

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	2
2. Sygehusets organisation mv.	3
3. Bygningmæssige forhold	3
3.1 Generelt	3
3.2 Skadestue og modtagelse	4
3.3 Afsnit S5 (åbent afsnit).....	6
3.4 Afsnit S6 (lukket intensivt afsnit).....	10
3.5 Børne- og ungdomspsykiatrisk afsnit A1d	14
3.6 Retspsykiatrisk afsnit E1	16
4. Samtaler med enkelte patienter	20
5. Andre forhold	20
5.1 Overbelægning mv.	20
5.2 Adgang til frisk luft.....	23
5.3 Handicaptilgængelighed.....	26
5.4 Navneskilte	27
5.5 Opbevaring af journaler.....	27
5.6 Medicin.....	27
5.7 Forplejning	28
5.8 Beskæftigelse.....	29
5.9 Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2.....	30
5.10 Patienternes kontakt med læge mv.	30
5.11 Behandlingsplaner	31
5.12 Anvendelse af tvang, herunder fiksering	33
5.13 Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvang	38
5.14 Aflåsning, skærmning og forholdene for frivilligt indlagte.....	40
5.15 Tilkald af politi i forbindelse med udførelse af tvangs- foranstaltninger i afdelingen	45
5.16 Udslusning, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner.....	47
5.17 Aktindsigt	49
5.18 Pårørendekontakt.....	50
5.19 Besøg, visitation og adgang til telefonering mv.	51
5.20 Rygepolitik	58
5.21 Euforiserende stoffer og alkohol.....	60
5.22 Kæresteforhold mellem patienterne	61
5.23 Patientindflydelse	62
5.24 Rekruttering af personale og sygefravær	64
5.25 Vold mod personalet	69
5.26 Sprogbarrierer mv.	72
6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen	72
6.1 Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse	75
6.2 Tvangsbehandling.....	78
6.3 Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt	83
6.4 Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning	90
6.5 Personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse.....	90
Opfølgning	90
Underretning	90

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 to af embedets øvrige medarbejdere den 12. juni 2007 inspektion af Aalborg Psykiatriske Sygehus. Denne inspektion blev efterfulgt af en inspektion af Brønderslev Psykiatriske Sygehus den 13. juni 2007 og af to inspektioner den 14. juni 2007 af henholdsvis distriktpsychiatrien i Afdeling Syd, Aalborg Psykiatriske Sygehus og den socialpsykiatriske boform Visborggaard der ikke hører under Psykiatrien, men under Speciaalsektoren i Region Nordjylland. Der er udarbejdet særskilte rapporter om disse inspektioner.

Inspektionen af Aalborg Psykiatriske Sygehus omfattede en indledende samtale med repræsentanter for ledelsen og medarbejderne på sygehuset og repræsentanter for Psykiatrien i Region Nordjylland, rundgang på sygehusets afsnit, samtaler med de patienter der havde ønsket det, og en afsluttende samtale med repræsentanterne for sygehusledelsen og Psykiatrien.

I forbindelse med inspektionen anmodede jeg om kopi af tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 35 – 42 og §§ 44 – 45 i bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger for perioden 1. januar 2007 (hvor den nævnte bekendtgørelse trådte i kraft) til den 7. maj 2007 (hvor inspektionen blev varslet). Det ønskede materiale blev udleveret af sygehuset under inspektionen.

Forud for og under inspektionen modtog jeg forskelligt informationsmateriale, bl.a. en generel husorden for de psykiatriske sygehuse i Region Nordjylland og husordener for de enkelte afsnit. Jeg modtog endvidere forskelligt generelt materiale der omfatter både Aalborg Psykiatriske Sygehus og Brønderslev Psykiatriske Sygehus.

Nogle af de berørte emner i rapporten bygger hovedsagelig på en efterfølgende gennemgang af det skriftlige materiale som jeg har modtaget fra Region Nordjylland og på materiale fra Psykiatrien i Region Nordjyllands hjemmeside www.psykiatri.n.dk. Det er således ikke alle emner der blev drøftet særskilt under selve inspektionen.

