder.*

*Jeg beder også om at få oplyst om der er ventetid på indlæggelse på ungdomspsykiatrisk døgnafsnit.*

Det forekommer at der er overbelægning på døgnafsnittet. Det blev oplyst at der i tilfælde af overbelægning aldrig er 2 patienter indlagt på én stue, og at der aldrig er patienter der bliver udskrevet før tid for at give plads til nye. Afsnittet tager i stedet andre lokaler i brug som patientstuer, f.eks. samtalerum og fysioterapilokale. I nogle tilfælde bliver en patient overflyttet til den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling i Kolding.

*Jeg beder om at få oplyst belægningsprocenten for disponible senge på døgnafsnittet i 2009 og 2010.*

## 5.2. Adgang til frisk luft

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

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

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

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

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg ligger tæt på både skov og et stort parkområde (Vognsbølparken). Mellem afdelingens bygninger (dagafsnittet, døgnafsnittet og sportshallen) er der, som tidligere nævnt, en stor græsplæne med legeplads, trampolin, bålplads og fodboldmål. Uden for døgnafsnittets opholdsstue er der en åben terrasse med havemøbler, og ud for døgnafsnittets skærmede del er der en anden terrasse som er lukket med et plankeværk og bevoksning omkring. Der hører også en terrasse til dagafsnittet.



For de unge på døgnafsnittet er der hver eftermiddag og aften 15 minutters gåtur i området. Herudover er der aktiviteter i det fri flere gange om ugen – f.eks. løb, cykling og powerwalking.

*Jeg går ud fra at de unge der er tvangsindlagt og/eller tvangstilbageholdt, også dagligt har mulighed for at komme ud i det fri, f.eks. med ledsagelse på den lukkede terrasse der hører til døgnafsnittets skærmede del.*

Børnene i Villa Frode er på afsnittet 5-6 timer om dagen mandag til torsdag. Det fremgår af informationen til forældre og patienter på Psykiatriens hjemmeside at afsnittet bestræber sig på at børnene kommer ud hver dag.

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

### **5.3. Handicaptilgængelighed**

Dagafsnittet og døgnafsnittet er beliggende i bygninger i 1 plan. I ambulatoriet, som er i 2 plan, er der en elevator. Elevatoren er placeret ved forbindelsesgangen til døgnafsnittet. Der er en lille niveauforskel i form af nogle få trappetrin mellem stueplan i ambulatoriet og forbindelsesgangen. Patienter i kørestol har derfor også mulighed for at benytte den del af ambulatoriets venteplads der er placeret på forbindelsesgangens areal.

Det fremgår af bygningstegninger over hele afdelingen at der er indrettet et handicap-toilet i ambulatoriet og et på dagafsnittet. Ledelsen har oplyst at stue 5 i døgnafsnittet er indrettet med handicap-toilet. Rummet er dimensioneret så bruseforholdene giver plads til handicaphjælp i henhold til gældende anbefalinger.

*Spørgsmålet om handicaptilgængelighed giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

### **5.4. Navneskilte**

Under min rundgang på ungdomspsykiatrisk døgnafsnit så jeg at der på skilte ved dørene til patientstuerne kun var angivet stuerne numre. Der var ikke anført navne på patienterne.

På et whiteboard i spisestuen var der en liste over patienterne med angivelse af nummeret på deres stue og navnet på deres kontaktperson. Der var kun skrevet patienternes fornavne.

Når patienterne på ungdomspsykiatrisk døgnafsnit får besøg, foregår det på afsnittet – enten på patienternes stuer eller i afsnittets opholdsrum.

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

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

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

## **5.5. Opbevaring af journaler**

Det blev under inspektionen oplyst at afdelingen stadig anvendte patientjournaler i papirform, mens kardex og medicinmodul er blevet elektronisk. Afdelingen forventede at den elektroniske patientjournal snart ville blive indført.

De manuelle patientjournaler bliver opbevaret i et stort arkivskab der står i forbindelsesgangen mellem ambulatoriet og døgnafsnittet. En del af forbindelsesgangen bruges også som venteplads for patienter og pårørende der har en tid i ambulatoriet. Der er således opstillet stole og et bord ved siden af arkivskabet.

Under min rundgang stod arkivskabet med patientjournaler åbent uden at der var personale til stede, samtidig med at nogle personer sad og ventede på at komme til samtale i ambulatoriet.

*Det er kun personalet – og kun relevant personale – der bør have adgang til de fortrolige oplysninger der er indeholdt i patientjournaler. Som jeg tilkendegav under inspektionen, bør arkivskabet med journaler derfor altid være aflåst når der ikke er personale til stede der som led i deres arbejde skal bruge journalerne. Jeg går ud fra at ledelsen har indskærpet dette over for personalet og foretager mig ikke mere vedrørende dette punkt.*

*Jeg beder om at få oplyst om afdelingen nu anvender elektroniske patientjournaler. I givet fald beder jeg også om at få oplyst om de er forsynet med "log", og hvem der har adgang til dem. Hvis afdelingen fortsat anvender patientjournaler i papirform, beder jeg om at få oplyst hvornår afdelingen forventer at indføre elektroniske patientjournaler.*

## **5.6. Medicin**

På døgnafsnittet opbevares al medicin i et aflåst medicinrum som ligger inde i personalets vagtrum.

Spørgsmålet om afdelingens håndtering af medicin blev ikke drøftet nærmere under inspektionen. På min forespørgsel blev det oplyst at afdelingen i forbindelse med aflevering af medicinrester til apoteket ikke modtager en kvittering for det afleverede.

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

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

*Jeg beder afdelingen om at oplyse nærmere om den måde restmedicin håndteres på inden aflevering til apoteket, herunder om den anvendte fremgangsmåde kan være med til at sikre at afdelingens personale ikke (uberettiget) mistænkes for at have til-egnet sig noget af medicinen.*

## **5.7. Forplejning**

På døgnafsnittet er der en fuldtidsansat kok som laver alle måltider til patienterne. Der bliver serveret 3 hovedmåltider og 2 mellemmåltider om dagen. Til frokost er der varm mad, og til aftensmad er der en kold anretning og en lun ret.

Afdelingen lægger meget vægt på at maden er sund og varieret, og døgnafsnittets personale har samtaler med patienterne om god ernæring. Der er også knyttet en diætist til afsnittet.

Ifølge døgnafsnittets husorden må patienterne ikke medbringe egen mad og drikkevarer under indlæggelsen. Det blev oplyst at afsnittet på den måde begrænser patienternes indtagelse af junkfood.

Patienterne skiftes til at have køkkentjans som består i borddækning, oprydning og opvask efter hvert måltid.

De 3 patienter jeg talte med på døgnafsnittet, gav udtryk for at de var tilfredse med maden.

I dagafsnittet får børnene frokost, frugt og drikkevarer hver dag og skal derfor ikke selv medbringe madpakke. Maden bliver lavet af kokken i døgnafsnittet.

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

*Forplejningen i afdelingen giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## **5.8. Beskæftigelse og undervisning**

På Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg er der på dagafsnittet og døgnafsnittet forskellige former for aktiviteter som alle udgør en del af undersøgelsen og behandlingen af den enkelte patient (miljø-, ergo- og fysioterapi).

Afdelingen arbejder som udgangspunkt ud fra Sundhedsstyrelsens anbefaling om at børn og unge bør være fysisk aktive 60 minutter om dagen. Det gælder dog ikke patienter der er indlagt med anorexia nervosa.

Det ungdomspsykiatriske døgnafsnit har en ugeplan for faste gruppeaktiviteter i afsnittet dag og aften. Aktiviteterne består bl.a. i morgen- og aftenmøder, fysiske aktiviteter som gåture, løb, powerwalking, cykling, fitness, styrketræning og sportsaktiviteter i hallen, kreative aktiviteter i hobbyrummet, social færdighedstræning, mestringsgruppe og ADL-gruppe (Activities of Daily Living). For hver patient udarbejdes der en individuel ugeplan bestående af de aktiviteter der er relevante for den enkelte. Den individuelle ugeplan revideres løbende.

Herudover har de unge praktiske opgaver som f.eks. borddækning, oprydning og opvask efter måltider, rengøring på egen stue og madlavning om fredagen hvor de unge hjælper til.

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang under pkt. 3 ovenfor, er der på døgnafsnittet tv, musikanlæg, videoafspiller, computer, spil (herunder bordtennis og bordfodbold) og musikinstrumenter som patienterne har mulighed for at holde sig beskæftiget med.

På døgnafsnittet må patienterne efter aftale medbringe og have personlige ejendele som f.eks. musikanlæg, iPod, MP3 og eventuelt computer hos sig under indlæggelsen.

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

I undersøgelsen af patienttilfredsheden besvarede 25 patienter fra døgnafsnittet på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg et spørgsmål om hvorvidt de var tilfredse med aktiviteterne i hverdagen på afsnittet. 32 pct. af patienterne svarede "ja i høj grad", og 40 pct. svarede "ja i nogen grad", mens 28 pct. svarede "nej kun i mindre grad". Ingen af patienterne svarede at de slet ikke var tilfredse med aktiviteterne i hverdagen på afsnittet.

Om undersøgelsen af patienttilfredsheden henviser jeg i øvrigt til pkt. 5.23 om patientindflydelse, og med hensyn til undersøgelsen af forældretilfredsheden henviser jeg til pkt. 5.18 om pårørendekontakt.

På dagafsnittet får det enkelte barn hver mandag en ugeplan med hjem hvor det fremgår hvilke aktiviteter barnet skal deltage i i løbet af ugen. Der er hver dag morgensamling for alle børnene hvor de forberedes på dagens aktiviteter, og hver dag slutter med en eftermiddagssamling hvor der tales om dagens forløb.

Børn og unge i den skolepligtige alder (6-16 år) får under deres indlæggelse i dagafsnittet eller på døgnafsnittet tilbud om undervisning i den skole der er tilknyttet afdelingen. Der undervises primært i dansk, matematik og engelsk. Undervisningen foregår i små hold eller som ene-undervisning i tidsrummet fra kl. 8.00 til kl. 13.30. Der er ansat 2 lærere på fuld tid og 1 på halv tid. Lærerne arbejder tæt sammen med personalet på

de to afsnit om at observere børnene/de unge. Undervisningslokalerne ligger i dagafsnittet, jf. pkt. 3.3 i den bygningsmæssige gennemgang ovenfor.

*Det oplyste om beskæftigelse og undervisning i afdelingen giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

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

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

*Jeg beder afdelingen om at oplyse hvornår og hvordan denne vejledning finder sted.*

### **5.10. Patienternes kontakt med læge og plejepersonale**

Det fremgår af velkomst-/informationsmappen fra døgnafsnittet og Psykiatriens hjemmeside at den unge i forbindelse med indlæggelse på døgnafsnittet får tildelt 2 kontaktpersoner fra afsnittets miljøpersonale som består af bl.a. social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, pædagoger, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Herudover bliver patienten tilknyttet en læge og en behandler fra Ungdomspsykiatrisk Ambulatorium. Hvis patienten forud for indlæggelsen har været i ambulans behandling, vil det være den kendte behandler og lægen fra ambulatoriet som patienten får tilknyttet, jf. afdelingens bestræbelser på at skabe kontinuitet i behandlingen som nævnt i pkt. 2.1 ovenfor.

De 2 kontaktpersoner, lægen og behandleren fra ambulatoriet udgør sammen et miniteam som er ansvarlig for den unges behandling under indlæggelsen.

Kontaktpersonerne har den tætte daglige kontakt med patienten i behandlingsforløbet, og hvis de 2 faste kontaktpersoner ikke er i afsnittet, bliver patienten tildelt en kontaktperson fra det øvrige personale.

