

Den 22. maj 2006 afgav jeg en rapport om min inspektion den 16. marts 2006 af Psykiatrisk Børne- og Ungecenter i Næstved. I rapporten bad jeg centret om nærmere oplysninger mv. vedrørende forskellige forhold. Jeg bad om at disse oplysninger mv. blev sendt gennem Storstrøms Amt for at amtet kunne få lejlighed til at kommentere det som centret anførte.

I den anledning har jeg modtaget en fælles udtalelse af 21. august 2006 fra Psykiatrisk Børne- og Ungecenter og Social- og psykiatريفorvaltningen i Storstrøms Amt.

Jeg skal herefter meddele følgende:

Ad punkt 5.1. Overbelægning mv.

For god ordens skyld bad jeg centerledelsen om at oplyse nærmere om belægningssituationen i 2005.

I udtalelsen er det oplyst at den gennemsnitlige belægningsprocent på de enkelte afsnit var følgende:

Åbent afsnit for unge (6 pladser): 88 pct.

Skærmet afsnit unge (2 pladser): 43 pct.

Børnepsykiatrisk døgnafsnit (2 pladser): 73 pct.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Jeg bad under dette punkt tillige centerledelsen om at fremkomme med nærmere oplysninger vedrørende ventetider på ambulantly behandling og forundersøgelser, herunder om centrets praksis med vurdering af børn/unge ved modtagelsen af henvisningen til centret.

I udtalelsen af 21. august 2006 er herom anført følgende:

”For begge ambulatorier gælder:

Akutte henvisninger visiteres samme dag, hvor der oftest gennem telefonisk kontakt til den henvisende indhentes yderligere mundtlig information til belysning af, i hvor høj grad sagen haster, og hvilke tiltag der umiddelbart kan gøres. Såfremt disse oplysninger peger på meget hastende karakter, indkaldes henviste, eller for unges vedkommende tilbydes opsøgende kontakt fra opsøgende mobilteam, indenfor et til to døgn.

For henvisninger i øvrigt:

For børneambulatoriets vedkommende:

Der afholdes ugentligt visitationsmøde, med deltagelse af læge/-r, ld. psykolog, socialrådgiver.

Henvisningerne drøftes og efter en grundig drøftelse og faglig vurdering tages stilling til:

1. Sagen er veloplyst og der er klar baggrund for at der bør arbejdes med problematikken i børnepsykiatrisk regi. Barn og forældre indkaldes til en forvisiterende samtale senest 4 uger efter henvisningen er modtaget. I perioder med ekstra mange henvisninger, prioriteres disse og der kan i enkelte tilfælde gå op til 5 uger før forvisitationen finder sted.
2. Er oplysningerne fra henviser af en sådan karakter, at vi ved yderligere telefonisk kontakt til henviser kan afklare om børnepsykiatrien vurderes at kunne bidrage konstruktivt til barnets videre udvikling?

I en del sager ringes henviser op efter visitationsmødet for yderligere oplysninger, og resultatet af denne kontakt kan evt. munde ud i at der arbejdes videre med sagen på konsulent basis, d.v.s. at børnepsykiatrien bidrager med faglig ekspertise ved et

netværksmøde. Dette typisk i sager, hvor der er arbejdet gennem længere tid med barnet i andet regi.

3. Enkelte henvisninger afvises. Dette forekommer når det tydeligt af henvisningen fremgår, at der ikke kan tilbydes relevant faglig ekspertise i børnepsykiatrien.

Henviser bliver kontaktet, altid med brev, og ofte efter forudgående telefonisk henvendelse.

4. Efter den forvisiterende undersøgelse aftales hvornår den børnepsykiatriske udredning eller behandling kan starte; oftest umiddelbart inden for 4 uger; visse sager af mindre hastende karakter kan skulle vente i op til 6 mdr.

For ungeambulatoriets vedkommende:

Henvisningerne drøftes ved ugentlig visitationsmøde, og efter grundig drøftelse og faglig (systemisk) vurdering tages stilling til:

For de fleste sager er der, udover de oplysninger der foreligger fra den skriftlige henvisning, indhentet supplerende oplysninger via telefon fra enten henviser eller forældre til den henviste umiddelbart efter henvisningen er modtaget.

