

FOLKETINGETS OMBUDSMAND

Gammeltorv 22. 1457 København K
Telefon 33 13 25 12. Telefax 33 13 07 17
Personlig henvendelse 10-15

Folketingets Retsudvalg
Christiansborg
1240 København K

MODTAGET

11 SEP. 2006 10³⁰

Den Centrale Indlevering

Retsudvalget

REU alm. del - Bilag 810

Offentligt : Dato: - 7 SEP. 2006

J.nr.: 2006-0844-424

Sagsbehandler: PH

(Bedes anført ved henvendelser)

Akt. nr.: 15

+ rapporter

Vedrørende inspektion af Psykiatrihospitalet Dianalund

Hermed sender jeg et eksemplar af endelig rapport af dags dato vedrørende inspektion den 20. april 2006 af Psykiatrihospitalet Dianalund.

Med henblik på muligheden for at mangfoldiggøre rapporten vedlægger jeg desuden en uhæftet kopi af rapporten.

Med venlig hilsen



Hans Gammeltoft-Hansen

- 7 SEP. 2006

Gammeltorv den
Journalnr. 2006-0844-424 PH



Folketingets Ombudsmand - Gammeltorv 22 - 1457 København K

Indholdsfortegnelse

1.	Indledning.....	3
2.	Psykiatrihospitalets organisation mv.....	5
3.	Bygningsmæssige forhold mv.....	7
3.1.	Generelt	7
3.2.	Afsnit A.....	7
3.3.	Afsnit B	11
3.4.	Afsnit C	16
3.5.	Afsnit D.....	17
3.6.	Afsnit E	19
3.7.	Aktivitetshus mv.	21
4.	Samtaler med enkelte patienter	22
5.	Andre forhold	23
5.1.	Overbelægning mv.	23
5.2.	Aflåsning, herunder skærmning, og forholdene for frivilligt indlagte	24
5.3.	Adgang til frisk luft	30
5.4.	Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2.....	31
5.5.	Patienternes kontakt med læge mv.....	32
5.6.	Tilkald af politi i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger i afdelingen	33
5.7.	Besøg, visitation og adgang til telefoning mv.....	34
5.8.	Rygepolitik	41
5.9.	Forplejning	43
5.10.	Udslusning, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner	44
5.11.	Anvendelse af tvang og orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling mv.....	46
5.12.	Vold mod personalet	49
5.13.	Opbevaring af journaler	49
5.14.	Handicaptilgængelighed.....	50
5.15.	Patientindflydelse	50
5.16.	Behandlingsplaner	51
5.17.	Euforiserende stoffer og alkohol	52
5.18.	Kæresteforhold mellem patienterne	53
5.19.	Rekruttering af personale og sygefravær.....	53
5.20.	Navneskilte.....	54
6.	Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen	55
6.1.	Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse	58
6.2.	Tvangsbehandling	65

6.3.	Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt	71
6.4.	Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning	77
6.5.	Personlige alarm- og pejlesystemer.....	80
6.6.	Særlige dørlåse	80
	Opfølgning	80
	Underretning.....	81

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 samt 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 tre af embedets øvrige medarbejdere den 20. april 2006 inspektion af Sygehus Vestsjælland, Psykiatrihospitalet Dianalund.

Til stede under inspektionen var centerchef i Psykiatrisk Center Merete Strand, afdelingsleder i psykiatrihospitalet, overlæge Peter Christoffersen, viceafdelingsleder i psykiatrihospitalet Susie Petersen og under den indledende samtale tillige fællesrepræsentant Ole Bisgaard, sikkerhedsrepræsentant Finn Johnson, patientvejleder Karin Sroczynski, Vestsjællands Amt og fuldmægtig Mogens Maibom, Vestsjællands Amt.

Inspektionen omfattede en indledende samtale med ledelsen og medarbejderrepræsentanter, rundgang på hospitalets afsnit, samtaler med de patienter der havde anmodet herom, og en opsamlende samtale med ledelsen.

I forbindelse med inspektionen anmodede jeg om kopi af tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 32-39 i bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelin-

ger vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og anvendelse af særlige dørlåse foretaget på hospitalets afsnit forud for den 20. marts 2006 hvor inspektionen blev varslet. Det ønskede materiale blev af psykiatrihospitalet udleveret under inspektionen.

Forud for og under inspektionen modtog jeg forskelligt informationsmateriale om psykiatrihospitalets enkelte afsnit, herunder beskrivelser om anvendelse og vedligeholdelse, kort og skitser over bygningerne, oversigt over personaleforholdene og eksemplarer af de velkomstpjecer som udleveres til patienterne i forbindelse med indlæggelse.

Efter min anmodning under inspektionen om at modtage eksempler af behandlingsplaner til senere gennemsyn, modtog jeg med brev af 25. april 2006 kopi af to behandlingsplaner.

Det bemærkes endvidere at nogle af de i rapporten berørte emner hovedsagelig bygger på en efterfølgende gennemgang af det skriftlige materiale som jeg har modtaget fra psykiatrihospitalet i forbindelse med inspektionen og fra amtets hjemmeside (www.vestamt.dk), og således blev ikke alle emner drøftet særskilt under selve inspektionen.

Denne rapport har i en foreløbig udgave været sendt til Psykiatrihospitalet Dianalund og Vestsjællands Amt med henblik på at give myndighederne lejlighed til at fremkomme med eventuelle bemærkninger om de faktiske forhold som beskrevet i rapporten. Sygehus Vestsjælland, Psykiatrisk Center, har i brev af 9. august 2006 gennem amtet fremsat sådanne bemærkninger som er indarbejdet i rapporten. Jeg har ikke modtaget (yderligere) bemærkninger fra amtet.

2. Psykiatrihospitalets organisation mv.

Psykiatrihospitalet Dianalund henhører under Vestsjællands Amt. I Vestsjællands Amt er sygehusvæsenet organiseret i Sygehus Vestsjælland. Sygehus Vestsjælland består af fem centre, herunder Psykiatrisk Center. Udgangspunktet for Psykiatrisk Center er to store institutioner, Psykiatrihospitalet i Nykøbing Sjælland og Psykiatrihospitalet Dianalund. Dertil kommer mindre psykiatriske afdelinger i Holbæk og Slagelse. Den almene psykiatriske funktion er geografisk opdelt således at hver af de fire afdelinger har det behandlingsmæssige ansvar for patienterne i hver deres region der dækker nærmere angivne optageområder (kommuner). Udover to almenpsykiatriske åbne afsnit har Psykiatrihospitalet Dianalund også specialafdelinger i form af et intensivt sengeafsnit med mulighed for at tilgodese patienter der har behov for et længerevarende behandlingstilbud, et lukket sengeafsnit og et gerontopsykiatrisk afsnit. Disse tre afsnit har hele amtet som optageområde.

Psykiatrihospitalet Dianalund består således af fem psykiatriske sengeafsnit. Afsnit A er et åbent almenpsykiatrisk afsnit med plads til 15 døgnpatienter og 8 dagpatienter. Afsnit B er et åbent almenpsykiatrisk afsnit med plads til 16 patienter og 8 dagpatienter. Afsnit C er et åbent, alment, langtidpsykiatrisk sengeafsnit for voksne mellem 20 og 65 år. Afsnittet har plads til 13 indlagte patienter og 6 dagpatienter. Afsnit D er et gerontopsykiatrisk sengeafsnit med 16 sengepladser. Afsnittet fungerer både som åbent og lukket afsnit sådan at dørene låses hvis der er indlagte patienter der har beskyttelsesforanstaltning hvor aflåsning af yderdøre er nødvendig. Overlægen tager stilling til dette, jf. tvangsprotokolskema 4. Afsnit E er et egentligt lukket sengeafsnit med 16 sengepladser.

På psykiatrihospitalet har det længe været et stort ønske at kunne tilbyde alle psykiatriske patienter enestue under indlæggelse. Der er på den baggrund opført en tilbygning til afsnit A og B som bl.a. indeholder 8 stuer (4 til hvert afsnit) med eget handicapegnet toilet og bad. Disse stuer vil kunne skærmes fra de øvrige. På inspektionstidspunktet forventedes tilbygningen at stå klar til

indflytning ca. 1. juli 2006. Der vil herefter blive gennemført en istandsættelse af de eksisterende afdelinger A og B hvor bl.a. toilet- og badeforholdene vil blive renoveret. Det sker planmæssigt i efteråret 2006 hvorefter de to afsnit hver vil have 14 sengepladser. Efter renoveringen vil alle psykiatriske patienter i Psykiatrihospitalet Dianalund kunne tilbydes enestuer (dog ikke alle med eget toilet og bad). Indtil konkretiseringsplanen er gennemført, vil der dog være 2 dobbeltstuer på langtidsafdelingen, men det er sjældent at begge senge benyttes medmindre patienterne udtrykker ønske om det. I forbindelse med om- og tilbygningen bliver der også etableret nye lokaler til terapi og aktiviteter. Byggeprojektet er en del af amtets psykiatriplan (2003) der skal forbedre behandlingstilbuddene for amtets psykiatriske patienter.

Ifølge psykiatriplanen (konkretiseringsplanen) for Vestsjællands Amt skal afsnit C's patienter flytte til afdelingen i Holbæk i slutningen af 2006, mens Psykiatrihospitalet Dianalund i stedet skal have patienter fra afdelingen i Slagelse. Denne plan er dog indtil videre stagneret på grund af kommunalreformen.

På inspektionstidspunktet havde Psykiatrihospitalet Dianalund som det fremgår ovenfor, i alt 76 sengepladser, men når renoveringen mv. er tilendebragt, vil hospitalet have 73 sengepladser. Under inspektionen blev det oplyst at Vestsjællands Amt er det amt i den kommende region der har flest psykiatriske sengepladser. Ifølge psykiatriplanen vil distriktspsykiatrien blive oprustet hvilket vil betyde at der fremover bliver færre sengepladser.

Ledelsen oplyste at man i amtet har forsøgt at tilrettelægge behandlingsforløbet for en psykiatrisk patient sådan at patienten som udgangspunkt har den samme behandler gennem hele sygdomsforløbet. Det kan lade sig gøre fordi psykiaterne på sygehusene også er tilknyttet distriktspsykiatrien og således har to arbejdspladser. Hvis det bliver nødvendigt at indlægge en patient som tidligere har været tilknyttet distriktspsykiatrien, følger behandleren med. Kun ved indlæggelse på et lukket afsnit sker der et kontinuitetsbrud.

3. Bygningsmæssige forhold mv.

3.1. Generelt

Psykiatrihospitalet Dianalund, almenpsykiatrisk afdeling, er beliggende i natur-skønne omgivelser ved skoven i udkanten af Dianalund. Hospitalet råder over flere bygninger der indeholder hospitalets fem sengeafsnit, administration, ergoterapi, en gymnastiksal, og en skovkirke. Dertil kommer flere haver til de enkelte afsnit.

Afdelingens sengeafsnit findes i tre fritliggende bygninger i et plan og i hovedbygningen fra 1928 som er under ombygning. Fra hovedbygningen er der adgang til to sengeafsnit (A og B). I hovedbygningen der består af stueetage, 1. og 2. sal, findes der tillige kontorer, undervisnings- og mødelokaler.

Sengeafsnittene omfatter afsnit A, B, C, D og E. Alle afsnit blev besigtiget, afsnit B dog kun ganske kort.

Som nævnt under pkt. 2., var der på tidspunktet for inspektionen et igangværende byggeri og forestående projekter og planer med hensyn til renovering af eksisterende afsnit. Nedenfor er afsnittene beskrevet som de så ud på inspektionstidspunktet med oplysning om de forestående ændringer mv.

3.2. Afsnit A

Afsnit A er som tidligere nævnt et åbent almenpsykiatrisk sengeafsnit med 15 sengepladser. Afsnittet er beliggende på 1. sal i hovedbygningen (over afsnit B) og har 2 tosenngsstuer og 13 enestuer. Der er bad og toiletter på gangen. Spise-, pejse- og billardstue er fælles med afsnit B.

Der var som tidligere nævnt på inspektionstidspunktet et igangværende nybyggeri i form af en tilbygning til afsnit A og B som forventedes færdigt pr. 1. juli 2006. I nybyggeriet er 4 enestuer til hvert af de to afsnit som skal anvendes som skærmpadser. Efter planen skal det gamle sengeafsnit renoveres i efter-

året 2006, og når renoveringen og nybygningen er færdige, vil afsnittet have 14 sengestuer – alle enestuer. Det er dog kun de nye stuer der vil have eget (handicapegnet) bad og toilet, men de eksisterende toilet- og badeforhold indgår i renoveringen af afsnittet.

Afsnittet består af en lang smal gang hvorfra der er direkte adgang til patientstuer, opholdsstuer, køkken, bad og toilet, skylle- og vaskerum.

Gangen er hvidmalet og har døre malet i en mørkere gul. Gangen er dekoreret med en opslagstavle og billeder og er møbleret med et mindre sofabord og sofafastole. På grund af byggeriet var der opsat plastik for vinduerne som fik gangen til at fremtræde mørk. Belysningen i gangen udgøres af lysstofrør i loftet, hvor hver anden lampe var slukket for at give en mere behagelig belysning, men også dette forhold var medvirkende til at gangen fremstod mørk og ubelyst.

Køkkenet er med hvidmalede skabslåger og en stålboardplade. Der er desuden en opvaskemaskine. Skylle-/vaskerummet er udstyret med en vaskemaskine samt en tørretumbler.

Adgang til baderum og toiletter sker via et forrum hvor der hang tøj til tørre, og der var placeret en rengøringsvogn med spande, klude og koste.

Baderummene har hvide vægge og fliser. Der er en bruseniche med badeforhæng samt et lille forrum til omklædning. Baderummene er små og nedslidte.

Toiletterne har hvide vægge og fliser og er udstyret med en håndvask og et toilet i hvid sanitet. Dørene til toiletterne er smalle og malet i en mørkere gul farve. Det er ikke muligt for en kørestolsbruger at benytte toiletterne. Toiletterne er meget nedslidte og trænger til en gennemgående renovering.

Der er to opholdsstuer – en hvor det ikke er tilladt at ryge og en hvor det er tilladt. Førstnævnte stue er pænt møbleret med lænestole, sofaborde, sofaer, tv med video, og der hænger farverige billeder på væggene. Meget af møblementet er af ældre dato, men i en god stand. Vinduerne er forsynet med lange lysegardiner. Der stod på inspektionstidspunktet blomster og en skål med frugt på sofabordene. På den ene væg er der monteret en reol til blade, spil og bøger. På væggen er desuden et udsugningsapparat.

Sengestuerne er møbleret med en hospitalsseng, sengebord, skab, bord og stole. Vinduespartiet består af en dobbeltdør foruden og et dobbelt vindue foroven der kan åbnes. Der er lange relativt mørke (spraglede) gardiner fra gulv til loft. Stuerne er desuden forsynet med en håndvask.

Møblementet på den besigtigede stue er af ældre dato og fremtrådte noget trist. Det blev oplyst at denne stue er repræsentativ for stuerne på afdelingen, og at der ikke er planer om udskiftning af møblementet i forbindelse med renoveringen af afsnittet.

Som jeg tilkendegav under inspektionen, kan det forekomme ærgerligt at der ikke samtidig med renoveringen sker udskiftning af møblementet. Jeg foretager mig dog ikke mere vedrørende dette forhold.

Skabene kan ikke aflåses, men det er muligt at låse skuffen i sengebordet. Værelserne har dobbeltdøre (for at dæmpe lyden), og dørene kan ikke aflåses af patienterne. Det blev oplyst at patienterne efter renoveringen vil have mulighed for selv at aflåse døren til deres stuer indefra. Udefra kan de kun aflåses af personalet.

Under inspektioner af psykiatriske afdelinger og sygehuse har jeg andre steder normalt kunnet konstatere at i hvert fald et skab på sengestuerne kan aflåses af patienten. Som jeg tilkendegav under inspektionen, bør patienterne efter min

opfattelse have mulighed for at låse deres værdigenstande mv. inde også selv om det er muligt at aflåse døren, således at de ikke behøver at få låst døren til stuen hver gang den forlades. Efter min opfattelse er det ikke tilstrækkeligt at patienterne kan låse skuffen i sengebordet idet det kun giver mulighed for at låse mindre ting nede. Hvis der i forbindelse med renoveringen (alligevel) indsættes nye skabe, går jeg ud fra at det bliver skabe med låse. Hvis der ikke indsættes nye skabe, går jeg ud fra at afdelingen løbende er opmærksom på om der opstår behov herfor på grund af problemer med tyverier, og i givet fald overvejer at forsyne de eksisterende skabe med lås.