*Jeg beder om at få oplyst om der i forbindelse med læge/behandlersamtaler så vidt muligt fastsættes en dato for en ny samtale så den unge og forældrene altid ved hvornår den næste samtale skal finde sted.*

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

Som tidligere nævnt havde jeg en samtale med 3 unge på døgnafsnittet. 2 af de unge var 17 år, og den tredje var 20. De efterlyste alle 3 at blive behandlet af personalet og talt til som voksne mennesker og ikke som børn.

Jeg forelagde denne problemstilling for ledelsen under inspektionens afsluttende samtale. Ledelsen gav udtryk for at personalet bør være meget opmærksom på måden at tale med de unge på og i øvrigt behandle de unge på en måde der svarer til deres alder og modenhed. Ledelsen anførte at emnet ville blive taget op med personalet i afdelingen.

*Jeg går ud fra at problemstillingen er blevet drøftet med personalet i afdelingen.*

#### **5.11. Behandlingsplaner**

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

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

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9857 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. Den skal omfatte følgende forhold:

- ”a. psykiatriske og somatiske diagnoser samt beskrivelse af de fænomener, der underbygger diagnoserne,
- b. plan for de efterfølgende undersøgelser, der er nødvendige af diagnostiske og behandlingsmæssige grunde,
- c. plan for den påtænkte behandling, omfattende såvel medicinsk behandling som psykoterapeutiske, miljøterapeutiske samt sociale foranstaltninger, under hensyntagen til eventuelt senere indløbne undersøgelsesresultater,
- d. de mål, der søges opnået ved behandlingen, og antagelser om behandlingens varighed,
- e. tidspunkt for planlagt opfølgning af behandlingsplanen og
- f. oplysning om patientens holdning til behandlingsplanen.”

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

Det fremgår af velkomst-/informationsmappen fra ungdomspsykiatrisk døgnafsnit og Psykiatriens hjemmeside at den unge får udleveret en kopi af behandlingsplanen, og at planen bliver vurderet og justeret ugentlig på afsnittets konferencer. Behandlingsplanerne for børnene på dagafsnittet bliver ligeledes revideret på afsnittets ugentlige konferencer.

*Jeg beder afdelingen om at oplyse hvornår behandlingsplanen bliver udleveret til patienten/forældremyndighedsindehaveren/værgeren, og om der foreligger en særlig procedure i forbindelse med udlevering af behandlingsplaner.*

Under inspektionen modtog jeg 2 behandlingsplaner. De er ens opbygget og indeholder hver 6 punkter – foreløbig diagnose, undersøgelsesplan, behandlingsmål, behandling, patientens accept og evaluering. Alle punkter er udfyldt i begge planer.

*Behandlingsplanernes 6 punkter dækker de indholdsmæssige krav til behandlingsplaner og giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

#### **5.12. Anvendelse af tvang, herunder fiksering**

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



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

Der er en række grundlæggende betingelser som skal være opfyldt, før tvang kan anvendes. Tvang må ikke benyttes før der er gjort hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Anvendelsen af tvang skal stå i et rimeligt forhold til det som man søger at opnå, og hvis mindre indgribende foranstaltninger er tilstrækkelige, skal disse anvendes. Tvang skal endvidere udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten, og tvang må ikke anvendes i videre omfang end hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål. Disse grundlæggende betingelser fremgår af psykiatrilovens § 4 som indebærer en lovfæstelse af proportionalitetsprincippet, også kaldet "mindste middels princip".

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

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

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

Danske Regioner har i 2010 sat fokus på at mindske brugen af tvang i psykiatrien med formulering af 3 målsætninger: 1) Regionerne vil reducere antallet af fikseringer og den samlede længde af fikseringer med 20 pct. over 3 år, ligesom regionerne vil reducere antallet af fastholdelser med 20 pct. over 3 år. 2) Regionerne vil forbedre patientoplevelsen i forbindelse med tvang – bl.a. ved igennem en styrket dialog at inddrage

patientens præferencer i forhold til tvang for at kunne gennemføre tvangen så skånsomt som muligt og ved løbende at følge op på tvangssituationer. 3) Regionerne vil styrke psykiatrisk forskning med fokus på tvang, herunder de forskellige tvangsformers virkning og mulige mindre indgribende alternativer.

Under inspektionen modtog jeg lister over Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjergs elektroniske indberetninger af tvang til Sundhedsstyrelsen i 2005, 2006, 2007, 2008 og 2009 (indtil den 27. november 2009).

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens opgørelser at der i 2005 var indlagt 53 børn og unge på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg, og heraf var 7 berørt af tvang. Afdelingen foretog i alt 23 indberetninger af tvang til Sundhedsstyrelsen. Indberetningerne omfattede 14 frihedsberøvelser (2 tvangsindlæggelser og 12 tilfælde af tvangstilbageholdelse), 1 tilfælde af tvangsmedicinering, 1 tvangsfiksering med bælte og 7 tilfælde af fysisk magtanvendelse (3 tilfælde af fastholdelse, 1 døraflåsning og 3 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin).

I 2006 var der indlagt 50 børn og unge, hvoraf kun 4 var berørt af tvang. Afdelingen foretog i alt 6 indberetninger af tvang til Sundhedsstyrelsen. De omfattede 5 frihedsberøvelser (1 tvangsindlæggelse og 4 tilfælde af tvangstilbageholdelse) og 1 tilfælde af fysisk magtanvendelse (døraflåsning).

I 2007 var der indlagt 40 børn og unge, hvoraf 8 var berørt af tvang. Afdelingen foretog i alt 8 indberetninger af tvang til Sundhedsstyrelsen. De vedrørte 8 frihedsberøvelser (3 tvangsindlæggelser og 5 tilfælde af tvangstilbageholdelse).

I 2008 foretog afdelingen i alt 79 indberetninger af tvang til Sundhedsstyrelsen. De omfattede 33 frihedsberøvelser (3 tvangsindlæggelser og 30 tilfælde af tvangstilbageholdelse), 2 tvangsbehandlinger (1 tvangsmedicinering og 1 tvangsernæring), 39 tvangsfikseringer og 5 tilfælde af fysisk magtanvendelse (2 tilfælde af fastholdelse og 3 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin).

Fra den 1. januar 2009 til den 27. november 2009 foretog afdelingen 106 indberetninger af tvang til Sundhedsstyrelsen. De omfattede 19 frihedsberøvelser (6 tvangsindlæggelser og 13 tilfælde af tvangstilbageholdelse), 1 tvangsmedicinering, 65 tvangsfikseringer og 21 tilfælde af fysisk magtanvendelse (13 tilfælde af fastholdelse, 5 døraflåsninger og 3 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin).

*Det fremgår af afdelingens indberetninger til Sundhedsstyrelsen at der i 2008 og 2009 er sket en væsentlig stigning i antallet af tvangsforanstaltninger hvilket især skyldes stigningen i antallet af tvangsfikseringer, men også en mindre stigning i antallet af tvangstilbageholdelser og fysiske magtanvendelser. Jeg beder om nærmere oplysninger om årsagen til stigningen i tvangsforanstaltninger i 2008 og 2009.*

*Jeg beder også om at få tilsendt en samlet opgørelse over tvangsforanstaltninger på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg i 2009 og 2010.*

For at kunne vurdere i hvor stort et omfang der iværksættes behandling af et barn eller en ung under 15 år med samtykke fra forældremyndighedsindehaveren, men mod barnets/den unges vilje, har Sundhedsstyrelsen fra og med den 1. januar 2011 gjort det muligt at foretage en registrering heraf i tvangsprotokollen. Sundhedsstyrelsen henstiller til de psykiatriske afdelinger at en sådan registrering finder sted, og at der sker indberetning til styrelsen, jf. pkt. 9 i Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9857 af 20. januar 2011 som omtalt i pkt. 2.2 ovenfor.

*Jeg beder om at få oplyst om afdelingen i 2011 har foretaget sådanne registreringer, og i givet fald hvor mange.*

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg har i 2008 udarbejdet "Instruks for tvangsfiksering" og "Principper for bæltefiksering" til læger og plejepersonale på døgnafsnittet. Instruksen indeholder en gennemgang af psykiatrilovens regler om tvangsfikseringer (§§ 4, 14-16, 20, 21, 24, 31 og 32), mens principperne for bæltefiksering omhandler den nærmere opgavefordeling blandt personalet før, under og efter en fiksering. Det fremgår af begge dokumenter at tvangsfiksering skal udføres så skånsomt og respektfuldt som muligt.

Ifølge psykiatrilovens § 21, stk. 5, 1. pkt., skal der i forbindelse med tvangsfikseringer der udstrækkes i længere tid end 48 timer, foretages en ekstern efterprøvelse af spørgsmålet om fortsat tvangsfiksering. Vurderingen skal foretages af 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. Reglen om ekstern efterprøvelse blev indsat i psykiatriloven med virkning fra 1. januar 2007 (jf. lov nr. 534 af 8. juni 2006).

Det blev under inspektionen oplyst at afdelingen i tilfælde hvor der skal foretages ekstern efterprøvelse, vil være nødt til at "låne" en læge udefra på grund af afdelingens størrelse. Ved reglens indførelse var afdelingen nervøs for om det kunne give anledning til problemer. Afdelingen har imidlertid aldrig oplevet at det har været nødvendigt at udstrække en tvangsfiksering i længere tid end 48 timer, og det har derfor heller ikke været nødvendigt at bringe bestemmelsen om ekstern efterprøvelse i anvendelse.

Det blev desuden oplyst at der fra 2003 og frem til inspektionstidspunktet kun havde været 7 patientklager til det psykiatriske patientklagenævn fordelt med 1 klage i 2003, 4 klager i 2004, 1 klage i 2008 og 1 klage i 2009.

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

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg har udarbejdet skriftligt informationsmateriale som udleveres til patienter ved anvendelse af tvang. Jeg har modtaget kopi af materiale om tvangstilbageholdelse og opfølgende samtale efter tvangsepisode.

*Jeg har ikke modtaget informationsmateriale om andre tvangsforanstaltninger end tvangstilbageholdelse. Hvis der findes skriftlig information i standardiseret form om andre tvangsforanstaltninger, beder jeg om at modtage eksemplarer heraf. Hvis materialet ikke findes, beder jeg om at få oplyst årsagen hertil og hvilken skriftlig information patienten så i givet fald modtager.*

Under min rundgang på døgnafsnittet blev det oplyst at tvangsfikseringer foregår på patientens egen stue, og at der anvendes en mobil bælt seng. Jeg så den mobile bælt seng som blev opbevaret i kælderen hvor den stod klar – opredt med bælte dækket af et sengetæppe og et plasticbetræk. Fikseringer foregår oftest i den skærmede del af afsnittet. Ledelsen oplyste at man var opmærksom på at det er uheldigt i forhold til de andre patienter at skulle køre bælt sengen gennem det meste af afsnittet. Det var derfor under overvejelse at inddrage et lille kontor tæt på skærmen til opbevaring af bælt sengen.

*Jeg beder afdelingen om at oplyse om bælt sengen nu opbevares inde på afsnittet tæt på den skærmede del.*

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

### **5.13. Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvang**

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

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

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

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

Psykiatrilovens § 27 vedrører information af patientrådgivere. Bestemmelsen har følgende ordlyd:

**”§ 27.** Personalet på afdelingen skal give patientrådgiveren enhver oplysning, som er nødvendig for, at denne kan varetage sit hverv på forsvarlig måde. En op-

lysning, som af lægelige grunde ikke gives til patienten, må heller ikke gives til patientrådgiveren.”