Ved den ugentlige visitationskonference reflekteres over disse oplysninger og der tages stilling til:

1. Hvorvidt sagen ud fra det oplyste synes at ligge indenfor ungdomspsykiatriens centrale indsatsområder (kerneydelse). Hvis ikke afvises sagen, eller der tages stilling til om henviser skal tilbydes konsulentbistand.
2. For sager til ambulatoriet tages yderligere stilling til hvordan sagen bedst startes, om der er forhold, der giver anledning til at opsøgende mobil team skal tilbyde forvisiterende samtale i hjemmet. Hvis det findes formålstjenligt, indkaldes berørte parter til netværksmøde med henblik på yderligere afklaring.
3. Endelig tages også stilling til sagens hastende karakter.

Alle henvisninger tilbydes forvisiterende samtale indenfor 4 uger.

I næsten alle tilfælde går undersøgelse/behandling i gang straks efter.”

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.2. Aflåsning, herunder skærmning, og forholdene for frivilligt indlagte

Jeg bad centerledelsen oplyse hvorledes en døraflåsning til de to skærmede sengestuer er blevet registreret. Jeg bemærkede at jeg var opmærksom på at der blandt de gennemgåede skemaer (skema 4) var to skemaer med anden foranstaltning end anvendelse af stofbælte eller lign. og aflåsning af yderdør hvoraf det fremgik af foranstaltningsformen er aflåsning af det skærmede afsnit.

I udtalelsen er herom oplyst følgende:

”I de tilfælde hvor det drejer sig om beskyttelsesforanstaltning med henblik på at forhindre, at den unge utilsigtet bringer sig selv i væsentlig fare (f.eks. i en psykotisk eller autistisk bevidsthedstilstand), og fast vagt ikke alene sikrer pågældendes sikkerhed, anvendes skema 4, hvor der anføres som anden foranstaltning: ’aflåsning af dør til skærmet afsnit’. (jfr. Bekendtgørelse af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, § 18). Anvendelsen af denne registrering giver mulighed for at definere situationer hvor denne forholden sig er mindre indgribende i den kropslige frihed end fastholden og/eller bæltefiksering.

I alle tilfælde hvor indlagte i skærmet afsnit er bag låst dør, er der personale sammen med patienten.

I tilfælde hvor mindreårige opholder sig i det børnepsykiatriske afsnit, hvor døren til det ungdomspsykiatriske afsnit er låst, registreres dette kun ved notat i journalen. Forældrene orienteres naturligvis løbende om døren er låst eller åben.

I tilfælde af at en indlagt er tvangstilbageholdt, registreres dette ved Tvangsprotokol skema 1, og aflåsning af dør – oftest yderdøre – noteres i patientens journal; medpatienter orienteres om at yderdøre ikke er låst for dem, og de skal bede personale låse op, hvis de vil ud.

I enkelte tilfælde har en patient været tvangstilbageholdt i det skærmede afsnit og døren dertil låst. Også her er tvangsindgrebet registreret ved skema 1 og dokumenteret med angivelse af begrundelserne tillige med døraflåsningen i journalen”.

Aflåsning af en afdelings yderdøre kunne indtil ikrafttrædelsen den 1. januar 2007 af den nye psykiatrilov (lovbekendtgørelse nr. 1111 af 1. november 2006)

ske enten efter tvangsbekendtgørelses § 18, stk. 2, dvs. over for frihedsberøvede efter lovens kapitel 3 for at sikre deres tilstedeværelse på afdelingen, eller efter tvangsbekendtgørelsens § 23, stk. 1, som en beskyttelsesforanstaltning.

I den nye psykiatrilov er hjemlen til at foretage aflåsning af en afdelings døre fastsat udtrykkeligt i selve loven, jf. lovens § 18 e. Denne bestemmelse omfatter ikke kun yderdøre, men også døre i øvrigt i afdelingen, dog ikke døre til patientstuer. I bemærkningerne til bestemmelsen er bl.a. anført følgende:

”...

Efter den gældende retsstilling, jf. § 18, stk. 2, og § 23 i bekendtgørelse om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger, kan der alene træffes beslutning om, at afdelingens yderdør kan aflåses. Der kan således ikke aflåses døre til f.eks. en såkaldt ’skærmet enhed’, som er beliggende inden for den psykiatriske afdeling. Denne begrænsning ophæves med indførelsen af den foreslåede § 18 e. Således finder regeringen, at aflåsning af skærmede enheder bør være muligt, under forudsætning af, at der reelt er tale om en enhed, med spise-, bade- og opholdsfaciliteter m.v. og med mulighed for socialt samvær med medpatienter, der opholder sig i samme enhed. ...”