Det vil efter min opfattelse være hensigtsmæssigt hvis patienterne også selv kan aflåse deres stuer når de forlades, så de ikke behøver at kontakte personalet hver gang de ønsker stuerne aflåst. Personalet skal dog naturligvis til enhver tid kunne låse sig ind på en stue hvortil patienten selv har låst døren. Jeg beder psykiatrihospitalet om at oplyse om det har været overvejet at give patienterne denne mulighed. I benægtende fald beder jeg hospitalet om at overveje det og meddele mig resultatet af disse overvejelser.

En tidligere sengestue benyttes af personalet som depotrum, og bag døren i dette rum er der en telefon på væggen til brug for patienterne.

Som jeg tilkendegav under rundgangen, er denne placering af telefonboksen efter min opfattelse uheldig. På baggrund af de forestående byggeplaner, og idet jeg går ud fra telefonen i den forbindelse vil blive opsat et mere egnet sted, og sådan at patienterne har mulighed for at tale uforstyrret, foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold.

Afsnit A trængte generelt til at blive renoveret. Da der snart vil ske en sådan renovering, herunder af toilet- og badeforhold, foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold. Dog beder jeg om nærmere oplysninger om den renovering der vil ske af toilet- og baderummene.

3.3 Afsnit B

Afsnit B er også et åbent almenpsykiatrisk afsnit der som det fremgår af pkt. 3.2. er beliggende i stueetagen under afsnit A. Dette afsnit har 16 sengepladser.

Afsnittet har 10 enestuer og 3 tosengstuer. Der er to dagligstuer (en for rygere og en for ikke-rygere), en tv-stue og et køkken. Fælles med afsnit A er der en pejsestue med tv og musikanlæg, spisestue og billardrum.

Det ovenfor nævnte igangværende nybyggeri og den efterfølgende renovering omfatter som tidligere nævnt også afsnit B – og med samme tidshorisonter. Når renoveringen og nybygningen er færdige, vil dette afsnit således også have 14 sengestuer – alle enestuer.

På denne baggrund og idet afsnit B svarer til afsnit A, besigtigede jeg som tidligere nævnt kun denne afdeling ganske kort, og den er derfor heller ikke beskrevet nærmere.

En patient fra afsnit B klagede bl.a. over en række hygiejne- og bygningsmæssige forhold på dette afsnit. Under min afsluttende samtale med ledelsen forelagde jeg klagerne for ledelsen. I forbindelse med mit opfølgende svar til patienten sendte jeg nogle spørgsmål videre til ledelsen til besvarelse over for patienten, og jeg anmodede om underretning om ledelsens svar til den pågældende. Jeg modtog herefter et brev af 9. maj 2006 med bilag (en redegørelse af 3. maj 2006) med ledelsens svar på disse spørgsmål.

Klagerne omfattede bl.a. utilstrækkelig rengøring af toilet- og baderum.

Under den afsluttende samtale blev det oplyst at det er servicecenteret der står for rengøringen af bl.a. toilet- og baderummene, og at de rengøres hver dag. Ledelsen var bekendt med at det ikke blev gjort godt nok og havde kontaktet centeret i den anledning. Det blev endvidere oplyst at ledelsen havde bedt afdelingerne om at rapportere herom. I redegørelsen af 3. maj 2006 er det supple-

rende oplyst at personalet er opmærksomt på at der gøres rent hver dag, og giver besked til servicecenteret hvis det ikke sker. Med jævne mellemrum tages det op på morgenmøder hvad den enkelte patient kan gøre for at holde toiletterne hygiejniske. I brevet af 9. maj 2006 har ledelsen bemærket at hospitalet gennem længere tid har haft fokus på rengøringen og er i løbende dialog med ledelsen af rengøringsområdet så rengøringsstandarden kan bringes op på det aftalte niveau.

Da ledelsen således havde kontaktet servicecenteret og løbende følger med i rengøringsstandarden, og idet jeg gik ud fra at ledelsen ville overveje hvad der skal gøres hvis rengøringen fortsat er utilfredsstillende, foretog jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold.

Patienten var endvidere utilfreds med at der ikke var opstillet toiletreensemiddel og en børste således at patienterne selv har mulighed for at rense toilettet efter brug. Patienten havde fået oplyst at det skyldes at rensedmidlet indeholder farlige stoffer.

Under den afsluttende samtale oplyste ledelsen at der kan opsættes børster. Jeg gik derfor ud fra at ledelsen ville foranledige at det skete. I redegørelsen af 3. maj 2006 er det oplyst at børster var bestilt.

Patienten nævnte endvidere at der i baderummene kunne ligge barberskrabere og barberblade (på gulvet), og rejste spørgsmålet om hvem der tjekker at det ikke forekommer, så andre patienter ikke kommer til skade eller skader sig på grund af dette. Patienten havde af personalet fået at vide at barbering skal foregå på de indsattes stuer (der er udstyret med håndvask).

Ledelsen var enig i at det er uheldigt hvis der ligger barberblade mv. i baderummet og oplyste at det skal fjernes i forbindelse med rengøring af rummene.

Jeg gik ud fra at ledelsen ville overveje om klagen under dette punkt måtte give anledning til yderligere med henblik på at sikre at der ikke sker tilskadekomst indtil der sker rengøring af rummet. Jeg anmodede ledelsen om at underrette mig herom, men foretog mig på det foreliggende grundlag ikke mere vedrørende dette forhold.

I redegørelsen af 3. maj 2006 er det oplyst at personalet og rengøringspersonalet er opmærksomme på at fjerne ting fra baderummene som kan være til gene eller skade for patienterne. Det er i den forbindelse nævnt at det ville være ønskeligt med eget bad og toilet til alle patientstuer da nogle patienter på grund af deres sygdom har behov for ekstra støtte omkring de hygiejniske forhold.

Jeg er enig i at det er ønskeligt med eget bad og toilet til alle patientstuer – også af nævnte grund. Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 har i forbindelse med tilsynets inspektioner af psykiatriske hospitaler udtalt kritik af stuer uden eget toilet og bad. På linje med det af tilsynet anførte må jeg for så vidt anse det for en mangel at der fortsat efter ombygningen er stuer uden eget toilet og bad, men jeg har dog ikke grundlag for at foretage mig noget vedrørende dette forhold. Jeg har noteret mig det oplyste om at også personalet på afsnittet er opmærksomt på at fjerne ting der er til gene eller skade for patienterne, og jeg går således ud fra at personalet jævnligt tjekker bade- og toiletrumene for de nævnte forhold.

Videre nævnte patienten at brusehovederne var tilkalkede. Ledelsen nævnte at afkalkning af brusehovederne indgår i rengøringen – og i redegørelsen er det nævnt at der gives besked til rengøringspersonalet hvis der klages over tilkalkede brusehoveder. I redegørelsen er det videre oplyst at der den 12. april 2006 (dvs. forud for inspektionen) blev opsat nye brusehoveder.

For det tredje rejste patienten spørgsmål om hygiejneforhold mv. i køkkenet (rengøring af køkkenfaciliteter, herunder køleskabet). Patienten spurgte desu-

den hvem der udfører tilsyn med at fødevarerne behandles korrekt og ikke er for gamle mv.

Det blev under den afsluttende samtale oplyst at der var sket en ændring med hensyn til udførelsen af rengøringen i afsnittenes køkkener, og at der skulle ske en evaluering af den nye ordning ca. en måned senere. Ledelsen var ikke bekendt med eventuelle procedurer for rengøring af køleskabe og kontrol med fødevarerne i køleskabet.

Jeg anmodede ledelsen om at undersøge dette spørgsmål og at underrette mig om resultatet heraf samt om resultatet af evalueringen.

I redegørelsen er det nævnt at servicecenteret (også) har ansvaret for rengøring af køkkener. Nattevagterne har ansvaret for daglig at tjekke om der er gamle madvarer der skal smides ud, og temperaturen i køleskabet, og skal desuden en gang om ugen vaske køleskabet af. Personalet er opmærksomt på patienternes håndhygiejne når de er i køkkenet. Det er i den forbindelse oplyst at det flere gange har været overvejet om køkkenet af hygiejnemæssige grunde skulle være aflåst, men at hospitalet er afstået herfra fordi det indskrænker patienternes handlefrihed og medansvar for køkkenopgaver.

Jeg har noteret mig det oplyste, og afventer fortsat underretning om den nævnte evaluering.

Endvidere undrede patienten sig over at der i køkkenet opbevares dunke med rengøringsmidler i uaflåste skabe, og at brødknive ligger frit fremme i køkkenet mellem kl. 6.00 og 22.00 hvor køkkenet ikke er aflåst.

Som nævnt ovenfor stod der under min besigtigelse af toilet- og baderummet i afsnit A en rengøringsvogn med rengøringsmidler i dette rum.

Ledelsen oplyste at rengøringsmidler skal opbevares utilgængeligt for afsnittets patienter.

Jeg gik på denne baggrund ud fra at ledelsen (generelt) ville undersøge om rengøringsmidler opbevares i overensstemmelse hermed, og at ledelsen i benægtende fald ville gøre det relevante personale bekendt med forholdet og sikre sig at midlerne låses inde.

I redegørelsen af 3. maj 2006 er det nævnt at der i køkkenskabet opbevares opvaskemiddel til vask i hånden og maskine da patienterne er medansvarlige for opvask som led i miljøterapeutisk behandling. Det er videre oplyst at der i skyllerummet ved en vandhane som patienterne ikke bruger, findes en automatisk sæbeblander til gulvvask og universalrengøring som rengøringsassistenten anvender. Alle andre rengøringsmidler er låst inde i et skab.

Jeg har noteret mig det oplyste og går ud fra at personalet er opmærksomt på at der ikke står rengøringsmidler fremme som bør være låst inde.

Med hensyn til knive oplyste ledelsen at ledelsen ikke var bekendt med om de normalt låses nede, men at det formentlig kun sker hvis der er konkrete grunde hertil, da der er tale om et åbent afsnit. Da knive også kan benyttes mod personalet, kunne ledelsen ikke forestille sig at personalet ikke låser dem inde hvis der måtte være en sådan grund.

Jeg gik ud fra at ledelsen ville undersøge proceduren for nedlåsning på åbent afsnit nærmere. I redegørelsen er det bekræftet at knive ikke låses nede da der er tale om et åbent afsnit. Det er oplyst at knive i perioder har været opbevaret på kontoret fordi der har været patienter som (muligvis) kunne finde på at skære sig selv.

Jeg har noteret mig det oplyste.

3.4 Afsnit C

Afsnit C er et åbent, langtidspsykiatrisk sengeafsnit hvor der er mulighed for at tilgodese de patienter der har behov for et længerevarende behandlingstilbud. Som nævnt under pkt. 2, skal afsnit C's patienter ifølge politisk vedtaget plan for psykiatrien i Vestsjællands Amt, flytte til Holbæk ultimo 2006. Under inspektionen blev det oplyst at det herefter er planen at afsnittet skal modtage patienter der nu indlægges på afdelingen i Slagelse, og tillige skal indeholde faciliteter til terapi. Det er planen at afsnittet i den forbindelse skal gennemgå en gennemgribende renovering. Der var udarbejdet tegninger til dette projekt som også omfatter en skærmet enhed og forberedelse til en akut modtagelse (med fire pladser). Det er dog usikkert om det gennemføres som planlagt. Indtil videre er der truffet en beslutning om gennemførelse som skal behandles i det politiske regi. Som ligeledes nævnt under pkt. 2, er planen indtil videre stagneret på grund af kommunalreformen (der træder i kraft den 1. januar 2007).

Jeg anmoder om underretning om hvad der videre sker vedrørende dette forhold, herunder hvad afsnittet i givet fald nærmere vil komme til at indeholde.

Der er 13 sengepladser fordelt på 9 enestuer og 2 tosengestuer. 7 enestuer har eget toilet. 4 enestuer deler bad og toilet 2 og 2 med indgang fra hver side, og tosengsstuerne har ligeledes fælles bad og toilet med direkte adgang fra stuerne. Patienterne kan aflåse døren mellem toilettet og stuen.

Gangen på afsnit C er lang og smal, hvidmalet og har gule døre med navneskilte med patients fornavn ved hver patientstue. Gangen er dekoreret med billeder og er møbleret med en kommode, lænestole og grønne planter.

Sengestuerne har en rimelig størrelse og er møbleret med en hospitalsseng, sengebord, stole, skrivebord, sofabord, lamper, tv, stereoanlæg, opslagstavle og billeder. Sengestuerne har hvidmalede vægge og hvide gardiner og fremstår lyse.

Toiletterne har gule vægge og er udstyret med en håndvask og et toilet i hvid sanitet. Foruden toilet, håndvask og bruseniche er der et spejl, håndklædeholder og en bæk. Brusenichen er afskærmet med et badeforhæng. Dørene til toiletterne er malet i en gul farve.

Spisestuen er indrettet i en stor stue hvor der er opstillet to spiseborde med plads til seks personer ved hvert bord. I spisestuen er der desuden opstillet et køleskab samt en kommode.

Opholdsstuen er møbleret med sofagrupper, et klaver og tv med video. Der er grønne planter, og der hænger små billeder på væggene. Der står blomster i vindueskarmene og på nogle af sofabordene. Vinduerne er forsynet med lange lyse gardiner. På den ene væg er der en reol til blade og spil. Fra opholdsstuen er der udgang til en lille terrasse der er møbleret med havemøbler.

På baggrund af de ovennævnte planer om renovering af dette afsnit, som jeg vil følge med i, foretager jeg mig ikke mere vedrørende de fysiske forhold på denne afdeling.

3.5 Afsnit D

Afsnit D er et gerontopsykiatrisk sengeafsnit med 16 sengepladser fordelt på 16 enestuer, alle med eget bad og toilet. Patienterne indlægges til observation, diagnosticering og behandling. Der er udgang til lukket have. Afsnittet har en separat rygestue, men er ellers røgfrit. Væggene i rygestuen bar tydelig præg af rygningen i rummet.

Gangen på afsnit D er hvidmalet og har døre malet i pink og lyserøde farver. Der er navneskilte med patienternes fulde navn ved hver patientstue. Det skyldes bl.a. at nogle patienter ellers vil kunne have svært ved at finde deres egen stue. Gangen er bred og fremstår lys og venlig.

Lokalerne på gangens ene side i dette afsnit har udsyn til det lukkede afsnits indhegnede udeareal, herunder det "bur" der er etableret, jf. herom under pkt. 3.6.

Den anden side af gangen vender ud til et mod et åbent område. Her er der lås på vinduerne der dog stadig kan åbnes så meget at der kan komme frisk luft ind. Jeg henviser til pkt. 5.2.

Sengestuerne er møbleret med en hospitalsseng, sengebord, lænestole, sofa-bord, lamper og billeder. Sengestuerne har hvidmalede vægge og lyse gardiner. Jeg besøgte både en ubeboet og en beboet stue. Den ubeboede stue var meget institutionspræget, mens den beboede var meget personligt indrettet med potteplanter i vindueskarmen og påskeuroer mv. Stuerne kan aflåses indefra.

Opholdsstuen har gule vægge og lyse gardiner og er møbleret med sofagrupper og et tv. Der hænger billeder på væggene, og der står grønne planter og blomster på sofabordene. Vinduerne er forsynet med lange lyse gardiner. Fra opholdsstuen er der udgang til en lukket have. Møblementet er af ældre dato, men er i en god stand.

Toiletterne har hvide vægge og fliser og er udstyret med en håndvask og et toilet i hvid sanitet. Dørene til toiletterne er hvide. Foruden toilet, håndvask og bruseniche er der et spejl og en håndklædeholder. Brusenichen er afskærmet med et badeforhæng.

Vedligeholdelsesstandard på denne afdeling giver mig ikke anledning til bemærkninger. Det gælder også møblementets standard selv om meget af det er af ældre dato.

3.6 Afsnit E

Afsnit E er et lukket psykiatrisk afsnit med 16 sengepladser fordelt på 16 enestuer med eget bad og toilet. Til afsnittet er der en indhegnet have med badminton- og basketballbane.

Afsnit E blev i december 2005 renoveret med ny gulvbelægning, nye døre, motionsrum for patienter, fire skærmpladser, samtalerum, udendørs rygepavillon, ombygning af dagligstue og bedre kontorfaciliteter.

Ved indgangen til afdelingen er der en sluse med et modtageværelse/samtalerum. Modtageværelset er lyst og har en sofa og to lænestole i mørkegråt uldbetræk, et sofabord, planter og billeder på væggene.