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

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

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

Under inspektionen gav ledelsen udtryk for at afdelingen er meget tilfreds med de patientrådgivere der er knyttet til afdelingen. Det blev oplyst at patientrådgiverne altid møder op på afsnittet inden for 24 timer efter beskikkelsen. Patientrådgiverne bliver beskikket ud fra den samme liste som anvendes i voksenpsykiatrien (Psykiatrisk Afdeling Esbjerg-Ribe).

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 2009 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Syddanmark deltog patientrådgivere/bistandsværger i 2008 i 18 af de 23 sager der blev behandlet på nævnsmøder afholdt på Psykiatrisk Center Esbjerg, hvilket svarer til en mødedeltagelse på 78 pct. (jf. skema 6, s. 13 i årsberetningen). I 2009 deltog patientrådgivere/bistandsværger i 5 af de 7 sager der blev behandlet, hvilket svarer til en mødedeltagelse på 71 pct.

*Jeg beder om at få oplyst om patientrådgiveren deltog i nævnsmøderne i de 2 sager i 2008 og 2009 hvor patienter fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg havde klaget til det psykiatriske patientklagenævn, og om patientrådgiveren har deltaget i nævnsmøder i eventuelle senere sager.*

*Jeg går ud fra at Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg 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.*

*Jeg beder om oplysning om hvornår patientrådgiveren bliver beskikket/tilkaldt i forhold til tidspunktet for tvangsindgrebet, og i hvilket omfang patientrådgiverne aflægger besøg hos patienterne i forbindelse med tvangsindgreb.*

Det blev ikke under inspektionen oplyst om der i perioder er retspsykiatriske patienter indlagt på døgnafsnittet for unge. Jeg går imidlertid ud fra at det kan forekomme.

Personer som er indlagt på en psykiatrisk afdeling i henhold til en strafferetlig afgørelse, er omfattet af psykiatriloven, bortset fra bestemmelserne i §§ 5-11, § 13 d, § 13 e, § 21, stk. 2, og kapitel 10. Psykiatrilovens bestemmelser om patientrådgivere (§§ 24-29) gælder kun hvis den pågældende patient ikke har en bistandsværge efter straffelovens § 71 (jf. § 2, stk. 2, i bekendtgørelse nr. 1414 af 10. december 2010 om personer indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til strafferetlig afgørelse).

Efter straffelovens § 71 skal retten beskikke en bistandsværge til en person der er dømt til anbringelse i psykiatrisk sygehus eller sygehusafdeling, eller hvis afgørelsen giver mulighed for en sådan anbringelse (straffelovens § 71, stk. 2, og § 3, stk. 2, i bekendtgørelse nr. 947 af 24. september 2009 om bistandsværger). Efter straffelovens § 71, stk. 1, kan der forud for dommen beskikkes en bistandsværge hvis der kan blive tale om at dømme en tiltalt til anbringelse eller forvaring efter reglerne i straffelovens §§ 68-70.

Som bistandsværge skal så vidt muligt beskikkes en person blandt de nærmeste pårørende (straffelovens § 71, stk. 1, og § 3, stk. 3, i bekendtgørelsen om bistandsværger).

Bistandsværgens opgaver er bl.a. at holde sig underrettet om den dømtes tilstand og at drage omsorg for at opholdet på sygehuset/sygehusafdelingen ikke udstrækkes

længere end nødvendigt. Bistandsværgeren skal endvidere rådgive og vejlede om klageadgang i henhold til psykiatriloven og bistå med eventuelle klager (§ 8 i bekendtgørelsen om bistandsværger).

Ifølge § 9, stk. 1, i bekendtgørelsen om bistandsværger, skal bistandsværgeren *snarest muligt* efter beskikkelsen besøge den sigtede, tiltalte eller dømte og til stadighed holde sig i forbindelse med denne. Besøg skal herefter finde sted *efter behov*. Bistandsværger har normalt ret til fri og uhindret personlig, skriftlig og telefonisk forbindelse med den pågældende, jf. nærmere § 9, stk. 2.

Der findes ikke en bestemmelse om at bistandsværgeren skal aflægge besøg hos patienten inden 24 timer efter beskikkelsen svarende til psykiatrilovens § 26, stk. 1, om patientrådgivere.

Personalet på sygehuset/sygehusafdelingen skal give bistandsværgeren enhver oplysning som er nødvendig for at bistandsværgeren kan varetage sit hverv på forsvarlig måde. En oplysning som af lægelige grunde ikke gives til den sigtede, tiltalte eller dømte, må heller ikke gives til bistandsværgeren (§ 14, stk. 1, i bekendtgørelsen om bistandsværger). Bestemmelserne om information af bistandsværger svarer til psykiatrilovens § 27 om information af patientrådgivere, jf. citatet af bestemmelsen ovenfor.

Bistandsværgeren har desuden ret til at gøre sig bekendt med oplysningerne i tvangsprotokollen vedrørende den sigtede, tiltalte eller dømte som den pågældende er beskikket for, jf. § 14, stk. 2, i bekendtgørelsen om bistandsværger.

*Jeg går ud fra at Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg orienterer bistandsværger i samme omfang som patientrådgiverne orienteres, dvs. i forbindelse med alle tvangsindgreb, bortset fra eventuelle indgreb efter psykiatrilovens § 18 g og § 19 a.*

*Jeg beder afdelingen om at oplyse om afdelingen beskikker en patientrådgiver for en retspsykiatrisk patient i de situationer hvor det ikke umiddelbart er muligt at komme i kontakt med bistandsværgeren og orientere ham/hende om et tvangsindgreb.*

#### **5.14. Aflåsning, forholdene for frivilligt indlagte og skærmning**

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



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

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

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 på afdelingen skal straks efter at en beslutning om aflåsning er truffet, underrettes om det (§ 18 f, stk. 3).

Ungdomspsykiatrisk døgnafsnit på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg er et åbent døgnafsnit.

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

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

*Jeg beder afdelingen om at oplyse hvor ofte det er nødvendigt at låse døgnafsnittets yderdøre, og hvordan afdelingen sørger for at underrette patienterne om aflåsningen.*

Psykiatriloven eller bestemmelser fastsat administrativt i henhold til psykiatriloven indeholder ikke en nærmere angivelse af størrelsesmæssige krav til en afdeling. Jeg har tidligere givet udtryk for at der med begrebet "afdeling" i psykiatriloven sigtes til en almindelig afdeling af normal størrelse med "yderdøre" og med i hvert fald et tocifret antal sengestuer med et dertil knyttet afdelingspersonale. Der har herefter kunnet rejses spørgsmål om hvorvidt det er i overensstemmelse med psykiatriloven at etablere en (meget) lille (sær)afdeling – et skærmet afsnit – på en afdeling.

Jeg har i forbindelse med min inspektion den 26. november 2001 af Psykiatrisk Afdeling på Vejle Sygehus udtalt at det er givet at det ikke vil være i overensstemmelse med psykiatriloven at oprette en lille lukket særafdeling for kun én patient, uanset at der i tilslutning til selve patientstuen f.eks. tilbydes ophold på gangarealet. Jeg henviser til min opfølgingsrapport af 7. maj 2003 om inspektionen som kan findes på hjemmesiden [www.ombudsmanden.dk](http://www.ombudsmanden.dk).

Som nævnt ovenfor, indeholder psykiatrilovens § 18 f nu regler om aflåsning af døre 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 afdeling 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 afdeling må således mindst have tre stuer.

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang under pkt. 3.2 ovenfor, har døgnafsnittet en skærmet enhed i den ene ende af afsnittet bestående af i alt 4 patientstuer og 2 opholdsstuer ("stor skærm") med mulighed for at lukke døre på gangarealet til den yderste del af afsnittet så skærmen kun består af 1 patientstue og et opholdsrum ("lille skærm").

Det blev under inspektionen oplyst at hvis patienten i den lille skærm er meget dørsøgende, bliver døren til skærmen låst. Det blev samtidig understreget at der altid er personale til stede sammen med patienten i den lille skærm.

Der er lås på vinduerne i skærmen fordi en tidligere patient sprang ud af et vindue. Vinduerne i skærmen kan således låses, men det blev oplyst at de ikke altid er det.

*Som jeg tilkendegav under inspektionen, har jeg ingen bemærkninger til det oplyste om anvendelse af skærmen. Jeg har herved lagt afgørende vægt på at der altid er personale til stede i den lille skærm i forbindelse med en eventuel aflåsning af døren.*

Det blev under inspektionen oplyst at Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg i nogle tilfælde anvender 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 indberetning til bl.a. Sundhedsstyrelsen, jf. § 44 i bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger).

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

*Jeg beder om at få tilsendt eventuelt skriftligt materiale som Psykiatrien i Region Syd-danmark eller Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg har udarbejdet om per-sonlig skærmning efter psykiatrilovens § 18 d.*

*Hvis Psykiatrien eller Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg har fastsat ret-ningslinjer for lavere grader af observation/overvågning end foranstaltninger omfattet af § 18 d (jf. forarbejderne til den ændrede psykiatrilov), beder jeg også om at få disse tilsendt.*

#### **5.15. Politiets medvirken ved udførelse af tvangsforanstaltninger i afdelingen**

Jeg har tidligere rejst spørgsmålet om politiets medvirken ved udførelse af tvangsfor-anstaltninger i psykiatrien over for Justitsministeriet. Ministeriet sendte mig den 23. juli 2001 en kopi af sit svar af samme dato til Sundhedsministeriet til brug for besvarelsen af spørgsmål nr. 11 af 22. februar 2001 til Tilsynet i henhold til grundlovens § 71. I Ju-stitsministeriets svar til Sundhedsministeriet er bl.a. anført følgende:

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

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

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

Efter Justitsministeriets opfattelse vil politiets medvirken til f.eks. fysisk at fasthol-de en patient i tilfælde, hvor dette er en praktisk forudsætning for, at sygehusper-sonalet kan anvende psykiatrilovens midler – herunder bl.a. give en beroligende indsprøjtning eller iværksætte en bæltefiksering – være tilladelig, hvis det er nød-vendigt for at afværge en aktuel og konkret fare mod andre – et hensyn, som båd-

de det politimæssige regelsæt og det psykiatriske regelsæt har til formål at varetage.”

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

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

Spørgsmålet om politiets eventuelle medvirken ved tvangsforanstaltninger i afdelingen blev ikke drøftet under inspektionen.

Det fremgår af afdelingens "Handleplan for ungdomspsykiatrisk døgnafsnit ved optræk til vold/eller i en voldssituation" at hvis politiet kommer med en patient, skal politiet blive på afdelingen indtil patienten er blevet vurderet af en læge, og at det godt kan være døgnafsnittets personale der skal bede politiet om at blive.

*Jeg beder om nærmere oplysninger om afdelingens samarbejde med politiet, herunder om politiet kommer med ind på selve døgnafsnittet i forbindelse med tvangsindlæggelser.*

#### **5.16. Udslusning, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner**

Der er i 2008 som en del af sundhedsaftalerne mellem Region Syddanmark og kommunerne i regionen udarbejdet en fælles overordnet generel samarbejdsaftale på alle områder inden for psykiatrien. Som supplement til denne aftale har børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark indgået en regional samarbejdsaftale med de 22 kommuner i regionen, almen praksis og de privatpraktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri. Aftalen trådte i kraft den 1. maj 2010, og dens hovedformål er et effektivt og smidigt samarbejde mellem alle de parter der involveres, når et barn eller en ung får brug for psykiatrisk udredning og behandling. Målgruppen er børn og unge til og med 17 år, mens de unge på 18-19 år (kun) er omfattet af den overordnede fælles samarbejdsaftale.