Jeg henviser tillige til § 29 i den nugældende tvangsbekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006.

Oplysning om enhver anvendelse af tvang efter psykiatriloven skal som angivet i lovens § 20 tilføres afdelingens tvangsprotokol med angivelse af indgrebets nærmere indhold og begrundelse. Det gælder også aflåsning af døre, jf. udtrykkeligt henvisningen i § 20 i den nugældende lov til lovens § 18 e og §§ 35, stk. 2 og 45 i den nugældende tvangsbekendtgørelse.

Hvis døren aflåses på grundlag af lovens § 18 e, stk. 1, nr. 1 (tidligere bekendtgørelsens § 18, stk. 2), skal indgrebet registreres på skema 3, og hvis døren aflåses på grundlag af lovens § 18 e, stk. 1, nr. 2 (tidligere bekendtgørelsens § 23, stk. 1), skal indgrebet registreres på skema 4. Hvis patienten samti-

dig frihedsberøves, skal der tillige ske registrering af selve frihedsberøvelsen på skema 1.

Det er således ikke hverken efter den tidligere eller den nugældende psykiatrilov tilstrækkeligt at gøre notat om døraflåsning, herunder til en skærmet enhed, i patientens journal.

Samtlige vinduer på centrets døgnafsnit kan aflåses og kan ikke åbnes på klem (vippes) når de er låste. Jeg forstod på personalet i afsnittet at der havde været forsøgt forskellige aflåsningsbeslag, men at de afprøvede beslag ikke kunne holde (blev ødelagt hvis/når patienten forsøgte at åbne vinduet helt) hvis de tillod at vinduet kunne vippes. Centerchefen oplyste at han ville forfølge problemet så der kunne findes en tilfredsstillende løsning. Jeg bad centerledelsen om at underrette mig om resultatet af disse undersøgelser.

I udtalelsen er herom anført følgende:

”Vi har kontaktet teknisk afdeling og leverandøren af vinduerne.

Problemet er, at de vippebeslag som vinduerne blev leveret med, og som muliggjorde at låste vinduer altid af de indlagte selv kunne vippes på klem for frisk luft, var for svage og gik itu ved forsøg på at rykke vinduerne helt op. Teknisk afdeling har så efterfølgende monteret en anden mekanisme, som også tillader vinduer at stå på klem for frisk luft, men altså kræver at personale med nøgle åbner vinduet på klem (og ligeledes lukker igen).

Leverandøren af vinduerne har foreslået, at der håndlaves tilsvarende beslag som vinduerne blev leveret med, men med kraftigere beslag, således at de ikke kan rykkes itu ved almindelig håndkraft. Derved skulle låste vinduer igen kunne åbnes på klem af de indlagte.

På grund af sommerferie har leverandøren endnu ikke kunnet levere en prototype til demonstration. Det drejer sig om 21 vinduer, der skal have udskiftet denne vippemekanisme. Vi har heller ikke endnu kunnet få oplyst udgiften til denne tilbageføring af vinduesfunktionen.”

Jeg har noteret mig det oplyste og beder om fortsat at blive underrettet om hvad der videre sker vedrørende dette spørgsmål.

I udtalelsen har centerledelsen og forvaltningen i øvrigt bekræftet min antagelse i rapporten om at fikseringsmidler altid transporteres diskret, og at det hvis den faste vagt placerer sig ved døren til patientens stue, sikres at andre patienter ikke har mulighed for at kigge ind til den fikserede.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.4. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2

Efter § 3, stk. 2, i psykiatriloven skal lægen vejlede patienten om formålet med indlæggelsen, opholdet og behandlingen samt om udsigterne til en bedring af helbredstilstanden. Jeg bad centret om at oplyse hvordan denne vejledning finder sted.

I udtalelsen er herom anført følgende:

”I forbindelse med enhver indlæggelse finder en indlæggelsessamtale sted, hvor patienten orienteres om formål med indlæggelsen, samt hvilke planer der på det aktuelle tidspunkt er for undersøgelser og observation under indlæggelsen.

I denne samtale deltager som regel: de behandlere, der har haft samtale med patient og familie op til indlæggelsen, og hvor indlæggelse er besluttet, samt miljøpersonale, der oftest fortsætter som kontaktpersoner under indlæggelsen. Lægen, der modtager patienten og foretager den somatiske vurdering af patientens tilstand ved indlæggelsen, deltager undertiden også ved indlæggelsessamtalen, eller møder patienten kort efter dennes indlæggelse.