Gangen fremstår lys og venlig med blå døre ind til stuerne, vægge i hvide, grønne og blå farver, billeder på væggene, grønne planter og borde og stole. Ved hver patientstue er der opsat et skilt med patientens fornavn. På gangen ved en indgang i den modsatte ende af afdelingen er der et bordtennisbord og på væggen er en ribbe. I en tidligere mellemgang på den modsatte side er der etableret et motionsrum, udstyret med motionscykler, boksebold mv. Det blev oplyst at det blev flittigt brugt, og at der er personale til stede når rummet benyttes.

Afsnittet råder over en fikseringsstue som er møbleret alene med en stor solid træsenng med læderremme, fastgjort til gulvet. Stuen er dekoreret med billeder på væggene og i loftet over sengen. Der er persienner og blå gardiner for vinduet der vender ud mod haven. Jeg henviser i øvrigt til pkt. 5.2.

På afsnittet findes endvidere en korttelefon som patienterne kan benytte.

Opholdsstue og spisestue ligger i forbindelse med hinanden med mulighed for at lukke af mellem rummene. Opholdsstuen har en sofa og lænestole i mørkelilla uldbetræk, et sofabord, et spisebord med stole, grønne planter, billeder på

væggene, tv, stereoanlæg og en reol med bøger. Der er lange lyse gardiner og hvide lamper i loftet.

Fra opholdsstuen er der adgang til et aktivitetsrum der er udstyret med borde og stole, grønne planter, et klaver, en reol med blade, bøger, spil, herunder videospil, tv og video samt et skab med forskellige hobbyartikler mv. Væggene mellem opholdsstuen og aktivitetsrummet er af glas.

Fra opholdsstuen er der udgang til en flisebelagt gårdhave/terrasse som er delvis overdækket af tag og ellers monteret med et kraftigt hegn både på siderne og som tag. Der er fri adgang for alle til gårdhaven, og dørene fra afsnittet ud til gårdhaven kan stå åbent for at få frisk luft til afsnittet. Dette er etableret netop for at give alle patienterne, herunder retspsykiatriske patienter, mulighed for frit at kunne gå udenfor uden ledsagelse af eller uden først at skulle kontakte personalet. I hjørnet af gårdhaven er der indrettet et overdækket rygerum (en slags "udestue") med hele glaspartier og et vindue der kan åbnes. I dette rum er der plastikhavestole og et plastikbord hvorpå der stod et meget fyldt askebæger. På terrassen står der træhavemøbler og to kuglegrille og der lå flere kasser med nye havemøbler der endnu ikke var pakket ud. Der er endvidere en aflåst urtehave. I forlængelse af gårdhaven findes en indhegnet græsplæne som kan benyttes til boldspil mv., herunder basketball. Man får adgang til græsplænen gennem en aflåst port i hegnet mellem gårdhaven og græsplænen. Gårdhaven og den indhegnede græsplæne på afsnit E vender ud mod et åbent område der grænser op til skoven hvor der er offentlig adgang. På grund af afstanden til skoven oplyste ledelsen af der ikke er problemer med indkig.

Den lukkede terrasse fremtrådte meget bastant og som et bur. Jeg har imidlertid forståelse for baggrunden for at den er etableret, og går ud fra at dette formål ikke har kunnet opnås på en anden og bedre måde. På denne baggrund har jeg ingen bemærkninger til etableringen af denne gårdhave. Om adgangen til haven udenfor henviser jeg til pkt. 5.3.

Jeg havde en samtale med en patient der var fikseret på egen stue på dette afsnit (jf. herom pkt. 5.2.), men bortset herfra besigtigede jeg ikke stuerne på dette afsnit hvor der var en del uro på tidspunktet for inspektionen. Jeg er således ikke bekendt med om der på dette afsnit også generelt er tale om hospitals-senge. Under den afsluttende samtale spurgte jeg om der havde været overvejelser om at udskifte (i hvert fald nogle af) hospitalssengene. Det blev oplyst at hospitalet anvender hospitalssenge af hygiejnemæssige og arbejdsmæssige hensyn, fordi de er nemmere at rengøre, og fordi de kan hæves og sænkes.

Jeg har under tidligere inspektioner tilkendegivet at hospitalssenge (særligt hvis de er placeret midt i stuerne) giver et meget hospitalsagtigt indtryk. Idet jeg imidlertid har noteret mig det af ledelsen oplyste om baggrunden for at der anvendes hospitalssenge, foretager jeg mig ikke noget vedrørende brugen af hospitalssenge på hospitalet. Jeg bemærker dog at hospitalet som jeg også nævnte under inspektionen, kunne overveje at forsyne sengene med sengetæppe hvilket efter min opfattelse vil give sengestuerne et mindre præg af somatisk sygehus.

3.7. Aktivitetshus mv.

Den ovenfor nævnte tilbygning til afsnit A og B indeholder tillige en aktivitetsfløj som var ved at blive indrettet på tidspunktet for inspektionen. Denne fløj råder bl.a. over en gymnastiksal, motionslokale, undervisningslokaler, samtale- og terapirum mv., herunder to træningskøkkener, og mobile arbejdspladser, primært til brug for ergoterapien. I samme bygning indrettes tillige lokaler til behandling med elektrostimulation og opvågning herefter.

Kort tid før jul i 2005 var der indkøbt flere motionsredskaber til brug i gymnastiksalen. Nogle af lokalerne var allerede taget i brug og de øvrige ville blive taget i brug i etaper fra maj måned 2006. Alle hospitalets patienter, herunder (i princippet) også patienterne på afsnit E, vil have mulighed for at benytte aktiviteterne dette sted.

En af de patienter som jeg talte med, klagede over forholdene for dagpatienter. Patienten efterlyste en garderobe med aflåselige skabe til dagpatienter så det ikke er nødvendigt for disse patienter altid at have overtøj og tasker med sig. Patienten savnede endvidere et lokale til afholdelse af samtaler mellem dagpatienter og deres kontaktpersoner så det ikke skal foregå i lokaler hvor man bliver afbrudt.

Under den afsluttende samtale oplyste ledelsen at aktiviteter for dagpatienter fremover skal foregå i de aktivitetsrum der for tiden er ved at blive indrettet. Som nævnt indeholder aktivitetsfløjen flere samtalerum som skal anvendes bl.a. til dette formål. Ledelsen oplyste at der ikke havde været tænkt på etablering af garderobe og aflåselige skabe til dagpatienter i den forbindelse, men ledelsen ville nu overveje dette.

Jeg anmodede om underretning om resultatet af disse overvejelser. I redegørelsen af 3. maj 2006 er det oplyst at der i aktivitetshuset vil være skabe som kan benyttes og aflåses af dagpatienter. Det er i øvrigt nævnt at der i afsnittet mangler samtalerum, men at det vil blive etableret i forbindelse med renoveringen af afsnit A og B.

4. Samtaler med enkelte patienter

Under inspektionen havde jeg samtaler med tre patienter som alle havde ønsket en samtale med mig. Alle patienterne har modtaget separat skriftligt svar som opfølgning på samtalen. Den ene patient rejste bl.a. nogle generelle spørgsmål vedrørende rengøring og mulighed for besøg. Disse emner er berørt ovenfor under pkt. 3. og nedenfor under pkt. 5.

5. Andre forhold

5.1. Overbelægning mv.

Hospitalet har som nævnt fortsat en del tosengsstuer, men efter renoveringen vil alle psykiatriske patienter på almenpsykiatrisk afdeling kunne tilbydes enestuer. Der vil som tidligere nævnt dog fortsat være 2 tosengsstuer på langtidsafsnit C indtil konkretiseringsplanen er gennemført, eller der træffes politisk beslutning om at der må lukkes to senge.

Ledelsen oplyste under inspektionen at der generelt i psykiatrien i Vestsjællands Amt ikke er problemer med overbelægning. Psykiatrisk Center "trækker" belægningsprocenten hver morgen, og typisk er der mellem 10 og 25 tomme senge hver dag hvilket svarer til en gennemsnitlig belægningsprocent på ca. 85. Det forhold at det som ovenfor nævnt tilstræbes at en patient har den samme behandler gennem hele forløbet, bevirker også at der bedre kan foretages afvejninger der hindrer overbelægning. Endelig er der som tidligere nævnt en bedre dækning i Vestsjællands Amt end i de øvrige amter.

Ind i mellem er der dog pres på det lukkede afsnit E. Problemet bliver søgt løst ved at flytte patienter til åbne afdelinger. I det omfang dette sker før ønskeligt, bliver der iværksat øget skærmning på det åbne afsnit som patienterne flyttes til. Få gange om året (under fem gange) vil der i ekstraordinære situationer være en enkelt overnatning på gangen på afsnit E.

Det fremgår af "Årsberetning for 2005 for Det Psykiatriske Patientklagenævn for Vestsjællands Amt" som jeg den 2. maj 2005 modtog fra Statsamtet Vestsjælland at belægningsprocenten for psykiatrihospitalet Dianalund i 2005 var 79 %. Af den tilsvarende rapport for 2004 fremgår at belægningsprocenten for 2004 også var 79 %.

Jeg forstod at psykiatrihospitalet ikke har problemer med overbelægning. Jeg forstod at patienter aldrig placeres på gangen, og at enestuerne ikke benyttes til dobbeltbelægning. Dette bør efter min opfattelse heller ikke forekomme.

Jeg går samtidig ud fra at Vestsjællands Amt stedse er opmærksom på at søge at sikre at der til enhver tid er et tilstrækkeligt antal dags- og sengepladser til rådighed.

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

Patienterne låses ikke inde på deres stuer, og hospitalet anvender ikke særlige låsesystemer.

Dørene til det lukkede afsnit E er aflåste.

Det blev oplyst at dørene til gerontopsykiatrisk afsnit D som udgangspunkt ikke er aflåst, men at afsnittet låses hvis en enkelt eller flere patienter har behov herfor. Sengestuerne på afsnit D ligger på hver sin side af en gang. På den ene side af gangen vender stuerne ud til et grønt område som er indhegnet. Her er der ikke lås på vinduerne. På den anden side af gangen vender sengestuerne ud mod et åbent område. Her er der lås på vinduerne der dog stadig kan åbnes så meget at der kan komme frisk luft ind. Ledelsen oplyste at aflåsning af yderdøren til afsnittet registreres i tvangsprotokollen vedrørende den eller de patienter der giver anledning til aflåsningen. Da ikke alle de indlagte patienter på afsnittet er tvangsindlagte/-tilbageholdte forekommer det således at frivilligt indlagte er placeret på aflåste afsnit.

Det blev oplyst at den eller de patienter som døren låses for, orienteres om at døren nu er låst (at de er tvangsindlagt/-tilbageholdt), og at de øvrige patienter samtidig orienteres om at døren ikke er låst for dem, men at de i det tidsrum hvor afsnittet er aflåst, ved henvendelse vil blive lukket ud af personalet.

Ledelsen oplyste at hospitalet anvender forskellige former for skærmning på alle afsnit og i den forbindelse bruger "Sundhedsstyrelsens skærmningsrapport". Alle har været på kursus heri. Jeg går ud fra at der herved sigtes til "Ret-

ningslinjer for brug af skærmning i Psykiatrisk Center Vestsjællands Amt" (februar 2005) som jeg fik udleveret under inspektionen.

Skærmningen er i udgangspunktet ikke fysisk men personel, fx kan patienter have fast vagt eller fast fodfølge. I tilbygningen til afsnit A og B vil der som nævnt blive etableret en mulighed for fysisk skærmning af 4 pladser på hvert afsnit, og der er etableret en skærmet enhed i afsnit E i forbindelse med renoveringen af dette afsnit. Det er dog ikke hensigten at døren til det skærmede afsnit altid skal være låst, og det blev oplyst at døren til det skærmede afsnit på afsnit E ikke kan låses.

Det var i øvrigt mit indtryk under inspektionen at opmærksomheden er rettet mod de problemer det kan give at have frivilligt indlagte patienter der som konsekvens af at en eller flere medpatienter er tvangsindlagt/-tilbageholdt, er anbragt på et aflåst afsnit, uanset at dette for de frivilligt indlagte patienter er et åbent afsnit. Jeg forstår således at de frivilligt indlagte patienter bliver låst ud hvis de beder personalet herom (eller at der i modsat fald af den vagthavende læge foretages en vurdering af om betingelserne for en tvangstilbageholdelse er opfyldt).

Som omtalt under inspektionen, har Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 i forbindelse med tilsynets inspektioner af psykiatriske hospitaler og afdelinger også beskæftiget sig med spørgsmålet om afdelinger hvor der er både frivilligt indlagte og tvangsindlagte/-tilbageholdte patienter. I overensstemmelse med det som tilsynet har tilkendegivet, bør en ordning som den omtalte efter min mening generelt praktiseres således at en patient der indlægges på et psykiatrisk hospital, og hvor der ikke er tale om at den pågældende er tvangsindlagt eller -tilbageholdt, bør tilbydes en plads på en uaflåst del af det psykiatriske hospital, at en patient der overgår fra at være tvangsindlagt/tvangstilbageholdt til at være frivilligt indlagt, tilbydes anbringelse på en uaflåst del af hospitalet, og at det kun undtagelsesvist bør forekomme at en frivilligt indlagt patient af

kapacitetsmæssige grunde ikke tilbydes en plads på en uaflåst del af hospitalet. Sker det, bør patienten hurtigst muligt tilbydes en plads på et uaflåst afsnit.

Det er efter min opfattelse en forudsætning for at den praktiserede ordning er i overensstemmelse med bestemmelserne i psykiatriloven om tvangstilbageholdelse, at det er helt klart for den enkelte patient hvilken retlig status den pågældendes indlæggelse har (frivillig eller tvangsmæssig), at afdelingen er meget opmærksomt 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, og at de frivilligt indlagte patienter umiddelbart har mulighed for at forlade sygehuset når de måtte ønske det. Reglerne i psykiatriloven findes nu i lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien som senest ændret ved lov nr. 1371 af 20. december 2004. Den 1. januar 2007 træder den nye psykiatrilov (lov nr. 534 af 8. juni 2006 om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven) i kraft.

Idet jeg går ud fra at psykiatrihospitalet altid orienterer frivilligt indlagte patienter der indlægges på et aflåst afsnit om at anbringelsen er frivillig, at der gælder de samme vilkår som hvis afsnittet var åbent mv., at der altid er personale til stede til at låse frivilligt indlagte patienter ud hvis de beder om det, og at anbringelsen af frivilligt indlagte patienter i øvrigt så vidt muligt administreres i overensstemmelse med det ovenfor anførte, har jeg ikke yderligere bemærkninger til spørgsmålet.

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

Der er således på den ene side hjemmel til at foretage aflåsning af en afdelings yderdøre og på den anden side utvivlsomt et forbud mod aflåsning af dørene til patienters stuer (bortset fra de særlige tilfælde på sikringsafdelingen).

Psykiatriloven eller administrativt fastsatte bestemmelser fastsat i henhold til psykiatriloven indeholder ikke en nærmere angivelse af størrelsesmæssige krav til en afdeling. Jeg har tidligere – som jeg også nævnte under inspektionen – 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 fx tilbydes ophold på gangarealet. Jeg henviser til min opfølgingsrapport af 7. maj 2003 om inspektionen som kan findes på hjemmesiden www.ombudsmanden.dk.

Som ovenfor nævnt er der sket en revision af psykiatriloven. Lovens § 18e indeholder bestemmelser om aflåsning af dørene i en afdeling (et afsnit). Denne bestemmelse 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". Efter min opfattelse må en sådan afdeling således mindst have tre stuer.

Som jeg også oplyste under inspektionen, har indgreb i den personlige frihed eller andre foranstaltninger der griber ind i psykiatriske patienters integritet uden for det lovregulerede område, været genstand for overvejelser hos Folketingets Ombudsmand. Dette spørgsmål og spørgsmålet om blandt andet skærmning er blevet taget op med de relevante myndigheder, og i den nye psykiatrilov er indsat en bestemmelse om personlig skærmning (§ 18a). I relation til min inspektion af Psykiatrihospitalet Dianalund, foretager jeg mig på denne baggrund ikke noget vedrørende spørgsmålet.

Jeg har tidligere udtalt at aflåsning af vinduer på åbne afsnit der kan låses efter behov, efter min opfattelse er en konsekvens af at afdelingen opererer med sådanne afsnit og ikke med en mere traditionel (gammeldags) opdeling i åbne og lukkede afsnit. Jeg har bemærket at jeg ikke kan have nogen opfattelse af de (utvivlsomt berettigede) behandlingsmæssige argumenter bag en sådan (udbredt) indretning af en psykiatrisk afdeling. Efter min opfattelse forekommer det dog uforståeligt at vinduer på åbne afsnit (hvor døren som udgangspunkt er åben) er aflåst således at de kun kan åbnes helt med en nøgle, særligt fordi dette indebærer at frivilligt indlagte patienter ikke umiddelbart kan åbne vinduet på deres sengestue.