Ifølge samarbejdsaftalen skal hver kommune udpege en kontaktperson der skal fungere som (en entydig) indgang til kommunen. Det gøres klart i aftalen at grundlaget for samarbejdet er at der foreligger et behørigt samtykke fra forældrene/den unge der er fyldt 15 år, til udveksling af information mellem parterne.

Under udrednings- og behandlingsforløbet kan både den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling og kommunen tage initiativ til at der afholdes en samarbejdskonference mellem de parter der er relevante i den konkrete sag. For at samarbejdet mellem afdelingen og kommunen kan forløbe smidigt og for at undgå forsinkelser, skal den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling så tidligt som muligt orientere kommunen hvis afdelingen forventer at der vil være behov for efterfølgende kommunale indsatser.

Så snart det er muligt at fastsætte en færdigbehandlingsdag, skal den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling sende et skriftligt varsel til kommunen. Hvis der skal iværksættes en kommunal indsats efter udskrivningen, skal afdelingen varsle kommunen så tidligt som muligt og senest 3 hverdage før færdigbehandlingsdagen.

I forbindelse med afslutningen af et behandlingsforløb skal alle relevante parter indkaldes til en udskrivningskonference (afsluttende netværksmøde for ambulante patienter) for at evaluere forløbet i den børne- og ungdomspsykiatriske afdeling, drøfte udredningens og/eller behandlingens resultater og bidrage til at der efterfølgende kan træffes beslutning om den videre indsats over for barnet/den unge og eventuelt familien. Udskrivningskonferencens konklusioner skal noteres i et udskrivningsbrev som skal sendes til den der har henvist barnet/den unge, og de parter der er ansvarlige for at iværksætte eventuelle efterfølgende indsatser.

*Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

Under inspektionen oplyste ledelsen at afdelingen har et tæt samarbejde med kommunerne i optageområdet (Varde, Fanø, Billund, Vejen og Esbjerg kommuner), og at samarbejdet fungerer "nogenlunde". Det blev ikke oplyst om det kan være svært at få det rigtige tilbud i kommunerne til et barn eller en ung efter færdigbehandling på afdelingen, og det blev således heller ikke drøftet nærmere om der på døgnafsnittet i perioder er indlagte færdigbehandlede patienter som venter på at blive "taget hjem" af kommunerne.

*Jeg beder om at få oplyst om der i 2009 og 2010 var indlagte færdigbehandlede patienter på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg der ikke umiddelbart kunne udskrives fordi kommunerne ikke kunne hjemtage dem til socialpsykiatriske tilbud, eller andre socialpsykiatriske foranstaltninger. Jeg beder i givet fald om at få oplyst det samlede antal af disse patienter, og om nogle af dem havde ventet i mere end 2 måneder på at blive hjemtaget.*

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

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

...

**§ 13 b.** Hvis en patient, der er omfattet af § 13 a, ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten."

Det fremgår af forarbejderne til psykiatrilovens §§ 13 a, stk. 1, og 13 b, stk. 1, at udskrivningsaftalerne og koordinationsplanerne indholdsmæssigt er ens. De skal indeholde en beskrivelse af patientens aktuelle og forventede fremtidige behov for behandling og sociale tilbud, de behandlingsmæssige tilbud som vil være relevante for patienten, angivelse af dato og tidspunkt for det første møde hos vedkommende myndighed mfl., dato for udløb af aftalen, angivelse af hvornår aftalen skal tages op til vurdering, hvem der er ansvarlig for revurdering af aftalen, hvem der er ansvarlig for opfølgning således at patienten får de nævnte tilbud, og hvem der skal reagere hvis aftalen ikke overholdes.

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

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

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens statistik over anvendelsen af tvang i psykiatrien at der i Region Syddanmark i 2007 blev lavet i alt 69 udskrivningsaftaler og 12 koordinationsplaner. Der blev til sammenligning i 2007 i de 5 regioner lavet i alt 158 udskrivningsaftaler og 49 koordinationsplaner. I Sundhedsstyrelsens statistik over anvendelse af tvang i psykiatrien i 2008 og 2009 er der ingen oplysninger om antallet af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i regionerne i disse år.

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

### **5.17. Aktindsigt**

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**”§ 37.** Den, om hvis helbredsforhold der er udarbejdet patientjournaler m.v., har på anmodning ret til aktindsigt heri. Patienten har endvidere på anmodning ret til på en let forståelig måde at få meddelelse om, hvilke oplysninger der behandles i

patientjournalen m.v. efter 1. pkt., formålet hermed, kategorierne af modtagere af oplysningerne og tilgængelig information om, hvorfra disse oplysninger stammer.

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

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

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

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

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

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

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

Endvidere foreslås det med forslaget at fastholde den hidtidige adgang til om nødvendigt at begrænse adgangen til aktindsigt for så vidt angår optegnelser i patientjournaler m.v., som er journalført før lovens ikrafttræden, i det omfang pa-

tientens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den pågældende selv eller til andre private interesser. Baggrunden herfor er et ønske om at respektere, at journaloplysninger før lovens ikrafttræden kan være givet af pårørende eller andre private i tillid til, at der ville være mulighed for om nødvendigt at begrænse patientens adgang til aktindsigt ud fra sådanne afgørende hensyn.

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

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

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

På Psykiatriens hjemmeside står der følgende om aktindsigt (under ”Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg”, ”Døgnbehandling”, ”Praktiske oplysninger”):

*”Aktindsigt*

Alle patienter har en journal med oplysninger om behandlingsforløb og plejeforløb. Du har med visse undtagelser ret til at læse din journal og få den gennemgået af en læge eller anden fagperson.

Du kan også bede om at få en kopi af journalen, og hvis du ønsker dette skal du sige det til personalet.”

Det fremgår af siden at den senest er blevet fagligt revideret den 24. august 2009, dvs. før de ændrede regler om aktindsigt i sundhedsloven trådte i kraft.

I det eksemplar af velkomst-/informationsmappen til patienterne på døgnafsnittet som jeg fik udleveret under inspektionen, står der følgende om aktindsigt:

”Journalindsigt foregår i samråd med overlægen i afsnittet. Ønskes dette skal der anmodes og ansøges om aktindsigt (separat dokument) hos overlægen, som herefter tager stilling til om der kan gives aktindsigt.”

*Jeg henstiller til Psykiatrien at ajourføre og uddybe oplysningerne om aktindsigt i patientjournaler på hjemmesiden i overensstemmelse med de ændrede regler i sundhedsloven.*

*Jeg henstiller ligeledes til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg at ajourføre og uddybe oplysningerne om aktindsigt i velkomst-/informationsmappen til patienterne på døgnafsnittet – hvis det ikke allerede er sket.*

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

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

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

## **5.18. Pårørendekontakt**

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

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

Psykiatrien i Region Syddanmark har en bruger/patient- og pårørendepolitik (dateret december 2007). Formålet med politikken er at sikre det bedst mulige samarbejde mellem patienter, professionelle og pårørende gennem et sæt af fælles værdier for at opnå den bedste behandling for patienten. Værdierne som politikken bygger på, er 1)

respekt for det enkelte menneske, 2) faglighed (en professionel indsats), 3) ansvar (varetagelse af patientens behov når vedkommende ikke selv er i stand til det), 4) empati (rummelighed og indlevelse med professionelt fodfæste), 5) åbenhed, 6) tydelighed (tydelig og klar kommunikation) og 7) lydhørhed (at personalet opfanger de signaler som patienter og pårørende sender).

Det fremgår af politikken at åbenhed betyder at patienten aktivt inddrages i udarbejdelsen af handlings- og behandlingsplaner, og at de pårørende som patienten giver tilladelse, også åbent kan se planerne og inddrages i processen. Åbenhed betyder også åbenhed om behandlingsprognoser og muligheden for at realisere patientens ønsker og drømme.

Patient- og pårørendepolitikken definerer "nærmeste pårørende" som den netværksperson som den myndige patient (dvs. alle undtagen børn og unge under 18 år og umyndiggjorte) angiver som værende den/de vigtigste person(er) at inddrage og holde tæt informeret i et behandlingsforløb. Det er således den myndige patient der definerer om en pårørende er et familiemedlem, en ven, en kollega eller en helt fjerde person. Personalet skal derfor respektere patientens ønske i de tilfælde hvor patienten og en pårørende ikke er enige om hvem der er nærmeste pårørende.

Pårørende kan altid forvente at personalet kan informere om generelle forhold vedrørende sygdom og behandling, og om hvor det er muligt at henvende sig for at få yderligere støtte og information.

Det fremgår af patient- og pårørendepolitikken at nærmeste pårørende for børn under 18 år og umyndiggjorte altid vil blive inddraget – også uden patientens accept.

*Ifølge sundhedslovens § 17, stk. 1, kan unge der er fyldt 15 år, selv give informeret samtykke til behandling. Bestemmelsen fastsætter samtidig at forældremyndighedens indehaver også skal have information og inddrages i den mindreåriges stillingtagen. 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. Jeg henviser til pkt. 2.2 om lovgrundlaget for behandling af børn og unge ovenfor.*

*Jeg beder på den baggrund om at få oplyst hvordan afdelingen sikrer at et fornødent samtykke foreligger fra patientens side til inddragelse af en pårørende som ikke er forældremyndighedsindehaver, når patienten er fyldt 15 år. Hvis der anvendes en standard samtykkeblanket, beder jeg om en kopi heraf.*

Psykiatrien i Region Syddanmark har på baggrund af bruger/patient- og pårørende-politikken udarbejdet en folder "Nyttig information til patienter og pårørende" (dateret marts 2010) som på baggrund af værdierne i politikken i kortfattet form bl.a. oplyser hvad borgeren som patient eller som pårørende kan forvente af Psykiatrien, og hvilke ønsker Psykiatrien har til samarbejdet med patienter og pårørende. Det fremgår af folderen at nærmeste pårørende bl.a. kan forvente at blive kontaktet og få et tilbud om en samtale hurtigst muligt efter patientens indlæggelse, at blive inddraget i det omfang patienten ønsker det, at få tildelt en personlig kontaktperson, og at personalet er op-søgende og opmærksomt på de pårørendes behov.

Det fremhæves i bruger/patient- og pårørendepolitikken at den tegner de overordnede retningslinjer, og at den derfor skal udmøntes på de enkelte tilbud i psykiatrien gennem lokale skriftlige beskrivelser af hvordan man konkret sikrer at politikken omsættes i praksis.

Det oplyses på Psykiatriens hjemmeside under "Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg", "døgnbehandling", at pårørendepolitikken er ved at blive redigeret, men at den tidligere udgave, som stadig er gældende, kan rekvireres eller blive gennemgået med personalet. Det fremgår at siden senest er fagligt revideret den 15. december 2009.

*Jeg beder om at få oplyst om Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg har udarbejdet en lokal patient- og pårørendepolitik for afdelingen – og i givet fald beder jeg om at få tilsendt en kopi.*

Center for Kvalitetsudvikling foretog i perioden fra den 1. august 2007 til den 30. september 2008 for Danske Regioner en landsdækkende undersøgelse af tilfredsheden blandt patienter og forældre til patienter i de børne- og ungdomspsykiatriske ambulatorier samt dag- og døgnafsnit. Forældre til unge på døgnafsnittet i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg deltog i undersøgelsen.