Den i psykiatriloven lovbefalede behandlingsplan udfærdiges som regel i forbindelse med indlæggelsessamtalen, eller afhængig af patientens tilstand og evt. praktiske forhold, snarest derefter.

Inden denne indlæggelsessamtale har der, i forbindelse med planlægningen af indlæggelsen, i langt de fleste tilfælde været en eller flere samtaler mellem patienten og lægen samt anden behandler.

Ved indlæggelser, der på grund af problematikken arrangeres med kort varsel, etableres ligeledes indlæggelsessamtale mellem patient og læge samt anden behandler. Indholdet er som ovenfor beskrevet.”

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.5. Patienternes kontakt med læge mv.

Jeg gik ud fra at det er muligt at skifte (primær) kontaktperson i det omfang et sådant ønske er sagligt begrundet, fx hvis der opstår et (åbenlyst) modsætningsforhold mellem patienten (og evt. forældrene) og kontaktpersonen. Jeg gik ligeledes ud fra at det er muligt for patienten at få en samtale med lægen alene hvis patienten ønsker det.

Centret og forvaltningen har i den anledning oplyst at der med mellemrum kan være indikation for skift af kontaktperson, og at det er begrundet i forhold der har at gøre med den optimale mulighed for konstruktiv behandling.

Centret og forvaltningen har videre oplyst at patienten naturligvis altid efter anmodning kan tale med lægen alene. I den forbindelse er det oplyst at patienten ved alle lægesamtaler hvor der tillige deltager andet personale, forinden er blevet spurgt om hvorvidt patienten accepterer dette.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.7. Besøg, visitation og adgang til telefonering

Jeg anbefalede at centerledelsen overvejede at udfærdige (lokale) generelle retningslinjer. Jeg bad centret om at underrette mig om hvad overvejelserne resulterede i.

I udtalelsen er det oplyst at centerledelsen vil iværksætte et arbejde i afsnittet med at revidere den eksisterende velkomstfolder og eventuelt udfærdige et til-læg der særligt præciserer retningslinjer vedrørende "husorden". Det er i den forbindelse oplyst at en del af de forhold som min rapport omtaler, allerede er angivet i den eksisterende velkomstfolder, men at disse kan præciseres yderligere. Det er videre oplyst at det skriftlige produkt skal afspejle de juridiske forhold der er styrende for "husordenen" og samtænkes med den miljøterapeutiske ramme der er om behandlingsarbejdet, og at de interne regler fra Sct. Hans Hospital som jeg udleverede under inspektionen, naturligvis vil tjene som inspiration.

Jeg har noteret mig det oplyste og beder om underretning om resultatet af revisionen af reglerne, herunder kopi af reglerne.

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

I udtalelsen er det anført at der kun foretages visitation af en patient og dennes værelse hvis der er mistanke om at patienten har medbragt euforiserende stoffer til afsnittet. Patienten orienteres altid om grundlaget for at foretage denne visitation. Det er sjældent at en sådan visitation vurderes nødvendig. Det anslås at det sker 1 - 2 gange om året.

For så vidt angår besøgende er det oplyst at de besøgende ved begrundet bekymring for at de kunne medbringe stoffer eller genstande til skade for indlagte, kan "blive anmodet om, at der foretages visitation, før de får lov til at komme ind på afdelingen". Det er oplyst at det meget sjældent har været nødvendigt. Jeg forstår det anførte sådan at virkningen af et eventuelt afslag fra en besøgende på at lade sig (sine genstande) visitere, er at den besøgende eventuelt nægtes adgang til at besøge patienten.

Jeg har noteret mig det oplyste og henviser i øvrigt nu til psykiatrilovens § 19 a og 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. Som det fremgår heraf, kan de heri nævnte foranstaltninger alene ske ved begrundet mistanke om at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande aktuelt er blevet eller vil blive forsøgt indført til patienten.

Ad punkt 5.8. Rygepolitik

Jeg bad amtet (eller centret) om at sende mig en kopi af de bestemmelser om røgfrie miljøer som amtet havde fastsat i henhold til § 2 i lov om røgfrie miljøer mv. som centret er omfattet af.

I den anledning har jeg modtaget kopi af amtets rygepolitik for så vidt angår Storstrømmens Sygehus og centrets reviderede MED-aftale om røgfrit miljø som er vedtaget på MED-udvalgsmøde den 10. marts 2006. Det fremgår heraf at der ikke må ryges på Storstrømmens Sygehusets matrikel, men (samtidig) at medarbejdere har mulighed for at ryge udendørs.