Slettet: med even

Denne rapport har i en foreløbig udgave været sendt til Psykiatrien i Region Nordjylland og Aalborg Psykiatriske Sygehus med henblik på at give myndighederne lejlighed til at fremkomme med eventuelle bemærkninger om de faktiske forhold som er beskrevet i rapporten. Psykiatrien i Region Nordjylland har i brev af 15. maj 2008 fremsat sådanne bemærkninger der er indarbejdet i rapporten. Jeg har ikke modtaget (yderligere) bemærkninger fra Aalborg Psykiatriske Sygehus.

2. Sygehusets organisation mv.

Aalborg Psykiatriske Sygehus hører under Psykiatrien Region Nordjylland der organisatorisk er samlet i én enhed med en fælles ledelse. Psykiatrien er opdelt i fem afdelinger – afdeling Syd (almen voksenpsykiatri), afdeling Nord (almen voksenpsykiatri og gerontopsykiatri), afdeling Thy/Mors (almen voksenpsykiatri), afdeling E (retspsykiatri) og afdeling A (børne- og ungdomspsykiatri). Psykiatriens behandlingstilbud omfatter udover sengeafsnit distriktsfunktioner og andre ambulante tilbud, herunder flere specialklinikker. Psykiatrilædelsen og administrationen er samlet i Aalborg.

Aalborg Psykiatriske Sygehus består af almenpsykiatrisk afdeling Syd (S), børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling (A) og retspsykiatrisk afdeling (E).

Afdeling Syd omfatter psykiatrisk skadestue og modtagelse, 5 åbne sengeafsnit (S1, S2, S3, S5 og S7) og 2 lukkede sengeafsnit (S6 og S8) samt flere ambulante funktioner, herunder distriktspsykiatri. Et yderligere åbent afsnit (S4) er midlertidigt lukket og har været det siden juni 2006. Hovedparten af behandlingstilbuddene er samlet på Mølleparkvej 10 i Aalborg, mens tre af de åbne sengeafsnit (S1, S2 og S3) og distriktspsykiatrien findes i nyopførte bygninger på Brandevej i Aalborg Øst.

Optageområdet for afdeling Syd er kommunerne Aalborg, Vesthimmerland, Rebild og Mariagerfjord, mens børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling og retspsykiatrisk afdeling modtager patienter fra hele Region Nordjylland.

3. Bygningsmæssige forhold

3.1 Generelt

Aalborg Psykiatriske Sygehus består af en ældre bygningsmasse fra først i 1970'erne som er beliggende på Mølleparkvej 10 i Aalborg centrum. Der er tale om en række

forskellige bygninger som ligger spredt ud over et stort skrånende terræn. Herudover består sygehuset af en nyopført bygning på Brandevej i Aalborg Øst.

Det blev oplyst at der er planer om bygningsmæssige ændringer på Mølleparkvej inden for en overskuelig fremtid. Det fremgår også af Region Nordjyllands psykiatriplan som opstiller rammerne for Psykiatriens udvikling frem mod år 2015, og som blev vedtaget af regionsrådet den 18. marts 2008.

Der er således planer om en sammenlægning af den somatiske og psykiatriske skadestue/modtagelse til én fælles akut modtagelse. Der er endnu ikke truffet beslutning om den fremtidige fysiske placering af den fælles skadestue for somatikken og psykiatrien, ligesom tidspunktet herfor heller ikke er fastsat endnu. Patienterne i Region Nordjylland får ved sammenlægningen én fælles indgang til sygehusvæsenet. I forhold til den eksisterende psykiatriske skadestue ønsker man med den fælles akutte modtagelse at opnå en bedre mulighed for at diagnosticere og behandle på tværs af somatikken og psykiatrien og at udvide målgruppen så børn og unge også kan få akut hjælp døgnet rundt. Kapaciteten for psykiatriske patienter i den fælles akutmodtagelse normeres til 6 intensive senge svarende til den nuværende kapacitet på psykiatrisk skadestue.

Det er endvidere planen at udbygge Aalborg Psykiatriske Sygehus så alle patienter fremover kan tilbydes enestuer. Det fremgår af psykiatriplanen at det er en målsætning at psykiatriens fysiske rammer bringes op til standard for god sygehusbehandling, herunder at der sker en renovering og færdigudbygning med hensyn til enestuer med eget bad og toilet på alle sengeafsnit.