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

I Region Syddanmark deltog i alt 220 forældre. Svarprocenten var 58 ligesom på landsplan. I regionen omfattede forældreundersøgelsen – udover døgnafsnittet i Esbjerg – også børnepsykiatrisk afsnit (U2) og ungdomspsykiatrisk afsnit (U1) i Kolding,

ungdomspsykiatrisk afsnit i Augustenborg samt skolebørnsafsnit (afsnit 2) og ungeafsnit (afsnit 3) i Odense.

25 forældre til børn og unge på ungdomspsykiatrisk døgnafsnit i Esbjerg besvarede et spørgsmål om deres oplevelse af personalets interesse i deres erfaringer og viden om barnet/den unge. 36 pct. af forældrene svarede at de "i høj grad" havde oplevet at personalet var interesseret i deres erfaringer og viden om barnet/den unge. 52 pct. svarede at de "i nogen grad" havde oplevet det, mens 8 pct. "kun i mindre grad" havde oplevet det. 4 pct. svarede at de "slet ikke" havde oplevet at personalet var interesseret i deres erfaringer og viden om barnet/den unge.

23 forældre til børn og unge på afdelingen besvarede også et spørgsmål om deres medinddragelse i indlæggelsesforløbet. 39 pct. svarede at de "i høj grad" blev medinddraget i indlæggelsesforløbet i det omfang som de selv gerne ville det. 30 pct. af forældrene svarede at de "i nogen grad" blev medinddraget i det omfang som de selv gerne ville det, mens 22 pct. oplevede at det "kun i mindre grad" var sket. 9 pct. svarede at de "slet ikke" var blevet medinddraget i indlæggelsesforløbet i det omfang som de selv gerne ville det.

25 forældre besvarede desuden et spørgsmål om hvorvidt det var deres indtryk at behandlerne betragtede dem som samarbejdspartnere. 36 pct. svarede "ja i høj grad", 48 pct. svarede "ja i nogen grad", mens 12 pct. svarede "nej kun i mindre grad" og 4 pct. svarede "nej slet ikke".

Tilfredsheden blandt forældrene til unge på døgnafsnittet på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg var på de nævnte punkter ikke så høj som tilfredsheden blandt forældrene i Region Syddanmark samlet set. Ledelsen har oplyst at aldersafgrænsningen for patientindtag på Region Syddanmarks ungdomspsykiatriske sengeafdelinger svinger mellem 17+ og 20+ hvilket kan have betydning for forskellighederne i undersøgelsesresultaterne med hensyn til forældretilfredshed.

Ledelsen oplyste under inspektionen at kontakten med pårørende skulle være et indsatsområde i 2010, og at afdelingen arbejdede på at lave en informationsmappe til pårørende. Det blev også oplyst at forældre til børnene og de unge på afdelingen har mulighed for at deltage i en forældregruppe.

*Jeg beder om at få tilsendt kopi af materialet i afdelingens informationsmappe til pårørende.*

### 5.19. Besøg, visitation og adgang til telefonering mv.

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



myndigelsesbestemmelsen 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. 9857 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 kan til orientering oplyse at jeg har en verserende sag med Indenrigs- og Sundhedsministeriet om forståelsen af kravet om at der i husordenen skal være angivet konsekvenserne af overtrædelse (jf. forarbejderne til psykiatrilovens § 2 a og pkt. 11 i Sundhedsstyrelsens vejledning).

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

Jeg har i forbindelse med inspektionen modtaget et eksemplar af afdelingens velkomst-/informationsmappe til patienterne på ungdomspsykiatrisk døgnafsnit og deres pårørende som bl.a. indeholder husordenen for afsnittet. Husordenen for døgnafsnittet findes også på Psykiatriens hjemmeside.

Det fremgår af husordenen på hjemmesiden at den sidst er blevet opdateret den 15. oktober 2009. Husordenen i velkomst-/informationsmappen er ikke dateret. De to husordener er ikke fuldstændig identiske.

*Jeg går ud fra at husordenen på Psykiatriens hjemmeside er den gældende husorden, men beder for en god ordens skyld afdelingen om at bekræfte dette.*

*Jeg henstiller samtidig til afdelingen at datere husordenen så det altid fremgår hvornår den senest er blevet revideret. Jeg beder om underretning om hvad min henstilling giver anledning til.*

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

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

Min anbefaling hænger sammen med at der ikke i psykiatriloven eller i anden lovgivning (bortset fra hvad der kan udledes af retsplejelovgivningen) er fastsat bestemmelser om f.eks. besøgsforbud og om adgangen til at begrænse muligheden for at telefonere, og at der ikke tidligere var regler om visitation i psykiatriloven.

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

Husordenen for ungdomspsykiatrisk døgnafsnit indeholder kun regler der gælder generelt for alle patienter, og den fremstår overskuelig og ikke for omfattende. Der er ingen bemærkninger i husordenen om muligheden for begrænsninger og indgreb i den enkelte patients frihed.

*Jeg beder Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg om at oplyse om afdelingen har fastsat retningslinjer for 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. Hvis det ikke er tilfældet, henstiller jeg til afdelingen at udarbejde sådanne retningslinjer og beder afdelingen om at underrette mig om hvad min henstilling har givet anledning til.*

Tiderne for besøg på ungdomspsykiatrisk døgnafsnit er kl. 15-21 mandag til torsdag, kl. 14-21 om fredagen og kl. 10-21 i weekenden. Det fremgår af velkomst-/informationsmappen at besøg af familie og venner skal ske efter aftale inden for besøgstidene. Besøg foregår på afsnittet – enten på patientens stue eller i afsnittets opholdsrum.

Det blev under inspektionen oplyst at afdelingen i nogle situationer er nødt til at iværksætte besøgsbegrænsninger. Som eksempel blev det oplyst at det af hensyn til patienten kan være nødvendigt at begrænse antallet af besøgende, eller det kan være nødvendigt at afvise en besøgende hvis vedkommende er beruset ved sit fremmøde i afsnittet.

*Jeg beder afdelingen om at oplyse nærmere om hvor ofte der træffes beslutning om besøgsbegrænsninger, herunder besøgsforbud og overvåget besøg, og i hvilke situationer. Desuden beder jeg om oplysninger om afdelingens praksis for revurdering af sådanne beslutninger.*

Det fremgår af husordenen for døgnafsnittet at de unge som udgangspunkt ikke må opholde sig på hinandens stuer medmindre andet er aftalt med den unges kontaktperson.

*Jeg har tidligere i forbindelse med inspektion af psykiatriske afdelinger udtalt at det er min umiddelbare opfattelse at et egentligt forbud mod at patienter besøger hinanden på stuerne, er meget vidtgående.*

*Jeg har imidlertid ingen bemærkninger til oplysningen om at patienters besøg på hindens stuer først skal aftales med personalet. Jeg går ud fra at personalet hver gang foretager en konkret vurdering af patienternes ønsker.*

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

betrægtninger eller eventuelt anstaltsmæssige betægtninger 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.

Under inspektionen oplyste ledelsen at ungdomspsykiatrisk døgnafsnit kun har få misbrugere indlagt, og at der i disse tilfælde er tale om patienter med dobbeltdiagnose. Disse patienter er den første uge af indlæggelsen undergivet hvad afdelingen kalder ”narkoregi”. Det indebærer bl.a. at patienten ved indlæggelsen bliver kropsviseret

i forbindelse med en lægeundersøgelse, og at patientens ejendele bliver undersøgt. Ledelsen oplyste at visitationen som regel sker som led i en aftale som patienten har indgået med afdelingen i forbindelse med indlæggelsen.

Ledelsen oplyste desuden at en patient bliver visiteret efter udgang hvis personalet får konkret mistanke om at vedkommende er påvirket af stoffer ved tilbagekomsten til afsnittet, f.eks. fordi patienten har store pupiller.

Da jeg havde en samtale med 3 unge på døgnafsnittet, rejste én af dem spørgsmål om visitation i forbindelse med indlæggelsen. Patienten undrede sig over at hendes bagage ved indlæggelsen ikke var blevet undersøgt for ting som kunne bruges til selvbeskadigelse. Patienten understregede samtidig at hun ikke havde haft sådanne ting med sig.

Jeg forelagde dette spørgsmål for ledelsen under inspektionens afsluttende samtale, og ledelsen oplyste at personalet ved alle indlæggelser er meget opmærksom på om den unge medbringer ting som ikke bør komme ind på afsnittet. Patienterne bliver ved indlæggelsen direkte spurgt om dette. Hvis patienten giver et overbevisende svar, foretager afsnittet ikke visitation. Ledelsen henviste til at det er vigtigt at vise den unge tillid også ved indlæggelsen. Ved rutinemæssig kontrol af det som den unge medbringer, kan denne tillid blive brudt – til skade for den senere behandling hvor den gensidige tillid er afgørende.

*Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

*Jeg har noteret mig at afdelingen i forbindelse med indlæggelsen af en patient med dobbeltdiagnose foretager visitation som led i en aftale som patienten har indgået med afdelingen. Jeg går ud fra at afdelingen i de tilfælde hvor der ved indlæggelsen ikke foreligger et samtykke til visitation fra patienten, iagttager kravet om begrundet mistanke i psykiatrilovens § 19 a.*

På døgnafsnittet må de unge gerne medbringe mobiltelefoner. De må benyttes på den unges stue fra kl. 15.00 – 22.30. Patienterne kan efter aftale med personalet låne afsnittets telefon, og derudover er der en mønttelefon på gangen.

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

*Jeg beder afdelingen om at oplyse hvor ofte det forekommer at der træffes beslutning om begrænsning i en patients adgang til at telefonere, og på hvilken måde denne begrænsning sker.*

## **5.20. Rygepolitik**

Ifølge § 2 i lov nr. 436 af 14. juni 1995 om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende skulle de tidligere amtsråd med virkning senest fra den 1. januar 1996 fastsætte bestemmelser om røgfri miljøer på amternes sygehuse mv. Fastlæggelse af rygepolitikken kunne delegeres til de enkelte institutioner mv.

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

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

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

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

Ifølge Region Syddanmarks rygepolitik (som blev vedtaget på hovedudvalgets møde den 23. oktober 2007) er det ikke tilladt for ansatte at ryge inden døre på regionens arbejdspladser. Det fremgår desuden af rygepolitikken at det enkelte MED-udvalg skal

drøfte udmøntningen af lovgivningen lokalt, og at MED-udvalget kan vælge at udarbejde en mere detaljeret eller restriktiv rygepolitik, men at det ikke er muligt at formulere en lokal politik der er mindre restriktiv end den overordnede.

Den overordnede rygepolitik i Region Syddanmark indeholder ingen bestemmelser om patienters rygning.

Det fremgår af husordenen for døgnafsnittet på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg at det kun er tilladt at ryge udendørs.

Ledelsen oplyste at børn under 15 år kun må ryge under indlæggelse på døgnafsnittet eller dagafsnittet hvis der er givet tilladelse fra deres forældre/værge.

Under rundgangen på dagafsnittet blev det oplyst at afsnittet for første gang havde 2 rygere blandt patienterne. De fik lov at ryge på afsnittets terrasse lige uden for opholdsstuen.

Som det fremgår af pkt. 5.7 om forplejning ovenfor, er der afsat en halv time til patienternes frokost, og alle skal blive siddende ved bordet i den halve time selv om man er færdig med at spise. I umiddelbar forlængelse af frokosten er der samværstid i en 1 time. De 3 patienter jeg talte med på døgnafsnittet, efterlyste en lille kort (ryge)pause mellem frokost og samværstid.

Under min afsluttende samtale med ledelsen blev det oplyst at tilrettelæggelsen af måltidet og den umiddelbart efterfølgende samværstid har sammenhæng med at der på afsnittet ofte er indlagt patienter med spiseforstyrrelser.