Jeg anmoder om en præcisering heraf (hvor der må ryges udendørs). Jeg henviser i den forbindelse til den generelle aftale hvorefter personalet ikke må ryge udenfor på matriklen i arbejdstiden.

Rygepolitikken for så vidt angår patienter og pårørende er omtalt i amtets generelle politik. Udgangspunktet er at heller ikke patienter og pårørende må ryge på sygehusets matrikel. Den udskrift jeg har modtaget, mangler en del af teksten i højre side.

Jeg anmoder om en ny udskrift hvor hele teksten kan læses.

Idet der er vedtaget en særlig rygepolitik for Børne- og Ungecentret, men det ikke af det fremsendte herom fremgår hvorvidt den også omfatter patienter og pårørende, beder jeg om nærmere oplysninger herom.

Ad punkt 5.10. Udslusning, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Jeg bad centerledelsen om at oplyse om centrets praksis i forbindelse med udarbejdelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

I udtalelsen er herom anført følgende:

”Ved alle planlagte udskrivinger, som er de allerfleste, afholdes netværksmøde inden eller kort efter udskrivningen, hvor de fornødne behandlingsmæssige tiltag og koordinationen af disse aftales mellem behørigte parter, dvs. sociale myndigheder, forældre, plejeforældre, opholdssted, kontaktpersoner, skole mv. Praktiserende læge inviteres også, hvis det er relevant, men kun i sjældne tilfælde har denne mulighed for at deltage. Fra centeret deltager behandlere, kontaktpersoner (miljøpersonale) og evt. skolelærer.

Ved ikke planlagte udskrivinger, hvor en patient forlader afdelingen eller pludselig forlanger sig udskrevet og ikke efterfølgende ønsker at medvirke til et netværksmøde eller lignende, afholdes et sådan oftest alligevel for patienter under 18 år med forældremyndighedens samtykke. I enkelte tilfælde hvor ej heller forældremyndigheden samarbejder, og der er alvorlig bekymring for barnets eller den unges helbred eller udvikling, fremsendes en underretning til vedkommende socialforvaltning i henhold til bestemmelserne om skærpet underretningspligt for børn og unge i den sociale lovgivning. Videregivelse af oplysninger uden samtykke af børn og unge har således været relateret til sociallovgivningens bestemmelser.

For yngre voksne (over 18 år) har der endnu ikke været tilfælde, hvor bestemmelserne i Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, § 3, stk. 5-6, har skulle anvendes. Flere yngre voksne der ikke primært vil medvirke til ambulans behandling har behandlingsdomme, som giver tilstrækkelig myndighed til at sikre deres behandling.”

Som anført i rapporten har overlægen ansvaret for at der indgås en skriftlig udskrivningsaftale og – hvis det ikke er muligt – en koordinationsplan, jf. nu lovens §§ 13 a og b. Kravene til indholdet heraf er angivet i en vejledning fra Sundhedsstyrelsen, nu vejledning nr. 122 af 14. december 2006. Jeg anmoder om oplysning om hvorvidt de aftaler der indgås i forbindelse med afholdelse af netværksmøder, og som omfattes af lovens § 13 a, indgås skriftligt.

Som det fremgår af vejledningen, kan bestemmelserne om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner også anvendes når en patient forlader afdelingen uden at det er aftalt på forhånd, hvis der skønnes behov for det. Jeg forstår det oplyste i andet afsnit i det citerede sådan at centret i sådanne tilfælde forsøger at indgå en udskrivningsaftale, men at der ikke udarbejdes en koordinationsplan hvis forældremyndigheden ikke samarbejder (men eventuelt sker underretning af socialforvaltningen). Jeg anmoder om oplysning om hvorvidt det er korrekt forstået.

Jeg forstår endvidere det oplyste i sidste afsnit i udtalelsen sådan at der heller ikke udarbejdes koordinationsplaner for yngre voksne (over 18 år) for hvem det ikke er muligt at lave udskrivningsaftaler, hvis de pågældende har behandlingsdomme der ”giver tilstrækkelig myndighed til at sikre deres behandling”. Jeg går ud fra at der hermed sigtes til muligheden for genindlæggelse i henhold til en sådan dom. Jeg beder om oplysning om hvorvidt det er korrekt forstået.