Jeg har naturligvis forståelse for at hospitalet ønsker at forhindre at patienter der ikke kan klare sig selv, forlader afdelingen gennem vinduet. Jeg går ud fra at afdelingen løbende vil overveje hvad der kan gøres for at i hvert fald patienter der ikke er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, selv kan åbne vinduerne helt hvis de ønsker det, herunder om der kan indføres en ordning hvorefter vinduerne kun låses såfremt der konkret er behov herfor (hvis der faktisk opholder sig en eller flere tvangsindlagte/-tilbageholdte patienter i afsnittet eller hvis der er konkret mistanke om at en patient vil forlade afdelingen gennem vinduet). Jeg foretager mig herefter ikke videre vedrørende spørgsmålet.

Fiksering foregår oftest i det rum på afsnit E der særligt er indrettet til fiksering. I fikseringsrummet findes som nævnt i pkt. 3.6. en briks fastgjort til gulvet. Fikseringsmaterialet ligger fremme på briksen, dog med undtagelse af håndremme. Fikseringsrummet vender ud til et åbent område, og er som nævnt i pkt. 3.6. forsynet med gardiner og persiener. Adspurgt oplyste ledelsen at gardinerne bliver trukket for når en patient befinder sig i rummet for at hindre indkig udefra.

Fiksering kan også finde sted på patientens egen sengestue. Dette foretrækkes hvis der er tale om længerevarende fiksering.

Det blev oplyst at der altid foretages en vurdering af hvilke remme der konkret skal anvendes ved fikseringer, således at der først anvendes bælte og herefter eventuelt suppleres med hånd- og/eller fodremme. Det blev endvidere oplyst at der altid er fast vagt når en patient er fikseret. Den faste vagt placeres oftest inde på stuen, men hvis det skønnes nødvendigt, fx ved besøg, placeres den faste vagt uden for patientens sengestue med døren på klem, således at vagten hele tiden kan se patienten.

På inspektionstidspunktet var en patient fikseret på egen sengestue. Vagten var placeret uden for stuen med døren på klem. Jeg fik oplyst at årsagen til at vagten ikke befandt sig inde på stuen var at patienten var ved at spise frokost.

Jeg havde adgang til at tale med den pågældende patient og bemærkede i den forbindelse at gardinerne til stuen var trukket fra således at det var muligt at se ind i stuen udefra.

Jeg går ud fra at det var efter aftale med patienten at gardinerne ikke var trukket for. Jeg går således også ud fra at personalet er opmærksomt på at der ikke er (uønsket) indkig til fikserede patienter, ikke kun ved fiksering i fikseringsrummet, men også når det sker på patientens egen stue.

Det blev oplyst at enkelte patienter af tryghedsgrunde selv beder om at blive fikseret, men at dette helst undgås.

Jeg går ud fra at fikseringsmaterialet i forbindelse med fiksering på egen stue altid transporteres diskret (fx i et pudebetræk) til og fra anvendelsesstedet. Jeg går endvidere ud fra at den faste vagt hvis denne placeres på gangen (og ikke inde på sengestuen), kun har døren så meget på klem at det er muligt at se patienten hele tiden uden at det er muligt for personer der færdes på gangen at kigge ind til den fikserede.

Om frivillig fiksering henviser jeg i øvrigt til pkt. 6.3.

5.3. Adgang til frisk luft

Den 1. januar 1999 trådte lov nr. 403 af 26. juni 1998 om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (psykiatriloven) i kraft. Med ændringsloven blev § 2 sålydende:

”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 ændringslov (lovforslag L 36, fremsat af justitsministeren den 27. marts 1998) fremgår det at hensigten med denne affattelse af § 2 har været at ”understrege behovet for og vigtigheden af, at forholdene på de psykiatriske afdelinger forbedres, herunder navnlig de bygningsmæssige forhold” (side 16).

Det fremgår videre af bemærkningerne at regeringen i april 1997 indgik en aftale med Amtsrådsforeningen og Københavns og Frederiksbergs Kommuner om den fortsatte udbygning af tilbuddene til sindslidende, og at parterne bl.a. er

enige om en målsætning om at alle patienter skal have mulighed for mindst ét miljøsift om dagen, herunder mulighed for at komme ud i frisk luft dagligt (side 17 i bemærkningerne).

Psykiatrihospitalet Dianalund er som tidligere nævnt beliggende i naturskønne omgivelser som kan benyttes af de patienter der frit kan forlade afsnittene.

Til gerontopsykiatrisk afdeling D som ind i mellem er aflåst, er der som nævnt i pkt. 3.5. tilknyttet en mindre, lukket have. Der er fri adgang til denne have.

Til det lukkede afsnit E er der som nævnt i pkt. 3.6. knyttet en flisebelagt gårdhave med hegn både på siderne og som tag. Der er fri adgang for alle til gårdhaven. I forlængelse af gårdhaven findes en indhegnet græsplæne som kan benyttes til boldspil mv. Man får adgang til græsplænen gennem en aflåst port i hegnet mellem gårdhaven og græsplænen. Alle med undtagelse af retspsykiatriske patienter har adgang til græsplænen. De retspsykiatriske patienter har kun adgang i følgeskab af personalet.

Jeg lægger til grund at adgangen på afsnit E til at gå ud i gårdhaven, ikke betragtes som adgang til frisk luft, og at alle der beder om det, har mulighed for at få adgang til græsplænen med eller uden følgeskab.

Da alle indlagte på hospitalet dermed som udgangspunkt har adgang til frisk luft, kan det oplyste ikke give mig anledning til bemærkninger.

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 beder hospitalet om at oplyse hvordan denne vejledning finder sted.

5.5. Patienternes kontakt med læge mv.

Det blev under den afsluttende samtale oplyst at der for hver enkelt patient udarbejdes en behandlingsplan, og at det heri er angivet i hvilket omfang patienterne har kontakt til en læge. Ny tid for lægekontakt aftales fra gang til gang, og patienternes ønske om yderligere samtaler imødekommes. Af udleveret materiale vedrørende afsnit E fremgår det at der sædvanligvis er en overlæge i afsnittet hver dag.

Jeg anmoder hospitalet om at oplyse nærmere om patienternes kontakt med læge, herunder hvor ofte patienterne normalt har en samtale med lægen (hvis de ikke selv tager initiativ hertil). Jeg har noteret mig at der aftales en ny tid ved hver samtale således at patienten altid ved hvornår den næste samtale skal finde sted.

Jeg anmoder desuden om oplysning om hvorvidt der normalt deltager andre (fx sygeplejerske eller plejepersonale/kontaktperson) i samtalerne, og i bekræftende fald om det er muligt for patienten at få en samtale med lægen alene hvis patienten ønsker det.

I folderne vedrørende afsnit A-D er der oplysning om at patienterne tildeles en eller to (på afsnit D eventuelt tre) kontaktperson(er) ved indlæggelsen. For så vidt angår afsnit E er det anført at patienten tilknyttes et team. Af en anden folder om afsnit E som jeg modtog under inspektionen, fremgår det at patienterne tildeles (flere) kontaktpersoner. En generel beskrivelse af kontaktpersonordningen findes i et bilag til retningslinjerne for brug af skærmning. Det er opremset hvad kontaktpersonen skal lave og kunne, og hvad patienten kan forvente sig af kontaktpersonen. Det fremgår bl.a. heraf at kontaktpersonfunktionen kun kan ophøre hvis relationen er formålsløs.

Jeg går ud fra at det skal forstås sådan at der er mulighed for at skifte kontaktperson, fx hvis der opstår et (åbenlyst) modsætningsforhold mellem patienten

og kontaktpersonen. Jeg beder dog hospitalet om at oplyse om det er tilfældet. Jeg beder i øvrigt om nærmere oplysninger om hvordan kontaktpersonordningen fungerer, herunder om ordningen på afsnit E adskiller sig fra ordningen på de øvrige afsnit.

Jeg har i øvrigt noteret mig at det af en pressemeddelelse af 27. februar 2006 der findes på amtets hjemmeside, fremgår at der på baggrund af den seneste tilfredshedsundersøgelse bliver arbejdet med en styrkelse af kontaktpersonordningen. Jeg beder om nærmere oplysninger herom.

5.6. Tilkald af politi i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger i afdelingen

Jeg har tidligere rejst spørgsmålet om politiets medvirken ved udførelse af tvangsforanstaltninger i psykiatrien over for Justitsministeriet. Justitsministeriet har ved brev af 23. juli 2001 fremsendt en kopi af ministeriets svar af samme dato til Sundhedsministeriet til brug for besvarelsen af spørgsmål nr. 11 af 22. februar 2001 til Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71. I Justitsministeriets svar til Sundhedsministeriet er blandt andet anført følgende:

”...

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

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

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

Efter Justitsministeriets opfattelse vil politiets medvirken til f.eks. fysisk at fastholde en patient i tilfælde, hvor dette er en praktisk forudsætning for, at sygehuspersonalet kan anvende psykiatrilovens midler – herunder bl.a. give en beroligende indsprøjtning eller iværksætte en bæltefiksering – være tilladelig, hvis det er nødvendigt for at afværge en aktuel og konkret fare mod andre – et hensyn, som både det politimæssige regelsæt og det psykiatriske regelsæt har til formål at varetage.

...”

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

Ved lov nr. 444 af 9. juni 2004 om politiets virksomhed der trådte i kraft den 1. august 2004, blev retsplejelovens § 108 ophævet.

Under inspektionen blev det oplyst at politiet ikke kommer med ind på afsnittet ved tvangsindlæggelse af patienter, men kun følger med til døren til afsnittet. Ledelsen gav i øvrigt udtryk for at samarbejdet med politiet fungerer godt, bl.a. holdes der en gang om året møde med politimestrene i amtet. Ledelsen oplyste at hospitalet har en aftale med frivillige blandt personalet om at de kan tilkalles i deres fritid mod betaling hvis personalet på hospitalet har behov herfor.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.7. Besøg, visitation og adgang til telefonering mv.

Det blev oplyst at hospitalet ikke har samlede skrevne interne regler om (alle) de begrænsninger og indgreb der kan ske i patienternes personlige frihed under indlæggelsen. De enkelte afsnit har forskellige regler der for nogles vedkom-

mende er nedskrevet i den informationsfolder som patienterne modtager i forbindelse med indlæggelsen.

Retningslinjerne for brug af skærmning indeholder tillige et afsnit om restriktioner/begrænsninger der ikke er bestemt af psykiatriloven, og et skema over sådanne restriktioner. Det fremgår bl.a. af retningslinjerne at beslutning om anvendelse af sådanne restriktioner (skal) træffes af overlægen. Hvis overlægen ikke er til stede, kan beslutningen træffes af en anden læge som overlægen har bemyndiget hertil, men overlægen skal snarest muligt efterfølgende tage stilling til anvendelsen af restriktionerne. Beslutning om restriktioner skal fremgå af patientens journal og skal vurderes med højst 14 dages mellemrum. Restriktioner kan ifølge skemaet forekomme i relation til besøg, breve, mobiltelefon og rygning. I tredje kolonne skal anføres de restriktioner der gælder for den konkrete afdeling/det konkrete afsnit, men der er ingen notater i denne rubrik i det skema som jeg har modtaget. Jeg må forstå det sådan at der ikke er sket en konkret udmøntning af Psykiatrisk Centers retningslinjer i Psykiatrihospitalet Dianalund. Der findes desuden en tjekliste for så vidt angår konkrete beslutninger om restriktioner.

De nævnte retningslinjer indeholder også et afsnit om husordener der (alene) beskriver hvad det er, og hvordan de adskiller sig fra begrænsninger. Som nævnt har de enkelte afsnit forskellige regler der for nogles vedkommende er nedskrevet i afsnittets informationsfolder.

Som jeg oplyste under inspektionen, har jeg tidligere i forbindelse med inspektioner af psykiatriske afdelinger anbefalet at afdelingerne udfærdiger skrevne regler om de begrænsninger og indgreb der kan ske i patienternes personlige frihed under indlæggelsen, samt regler der regulerer det almindelige daglige liv på afdelingen (husordener). Denne anbefaling hænger sammen med at der (endnu) ikke i psykiatriloven eller i anden lovgivning (bortset fra hvad der kan udledes af retsplejelovgivningen) er fastsat bestemmelser om visitation af breve og pakker, om besøgsforbud og om adgang til at bestemme begrænsninger i

adgangen til at benytte telefon. Der er heller ikke på anden måde fra centralt hold fastsat regler på området.

Som jeg anførte under inspektionen, er der i et vist omfang taget højde for sådanne indgreb i arbejdet med revisionen af psykiatriloven. Den nye psykiatrilov (nr. 534 af 8. juni 2006) indeholder således følgende nye bestemmelser:

”§ 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.”

”§ 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 er der om sidstnævnte bestemmelse bl.a. anført følgende:

”Med § 2 a foreslås det, at der indsættes en bestemmelse om husordener. Bestemmelsen indfører en pligt for sygehusmyndigheden til at sikre, at der på enhver psykiatrisk afdeling forefindes en skriftlig

husorden, som skal være tilgængelig for patienten, f.eks. ved at den er hængt op på stuen eller fællesarealer eller ligger fremme i andre opholdsrum.

Derudover har afdelingsledelsen pligt til at udlevere den skriftlige husorden til patienten i forbindelse med indlæggelse, således at patienten får lejlighed til at gøre sig bekendt med den.

Når den skriftlige husorden udformes eller ændres, skal patienterne inddrages, inden der træffes beslutning om udformning eller ændring. Sygehusmyndigheden tilrettelægger konkret, hvordan proceduren, herunder inddragelsen, skal ske.

En husorden skal indeholde generelle regler om patienternes udfoldelsesmuligheder under indlæggelse, f.eks. regler om adgangen til at telefonere, regler om rygning i afdelingen, besøgsforhold, overvåget besøg, m.v., samt om konsekvenserne af, at husordenen ikke overholdes.

Samtidig med indførelsen af bestemmelsen om obligatoriske husordener, ophæves bemyndigelsesbestemmelsen i § 30, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger. Bemyndigelsesbestemmelsen er udmøntet i bekendtgørelse nr. 1337 af 15. december 2004 om patientindflydelse på psykiatriske sygehuse og afdelinger, som hermed vil bortfalde. Der henvises i øvrigt til lovforslagets § 1, nr. 24.”

For at institutioner som fx psykiatriske afdelinger kan fungere, er det nødvendigt for den daglige drift at have en række regler og ordninger for hvordan dagliglivet i afdelingen kan forløbe hensigtsmæssigt. Retsgrundlaget herfor er (endnu) ikke en formel lov, men den såkaldte anstaltsanordning.

Også det retlige grundlag for de nævnte indgreb/begrænsninger skal så længe der ikke foreligger (lov)regler herom søges i anstaltsanordningen, og baggrunden for reglerne herom er ordens- og sikkerhedsmæssige hensyn.

I modsætning til de ordninger mv. der regulerer det almindelige daglige liv i institutionerne (fx spisetider), er der her tale om – efter omstændighederne – byrdefulde indgreb i den enkelte patients udfoldelsesmuligheder (om patienten kan modtage besøg, skal visiteres, skal have censureret sin post, kan benytte

sin mobiltelefon mv.). Og reglerne omfatter også tvangsindlagte og tvangstilbageholdte patienter.

Under inspektionen udleverede jeg til inspiration en kopi af de interne regler som er udfærdiget af Sct. Hans Hospital. For god ordens skyld skal jeg oplyse at jeg i forbindelse med min inspektion den 8. december 2004 af Psykiatrisk Afdeling på Hvidovre Hospital ved brev af 13. december 2005 har fået oplyst at Det Sundhedsfaglige Råd i H:S aktuelt arbejder med at tilpasse de interne regler der er udarbejdet på Sct. Hans Hospital således at reglerne kan fungere på en almenpsykiatrisk afdeling, og ikke kun på et psykiatrisk hospital med specialiserede funktioner. Arbejdet forventes færdiggjort ved rådets møde i juni 2006. Jeg har endnu ikke modtaget kopi af retningslinjerne i denne sag.

Som anført under inspektionen, anbefaler jeg at hospitalsledelsen (allerede nu) udfærdiger (lokale) generelle retningslinjer, jf. i øvrigt retningslinjerne fra Psykiatrisk Center. Jeg beder hospitalet om at underrette mig om hvad overvejelserne resulterer i.