*Det oplyste om afdelingens rygepolitik giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

*Det giver mig heller ikke anledning til bemærkninger at patienterne ikke har mulighed for en kort rygepause mellem frokost og samværstid.*

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



### 5.21. Euforiserende stoffer og alkohol

Det fremgår af husordenen for døgnafsnittet at det ikke er tilladt at indtage alkohol eller andre rusmidler i afsnittet. Patienterne må heller ikke møde op i afsnittet hvis de er stof- eller alkoholpåvirket.

Som det fremgår af pkt. 5.19 ovenfor, har døgnafsnittet kun få misbrugere indlagt.

Jeg fik under inspektionen indtryk af at alkohol og euforiserende stoffer ikke udgør et problem i afdelingen.

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

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

### 5.22. Kæresteforhold mellem patienterne

Det fremgår af husreglerne i velkomst-/informationsmappen til patienterne på døgnafsnittet at patienterne ikke må sove sammen på stuerne eller have et intimt forhold.

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

### 5.23. Patientindflydelse

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

Som nævnt under pkt. 5.18 ovenfor, har Psykiatrien i Region Syddanmark en bruger/patient- og pårørendepolitik. Formålet med politikken er at sikre det bedst mulige samarbejde mellem patienter, professionelle og pårørende gennem et sæt af fælles

værdier for at opnå den bedste behandling for patienten. Med hensyn til værdierne bag politikken henviser jeg til pkt. 5.18.

Det fremgår af Psykiatriens folder "Nyttig information til patienter og pårørende", der er udarbejdet på baggrund af bruger/patient- og pårørendepolitikken, at borgeren som patient bl.a. kan forvente lydhørhed og imødekommenhed ved alle henvendelser og inddragelse af ønsker og forventninger om behandling og dagligdag/forhold på stedet.

I folderen er der også et afsnit med overskriften "Hjælp os til at blive bedre". Her opfordres patienter (og pårørende) til at rette henvendelse til ledelsen for det psykiatriske tilbud eller til Psykiatrien hvis der f.eks. er forhold som patienten mener kunne gøres bedre, eller hvis patienten har haft ubehagelige oplevelser som kunne være undgået hvis personalet havde været mere opmærksomme.

For at øge brugerinddragelsen har Region Syddanmark etableret et psykiatrisk dialogforum bestående af 16 medlemmer der udpeges af regionsrådet. 7 af medlemmerne er repræsentanter fra regionsrådet, mens de øvrige 9 medlemmer er udpeget efter indstilling fra patient- og pårørendeforeninger (bl.a. Sind, LAP, Bedre Psykiatri, Depressionsforeningen og Angstforeningen). Psykiatrisk Dialogforum er et rådgivende og debatskabende forum der kan forholde sig til alle aspekter af psykiatrien som påvirker samspillet mellem psykiatri, brugere/patienter og pårørende, men dialogforum skal på sine møder særligt drøfte kommende planlægningsmæssige og strukturelle udfordringer i psykiatrien, tendenser i samfundsudviklingen, tilfredshedsundersøgelser mv. samt inddragelse af bruger/patient- og pårørendeorganisationer. Det første møde blev holdt i marts 2009, og der holdes ca. 2 møder om året.

På Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg er der på døgnafsnittet alle hverdage morgen- og aftenmøde hvor patienterne og personalet samles med henblik på at orientere hinanden om dagens og aftenens begivenheder samt tilrettelægge aktiviteter som ikke i forvejen er planlagt. Derudover holder afsnittets teamleder husmøde med patienterne en gang om ugen. På dette møde tilrettelægges og fordeles arbejdsopgaver, og de unge har mulighed for at komme med ideer til udvikling i afsnittet.

På Psykiatriens hjemmeside vedrørende det ungdomspsykiatriske døgnafsnit (under "Praktiske oplysninger", "Forslag og klager") bliver det oplyst at afsnittet altid er interesseret i at lytte til en patients synspunkter og ønsker, og at patienten kan kontakte sygehusets administration hvis der er forhold som patienten mener der bør ændres. Det fremgår også at patienten kan henvende sig til afsnittets overlæge, oversygeple-

jerske eller teamlederen hvis patienten er utilfreds med behandlingen eller plejen under indlæggelsen.

*Jeg har noteret mig at patienterne har flere forskellige muligheder for at give deres mening til kende og søge indflydelse på forholdene på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg.*

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

*Jeg beder afdelingen om at oplyse hvordan afdelingen inddrager patienterne i forbindelse med ændring af husordenen for ungdomspsykiatrisk døgnafsnit.*

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

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

I Region Syddanmark deltog i alt 171 patienter fra henholdsvis ungdomspsykiatrisk døgnafsnit i Esbjerg, ungdomspsykiatrisk afsnit (U1) i Kolding, ungdomspsykiatrisk afsnit i Augustenborg og ungeafsnit (afsnit 3) i Odense. I Region Syddanmark var svarprocenten 67.

28 patienter fra døgnafsnittet i Esbjerg besvarede et spørgsmål om deres samlede indtryk af indlæggelsen. 11 pct. af patienterne svarede at deres samlede indtryk af indlæggelsen på afsnittet var "enestående", 50 pct. svarede at det samlede indtryk var "godt", mens 32 pct. svarede at deres samlede indtryk var "både godt og dårligt". 4 pct. svarede at deres samlede indtryk var "dårligt", og 4 pct. svarede "uacceptabelt".

Til sammenligning besvarede i alt 100 patienter på dag- og døgnafsnit i Region Syddanmark spørgsmålet om det samlede indtryk af deres indlæggelse, og heraf angav 11 pct. at det samlede indtryk var "enestående", 39 pct. svarede "godt" og 46 pct. svarede "både godt og dårligt", mens 2 pct. svarede "dårligt", og 2 pct. svarede "uacceptabelt".

Et spørgsmål om hvorvidt patienten var tilfreds med den indflydelse som patienten selv havde på sin behandling, blev besvaret af 24 patienter fra døgnafsnittet i Esbjerg. 42 pct. af patienterne svarede "ja i høj grad", 38 pct. svarede "ja i nogen grad", mens 13 pct. svarede "nej kun i mindre grad", og 8 pct. svarede at de slet ikke var tilfredse med den indflydelse de havde haft på deres behandling.

Til sammenligning besvarede i alt 100 patienter i Region Syddanmark det samme spørgsmål. Heraf svarede 32 pct. at de i høj grad var tilfredse med deres indflydelse på behandlingen, og 38 pct. at de i nogen grad var tilfredse. 20 pct. svarede at de kun i mindre grad var tilfredse, mens 10 pct. slet ikke var tilfredse med den indflydelse de selv havde haft på deres behandling.

Der var således blandt patienterne på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg en væsentlig større tilfredshed med deres indflydelse på egen behandling i forhold til patienternes tilfredshed på dette område i Region Syddanmark samlet set.

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

Ifølge en pressemeddelelse fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet den 15. december 2010 mangler der gennemsnitligt flere læger i psykiatrien end i stort set alle andre specialer. På initiativ af Danske Regioner og Dansk Psykologforening er der derfor udviklet en ny 4-årig specialuddannelse for autoriserede psykologer så de kan uddanne sig til specialpsykologer i børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri. Formålet med uddannelsen er at ruste psykologer bedre til at aflaste og supplere psykiatere og øvrigt personale i psykiatrien.

Det fremgår af Region Syddanmarks strategi for kompetenceudvikling i psykiatrien (dateret december 2007, bilag til regionens psykiatriplan 2008) at manglen på specialiseret arbejdskraft nødvendiggør en opgaveglidning, og at kompetenceudvikling skal medvirke til at opfylde målet om en opgaveglidning der sikrer behandling af høj faglig kvalitet. Det bemærkes at nye udfordrende arbejdsopgaver for de enkelte faggrupper samtidig kan være med til at fastholde og rekruttere nye medarbejdere (jf. strategiens pkt. 4.1.4).

Ledelsen har oplyst at andelen af ikke lægeligt personale er steget relativt meget de senere år på grund af vanskeligheder med rekruttering af læger og et stigende antal henvisninger. Da der er en høj anciennitet og et højt efteruddannelsesniveau hos meget af det ikke lægefaglige personale, har afdelingen arbejdet med opgaveglidning. Det er således primært ikke lægeligt personale der foretager de indledende visitationsamtaler, men under speciallægens supervision og vejledning. Ligeledes varetages de fleste terapeutiske forløb af ikke lægefagligt personale med godkendt terapeutisk uddannelse. I en del af udredningsforløbene er det ikke lægefagligt personale der fungerer som case manager, men igen under speciallægens supervision og vejledning.

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

I forbindelse med inspektionen modtog jeg et udkast til sygefraværspolitik for afdelingen (dateret januar 2006). Det fremgår at sygefraværspolitikken skal være med til at sikre at korttidsfraværet (mindre end 14 dages sammenhængende sygefravær) mindskes, og at medarbejdere der er langtidssyge (mere end 14 dages sammenhængende sygefravær), får bedre mulighed for at vende tilbage til arbejdspladsen og derved undgår afskedigelse på grund af sygdom. Politikken fastsætter retningslinjer for hvordan afdelingen forebygger og håndterer konkrete sygdomsforløb hos medarbejderne.

Retningslinjerne indeholder bl.a. procedurer for sygemelding, raskmelding, dialog om fraværet, indhentelse af lægeerklæring, kontaktsamtaler som har til formål at afklare hvornår medarbejderen kan vende tilbage til arbejdet, og hvilke arbejdsopgaver medarbejderen kan varetage, samt statusamtaler (efter 8 ugers sygefravær) som har til formål at afklare sygdommens arbejdsmæssige konsekvenser og hvordan de eventuelt kan afhjælpes.

Jeg går ud fra at afdelingen anvender retningslinjerne i den nævnte sygefraværspolitik selv om det af forsiden fremgår at der er tale om et udkast.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg har også en stresspolitik for at forebygge stress og derigennem mindske sygefraværet og fastholde medarbejderne.

Under inspektionen fik jeg udleveret en opgørelse over sygefraværet på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg i perioden fra og med januar 2009 til og med september 2009. Sygefraværet var i den nævnte periode 1,99 pct. på børne- og ung-

domspsykiatrisk ambulatorium, 2,61 pct. på dagafsnittet (Villa Frode) og 5,51 pct. på ungdomspsykiatrisk døgnafsnit. Det samlede gennemsnitlige sygefravær på afdelingen i perioden var 3,25 pct.

*Jeg beder om at modtage en kopi af afdelingens sygefraværstatistik for 2010 og første halvdel af 2011.*

### **5.25. Vold mod personalet**

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg har en generel handleplan for hvordan personalet passer på hinanden. Den beskriver kort hvad personalet generelt bør være opmærksom på – bl.a. hvem der er i afdelingen, altid bære alarm, eventuelt lade døren til samtalerummet stå på klem, egen placering i et rum, dele viden og erfaring med hinanden mv. Derudover beskriver handleplanen hvad personalet bør være opmærksom på hvis der er optræk til uro i afdelingen – bl.a. kontakte læge, portør eller andet personale og lave aftale om en opgavefordeling i situationen.

Herudover har ungdomspsykiatrisk døgnafsnit en handleplan der mere detaljeret beskriver hvordan personalet skal forholde sig ved optræk til vold eller i en voldssituation (bl.a. tilkald og information af andet personale, opgavefordeling, skærmning af andre patienter i afsnittet, voldsforebyggende adfærd, eventuelt tilkald af politiet og evaluering af situationen).