Ad punkt 5.15. Patientindflydelse

Jeg anmodede centret om at sende mig en kopi af de bestemmelser som centret har udfærdiget (eller udfærdiger) i medfør af § 1 i bekendtgørelse nr. 1337 af 15. december 2004 om patientindflydelse på psykiatriske sygehuse. Bemyndigelsesbestemmelsen i lovens § 30 som denne bekendtgørelse er udstedt efter, er som også nævnt i rapporten ophævet og erstattet pr. 1. januar 2007 af den i rapporten citerede bestemmelse i § 2 a, stk. 3, og en ændring af § 2 i den nye

psykiatrilov (lovbekendtgørelse nr. 1111 af 1. november 2006). Bekendtgørelsen er dog ikke ophævet.

I udtalelsen er herom anført følgende:

”Døgnafsnittet holder ugentlige møder med alle indlagte unge som er psykisk bevidsthedsklare nok til at kunne deltage i Ungegruppen, hvor også 2 faste gruppeledere fra personalet deltager.

Gruppen formål er at invitere de indlagte til at fortælle om, hvordan de oplever deres indlæggelse, herunder forholdet på afdelingen, personalet, husreglerne osv., som den indlagte har det svært med eller godt med. Det er dels en gruppe hvor unge kan øve færdighed i at kommunikere til personale og til hinanden om væsentlige vilkår i forbindelse med deres indlæggelse. Det er således også et forum, hvor medindflydelse kan ske. Beslutninger tages ikke i denne gruppe, men forhold der har været drøftet, kan tages op til beslutning ved de møder, der er hver morgen og eftermiddagen, hvor beslutninger om de indlagtes dagligdag tages og delegeres. Væsentlige emner, der er bragt frem af de unge i Ungegruppen, tages også op i afdelingens personalekonferencer til opfølgning.

Døgnafdelingen planlægger endvidere at ville producere en avis regelmæssigt for de indlagte, hvor de vil kunne ytre sig og derved udøve medindflydelse. Ungegruppen er nævnt i døgnafsnittets velkomstfolder, der udleveres til alle der indlægges. Det er dog ikke specifikt nævnt, at det er der samt ved de daglige morgen- og eftermiddagsmøder deres medindflydelse i henhold til den gældende bekendtgørelse kommer til udtryk. Vi overvejer, hvordan det kan indføres i folderen, uden at den kommer til at fremstå som et tungt produkt formuleret af et ministerium. Når vi har fundet løsningen, fremsendes kopi heraf.”

Jeg har noteret mig at der i velkomstfolderen vil blive indføjet oplysning om medindflydelse, og at jeg vil modtage en kopi heraf når det er sket.

Jeg forstår i øvrigt det anførte sådan at Børne- og Ungecentret ikke har udfærdiget bestemmelser om patientindflydelse således som der er pligt til efter § 1 i bekendtgørelsen om patientindflydelse. Da bekendtgørelsens bemyndighedsbestemmelse som nævnt er bortfaldet ved ikrafttrædelsen af den nye psykiatrilov den 1. januar 2007, foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold

ud over at henvise til §§ 2 og 2 a, stk. 3, i den nye psykiatrilov der som nævnt erstatter bemyndigelsesbestemmelsen i den tidligere lovs § 30.

Ad punkt 6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

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

I udtalelsen er det anført at der når der er sket elektronisk indberetning til Sundhedsstyrelsen, lægges en udskrevet blanket i både patientens journal og i afdelingens tvangsprotokol. En blanket i afdelingens tvangsprotokol er dokumentation for at indberetningen er sket. Det er videre oplyst at der desuden opbevares kopi af brev til den ansvarlige sygehusmyndighed ved kvartalsvise indberetninger.

Jeg har noteret mig det oplyste, herunder at det anses for dokumentation for at der er sket indberetning til Sundhedsstyrelsen, når der er lagt en udskrift af tvangsprotokollen i afdelingens tvangsprotokol (selv om en udskrift ikke i sig selv er dokumentation for at der er sket indberetning, men alene udfyldelse af tvangsprotokollen).

Ad punkt 6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

I et tilfælde var der ikke angivet ophørsdato. Jeg blev under inspektionen bekendt med at den pågældende patient fortsat var frihedsberøvet (næste efterprøvelse lå efter min modtagelse af skemaet).