Det fremgår af velkomstpjecerne for de enkelte afsnit at der ikke er fastsat bestemte besøgstider, men der vejledes i pjecerne om hvornår besøg bedst kan finde sted. Hospitalet har ikke særlige lokaler til afvikling af besøg. Besøg kan foregå på stuerne eller i opholdsarealerne, men i folder til pårørende om afsnit E har afsnittet anmodet om at besøg – af hensyn til nogle patienters ønske om anonymitet – foregår på patientstuerne. I forbindelse med en af de patientsamtaler jeg havde under inspektionen, modtog jeg en klage fra en patient på afsnit B over at der ikke var egentlige lokaler til besøg. Patienten nævnte i den forbindelse at det er u hensigtsmæssigt for patienter der er indlagt på dobbeltstuer, at besøg kun kan foregå enten på patienternes egne stuer eller i pejsestuen (hvor der også er/kan være andre patienter til stede). I hospitalets svar af den 3. maj 2006 til den pågældende er det oplyst at patienter som bor på tosengsstue, ved besøg kan anvende pejsestuen og to øvrige opholdsrum. Når tilbygningen

er færdig og afsnittet er renoveret, bliver der kun enestuer, og der vil også blive mere opholdsplads til patienter og pårørende.

På baggrund af det oplyste om forholdene efter renoveringen foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold.

Under min rundgang fik jeg af personalet oplyst at patienterne ikke må besøge hinanden på stuerne, men at samvær skal finde sted på fællesarealerne. Dette blev bekræftet af ledelsen under den afsluttende samtale. Årsagen hertil er bl.a. at visse patienter kan have svært ved at sige fra over for andres ønske om samvær, og at man gerne vil undgå kæresteforhold blandt patienterne. At der er tale om en generel regel skyldes at hospitalet ikke ønsker at forskelsbehandle patienterne. Hospitalet oplyste i den forbindelse at nogle patienter ikke vil kunne forstå at de får afslag på internt besøg hvis der gives tilladelse til andre.

Det er min umiddelbare opfattelse at et egentligt forbud mod at patienterne besøger hinanden på stuerne er meget vidtgående. Uanset det oplyste om baggrunden for forbuddet, beder jeg derfor ledelsen overveje hvorvidt forbuddet kan erstattes af vurderinger i de konkrete tilfælde af om et besøgsforbud på stuerne er nødvendig. Jeg beder ledelsen meddele mig resultatet af sine overvejelser.

Ledelsen oplyste at det sjældent og efter en konkret vurdering kan forekomme at en besøgende får forbud mod at komme på besøg. Jeg forstod at dette fx kan ske af hensyn til patientens helbredsmæssige situation, eller fordi personalet har mistanke om at den besøgende vil give problemer af den ene eller anden slags, fx vil forsøge at indsmugle stoffer.

Jeg har ingen bemærkninger til det oplyste, men henviser til min anbefaling ovenfor.

Adspurgt oplyste ledelsen at der ikke foretages censur af breve og pakker til indlagte patienter. Dette forekommer kun i forbindelse med surrogatfængsling.

Ved indlæggelse på det lukkede afsnit E gennemgås den pågældendes bagagemens vedkommende er til stede, og der mærkes på lommer mv. Det fremgår af velkomstpjecen for dette afsnit at gennemgangen af bagage mv. sker for at tjekke om vedkommende har medbragt spidse og skarpe ting, flasker af glas, fotoapparat og mobiltelefon, alkohol, medicin og narkotika eller penge over 200 kr. og hævekort. De pågældende ting bliver af hensyn til vedkommendes egen og andres sikkerhed låst inde.

Når en patient har været på besøg ude, foretages kun visitation ved begrundet mistanke om besiddelse af euforiserende stoffer.

Den nye psykiatrilov indeholder som ovenfor nævnt udtrykkelig hjemmel til visitation (§ 19 a). Dette kan ske ved konkret mistanke om indsmugling. Der kan således som det fremgår af forarbejderne til bestemmelsen, ikke etableres faste rutiner på en afdeling hvorefter de pågældende foranstaltninger generelt foretages i forhold til samtlige eller en gruppe af de indlagte patienter.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger. Se dog umiddelbart nedenfor vedrørende brug af mobiltelefon.

På de åbne afsnit er brug af mobiltelefon tilladt. På det lukkede afsnit E er det tilladt at bruge mobiltelefon på egen stue. For at undgå at retslige patienter med telefonforbud ikke får adgang til disse telefoner, er patienternes mobiltelefoner låst inde i deres skab når de ikke benyttes.

Ledelsen oplyste endvidere at de fleste mobiltelefoner er udstyret med kamera, og at der ikke må fotograferes i afsnittene.

Jeg har noteret mig at det også er muligt for patienterne på det lukkede afsnit at benytte mobiltelefon, dog kun på egen stue. Jeg har ingen bemærkninger til denne begrænsning, men jeg beder hospitalet om at oplyse om hvorvidt patienterne selv har nøgle til deres skab og således blot kan låse telefonen ud når de ønsker at benytte den. Hvis det ikke er tilfældet, beder jeg hospitalet om at oplyse hvorvidt patienterne altid med det samme – eller stort set med det samme – kan få deres telefon låst ud når de ønsker at benytte den.

Jeg gentager for en ordens skyld min oplysning under inspektionen om at problemet med kameraer i telefonerne på andre psykiatriske afdelinger er søgt løst på den måde at katedralinsen klistres over, eller ved tilbud om at simkortet fra patienternes mobiltelefoner kan flyttes over i mobiltelefoner uden kamera.

Jeg går i øvrigt ud fra at der kun iværksættes restriktioner over for patienterne hvor disse anses for nødvendige i det konkrete tilfælde, og at de ovenfor nævnte retningslinjer som jeg har anbefalet hospitalet (allerede nu) at udarbejde, også vil indeholde kompetenceregler.

5.8. Rygepolitik

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

Ledelsen oplyste at den overordnede politik i Vestsjællands Amt er at alle sygehuse under Sygehus Vestsjælland er røgfrie. Det betyder at hverken patienter, personale eller pårørende må ryge indendørs. Personalet skal helt uden for matriklen for at ryge. Psykiatrien har imidlertid indtil videre haft en dispensation fra dette generelle forbud således at rygning for patienterne på de fleste afsnit hidtil har kunnet foregå indendørs, fra 1. april 2004 dog kun i særligt indrettede rygerum. Siden 1. maj 2006 har rygning for patienterne også kun måttet

foregå udendørs. De indendørs rygerum/stuer der på inspektionstidspunktet fandtes på afsnit A, B og D, skulle således nedlægges, men for så vidt angår stuerne på afsnit A og B vil det dog først ske i forbindelse med renoveringen af dette afsnit. Den nye tilbygning til afsnit A og B indeholder således heller ikke rygerum. Der arbejdes i den forbindelse med forskellige løsningsmodeller, fx bygning af pavilloner til rygning (når byggerodet er væk). På afsnit E er der allerede etableret et rygeafsnit i en del af den indhegnede gårdhave, jf. pkt. 3.6.

Den formulerede rygepolitik der fremgår af velkomstpjecerne, er i overensstemmelse med intentionen om et røgfrit sygehus idet det heraf fremgår: "Alle afsnit på sygehuset skal være røgfri. Hvis du ryger, kan du spørge personalet, om der er et sted du kan ryge". På amtets hjemmeside er tillige en pressemeddelelse af 13. januar 2006 om amtets (nye) beslutning i efteråret 2005 om et røgfrit amt.

Rygepolitikken giver ikke mange problemer set i lyset af at der er mange rygere blandt patienterne hvoraf nogle er meget syge. Personalet oplever meget få overtrædelser og har bemærket at forbuddet mod at ryge på stuerne fx har bevirket mere ro om natten idet patienterne ikke står op for at ryge.

Det blev endvidere oplyst at patienterne tilbydes hjælp til at holde op med at ryge.

Rygepolitikken giver mig ikke anledning til andre bemærkninger.

Jeg beder dog amtet (eller psykiatrihospitalet) om at sende mig en kopi af de bestemmelser om røgfri miljøer som amtet har fastsat i henhold til § 2 i lov om røgfri miljøer mv. som psykiatrihospitalet er omfattet af.

5.9. Forplejning

Forplejningen til patienterne kommer fra Kolonien Filadelfia som ligger i umiddelbar nærhed af psykiatrihospitalet. Psykiatrihospitalet var – før funktioner og bygninger i 1985 overgik til Vestsjællands Amt – en del af Kolonien Filadelfia. Samarbejdet er således fortsat i forbindelse med levering af mad, men aftalen med kolonien ophører den 1. januar 2007. Forplejning til alle andre dele af Sygehus Vestsjælland kommer fra et centralkøkken. Der bliver lavet madplan for 4 uger ad gangen, og denne er tilgængelig for patienterne.

Ledelsen oplyste at der blandt patienterne har været svingende tilfredshed med maden, og at man arbejder videre med at forbedre tilfredsheden. Det forhold at maden bliver leveret fra Kolonien Filadelfia og ikke fra centralkøkkenet bevirker at der er mindre fleksibilitet i hvad der kan leveres. Centralkøkkenet kan fx levere forskellige former for særforplejning, bl.a. vegetarkost hvilket Kolonien Filadelfia ikke på samme måde har mulighed for. Dog leverer Kolonien Filadelfia en særlig fedtfattig kost til patienterne på langtidsafsnittet C.

Hospitalet har slået en stilling op som diætist. Det er meningen af diætisten skal foretage vurderinger af patienternes kostbehov og som led i behandlingen undervise patienterne og planlægge individuelle forløb i samarbejde med det køkken der leverer maden. Det vil i den forbindelse blive overvejet om maden i stedet skal leveres fra centralkøkkenet. Hospitalet har bedt om en beregning af hvad det vil koste.

Patienterne har ikke mulighed for at lave egentlig mad selv i afsnittene, men kun som et led i ergoterapi. Imidlertid har de fysiske forhold i ergoterapien ikke været tilstrækkelige til dette forhold. I forbindelse med om- og tilbygningen bliver der etableret nye lokaler til ergoterapien, herunder to træningskøkkener, jf. pkt. 3.7., hvor patienterne selv kan lave mad. På afsnittene er der alene mulighed for at bage en kage eller varme en pizza mv.

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

Jeg modtog ingen klager over forplejningen, og det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger, men jeg anmoder om at blive underrettet om den ordning der etableres når aftalen med kolonien ophører.

5.10. Udslusning, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Ledelsen oplyste at der i forbindelse med udslusning har været problemer med manglende pladser hos kommunerne, men at det var blevet bedre. Ledelsen nævnte i den forbindelse at der var kommet nye regler hvorefter kommunerne skal betale for patienter som er færdigbehandlede, men ikke udskrevet, og at de har haft en effekt. Det blev endvidere oplyst at hospitalet løbende trækker lister over færdigbehandlede patienter, og at der ikke er ret mange sådanne patienter.

Jeg beder ledelsen om at oplyse hvilke nye regler der er tale om. Jeg beder også om nærmere oplysninger om samarbejdet med patienternes hjemkommuner, og om hvorledes det ovennævnte problem er blevet søgt løst.

Psykiatrilovens § 3, stk. 4-5, har følgende ordlyd:

”Stk. 4. Overlægen har endvidere 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.

Stk. 5. Såfremt en patient, der er omfattet af stk. 4, 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. udarbej-

der en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.”

Spørgsmålet om udarbejdelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner blev ikke nærmere drøftet under inspektionen.

Overlægen har efter psykiatrilovens § 3, stk. 4, pligt til at udarbejde skriftlige udskrivningsaftaler mellem patienten, den psykiatriske afdeling, de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienterne, medmindre overlægen kan lægge til grund at patienten selv vil søge den behandling eller de sociale tilbud der er nødvendige for patientens helbred. Dvs. at sådanne aftaler også skal udarbejdes i de tilfælde hvor psykiatrisk afdeling formidler kontakten til de relevante myndigheder.

Efter lovens § 3, stk. 5, har overlægen i alle tilfælde hvor en patient efter stk. 4, ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, en pligt til at foranledige at afdelingen udarbejder en koordinationsplan.

Det fremgår af forarbejderne til psykiatrilovens § 3, stk. 4 og 5, at ordningen med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner alene omfatter en mindre gruppe af alvorligt sindslidende patienter som uden særlig opfølgning risikerer at falde uden for behandlingssystemet uden at nogen bemærker det (ofte betegnet som "uanbringelige", "marginaliserede" eller "dobbelt udstødte").

Med disse bemærkninger beder jeg psykiatrhospitalet om at oplyse om hospitalets praksis i forbindelse med udarbejdelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Til orientering kan jeg oplyse at jeg i sagen vedrørende min inspektion af Augustenborg Sygehus, Almenpsykiatrisk Afdeling, modtog kopi af et notat fra sygehuschefen til § 71-tilsynet hvori det bl.a. er anført at formuleringen af ovennævnte bestemmelser i psykiatriloven giver anledning til betydelige for-

tolkningsproblemer. Jeg sendte i den anledning Indenrigs- og Sundhedsministeriet et eksemplar af den endelige rapport vedrørende denne inspektion hvori notatet er gengivet, med henblik på at det der er anført om udarbejdelsen af udskrivnings- og koordinationsaftaler, kunne indgå i ministeriets arbejde i forbindelse med revisionen af psykiatriloven.

I den nu vedtagne lov er bestemmelserne i § 3, stk. 4 og 5, ophævet idet bestemmelserne i stedet er flyttet til det nye kapitel 4a om "Opfølgning efter udskrivning" således at ordlyden er bevaret i henholdsvis lovens § 13a, stk. 1, og § 13b, stk. 1.

Det fremgår af den under gennemgangen af tilførsler til tvangsprotokollen nævnte vejledning af 21. december 2004 om udfyldelse af sådanne protokoller, at der skal ske kvartalsvis indberetning til sygehusmyndigheden og Sundhedsministeriet af i hvor mange tilfælde der er udarbejdet udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner.

Jeg anmoder psykiatrihospitalet om at oplyse hvor mange sådanne tilfælde der var i henholdsvis 1. og 2. kvartal af 2006.

5.11. Anvendelse af tvang og orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling mv.

Det fremgår af Årsberetningen fra Det Psykiatriske patientklagenævn i Vestsjællands Amt for 2004 at der i 2004 blev foretaget i alt 794 tvangsindgreb på psykiatrihospitalet Dianalund, herunder 154 tilfælde af tvangsfiksering. Der blev i hele Psykiatrisk Center klaget over 10 af disse tilfælde af tvangsfikseringer, og i 7 af tilfældene blev beslutningen om tvangsfikseringen tilsidesat, svarende til en omgørelsesprocent på 70. Af årsberetningen for 2005 som jeg har modtaget efter gennemførelsen af inspektionen, fremgår at der i 2005 blev foretaget i alt 246 tvangsindgreb på Psykiatrihospitalet Dianalund, herunder 48 tilfælde af tvangsfiksering. I alt i Psykiatrisk Center blev der indbragt 5 tilfælde

af tvangsfiksering for patientklagenævnet. Ingen af beslutningerne blev omgjort.

Ledelsen oplyste under inspektionen at hospitalet fortsat arbejder med at nedbringe tvang, især på afsnit E. Den tidsmæssige udstrækning af tvang, men ikke antallet af sådanne anvendelser, er faldet.

Som det fremgår af tallene ovenfor, har hospitalet i 2004 fået omgjort mange sager i det psykiatriske patientklagenævn vedrørende fiksering. Ledelsen anførte at personalet oplevede at det var svært at få medhold i at en bæltefiksering var berettiget, hvis ikke der var sket fysiske skader på personalet. Dette blev oplevet som uretfærdigt i lyset af at personalet mener at bestræbe sig på i størst muligt omfang at undgå tvang. Det blev i den forbindelse oplyst at tre sager var indbragt for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Endvidere blev det oplyst at der var verserende sager om erstatning efter en analogi af retsplejelovens regler om erstatning for uberettiget fængsling. Amtet havde afgivet en udtalelse i anledning af anmodninger fra fire statsamter som der var indgivet ansøgning om fri proces til.

På baggrund af tallene i årsrapporten for 2005 foretager jeg ikke mere for så vidt angår spørgsmålet om omgørelser af beslutninger om tvangsfikseringer.

§ 27 i psykiatriloven har følgende ordlyd:

”§ 27. Personalet på afdelingen skal give patientrådgiveren enhver oplysning, som er nødvendig for, at denne kan varetage sit hverv på forsvarlig måde. En oplysning, som af lægelige grunde ikke gives til patienten, må heller ikke gives til patientrådgiveren.”

Af forarbejderne til bestemmelsen fremgår bl.a. følgende (Folketingstidende 1988-89, tillæg A, spalte 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. 2, i bekendtgørelsen om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger (bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004), er det bestemt at tvangsmedicinering forudsætter at patienten og patientens rådgiver er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger.