Afdelingen har også en instruks vedrørende alarmtilkald/hjælp på det ungdomspsykiatriske afsnit og en instruks for hvilken hjælp der skal ydes en medarbejder der er blevet overfaldet eller lignende (krisehjælp). Begge instrukser er korte og præcise. Det fremgår af "Instruks ved personaleoverfald og lignende" at vagthavende skal sørge for at volds- og aggressionsskema samt skadesanmeldelse bliver udfyldt. Af instruksens sidste punkt (pkt. 10) fremgår følgende:

"Sammen med skadelidte vurderes, om der skal indgives politianmeldelse. Fysisk/psykisk vold udøvet af patient på psykiatrisk afdeling kan som hovedregel politianmeldes. Anmeldelse kan foretages af voldsramt person eller den for patienten behandlingsansvarlige overlæge/afsnitsledelse, hvorefter afdelingsledelsen orienteres. Afdelingsledelsen orienterer sygehusledelsen."

Det blev under inspektionen oplyst at afdelingen havde foretaget 1 politianmeldelse for nogle år siden. Der var tale om en episode hvor 2 brødre "smadrede afsnittet". Det var afdelingssygeplejersken der indgav anmeldelsen til politiet.

Det blev desuden oplyst at al vold registreres i arbejdsskadesystemet. Jeg forstod på ledelsens oplysninger at der ved vurderingen af om der skal indgives politianmeldelse, indgår en vurdering af om voldsepisoden var et udslag af den psykiske sygdom (f.eks. udslag af en psykose).

*Det fremgår ikke udtrykkeligt af "Instruks ved personaleoverfald og lignende" hvem (ledelse eller medarbejder) der skal indgive en eventuel politianmeldelse, men blot at anmeldelse kan indgives af den voldsramte person eller patientens behandlingsansvarlige overlæge/afsnitsledelse.*

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

*Jeg henstiller derfor at afdelingen præciserer instruksen så det tydeligt fremgår at det er ledelsens (afsnitsledelsens) ansvar at indgive politianmeldelse i forbindelse med vold eller trusler om vold mod personalet.*

*Jeg beder afdelingen om at underrette mig om hvad min henstilling giver anledning til.*

Det nærmere omfang af vold og trusler om vold mod personalet på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg blev ikke drøftet under inspektionen.

*Jeg beder om nærmere oplysninger om omfanget af vold og trusler om vold mod personalet i 2009 og 2010, herunder i hvilket omfang (og i hvilke tilfælde) der eventuelt er indgivet politianmeldelse.*

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

## **5.26. Sprogbarrierer mv.**

Omfanget af patienter med anden etnisk oprindelse end dansk på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg blev ikke oplyst under inspektionen, men jeg går ud fra at afdelingen indimellem har patienter og pårørende med anden etnisk oprindelse end dansk, og at det eventuelt kan give anledning til sprogproblemer.

Ledelsen oplyste at afdelingen ikke har skriftligt informationsmateriale på andre sprog end dansk, men at afdelingen sørger for tolkebistand hvis det er nødvendigt i forbindelse med behandlingen.

*Jeg har noteret mig at afdelingen sørger for tolkebistand hvis det er nødvendigt.*

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

Som nævnt i indledningen bad jeg under inspektionen om at modtage udskrift/kopi af afdelingens tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 35-42 og §§ 44-45 i bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger (tvangsbekendtgørelsen). Min anmodning omfattede tilførsler i perioden fra den 1. januar 2009 til den 22. oktober 2009 (da inspektionen blev varslet). Hvis antallet af tilførsler oversteg 10 inden for hver kategori, bad jeg om kun at modtage udskrift/kopi af de 10 seneste tilførsler, dog kun 10 skemaer i alt om tvangsendlæggelse og tvangstilbageholdelse (skema 1).

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

Min gennemgang af de modtagne tilførsler i tvangsprotokollen som afdelingen har foretaget i perioden fra den 1. januar 2009 til den 22. oktober 2009, vil ske i henhold til den dagældende tvangsbekendtgørelse (bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006), herefter blot omtalt som tvangsbekendtgørelsen.

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

Bekendtgørelsens §§ 36-45 indeholder bestemmelser om hvilke oplysninger der skal ske tilførsel af i afdelingens tvangsprotokol. Indberetningen efter § 52, stk. 1, skal indeholde de i §§ 36-45 krævede oplysninger, jf. bekendtgørelsens § 53, stk. 1, 1. pkt.



Indberetningen til Sundhedsstyrelsen skal dog ikke indeholde oplysninger om den ordinerende læges navn eller navne på det implicerede personale. Indberetningen til den ansvarlige sygehusmyndighed skal heller ikke indeholde oplysninger om hverken patientens navn og cpr.nr. eller den ordinerende læges og det implicerede personalets navne.

I tilknytning til tvangsbekendtgørelsen har Sundhedsministeriet udarbejdet en vejledning af 20. december 2006 om udfyldelse af tvangsprotokoller (registrering af anvendelse af tvang i psykiatrien) samt registrering af anvendelse af udskrivningsaftaler/koordinationsplaner. Det fremgår af denne vejledning at de psykiatriske afdelinger efter retningslinjerne i vejledningen løbende skal foretage elektronisk indberetning til Sundhedsstyrelsen ved anvendelse af det elektroniske indberetningsprogram som Sundhedsstyrelsen har udarbejdet.

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

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

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

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

Efter vejledningen skal der foretages indberetning til Sundhedsstyrelsen senest 10 dage efter iværksættelse af en tvangsforanstaltning. Så længe tvangsforanstaltningen stadig pågår, indberettes tilføjelser til tvangsprotokollen løbende. Ved ophør af tvangs-

foranstaltningen 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 Afdeling Esbjerg, er print af Sundhedsstyrelsens elektroniske skemaer.

Det materiale som jeg har modtaget vedrørende tvangsforanstaltninger i perioden fra den 1. januar 2009 til den 22. oktober 2009, indeholder i alt 13 skemaer om frihedsberøvelse (skema 1), 1 skema om tvangsbehandling (skema 2), 25 skemaer om fiksering og fysisk magtanvendelse (skema 3).

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

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

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

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

hvordan frihedsberøvelsen er begyndt – enten tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse.

Jeg har gennemgået 10 skemaer om frihedsberøvelse. Skemaerne omfatter 10 forskellige patienter og vedrører frihedsberøvelser iværksat i perioden fra den 1. april 2009 til den 15. oktober 2009. I 5 tilfælde er frihedsberøvelsen begyndt som tvangsindlæggelse, og i 5 tilfælde er den begyndt som tvangstilbageholdelse.

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

Der er i alle skemaer angivet en begrundelse (i henhold til lovens § 5). Begrundelsen er i 9 tilfælde farlighed og i 1 tilfælde helbredsmæssige grunde.

Tvangsindlæggelse sker på grundlag af en lægeerklæring der er udarbejdet af den læge som har undersøgt den pågældende med henblik på indlæggelse. Erklæringen må ikke være udstedt af en læge der er ansat på den psykiatriske afdeling hvor indlæggelsen skal finde sted, og lægen må ikke være inhabil (psykiatrilovens § 7). Det er dog overlægen på den psykiatriske afdeling der træffer den endelige administrative afgørelse om hvorvidt betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, jf. psykiatrilovens § 9, stk. 2, og § 14, stk. 1, i Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 1498 af 14. december 2006 om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser (tvangsindlæggelsesbekendtgørelsen – nu afløst af bekendtgørelse nr. 1340 af 2. december 2010 om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser, som trådte i kraft den 8. december 2010). Det forhold at det i psykiatriloven udtrykkeligt er bestemt at det er overlægen der har kompetencen i disse tilfælde, betyder at der er et forbud mod at delegere kompetencen til en anden.

Af psykiatrilovens § 4 a og § 14, stk. 1, 2. og 3. punktum, i tvangsindlæggelsesbekendtgørelsen fremgår det at afgørelsen i overlægens *fravær* kan træffes af en anden læge på den psykiatriske afdeling, og at overlægen i sådanne tilfælde snarest skal tage stilling til beslutningen.

For så vidt angår tvangstilbageholdelse gælder tilsvarende – efter lovens § 10, stk. 1, jf. § 4 a – at overlægen træffer afgørelsen, og at afgørelsen kan træffes af en anden

læge i overlægens fravær. Også i disse tilfælde skal overlægen snarest tage stilling til beslutningen.

Af Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. fremgår det at datoen for overlægens stillingtagen skal fremgå af protokollen.

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

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

I 4 af de 10 tilfælde har overlægen taget stilling til frihedsberøvelsen samme dag som iværksættelsen, og i 5 tilfælde dagen efter. I det sidste tilfælde er datoen for overlægens stillingtagen 2 dage efter iværksættelsen.

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

Det påhviler til stadighed overlægen at påse at bl.a. frihedsberøvelse ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 1. Resultatet af denne efterprøvelse skal tilføres tvangsprotokollen henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage efter at frihedsberøvelsen blev iværksat, og herefter mindst hver fjerde uge så længe frihedsberøvelsen opretholdes, jf. lovens § 21, stk. 2, 1. og 2. punktum, og tvangsbekendtgørelsens § 36, nr. 4. Efterprøvelsen udregnes ifølge vejledningen fra den dag hvor den første frihedsberøvelse blev iværksat (dag 0). Datoerne for efterprøvelse ændres således ikke når en tvangsindlagt patient senere tvangstilbageholdes. Datoerne for efterprøvelser og dato for overlægens stillingtagen i denne forbindelse anføres i rubrikkerne under overskriften "Efterprøvelse af frihedsberøvelse".

I 3 tilfælde har frihedsberøvelsen varet i mere end 3 dage, og i 2 af disse tilfælde er den obligatoriske efterprøvelse ifølge de angivne datoer sket på de tidspunkter som loven angiver.

*Det ene tilfælde hvor den obligatoriske efterprøvelse ikke er sket korrekt, drejer sig om en tvangsindlæggelse på grund af farlighed iværksat den 1. oktober 2009. Der er sket efterprøvelse allerede efter 2 dage, og herefter er der sket efterprøvelse 9 dage og 19 dage efter iværksættelsen. Der er således hver gang sket efterprøvelse 1 dag tidligere end de obligatoriske tidspunkter efter psykiatriloven. Forholdet giver mig ikke anledning til yderligere bemærkninger.*

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

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

I de tilfælde hvor der er sket efterprøvelse, er datoen for overlægens stillingtagen i 6 tilfælde samme dag som efterprøvelsen, i 2 tilfælde dagen efter efterprøvelsen og i 1 tilfælde 2 dage efter efterprøvelsen.

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

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

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

Hvis en tvangsindlagt patient forlanger sig udskrevet, men tilbageholdes, skal ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning også datoen for denne tvangstilbageholdelse, datoen for overlægens stillingtagen og begrundelsen (i medfør af psykiatrilovens § 5) angives i rubrikken "Tvangstilbageholdelse af frihedsberøvet (tvangsindlagt) patient".

I 2 skemaer er felterne i sidstnævnte rubrik udfyldt.

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

## 6.2. Tvangsbehandling

Ved tvangsbehandling benyttes "Tvangsprotokol – skema 2"

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

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

Jeg har modtaget 1 skema om tvangsbehandling. Det vedrører tvangsmedicinering.

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

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

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

Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 37, nr. 4, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af navnet på den ordinerende overlæge. Efter Sundhedsstyrelsens vejledning om 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 det skema som jeg har modtaget, er datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen angivet (27. maj 2009), ligesom datoen for overlægens stillingtagen (samme dag). Navnet på den ordinerende læge er også anført.

Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 37, nr. 3, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af begrundelsen for tvangsbehandlingen. Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. markeres den konkrete begrundelse for iværksættelse af den pågældende tvangsbehandling i rubrikken "Begrundelse". Der henvises i den pågældende rubrik i skemaet til psykiatrilovens § 12 og § 13. Ifølge brugervejledningen kan der i det elektroniske skema kun vælges én type begrundelse – enten "udsigst til væsentlig forringelse af helbredet", eller "nærliggende eller væsentlig fare for patienten eller andre" (§ 12), eller "aktuel eller potentiel livstruende tilstand".

Begrundelsen for beslutningen om tvangsmedicinering er i skemaet angivet som udsigt til væsentlig forringelse af helbredet.

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

I det skema som jeg har modtaget, er rubrikken "Art og omfang" udfyldt med præparatnavn og dosis. Der er også anført præparatnavn og dosis på subsidær behandling i form af smeltetablet, og som subsidær behandling hertil er angivet præparatnavn og dosis i injektionsform.

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

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

Jeg går ud fra at den angivelsesmåde som anvendes på Sct. Hans Hospital (afsnit R1) med alternative indgivelsesformer (og doser) er udtryk for en praksis hvorefter der i første omgang forsøges med indgivelse af medicin per oral, og at personalet kun såfremt dette ikke effektivt lader sig gennemføre, fx fordi patienten afviser at indtage medicinen eller efterfølgende kaster op, overgår til indgivelse af medicinen ved injektion. I det ovenfor gengivne eksempel er alternativerne imidlertid sprogligt set ligestillede, og der gives således ingen præcisering af hvornår det ene alternativ skal vælges frem for det andet, dvs. hvad der vil være den udløsende faktor for at vælge henholdsvis per oral indgivelse eller indgivelse ved injektion. Hospitalets formulering i tvangsprotokollen giver derfor anledning til principielle overvejelser om den sproglige præcision som kan forlanges.

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

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

Jeg beder hospitalet om en udtalelse herom”

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



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

*Det anførte i rubrikken "Art og omfang" giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

*Jeg går ud fra at afdelingen ved medicinering efterlever princippet om mindste middel sådan som det er beskrevet i det der er anført ovenfor.*

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

I det skema som jeg har modtaget, er det i rubrikken om tilladt magtanvendelse anført at der kunne ske fastholdelse.

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

I det skema som jeg har modtaget, er navnet på den tilstedeværende læge angivet med fornavn og efternavn alle de gange der er sket tvangsmedicinering (92 gange i alt).

Endelig skal datoen for beslutning om ophør af tvangsansværelsen angives.

Dato for beslutning om ophør er ikke angivet i det skema som jeg har modtaget. Sidste dato for tvangsmedicinering var den 13. november 2009.

*Jeg går derfor ud fra at den manglende dato for beslutning om ophør skyldes at der på tidspunktet for inspektionen – hvor skemaet blev printet ud og udleveret til mig – endnu ikke var truffet beslutning om ophør af tvangsforanstaltningen.*

*Det fremgår af skemaet at der efter iværksættelsesdatoen den 27. maj 2009 har været enkelte længerevarende perioder uden tvangsmedicinering, f.eks. var der kun 2 tvangsmedicineringer i hele juni måned og 3 i september.*

### 6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

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

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

Jeg har for perioden fra den 1. januar 2009 til den 22. oktober 2009 modtaget i alt 28 skemaer om tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt. Der er 13 skemaer om tvangsfikseringer og 15 skemaer om fysisk magtanvendelse. De sidstnævnte skemaer omfatter 8 skemaer om fastholdelse, 3 skemaer om beroligende medicin og 4 skemaer om døraflåsning.

Da jeg kun har bedt om at modtage 10 skemaer inden for hver kategori, har jeg kun gennemgået de 10 seneste skemaer om tvangsfiksering.

En del af skemaerne består af flere tilførsler til tvangsprotokollen. De 10 skemaer om tvangsfikseringer indeholder således også 3 tilførsler om fastholdelse og 4 tilførsler om indgivelse af beroligende medicin. Ét skema om fastholdelse indeholder også en tilførsel om en tvangsfiksering med bælte, og 1 af skemaerne om beroligende medicin indeholder en ekstra tilførsel om indgivelse af beroligende medicin.

Skemaerne vedrører perioden fra den 18. maj 2009 til den 21. oktober 2009 og omfatter i alt 8 patienter.

Tilførslerne om tvangsfiksering omfatter 6 tilfælde af anvendelse af bælte og 5 tilfælde af anvendelse af bælte i kombination med remme.

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

*3 af de 11 tilfælde af fastholdelse som jeg har gennemgået, er sket i forbindelse med tvangsfiksering. Jeg gør derfor blot opmærksom på at disse tilfælde af fastholdelse ikke skulle have været (selvstændigt) registreret i tvangsprotokollen.*

Af psykiatrilovens § 14, stk. 1, fremgår det at der som midler til tvangsfiksering kun må anvendes bælte, hånd- og fodremme samt handsker. Af stk. 2 fremgår det videre at tvangsfiksering kun må anvendes i det omfang det er nødvendigt for at afværge at en patient:

- 1) udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred,
- 2) forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller
- 3) øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Under de samme betingelser kan en indlagt person fastholdes og om fornødent med magt føres til et andet opholdssted på sygehuset, jf. psykiatrilovens § 17, stk. 1, 1. pkt. Uanset at betingelserne for anvendelse af fysisk magt ikke er til stede, kan der over for personer som er frihedsberøvede, jf. lovens kap. 3, anvendes den magt der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen. Dette følger af psykiatrilovens § 17, stk. 1, 2. pkt., og tvangsbekendtgørelsens § 19.

Er det af afgørende betydning for bedring af en meget urolig patients tilstand, kan lægen bestemme at patienten skal have et beroligende middel, om fornødent med magt, jf. lovens § 17, stk. 2.

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

I alle skemaer som jeg har gennemgået, er iværksættelsestidspunktet angivet ved dato og klokkeslæt.

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

overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen, jf. lovens § 4 a og tvangsbekendtgørelsens § 13, stk. 5.

Der blev, som allerede nævnt, truffet i alt 5 beslutninger om anvendelse af remme. Datoen for overlægens stillingtagen er udfyldt i alle tilfælde. Overlægen har taget stilling samme dag som beslutningen om anvendelse af remme blev truffet i 1 af tilfældene, dagen efter i 2 af tilfældene og 2 dage efter i de sidste 2 tilfælde.

*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.*

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

Efter tvangsbekendtgørelsens § 38, nr. 5 og 6, skal der i tvangsprotokollen ved tvangsfiksering ske tilførsel af navnet på den ordinerende læge og navnene på det implicerede personale. Tilsvarende gælder ved anvendelse af fysisk magt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 39, nr. 5 og 6. Ved aflåsning af døre i afdelingen skal der ikke ske tilførsel af navnene på det implicerede personale, jf. tvangsbekendtgørelsens § 45.

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

I 33 tilfælde af tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt er feltet "impliceret personale" udfyldt. Feltet er ikke udfyldt i 2 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin.

I de fleste tilfælde hvor feltet "impliceret personale" er udfyldt, er der angivet enten fornavn og eventuelt også et afsnit eller en stillingsbetegnelse (f.eks. portør), fornavn og forbogstav for efternavn eller både fornavn og efternavn. I 9 tilfælde er der – enten som det eneste eller sammen med nogle navne – kun angivet en betegnelse, f.eks. "Personale BUP døgn, alarmhold" eller "portør".

*Navnene på alle personalemedlemmer der har medvirket ved en tvangsforanstaltning, bør fremgå af tvangsprotokollen så de pågældende kan identificeres. Det er derfor beklageligt at der ikke i alle tilfælde er angivet navnene på det implicerede personale.*

*Jeg går ud fra at anvendelse af fornavn alene er tilstrækkeligt til at afdelingen entydigt kan fastslå hvilke medarbejdere der har medvirket ved tvangsforanstaltningerne.*

*Feltet "impliceret personale" er udfyldt i 1 tilfælde af døraflåsning. Jeg gør i den forbindelse blot opmærksom på at det i tvangsbekendtgørelsens § 45 ikke er angivet at dette felt skal udfyldes.*

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

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

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

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

Efter tvangsbekendtgørelsens § 38, nr. 2 og 3, og § 39, nr. 2 og 3, skal der ved tvangsfiksering og fysisk magtanvendelse ske tilførsel i tvangsprotokollen af indgrebets art og omfang tillige med begrundelsen for indgrebet. Skemaet indeholder særlige rubrikker til dette formål.

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

I alle de tilfælde som jeg har gennemgået, er både tvangsindgrebets art og begrundelsen for indgrebet anført. I 10 af de 11 tilfælde af tvangsfiksering er begrundelsen farlighed, og i det sidste tilfælde er det hærværk. I alle 11 tilfælde af fastholdelse er begrundelsen farlighed. I alle 8 tilfælde af anvendelse af beroligende medicin er begrundelsen urolig tilstand da kun denne begrundelse kan anvendes. I alle 4 tilfælde af døraflåsning er begrundelsen at sikre den frihedsberøvede patients fortsatte tilstedeværelse på afdelingen.

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

Der er i alle tilfælde – med undtagelse af de 8 tilfælde af anvendelse af beroligende medicin – angivet ophørstidspunkt med dato og klokkeslæt.

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

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

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

Psykiatriloven indeholder endvidere bestemmelser om ekstern efterprøvelse af tvangsfikseringer der udstrækkes i længere tid end 48 timer. I disse tilfælde skal en læge der ikke er ansat på det pågældende psykiatriske afsnit hvor indgrebet finder

sted, som ikke har ansvaret for patientens behandling, og som ikke står i et underordningsforhold til den behandlende læge, således foretage en vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfiksering, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 5, 1. pkt., og tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 2. Ved uenighed mellem de to lægers vurdering af situationen er den behandlende læges vurdering afgørende, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 5, 3. pkt., og tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 6. Tidspunktet for vurderingen ved en ekstern læge, navnet på den eksterne læge og information om eventuel uenighed mellem den eksterne læge og den behandlende læge skal angives i tvangsprotokollen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 38, nr. 9, 10 og 11.

Ifølge den seneste ændring af psykiatriloven (lov nr. 708 af 25. juni 2010) skal den eksterne vurdering efter 48 timer efterfølgende gentages en gang om ugen (jf. psykiatrilovens § 21, stk. 6). Denne regel trådte imidlertid først 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. tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 3. Hvis der over for en tvangsfikseret patient senere i forløbet anvendes remme eller handsker, regnes 48-timers-fristen fra den først iværksatte foranstaltning, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 122 af 14. december 2006 om bl.a. obligatorisk vurdering ved tvangsfiksering – nu afløst af vejledning nr. 9857 af 20. januar 2011.

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

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

De 11 tvangsfikseringer som jeg har gennemgået, har alle på nær én varet under 1-2 timer. Den korteste tvangsfiksering varede 30 minutter, og den længste fiksering varede 12 ½ time. I det sidste tilfælde er der gjort notat om én efterprøvelse efter 5 timer, og her er lægens navn angivet med for- og efternavn.

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

**Opfølgning**

*Som det fremgår af de enkelte afsnit ovenfor, har jeg i flere tilfælde bedt Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg om nærmere oplysninger mv. om forskellige forhold. Jeg beder om at disse oplysninger mv. sendes gennem Psykiatrien i Region Syddanmark så Psykiatrien kan få lejlighed til at kommentere det som afdelingen anfører.*

**Underretning**

Denne rapport sendes til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg, Psykiatrien i Region Syddanmark, Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjergs patienter og pårørende.

Lenart Frandsen  
Inspektionschef