Centerchefen anførte i brev af 27. marts 2006 (hvormed jeg modtog tvangsprotokollerne fra 2005) at han i forbindelse med afsendelsen af tvangsprotokoller-

ne hertil var blevet opmærksom på at ”der fortsat er usikkerhed af beregning af tidsfrister for efterprøvelse ved skema 1”. Centerchefen anførte videre bl.a. følgende:

”Inden indførelse af elektronisk indberetning af tvangsprotokoller, havde vi en procedure som sikrede at efterprøvelserne ved skema 1 og 4 var korrekte samt sikrede at det var de korrekte skemaer, der blev udfyldt ved anvendelse af tvang i psykiatrien i henhold til Psykiatriloven. Vi har nu ændret den nuværende procedure, så vi sikrer både at det er de korrekte skemaer der anvendes samt at tidsfristerne for efterprøvelserne overholdes.”

Jeg bad centret om at oplyse nærmere om denne procedure.

I udtalelsen er anført følgende:

”Procedure ved anvendelse af de korrekte skemaer samt overholdelse af tidsfrister er ændret således, at der ved morgenbriefingen (hver hverdagsmorgen) gennemgås tvangsprotokolskemaer ved afdelingens læge og/eller den ansvarlige overlæge. Der ses også efter at fornødne journalnotater fra lægen, der ordinerende tvangen, foreligger og er fyldestgørende. Der lægges en kopi af kladden til tvangsindberetningen til afd. socialrådgiver, der tjekker protokollerne igen, før de indtastes.

Ved efterprøvelser er der nu udfærdiget et kontrolskema i et edb-regneark, der automatisk fremskriver de korrekte datoer. Disse datoer føres ind i afd. kalender.”

Jeg har noteret mig det oplyste.

Centerchefen anførte i brevet af 27. marts 2006 endvidere bl.a. følgende:

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

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

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

Jeg bad centret om at redegøre nærmere for de to tilfælde hvor tvangsforanstaltningerne var overlappende, og samtidig præcisere hvorledes det ovenfor citerede nærmere skulle forstås.

I udtalelsen er herom anført følgende:

”Hvor skema 4 har været anvendt som registrering af beskyttelsesforanstaltning ved at aflåse yderdøre (fra d.28.1.06 - 06.02.06) er det begrundet i en beskyttelse af patienten, der ikke var i stand til at passe på sig selv, uden dog at patienten på det tidspunkt havde forlangt sig udskrevet. Patientens ... tilstand tillod ikke at vurdere om hun prøvede at forcere yderdøren, fordi hun ikke ville være indlagt. Efterfølgende forlangte patienten sig mere tydeligt udskrevet, hvorfor hun måtte tvangstilbageholdes på behandlingskriterium. Skema 4 blev ophævet og skema 1, tvangstilbageholdelse, udfyldt; dør-aflåsningen var herefter for at sikre tvangstilbageholdelsen.

Ud over jævnlig undervisning i psykiatriloven og bestemmelserne om udfyldelse af tvangsskemaer vil vi prøve at lave en manual (evt. med rutediagram) for at begrænse tilfælde af forvildelser i registreringen.”

Min anmodning om en redegørelse vedrørte de to tilfælde hvor tvangsforanstaltningerne var overlappende, og ikke det tilfælde som centret har redegjort for, hvor en beskyttelsesforanstaltning i form af aflåsning af yderdøre blev afløst af en tvangstilbageholdelse. Jeg anmoder derfor på ny centret om at redegøre for de to tilfælde hvor tvangsforanstaltningerne var overlappende. Jeg henleder samtidig opmærksomheden på at jeg i den forbindelse tillige ønsker en præcisering af hvorledes det ovenfor citerede (fra centerchefens brev af 27. marts 2006) nærmere skal forstås.

For så vidt angår det tilfælde hvor beskyttelsesforanstaltningen blev afløst af en tvangstilbageholdelse, må jeg forstå at yderdøren efter ophøret af beskyttelsesforanstaltningen forblev aflåst – nu for at sikre tvangstilbageholdelsen. Idet jeg i øvrigt henviser til det ovenfor under pkt. 5.2. anførte om registrering af døraflåsning, anmoder jeg om en udtalelse om hvorvidt dette burde have været registreret på et skema 3, jf. den dagældende tvangsbekendtgørelses § 18, stk. 2, om aflåsning af yderdøre for at sikre patientens fortsatte tilstedeværelse. I det konkrete tilfælde foreligger der allerede et skema 3 hvorpå der i perioden fra tvangstilbageholdelsen den 6. februar 2005 er angivet tvangsindgreb, men ikke døraflåsning.