Under inspektionen oplyste ledelsen at hospitalet har et godt samarbejde med patientrådgiverne. De tilkaldte patientrådgivere kommer til stede på afdelingen inden for 24 timer (psykiatrilovens § 26). Det er statsamtet der står for den generelle orientering af patientrådgiverne. Ledelsen var ikke klar over hvad denne orientering består i.

Ledelsen oplyste at der som udgangspunkt altid beskikkes en patientrådgiver når der iværksættes tvangsforanstaltninger. Adspurgt oplyste ledelsen at Sundhedsministeriets pjece ”Tvang i psykiatrien – om psykiatriske patienters rettigheder ved tvangsindgreb” udleveres til patienter der udsættes for tvang. Ledelsen var ikke klar over om materialet var tilgængeligt på andre sprog end dansk.

Af årsberetningen for 2005 fremgår det i øvrigt at patientrådgiveren i 2005 mødte til 31 af 51 tilfælde, svarende til 84,7 % af møderne i nævnet, mens lægen mødte til 47 ud af 51 møder. Patienterne mødte til 35 af 51 af møderne i nævnet. Mødedeltagelsen for patientrådgiverne er i årsberetningen opgjort på amtets forskellige psykiatriske centre. For Psykiatrihospitalet Dianalund var mødeprocenten for patientrådgiverne på 73,7% (hvilket er et fald i forhold til året før hvor der var en mødeprocent på 80).

Jeg forstår det oplyste således at psykiatrihospitalet tildeler patienten en patientrådgiver i alle situationer hvor tildeling af en patientrådgiver er obligatorisk.

Jeg går på baggrund af det oplyste ud fra at patientrådgiverne orienteres i alle tilfælde af tvangsanvendelse hvor der skal udpeges en patientrådgiver således at denne har mulighed for at varetage sit hverv på forsvarlig måde, jf. lovens § 27.

5.12. Vold mod personalet

Det forekommer at patienter optræder voldeligt og/eller truende over for personalet, men det er sjældent.

Ledelsen oplyste at der ikke er udarbejdet og nedskrevet en voldspolitik, men at der er en sådan politik. Der sker ikke anmeldelse hvis den forurettede ønsker at være anonym, idet politiet i så fald ikke vil foretage sig noget i sagen.

Ledelsen oplyste desuden at der generelt er et godt samarbejde med politimestrene i amtet. Bl.a. holdes der (som tidligere nævnt) en gang om året et møde med alle politimestrene.

Jeg beder om nærmere oplysninger om hvordan man forholder sig i tilfælde af vold mod personalet, herunder om oplysninger om i hvilke tilfælde der indgives politianmeldelse, og hvem der i givet fald træffer en sådan beslutning. Jeg anbefaler at der udarbejdes nedskrevne retningslinjer således at det til enhver tid er muligt at se hvad der er psykiatrihospitalets voldspolitik.

5.13. Opbevaring af journaler

Patientjournaler opbevares i arkivskabe på kontoret i de enkelte afsnit.

Jeg går således ud fra at hvert afsnit opbevarer journalerne for egne patienter, og at det kun er det relevante personale på afsnittet der har adgang (nøgle) til de kontorer (skabe) hvor journalerne opbevares.

5.14. Handicaptilgængelighed

De eksisterende bygninger lever ikke op til krav om handicaptilgængelighed. Især på afsnit A og B er der store problemer. Spørgsmålet om handicaptilgængelighed er imidlertid indgået i forbindelse med tilbygningen til afsnit A og B og renoveringen af bl.a. disse afsnit, og der var benyttet konsulentbistand for at sikre at gældende lovkrav blev overholdt. I tilbygningen har alle værelser handicaptioiletter, og der er/vil blive etableret elevator. Efter tilbygningen og renoveringen vil kørestolsbrugere således kunne færdes i store dele af hospitalet.

Det blev endvidere oplyst at Arbejdstilsynet havde gennemgået bl.a. toiletforholdene i hospitalet, og at flere toiletter herefter var blevet gjort større.

Når henses til at der er taget højde for spørgsmålet om handicaptilgængelighed i forbindelse med tilbygningen og renovering, giver forholdene mig ikke anledning til bemærkninger.

5.15. Patientindflydelse

Ifølge psykiatrilovens § 30 kan sundhedsministeren fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger.

Med hjemmel i lovens § 30 har indenrigs- og sundhedsministeren udarbejdet bekendtgørelse nr. 1337 af 15. december 2004 om patientindflydelse på psykiatriske sygehuse og afdelinger. Bekendtgørelsen der trådte i kraft 1. januar 2005, afløste bekendtgørelse nr. 708 af 20. november 1989 om patientråd og patientmøder på psykiatriske sygehuse og afdelinger.

§ 1 i den gældende bekendtgørelse har følgende ordlyd:

”På hvert psykiatrisk sygehus eller afdeling skal der udformes bestemmelser om patienternes muligheder for at øve indflydelse på generelle forhold med betydning for patienternes ophold på sygehuset eller afdelingen under indlæggelse. Afdelingsledelsen skal sikre, at bestemmelserne er tilgængelige for patienterne.

Stk. 2. Rammerne for inddragelse af patienterne i spørgsmål af generel karakter bør bl.a. fastlægges under hensyn til antallet af patienter på afdelingen, patientsammensætningen og den gennemsnitlige indlæggelsestid på afdelingen.”

Som det fremgår ovenfor under pkt. 5.7., ophæves bemyndigelsesbestemmelsen i lovens § 30 i forbindelse med gennemførelsen af den nye psykiatrilov og erstattet af den ovenfor citerede bestemmelse i § 2a, stk. 3, samt en ændring af lovens § 2.

Psykiatrihospitalet har for tiden ikke noget patientråd. Det har hospitalet tidligere haft, og der arbejdes på at etablere et forum på ny, eventuelt som et led i aktiviteterne i det nye aktivitetshus. Hospitalet henviste i den forbindelse til den seneste tilfredshedsundersøgelse. Endvidere blev det oplyst at amtet er ved at lave en politik for hele psykiatrien. Af den tidligere nævnte pressemeddelelse af 27. februar 2006 om tilfredshedsundersøgelsen fremgår det bl.a. at der blandt initiativerne som følge af resultatet af denne undersøgelse er indgået en aftale om at der i løbet af 2006 skal opbygges en kvalitetsorganisation i Psykiatrisk Center der bl.a. skal udarbejde kvalitetsstandarder for patientinddragelse.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger, men jeg anmoder om underretning om resultatet af de nævnte tiltag.

5.16. Behandlingsplaner

Efter psykiatrilovens § 3, stk. 3, har overlægen ansvaret for at der opstilles en behandlingsplan for enhver der indlægges på psykiatrisk afdeling, og at patien-

ten vejledes om planens indhold, samt at patientens samtykke til planens gennemførelse til stadighed søges opnået.

Jeg har fra psykiatrihospitalet modtaget to behandlingsplaner for patienter på afsnittet.

Den ene behandlingsplan er for en af de patienter som jeg havde samtale med under inspektionen. Det fremgår af behandlingsplanen at patienten ikke var tvangstilbageholdt, men havde været bæltefikseret det meste af tiden (behandlingsplanen er dateret to døgn efter indlæggelsen). Behandlingsplanen og min samtale med patienten førte til at jeg bad psykiatrihospitalet om en udtalelse vedrørende det forhold at patienten ikke som følge af bæltefikseringen (som var tvangsmæssig) havde været anset for tvangstilbageholdt. Hospitalet anførte i den anledning at en patient ud fra gældende lovgivning kun kan tvangstilbageholdes hvis der fremsættes ønske om udskrivning. Efter aftale med patienten sendte jeg sagen videre til Det Psykiatriske Patientklagenævn i Vestsjælland for at nævnet kunne tage stilling til bl.a. om denne fiksering tillige var en tvangstilbageholdelse. Jeg har anmodet nævnet om at underrette mig om nævnets svar til den pågældende.

Behandlingsplanerne giver mig ikke (i øvrigt) anledning til bemærkninger.

5.17. Euforiserende stoffer og alkohol

Det blev oplyst at det ikke er tilladt at medbringe og indtage alkohol og euforiserende stoffer i hospitalet. Et sådant forbud fremgår også af de forskellige velkomstpjecer som jeg har modtaget.

Ledelsen oplyste at der ikke er større problemer med misbrug af euforiserende stoffer blandt patienterne. Der er primært tale om et periodisk problem som er størst når der er mange retspsykiatriske patienter indlagt.

Det sker ifølge ledelsen at der er stoffer i afsnittene, men det er yderst sjældent at der faktisk findes stoffer. Det er også sket at der har været handlere inde på hospitalets område. Personalet kan have en mistanke om at en indlagt har medbragt noget til afsnittet. Som nævnt i pkt. 5.7., oplyste ledelsen at der ved begrundet mistanke vil blive foretaget en visitation af patienterne når de har været på besøg ude.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger. Jeg henviser til pkt. 5.7. ovenfor vedrørende visitation mv.

Jeg går i øvrigt ud fra at der ikke er patienter der bliver økonomisk afhængige af andre patienter ved at der foregår handel (eller bytte) med ejendele patienterne imellem. Jeg går herunder ud fra at personalet er opmærksomme på at forebygge/forhindre optræk til sådan afhængighed.

5.18. Kæresteforhold mellem patienterne

Ledelsen oplyste at kæresteforhold mellem patienterne frarådes. Forbuddet mod at patienterne besøger hinanden på værelserne er et led i at forhindre kæresteforhold mellem patienterne.

Udover at bemærke at jeg går ud fra at de nævnte restriktioner mv. er begrundet i behandlingsmæssige og/eller sikkerhedsmæssige årsager – og endda omsorg, giver det oplyste mig ikke anledning til bemærkninger. Jeg henviser dog til det jeg har anført ovenfor under pkt. 5.7. om det generelle forbud mod besøg på værelserne.

5.19. Rekruttering af personale og sygefravær

Psykiatrisk Center har generelt ikke problemer med rekruttering af personale, bortset fra speciallæger i psykiatri hvor hospitalet oplever de samme problemer

som mange andre steder i landet. Centret får mange ansøgninger ved stillingsopslag.

*Jeg har noteret mig at centret i lighed med mange andre psykiatriske hospita-
ler og afdelinger kan have svært ved at få det ønskelige antal speciallæger.*

Ledelsen oplyste at hospitalet har haft problemer med højt sygefravær, dog primært i afsnit A og B. Dette skyldtes dog især flere tilfælde af langtidssygemeldinger. Afsnit A som på grund af sygefraværet i lang tid havde haft et presset arbejdsmiljø, var blevet opnormeret ved at nogle sygeplejersker som skal fungere i det nye skærmafsnit, allerede var blevet ansat.

Det blev i øvrigt oplyst af hospitalet har en sygepolitik hvorefter sygefravær følges meget tæt.

Jeg har noteret mig det oplyste. Hvis der er tale om en nedskrevet politik, beder jeg om kopi heraf og ellers en uddybning af hvad denne politik (i øvrigt) indeholder.

5.20. Navneskilte

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang er der på alle afsnit på eller ved døren til sengestuerne opsat en lille tavle hvorpå patientens navn (kan) anføres. Med undtagelse af tavlerne på gerontopsykiatrisk afsnit er alene fornavnet angivet. Der er som anført i pkt. 3.5. en særlig begrundelse for anvendelse af det fulde navn på afsnit D.

Besøg foregår som også tidligere nævnt på afsnittene – enten på patienternes stuer eller i afsnittets opholdsrum.

Jeg kan oplyse at jeg tidligere har udtalt at skiltning med patienternes fulde navne på steder hvor udefrakommende har adgang, herunder besøgende og eventuelle håndværkere eller lignende, giver anledning til betænkeligheder. Efter min opfattelse bør der kun anføres fornavne, og kun hvor dette er nødvendigt fx af hensyn til patienten selv eller hvis sådan skiltning sker med patientens samtykke eller efter dennes ønske. Jeg går ud fra at afdelingen er opmærksom herpå. Jeg foretager mig ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål.

6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

Som nævnt i indledningen anmodede jeg under inspektionen om at modtage udskrift/kopi af sygehusets tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 32-39 i bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og anvendelse af særlige dørlåse. Min anmodning omfattede tilførsler foretaget på hospitalets afsnit forud for den 20. marts 2006 (hvor inspektionen blev varslet), men efter den 1. januar 2005 (hvor bekendtgørelsen trådte i kraft). Hvis antallet af tilførsler (skemaer/udskrifter) oversteg 10 inden for hver kategori, ønskede jeg alene at modtage kopier af de 10 seneste tilførsler (skemaer/udskrifter).

Efter tvangsbekendtgørelsens § 44, stk. 1, skal overlægen på afdelingen løbende foretage elektronisk indberetning til Sundhedsstyrelsen – og til den ansvarlige sygehusmyndighed – af de i §§ 33-36 omhandlede tilfælde af tvang, de i § 37 omhandlende tilfælde af beskyttelsesfiksering og de i §§ 38-39 omhandlede tilfælde af personlige alarm- og pejlesystemer. Det fremgår af bestemmelsens stk. 3, at Sundhedsstyrelsen leverer elektronisk indberetnings-program til brug for denne indberetning (Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem).

Bekendtgørelsens §§ 33-40 indeholder bestemmelser om hvilke oplysninger der skal ske tilførsel af i afdelingens tvangsprotokol. Indberetningen efter § 44, stk. 1, skal indeholde de i §§ 33-40 krævede oplysninger, jf. bekendtgørelsen § 45, stk. 1, 1. pkt. Indberetningen til Sundhedsstyrelsen skal dog ikke indeholde oplysninger om den ordinerende læges navn eller navne på det implicerede personale. Ligesom indberetningen til den ansvarlige sygehusmyndighed hverken indeholder oplysninger om patientens navn og cpr.nr. eller den ordinerende læges og det implicerede personalets navn.

I tilknytning til tvangsbekendtgørelsen har Sundhedsministeriet udarbejdet en vejledning af 21. december 2004 om udfyldelse af tvangsprotokoller (registrering 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 indberette elektronisk til Sundhedsstyrelsen ved anvendelse af det af Sundhedsstyrelsen udarbejdede elektroniske indberetningsprogram.

Med ikrafttrædelse af vejledningen – og tvangsbekendtgørelsen – den 1. januar 2005 blev det således obligatorisk at indberette data vedrørende anvendelse af tvang i psykiatrien elektronisk.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 at der til brug for de psykiatriske afdelinger leveres et elektronisk indtastningsprogram med 5 elektroniske blanketter omhandlende registrering af henholdsvis 1) frihedsberøvelse, 2) tvangsbehandling, 3) fiksering og fysisk magtanvendelse, 4) beskyttelsesfiksering/-foranstaltning, og 5) aflåsning af patientens stuedør på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland. Blanket 6 (personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse) skal dog foreløbigt indberettes på den af Sundhedsstyrelsen udarbejdede blanket.

Ifølge vejledningen er der i systemet adgang for den pågældende afdeling til at læse alle indtastede oplysninger. Disse oplysninger kan skrives ud. Det fremgår

at der skal være et eksemplar af hver blanket både i afdelingens tvangsprotokol og i patientens journal.

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 personalets navn eller initialer, jf. ovenfor.

Efter vejledningen skal der foretages indberetning til Sundhedsstyrelsen senest 10 dage efter iværksættelse af en tvangsforanstaltning. Så længe tvangsforanstaltningen stadig pågår, indberettes tilføjelser til tvangsprotokollen løbende. Ved ophør af tvangsforanstaltningen foretages indberetning snarest herefter. Herudover skal afdelingerne kvartalsvis foretage en kvalitetskontrol af indberetningerne for at sikre at alle iværksatte og afsluttede tvangsforanstaltninger er indberettet.

Der skal foretages indberetning til sygehusmyndigheden kvartalsvis eller eventuelt oftere ved lokale aftaler. Sygehusmyndigheden har hverken adgang til at læse patientens data eller personalets navn eller initialer, jf. også ovenfor. Når blanketten udskrives, skal afdelingen være opmærksom på at det er den anonymiserede udgave der i papirform sendes til sygehusmyndigheden.

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

Alle de skemaer som jeg har modtaget, er kopi af tilførsler på de papirskemaer der hidtil har skullet anvendes. Det blev under inspektionen oplyst at hospitalet havde haft problemer med at koble sig på systemet og i den anledning havde haft møde med Sundhedsstyrelsen dagen før. De fleste tilførsler til tvangsprotokollen for i år var derfor sket i papirskemaerne, og oplysningerne herfra er indtastet efter udfyldelse.

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

Jeg anmoder endvidere om oplysning om hvorvidt de nævnte problemer nu er løst, og om hospitalet således nu udfylder protokollerne elektronisk.

Det materiale som jeg har modtaget, indeholder i alt 9 skemaer vedrørende tvangsbehandling (skema 2) og 10 af hvert af skemaerne 1, 3 og 4 om henholdsvis frihedsberøvelse, fiksering og fysisk magtanvendelse og beskyttelsesfiksering.

Jeg har ikke mulighed for at vurdere om anvendelsen af tvangsforanstaltningerne i de enkelte tilfælde har været berettiget. Ved min gennemgang af materialet har jeg derfor navnlig koncentreret mig om hvorvidt proceduren i forhold til de gældende regler er blevet fulgt. Gennemgangen giver mig anledning til nedenstående bemærkninger.

6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

5 af de 10 skemaer til brug for tilførsler i tvangsprotokollen om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse vedrører tvangsindlæggelse og de andre 5 tvangstilbageholdelse. I 4 af de 5 tilfælde af tvangsindlæggelse er der tillige tilførsel om tvangstilbageholdelse, og der er således reelt tale om 14 tilførsler. Tilførslerne (skemaerne) vedrører frihedsberøvelse iværksat i perioden fra den 20. februar 2006 til og med den 19. marts 2006.

Tvangsprotokollen består af særlige skemaer (nu elektroniske blanketter) udarbejdet af Sundhedsministeriet. For frihedsberøvelse benyttes Tvangsprotokol – skema 1, som anvendes både ved tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse således at det skal angives om frihedsberøvelsen er begyndt som tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse. Det fremgår af brugervejledningen til Sundhedsstyrelsens elektroniske indberetningssystem vedrørende indberetning af anvendelse af tvang i psykiatrien (herefter kaldet brugervejledningen) at det i den elektroniske blanket kun er muligt at vælge én type frihedsberøvelse til angivelse af om frihedsberøvelsen er begyndt som tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse. I papirskemaer skulle der ske markering ved afkrydsning.

Som anført er 5 frihedsberøvelser begyndt som tvangsindlæggelse og de øvrige 5 som tvangstilbageholdelse.

Efter Sundhedsstyrelsens vejledning skal begrundelsen for frihedsberøvelsen, jf. psykiatrilovens § 5, tillige angives (behandlings- eller farlighedsindikation). Kravet om angivelse af begrundelsen for frihedsberøvelsen følger allerede af § 33, nr. 3, i tvangsbekendtgørelsen. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type begrundelse – enten helbred eller farlighed. I papirskemaerne skulle begrundelsen angives ved afkrydsning (markering) i skemaet.

Der er i alle tilfælde angivet en begrundelse (i henhold til lovens § 5). Begrundelsen er i 10 af de 14 tilfælde helbredsmæssige grunde, og i de øvrige tilfælde farlighed. I 2 af de tilfælde hvor der er tale om både tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, er tvangsindlæggelsen sket på grund af farlighed, mens den efterfølgende tvangstilbageholdelse er sket af 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. psykiatriloven § 9, stk. 2, og § 14, stk. 1, i Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 880 af 10. december 1998 om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser (tvangsindlæggelsesbekendtgørelsen). Af lovens § 4a og § 14, stk. 1, 2. punktum, i tvangsindlæggelsesbekendtgørelsen fremgår det videre 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. § 4a – 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 attestation skal fremgå af protokollen. Der er en særlig rubrik hertil i såvel det papirbaserede skema som i den elektroniske blanket.

Ledelsen oplyste under inspektionen at hospitalet har delegeret kompetencen til at godkende papirer ved tvangsindlæggelse, og at en overlæge senest næste dag tager stilling til beslutningen. Det blev endvidere oplyst at hospitalet har en bagvagtsfunktion således at en overlæge kan kontaktes efter en telefonliste i forbindelse med anvendelse af tvang, og at yngre læger har pligt til at ringe.

I alle skemaer på nær 1 er der angivet en dato for overlægens stillingtagen. Det ene tilfælde vedrører en tvangsindlæggelse den 20. februar 2006 som to dage senere blev efterfulgt af en tvangstilbageholdelse, og for så vidt angår denne tilbageholdelse er der angivet en dato for overlægens stillingtagen. I 11 af de 13 tilfælde har overlægen taget stilling til frihedsberøvelsen samme dag som

iværksættelsen af frihedsberøvelsen, i 1 tilfælde dagen efter iværksættelsen og i det sidste tilfælde fire dage efter iværksættelsen.

Reglerne om udfyldelse af tvangsprotokoller indeholder ikke bestemmelser om hvor lang tid der må gå før overlægens attestation skal anføres i protokollen. De kontrolhensyn der ligger bag reglerne om attestation, tilsiger imidlertid efter min opfattelse at attestationen skal ske snarest muligt. Dette kan efter omstændighederne være flere dage efter frihedsberøvelsen.

Under inspektionen blev det oplyst at overlægen normalt tager stilling til en tvangsforanstaltning dagen efter iværksættelsen.

Jeg foretager mig ikke yderligere vedrørende det – enkeltstående – tilfælde hvor der er gået fire dage fra iværksættelsen af frihedsberøvelsen til overlægens stillingtagen hertil.

Det påhviler til stadighed overlægen at påse at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magt, beskyttelsesfiksering, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse samt aflåsning af patientstue (Sikringsafdelingen) ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 1. For så vidt angår frihedsberøvelse, skal resultatet af denne efterprøvelse 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 § 33, nr. 4. Efterprøvelsen udregnes ifølge vejledningen fra den dag hvor den første frihedsberøvelse blev iværksat (dag 0). Efterprøvelsesdatoerne ændres således ikke når en tvangsendlagt patient senere tvangstilbageholdes. Datoerne for efterprøvelser samt dato for overlægens stillingtagen i denne forbindelse anføres i rubrikkerne under overskriften "Efterprøvelse af frihedsberøvelse".

I 1 tilfælde skete efterprøvelsen én dag før det obligatoriske tidspunkt, nemlig to dage efter iværksættelsen (en tvangstilbageholdelse den 12. marts 2006).

Efter loven påhviler det til stadighed overlægen at sikre at frihedsberøvelsen ikke udstrækkes i videre omfang end nødvendigt. Dette indebærer at overlægen af egen drift skal bringe en frihedsberøvelse til ophør straks når betingelserne herfor ikke længere er til stede. Allerede derfor kan efterprøvelser naturligvis finde sted også på tidspunkter der ligger forud for de foreskrevne obligatoriske prøvelser. Dette frigør imidlertid efter min opfattelse ikke overlægen for også at foretage efterprøvelser på de i loven foreskrevne tidspunkter.

I det nævnte tilfælde er rubrikken om datoen for ophør ikke udfyldt. Rubrikken til notat om datoen for overlægens stillingtagen til tvangstilbageholdelse af en frihedsberøvet (tvangsindlagt) person er udfyldt. Da frihedsberøvelsen startede som en tvangstilbageholdelse, går jeg ud fra at der er gjort notat i den forkerte rubrik, og at der rettelig er tale om at overlægen den pågældende dag godkendte ophør af tvangstilbageholdelsen som i så fald ophørte ni dage efter iværksættelsen heraf.

Jeg anmoder om oplysning om hvorvidt det er korrekt forstået.

I alle de øvrige tilfælde er den obligatoriske efterprøvelse efter det angivne sket på de i loven foreskrevne tidspunkter.

I 1 tilfælde der vedrører en tvangstilbageholdelse den 15. marts 2006, er det noteret at der skete efterprøvelse den 18. marts 2006, men det er samtidig noteret at frihedsberøvelsen ophørte den 16. marts 2006. I et andet tilfælde der vedrører en tvangsindlæggelse den 27. februar 2006, er den udfyldte dato for første efterprøvelse den 2. marts 2006 streget ud, og det fremgår at frihedsberøvelsen ophørte denne dato. Det fremtræder i hvert fald i førstnævnte tilfælde som om

datoen for første efterprøvelse er noteret på forhånd, mens der i det andet tilfælde formentlig er tale om at overlægen i forbindelse med stillingtagen til efterprøvelsen traf beslutning om ophør af frihedsberøvelsen.

Jeg anmoder hospitalet om at oplyse om det er korrekt antaget, og at redegøre nærmere for det førstnævnte forhold.

Om betydningen af at der sker notering af de obligatoriske efterprøvelser på de i loven angivne tidspunkter, henviser jeg til dommen i UfR 2004.2184 V hvor en tvangstilbageholdelse blev kendt ulovlig – uanset at de materielle betingelser havde været opfyldt i hele perioden – idet der hverken i journalen eller i tvangsprotokollen var foretaget 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 hvis efterprøvelse snarest herefter skal attesteres af en overlæge, jf. lovens § 4a. Der er rubrikker i tvangsprotokollen (skemaet) til angivelse af såvel datoen for efterprøvelse som datoen for overlægens stillingtagen hertil.

I 2 tilfælde er der ingen angivelse af datoen for overlægens attestation. I det ene af disse tilfælde som vedrører en tvangsindlæggelse den 20. februar 2006, ophørte frihedsberøvelsen dagen efter efterprøvelsen (på 10. dagen), men der er heller ingen angivelse af datoen for overlægens stillingtagen til ophøret. Der er muligvis tale om at overlægen i forbindelse med sin stillingtagen til efterprøvelsen traf beslutning om ophør, men ikke har gjort notat herom.

Jeg anmoder om oplysning om hvorvidt det forholder sig sådan.

I det andet tilfælde som vedrører den tvangstilbageholdelse den 23. februar 2006 med efterprøvelse på 3. dagen den 26. februar 2006, ophørte frihedsberø-

velsen den 5. marts 2006. Jeg går ud fra at overlægen har taget stilling til efterprøvelsen, men har glemt at foretage notat herom.

Da der (når der bortses fra ovennævnte tilfælde) er tale om et enkeltstående tilfælde, foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold.

I 3 tilfælde er datoen for overlægens attestation henholdsvis dagen efter, to dage efter og tre dage efter efterprøvelsen. Datoen for overlægens attestation er i alle de øvrige tilfælde angivet som samme dag som efterprøvelsen.

I alle tilfælde på nær 1 er datoen for ophør af frihedsberøvelsen angivet, og i flere tilfælde er det ved påtegning uddybet hvornår ophøret fandt sted. Som nævnt ovenfor går jeg i dette ene tilfælde ud fra at den dato for overlægens stillingtagen der er angivet i rubrikken om tvangstilbageholdelse, rettelig er datoen for overlægens stillingtagen til ophøret, og ophøret af frihedsberøvelsen er i så fald sket senest på dette tidspunkt.

Ud over dette tilfælde er der 3 tilfælde hvor rubrikken til overlægens stillingtagen til ophøret ikke er udfyldt. Der er ikke efter tvangsbekendtgørelsen pligt til at gøre notat om (overlægens stillingtagen til) ophøret af en frihedsberøvelse, og det fremgår af vejledningen om udfyldelse af tvangsprotokoller at det alene er de i tvangsbekendtgørelsen nævnte oplysninger der skal tilføres tvangsprotokollerne (mens andre relevante oplysninger skal fremgå af patientjournalen). I et af de tilfælde hvor der er sket en sådan udfyldelse, er datoen for overlægens stillingtagen dagen før den angivne dato for ophøret.

Jeg anmoder om hospitalets bemærkninger til denne uoverensstemmelse.

6.2. Tvangsbehandling

7 af de 9 skemaer som jeg har modtaget vedrørende beslutninger om tvangsbehandling, angår tvangsmedicinering, og de 2 øvrige behandling med elektrostimulation (ECT). Der er i alle tilfælde på nær 1 tale om første skema for aktuelle behandling og i det sidste om fortsættelse af tidligere skema. Beslutningerne om tvangsbehandling er truffet i perioden 17. januar 2006 til og med 7. marts 2006 og omfatter i alt fem patienter.

For tvangsbehandling benyttes tvangsprotokol – skema 2.

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. skal de enkelte tvangsformer registreres på hver sit skema/hver sin blanket såfremt flere tvangsbehandlingsformer anvendes. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type behandling – enten medicinering, ECT, ernæring eller behandling af legemlig lidelse. I de vedlagte papirskemaer er det muligt at afkrydse hvilken af disse behandlingsformer der er tale om i det konkrete tilfælde. De modtagne skemaer vedrører kun én tvangsbehandling.

Tvangsbehandling må kun anvendes over for personer der er indlagt, og som opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse. Det fremgår af 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. 3, 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 så-

danne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen, jf. lovens § 4a.

Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 34, nr. 4, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af navnet på den ordinerende overlæge. Efter Sundhedsstyrelsens vejledning skal der i tvangsprotokollen tillige anføres datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen samt datoen for overlægens stillingtagen.

Datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen er angivet i alle tilfælde. Datoen for overlægens stillingtagen er angivet i alle tilfælde på nær 1 (en tvangsbehandling den 25. januar 2006). Jeg går ud fra at overlægen har taget stilling til behandlingen, men har glemt at gøre notat herom.

Da der er tale om et enkeltstående tilfælde, foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold.

I 6 af de øvrige 8 tilfælde er datoen for overlægens stillingtagen angivet som samme dag som beslutningen om iværksættelse. I de 2 resterende tilfælde er overlægens stillingtagen sket henholdsvis dagen efter og seks dage efter beslutningen om iværksættelse.

Om indhentelse af overlægens stillingtagen henviser jeg til pkt. 6.1. Jeg anmoder dog om muligt om oplysning om årsagen til at der gik seks dage før overlægen tog stilling til beslutningen i det sidstnævnte tilfælde (en tvangsbehandling den 7. marts 2006).

Navnet på den ordinerende læge er angivet, i 2 tilfælde ved initialer.

Jeg går ud fra at lægens initialer er tilstrækkeligt til at hospitalet entydigt kan fastslå hvem der har ordineret tvangsforanstaltningen.

Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 34, nr. 3, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af begrundelsen for tvangsbehandlingen. Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning afkrydses (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 den elektroniske blanket kun vælges én type begrundelse – enten § 12 (udsigt til væsentlig forringelse af helbredet) eller § 13 (nærliggende eller væsentlig fare for patienten eller andre). I papirskemaet skal det afkrydses hvilken af de to begrundelser der er tale om.

Begrundelsen for beslutningen er angivet i alle tilfælde og var i alle tilfælde udsigt til væsentlig forringelse af helbredet.

I rubrikken "Art og omfang" (tvangsbekendtgørelsens § 34, nr. 2) skal ifølge vejledningen angives indholdet af tvangsbehandlingen, herunder præparatnavn, startdosis, administrationsområde og eventuelt bivirkningsmedicin, mens den nærmere beskrivelse af behandlingsforløbet, herunder dosisændringer, skal fremgå af journalen.

I rubrikken "Art og omfang" er behandlingen angivet. I alle tilfælde af medicinering er angivet injektion enten som primær eller som subsidiær/alternativ behandling.

Til orientering kan jeg oplyse at jeg i rapport af 26. maj 2004 vedrørende 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 middels-princippet indebærer at tvangsbehandling med injektion som udgangspunkt må betragtes som et mere indgribende middel end peroral behandling. Jeg er enig i denne fortolkning af princippet om mindste middel. Det fremgår videre at det er nævnets praksis at der som ud-

gangspunkt 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 peroral, 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 peroral indgivelse eller indgivelse ved injektion. Hospitalets formulering i tvangs-protokollen 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, Sundhedsvæsenets 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 tillige 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 der førte hertil, beskrives.

Hospitalet anførte endvidere at bemærkningerne i inspektionsrapporten havde givet sygehuset anledning til at overveje retningslinjer om 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.

Jeg går ud fra at hospitalet efterlever mindste-middels-princippet for så vidt angår medicinering således som dette er beskrevet i det ovenfor anførte.

Under henvisning til ovennævnte principielle overvejelser om den sproglige præcision der kan forlanges, beder jeg dog hospitalet 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 beder om underretning om resultatet af disse overvejelser.

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

I alle de modtagne skemaer er det i rubrikken om tilladt magtanvendelse anført at der kunne ske fastholdelse.

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

På nær i det ene tilfælde vedrørende ECT-behandling er navnet på den tilstedeværende læge angivet, i de fleste tilfælde ved initialer.

For så vidt angår anvendelsen af initialer henviser jeg til det ovenfor anførte.

Det fremgik tidligere af Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2002 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. at oplysningerne fra et skema skulle overføres til et nyt skema hvis en tvangsbehandling fortsatte ind i et nyt kvartal – eller hvis antallet af behandlinger oversteg antallet af rubrikker på skemaet. Det gjaldt dog ikke datoer for de enkelte tidligere behandlinger.

Det fremgår af brugervejledningen at der i den elektroniske blanket altid skal indtastes mindst en dato for behandling før der kan ske indberetning af skema 2, og at en beslutning om tvangsbehandling der aldrig iværksættes, skal annulleres.