Jeg har noteret mig det oplyste om undervisning i bl.a. udfyldelse af tvangsskemaer, og at centret vil prøve at lave en manual. Jeg anmoder om underretning om resultatet heraf.

Ad punkt 6.2. Tvangsbehandling

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

I udtalelsen er anført følgende:

”Vi kan se, at der ved en fejl er udfyldt skema 2, tvangsbehandling, hvor det handlede om, at der blev givet en beroligende injektion til en urolig patient (jfr. ’psykiatriloven’ §17, stk. 2), hvorfor skema 3 skulle have været udfyldt. Episoden var telefonisk konfereret med overlægen, som altså har godkendt engangsordinationen, men ikke at det fejlagtigt er registreret som tvangsbehandling. Vi er opmærksomme på, at hvis det bliver nødvendigt at tvangsbehandle en patient, at vi præciserer, at der skal bruges mindste-middels-princippet. Vi er i øjeblikket ved at udfærdige overskuelige manualer (evt. rutediagram) for udfyldelse af de forskellige tvangsprotokoller, og der vil mindste-middels-princippet fremgå i manualen for skema 2. Herunder vil anvendelse af peroral medicin ofte være mindre indgribende, hvis patienten kæmper imod en injektionsbehandling.”

Jeg har noteret mig at mindste-middels-princippet vil blive omtalt i den manual for skema 2 som centret er i færd med at udarbejde.

Jeg har i øvrigt noteret mig det oplyste om at det er en fejl at medicineringen i det konkrete tilfælde er registreret på skema 2 i stedet for på skema 3.

Ad punkt 6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

Det fremgår af psykiatrilovens § 15, stk. 3, 2. punktum, at lægen i de tilfælde hvor plejepersonalet har besluttet at fiksere den pågældende med bælte, straks skal tilkaldes og træffe afgørelse vedrørende anvendelsen af tvangsfiksering med bælte. Jeg bad centerledelsen om at redegøre for centrets praksis med hensyn til tilkaldelse af læge i forbindelse med tvangsfiksering med bælte, herunder hvor lang tid det efter ledelsens opfattelse er acceptabelt og forsvarligt at der går fra tvangsendgrebets påbegyndelse og til lægen kommer til stede.

I udtalelsen er følgende oplyst:

”Hvis en patient bliver bæltefikseret i dagtimerne på hverdage, vil en læge fra Psykiatrisk børne- og ungecenter blive tilkaldt med det samme. Hvis det er udenfor den tid, vil bagvagt ved pædiatrisk afdeling, som dækker afdelingens akutvagt beredskab uden for dag-

timerne, blive tilkaldt umiddelbart efter, hvis fikseringen er uopsættelig.

Det er ledelsens opfattelse, at pædiateren møder snarest muligt. Den pædiatriske vagt kan naturligvis være optaget af akut lægearbejde med et barn, men det forventes, at pædiateren umiddelbart derefter tilser den patient, der er blevet bæltefikseret. Hvis den pædiatriske bagvagt er hjemme i sin tilkaldevagt, forventer ledelsen at lægen er tilstede inden for 30 min., eller kan delegere opgaven til en anden læge tilstede på området inden for samme tidsrum.”

Jeg har noteret mig det oplyste som jeg forstår sådan at lægen efter tilkald også indfinder sig i centret med det samme eller så hurtigt som muligt og inden for højst 30 minutter hvis lægen er tilkaldevagt fra hjemmet.

Ad punkt 6.4. Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning

Alle de modtagne skemaer vedrørte kun én form for tvangsanvendelse. I 2 tilfælde var der tale om ”Andet”. I det ene af disse tilfælde fremgik det af rubrikken ”Situation” at den pågældende patient blev ført til det skærmede afsnit hvor døren blev låst (beslutning af 30. maj 2005). I det andet tilfælde fremgår det af situationsrubrikken at det skærmede afsnit blev aflåst (beslutning af 25. februar 2005).

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

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

Centret har bekræftet at der i begge tilfælde korrekt er tale om aflåsning af dør til det skærmede afsnit. Centret har bemærket at det ved udfyldelse af skema 4 d. 25. februar 2005 er en fejl at der ved ”situation” kun er beskrevet foranstaltningen (aflåsning af dør til det skærmede afsnit) og ikke situationen.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Opfølgning

Jeg afventer fortsat underretning og svar vedrørende enkelte punkter, jf. gennemgangen ovenfor. Jeg beder om at disse oplysninger mv. sendes gennem Region Sjælland.

Underretning

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

Lenart Frandsen

Inspektionschef