I alle tilfælde på nær 1 er der sket notering af at tvangsbehandlingen har fundet sted én eller flere gange. Det ene tilfælde drejer sig om et af de 2 tilfælde der vedrører ECT-behandling. Der er ingen notater om antal behandlinger. Beslutning om tvangsbehandling med ECT blev truffet den 2. marts 2006. Dato for ophør af behandlingen er angivet til 3. marts 2006, men det er overstreget. Ved siden af er noteret "Ophæves", men det er også overstreget.

Jeg anmoder hospitalet om at oplyse hvordan disse udstregninger skal forstås.

For god ordens skyld bemærker jeg at jeg går ud fra at hospitalet er opmærksomt på at en overhængende risiko for effektivering af en allerede truffet beslutning om anvendelse af tvang kan opleves som tvang af patienten (såkaldt "skjult tvang"), og at hospitalet i sådanne situationer vurderer patientens samtykke i lyset heraf.

Endelig skal datoen for beslutning om ophør af tvangsanvendelsen angives. Dette er sket i alle tilfælde, bortset fra det lige nævnte vedrørende ECT-

behandling den 2. marts 2006 og et yderligere tilfælde (en tvangsbehandling den 24. februar 2006 hvor der alene er notat om én behandling). Jeg går ud fra at det skyldes en fejl at datoen for ophør ikke er angivet i dette tilfælde.

Kravet i tvangsbekendtgørelsens § 3, stk. 2, om information af patient og patientrådgiver er behandlet under punkt 5.12.

6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

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

De 10 skemaer som jeg har modtaget, dækker perioden fra den 24. februar 2006 til og med den 19. marts 2006 og omfatter i alt fem forskellige patienter.

De 10 skemaer omhandler i alt 34 tilfælde af tvangsfiksering og/eller fysisk magt, herunder indgivelse af beroligende medicin. Der var tale om i alt 10 tilfælde af fastholdelse (på samme skema), 7 tilfælde af anvendelse af bælte, 8 tilfælde af anvendelse af beroligende medicin, og 9 tilfælde af anvendelse af remme. Heraf er der i 4 tilfælde en kombination af tvangsfiksering med anvendelse af både bælte og remme.

Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type tvangsforanstaltning – enten bælte, remme, handsker, fastholdelse, dørråflåsning eller beroligende medicin. Feltet er forudfyldt med en "bullit" i "Bælte". Efter registrering af en tvangsforanstaltning, kan der tilføjes nye indberetninger om fiksering og fysisk magtanvendelse inden for samme indlæggelsesperiode. I papirskemaerne er der på hvert skema plads til tre tilfælde af tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.

Af psykiatrilovens § 14, stk. 1, fremgår det, at der som midler til tvangsfiksering alene 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. Over for personer der er frihedsberøvet efter reglerne i lovens kapitel 3, kan der anvendes den magt der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen. 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.

Uanset at betingelserne for anvendelse af fysisk magt, jf. § 17, stk. 1, ikke er til stede, kan der over for personer der er frihedsberøvede, jf. lovens kap. 3, anvendes den magt der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen. Dette følger af tvangsbekendtgørelsens § 18, stk. 1. Efter bestemmelsens stk. 2, kan der i tilfælde som nævnt i stk. 1, træffes afgørelse om at afdelingens yderdøre skal holdes aflåsed.

Tidspunktet for iværksættelsen af fikseringen eller den fysiske magtanvendelse skal angives med dato og klokkeslæt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 35, nr. 4, og § 36, nr. 4. Efter Sundhedsstyrelsens vejledning gælder dette også ved anvendelse af døraflåsning og beroligende medicin.

I alle tilfælde 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 § 4a og tvangsbekendtgørelsen § 12, stk. 5.

I 7 af de 9 tilfælde hvor der er truffet beslutning om anvendelse af remme, har overlægen taget stilling til beslutningen samme dag som beslutningen om anvendelsen blev truffet. I yderligere et tilfælde har overlægen taget stilling til beslutningen dagen efter og i det sidste tilfælde (en anvendelse den 2. marts 2006) fire dage efter (hvilket var tre dage efter at anvendelsen var ophørt).

Om indhentelse af overlægens stillingtagen henviser jeg til det ovenfor under pkt. 6.1. anførte.

Efter tvangsbekendtgørelsens § 35, nr. 5 og 6, skal der ved tvangsfiksering i tvangsprotokollen ske tilførsel af navnet på den ordinerende læge og navnene på det implicerede personale. Tilsvarende gælder ved anvendelse af fysisk magt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 36, nr. 5 og 6, hvor navnet på den tilstedeværende læge også kan anføres.

Og efter psykiatrilovens § 17, stk. 2, kræver indgivelse af beroligende medicin at beslutning herom er truffet af en læge. Lægen skal være til stede når et beroligende middel gives, jf. tvangsbekendtgørelsens § 6 og § 19, stk. 2. Såvel navnet på den ordinerende læge som på den tilstedeværende læge skal anføres i protokollen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 36, nr. 5, og efter nr. 6, skal tillige navnene på det implicerede personale anføres.

I alle tilfælde er navnet på den ordinerende læge angivet – i nogle tilfælde alene ved initialer.

For så vidt angår de 8 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin, er navnet/initialer på den tilstedeværende læge angivet – i 7 tilfælde er den ordinerende læge også den tilstedeværende læge.

I alle tilfælde på nær 8 er navnene på det implicerede personale angivet – ved initialer/forbogstaver.

Om anvendelsen af initialer henviser jeg til pkt. 6.2.

Efter tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 1, må fiksering af patienter der af tryghedsgrunde selv anmoder herom, kun ske med samtykke fra en læge.

Der er ikke blandt de gennemgåede skemaer foretaget notat af at en fiksering var frivillig.

Det blev – som anført ovenfor under pkt. 5.2. – under inspektionen oplyst at hospitalet så vidt muligt undgår og kun sjældent benytter fiksering i en situation hvor en patient af tryghedsgrunde selv beder om at blive fikseret.

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

Jeg beder hospitalet om at redegøre for hospitalets 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 § 35, nr. 2 og 3, og § 36, nr. 2 og 3, skal der for så vidt angår tvangsfiksering og fysisk magtanvendelse i tvangsprotokollen ske tilførsel af indgrebets art og omfang tillige med begrundelsen for indgrebet (vejledningen taler om "enhver form for magtanvendelse der registreres på denne blanket"). Skemaet indeholder særlige rubrikker hertil. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type begrundelse (farlighed, forulempelse, hærværk, urolig tilstand, frivillig bæltefiksering eller sikre den frihedsberøvede patients fortsatte tilstedeværelse på afdelingen – en indirekte henvisning i stikordsform til bestemmelserne i lovens § 14 og § 17). I papirskemaet er rubrikker til afkrydsning heraf, dog ikke for så vidt angår sikring af den frihedsberøvede patients fortsatte tilstedeværelse.

Det fremgik tidligere af bilaget til Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2002 at der kun skulle afkrydses for den væsentligste begrundelse, selv om der kan være flere begrundelser for den pågældende tvangsforanstaltning.

I vejledningen er det anført at aflåsning af yderdøren til afdelingen alene må forekomme i tilfælde af, at betingelserne for frihedsberøvelse er til stede, jf. lovens § 17, og at dette kan forekomme uden at betingelserne i lovens § 14 er til stede, hvorfor det i sådanne tilfælde ikke er muligt at angive en af de i skemaet beskrevne begrundelser. Den elektroniske blanket indeholder (nu i modsætning til papirskemaet) mulighed for at angive begrundelsen "sikre den frihedsberøvede patients fortsatte tilstedeværelse på afdelingen".

Der er i alle tilfælde sket anførsel af tvangsindgrebets art og i alle tilfælde sket anførsel af begrundelsen for indgrebet.

I 1 tilfælde er begrundelsen for en anvendelse af beroligende medicin ved afkrydsning angivet som både forulempelse og urolig tilstand. Det drejer sig om en anvendelse af beroligende medicin den 28. februar 2006, jf. sidste "kasse" i skemaet i denne sag.

Det er en fejl at der i begrundelsen tillige er henvist til forulempelse, jf. de ovenfor gengivne betingelser i psykiatrilovens §§ 14 og 17. I øvrigt kan/skal der som nævnt kun gives én type begrundelse, jf. ovenfor.

Da der også er henvist til urolig tilstand, foretager jeg mig ikke mere vedrørende det forhold at der tillige er henvist til forulempelse.

Tidspunktet for ophør af fikseringen eller den fysiske magtanvendelse skal angives med dato og klokkeslæt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 35, nr. 4, og § 36, nr. 4, samt den gældende vejledning. Af den tidligere vejledning af 20. december 2002 skulle dog kun tidspunktet for iværksættelse angives når det drejede sig om fysisk magtanvendelse i form af fastholden og indgivelse af beroligende medicin.

I alle tilfælde med undtagelse af tilfældene af anvendelse af beroligende medicin er ophørstidspunktet angivet med dato og klokkeslæt. I et af tilfældene med beroligende medicin er der dog angivet ophørstidspunkt – to minutter efter anvendelsen.

I tilfældene vedrørende beroligende medicin er der (således) alene angivet et iværksættelsestidspunkt.

Til orientering kan jeg oplyse at Psykiatrisk Afdeling på Odense Universitets-hospital i anledning af min inspektion af afdelingen den 20. april 2005 i brev af 28. juli 2005 (med bemærkninger til min foreløbige rapport), oplyste at det ikke er muligt at angive ophørstidspunkt i den elektroniske indberetning. I min endelige rapport af 30. august 2005 vedrørende inspektionen anførte jeg herefter bl.a. at jeg forstod det af afdelingen oplyste således at der ikke i den elektroniske blanket kan ske angivelse af ophørstidspunkt for så vidt angår indgivelse af beroligende medicin, og heller ikke for så vidt angår fastholdelse. Jeg

bad samtidig Indenrigs- og Sundhedsministeriet om at oplyse hvorvidt min forståelse var korrekt.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i brev af 2. marts 2006 oplyst at den elektroniske indberetning giver mulighed for at indberette dato for ophør/beslutning om ophør på alle tvangsforanstaltninger – undtagen indgivelse af beroligende medicin ved urolig tilstand. Sidstnævnte er en engangsforanstaltning med en tidsmæssig udstrækning på injektionen af få sekunder. Det er dog muligt at opgøre antallet af enkelt-indgivelser af beroligende medicin i løbet af fx et døgn eller en uge, idet tvangen indberettes særskilt med påbegyndt dato og klokkeslæt.

6.4. Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning

De 10 skemaer om anvendelse af beskyttelsesfiksering/-foranstaltninger vedrører indgreb besluttet i perioden 16. august 2005 til og med 13. december 2005 over for seks forskellige patienter.

For beskyttelsesfiksering benyttes Tvangsprotokol – skema 4.

Ved beskyttelsesfiksering forstås anvendelse af ethvert middel der benyttes for at hindre at en patient utilsigtet udsætter sig selv for væsentlig fare. Beskyttelsesfiksering må kun benyttes efter at en læge har tilset patienten og truffet nærmere bestemmelse om anvendelse af et bestemt beskyttelsesmiddel (psykiatrilovens § 18).

Af tvangsbekendtgørelsens § 21, stk. 2, fremgår det nærmere at den lægelige ordination af beskyttelsesfiksering skal angive i hvilket omfang og i hvilke bestemte situationer et vist middel til beskyttelsesfiksering må anvendes. Administrationen af den ordinerede beskyttelsesfiksering overlades til plejepersonalet i det enkelte tilfælde (bekendtgørelsens § 21, stk. 3).

En lægelig vurdering af berettigelsen for at opretholde brug af beskyttelsesfiksering over for den enkelte patient skal, jf. tvangsbekendtgørelsens § 30, stk. 2, finde sted så ofte som forholdene tilsiger det, dog mindst 3, 10, 20 og 30 dage efter at beslutning om anvendelse af beskyttelsesfiksering blev truffet, og herefter mindst hver fjerde uge så længe ordinationen opretholdes.

I tvangsprotokollen skal anføres den form for beskyttelsesfiksering som anvendes, jf. tvangsbekendtgørelsens § 37, nr. 2. Skemaet indeholder afkrydsningsrubrikker til dette formål. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én form – enten stofbælte eller lign., aflåsning af yderdør eller andet.

I alle tilfælde er formen angivet.

Det enkelte skema omhandler kun én form for tvangsanvendelse. Såfremt flere tvangsformer anvendes, skal de enkelte former registreres hver for sig, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. Hvis der er tale om en anden form for tvangsanvendelse end stofbælte eller lign. eller aflåsning af yderdør, skal den konkrete foranstaltning kort beskrives.

Alle skemaer vedrører kun én form for tvangsanvendelse. Der er tale om 7 tilfælde af anvendelse af stofbælte og 3 tilfælde af aflåsning af yderdøre (alle på afsnit D).

I tvangsprotokollen skal den ordinerende læge anføres, jf. tvangsbekendtgørelsens § 37, nr. 5.

Dette er sket i alle tilfælde.

Af tvangsbekendtgørelsens § 37, nr. 3 og 4, fremgår det endvidere at begrundelsen for beslutningen om beskyttelsesfikseringen (iht. psykiatrilovens § 18)

samt den situation hvor beskyttelsesfikseringen kan anvendes, skal angives i tvangsprotokollen. I vejledningen er det anført at der i rubrikken "Begrundelse" skal angives den konkrete begrundelse for den iværksatte tvangsforanstaltning, og at der i rubrikken "Situation" skal angives de(n) situation(er) hvor beskyttelsesfikseringen/-foranstaltningen må anvendes.

I alle 10 tilfælde er der anført en begrundelse for foranstaltningen. I 7 af de 10 tilfælde er det i rubrikken "Situation" anført hvornår foranstaltningen må anvendes.

Det er en fejl at denne rubrik ikke er udfyldt i 3 tilfælde.

Resultatet af den fornyede lægelige vurdering der skal finde sted efter tvangsbekendtgørelsens § 30, stk. 2, efter henholdsvis 3, 10, 20, 30 dage og herefter hver fjerde uge, skal anføres i tvangsprotokollen, jf. bekendtgørelsens § 37, nr. 6. Efterprøvelsen udregnes ifølge vejledningen fra iværksættelsestidspunktet (dag 0).

I skemaet vedrørende en beslutning den 13. december 2005 om anvendelse af stofbælte eller lignende der ophørte den 26. december 2005, fandt der fornyet vurdering sted 3 dage efter beslutningen om anvendelsen, men der er ikke notat om efterprøvelse 10 dage efter beslutningen.

Det er beklageligt at der enten ikke er sket efterprøvelse eller ikke er gjort notat herom. Da der er tale om et enkeltstående tilfælde giver det mig ikke grundlag for at foretage mig yderligere.

I et andet tilfælde (en beslutning den 23. september 2005 om anvendelse af stofbælte eller lignende) er feltet til notat om efterprøvelse efter 3 dage streget over. Der er notater om efterprøvelser efter henholdsvis 10, 20 og 30 dage. Det fremgår at der er tale om fortsættelse af et tidligere skema (fra det forudgående

kvartal). Jeg har ikke modtaget det tidligere skema som jeg går ud fra indeholder notat om efterprøvelse efter 3 dage.

Blanketten indeholder et felt til angivelse af datoen for ophør af beskyttelsesforanstaltningen, men det er ikke i den nugældende vejledning (ligesom ved anvendelse af tvangsfiksering og fysisk magt) anført at tidspunktet for ophøret skal angives. I 2 tilfælde er der ikke påført ophørsdato, og det er derfor ikke muligt at se om der er foretaget efterprøvelse i overensstemmelse med reglerne helt frem til ophørstidspunktet. Jeg går dog ud fra at foranstaltningen er ophørt inden det næste tidspunkt hvor der efter reglerne skulle være sket fornyet efterprøvelse.

6.5. Personlige alarm- og pejlesystemer

Jeg har ikke modtaget skemaer vedrørende anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer.

6.6. Særlige dørlåse

Jeg har heller ikke modtaget skemaer vedrørende anvendelse af særlige dørlåse.

Opfølgning

Som det fremgår af de enkelte afsnit ovenfor, har jeg i flere tilfælde bedt Psykiatrihospitalet Dianalund om nærmere oplysninger mv. vedrørende forskellige forhold. Jeg beder om at disse oplysninger mv. sendes gennem Vestsjællands Amt for at amtet kan få lejlighed til at kommentere det som psykiatrihospitalet anfører.

Underretning

Denne rapport sendes til Psykiatrihospitalet Dianalund, Vestsjællands Amt, Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 og psykiatrihospitalets patienter og pårørende.



Lennart Frandsen
Inspektionschef