Aalborg Psykiatriske Sygehus har i alt 168 normerede sengepladser. Der er 138 heldøgnspladser i afdeling Syd hvoraf 18 normerede pladser på afsnit S4 er midlertidigt lukkede. Derudover har børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling 8 heldøgnspladser, og retspsykiatrisk afdeling har 22.

Min inspektion fandt sted på Mølleparkvej 10 hvor jeg besigtigede psykiatrisk skadestue og modtagelse, et åbent sengeafsnit (S5), et lukket intensivt sengeafsnit (S6), børne- og ungdomspsykiatrisk døgnafsnit A1d samt retspsykiatrisk afsnit E1.

3.2 Skadestue og modtagelse

Psykiatrisk skadestue og modtagelse, som blev etableret i 2001, er beliggende i stueetagen af en selvstændig bygning hvis 1. sal rummer (halvdelen af) retspsykiatrisk afsnit E1. Der er indgang fra sygehusets udendørs arealer til et stort fælles indgangsrum med røde skilte i loftet som tydeligt viser til "Psyk. Skadestue og modtagelse" i stue-

etagen og "Afdeling E1: retspsykiatrisk afdeling" på 1. sal. Indgangsrummet har mørkegrå fliser på gulvet, hvide vægge med farverige billeder og blå døre til skadestuen og en trappegang. Der er yderligere en ambulanceindgang.

Skadestuen og modtagelsen er bygget op om et langt gangareal hvis vægge er malet i en varm, men afdæmpet gul nuance indrammet af hvide kanter. På gulvet er linoleum i to forskellige grå farver, og loftsbelysningen er behagelig. På væggen inden for indgangsdøren hænger en lang række stativer med diverse informationsmateriale, og fra indgangsdøren ses tydeligt et rødt skilt med "Henvendelse" som hænger ned fra loftet længere fremme. Skiltet markerer afsnittets kontor som ligger på venstre side af gangen med store glaspartier mod gangarealet. På højre side af gangen over for kontoret ligger venteværelset. Der er åbent mellem gangen og venteværelset.

Venteværelset er stort med hvide og gule vægge som på gangen og to meget store vinduer med lette, hvide gardiner. Venteværelset er indrettet med fire mindre borde og polstrede stole/lænestole/sofaer i klare blå eller grønne farver. To lave reoler med bl.a. læsestof og engangskrus til kaffe og te fungerer som rumdelere. I den ene ende af venteværelset er et tv. Der er billeder på væggene, blomster på bordene og grønne planter i krukke på gulvet. Der er belysning i loftet og samtidig også nogle væg- og standerlamper.

På inspektionstidspunktet var venteværelset delt op i en ryger-afdeling (1/3) og en ikke-ryger-afdeling (2/3). Opdelingen blev blot markeret med et skilt "Røgfrit område". Det fremgik endvidere af skiltningen at det ikke er tilladt for pårørende og besøgende i skadestuen at ryge indendørs, men at det er muligt at ryge udendørs.

Med hensyn til rygepolitik henviser jeg til det som jeg har anført nedenfor under pkt. 5.20.

Længere nede ad gangen er et samtalerum. Jeg besigtigede det ene som er indrettet med en grøn sofa, to grønne lænestole, et lille sofabord, en standerlampe og en stor, grøn plante i en krukke på gulvet. Der er desuden et tv. Væggene er hvide, og der er et stort vindue med lette, hvide gardiner og grønne planter i vindueskarmen.

For enden af gangarealet findes skadestuens seks enestuer hvor patienter kan være indlagt til nærmere observation, vurdering og evt. behandling i op til tre døgn. Der ligger tre stuer på hver side af gangen, og de er trukket lidt ind fra gangarealet så de indlagte patienter kan gå ud og ind af deres stuer uden at blive set fra venteværelset. Stuerne er indrettet med en hospitalsseng med hæve-/sænkefunktion, et højt sengebord, et højt skab som kan låses, og et lille, lavt bord med to stole. Væggene er hvide,

og der er et enkelt billede, hvide gardiner, gråt linoleum på gulvet, belysning i loftet og en sengelampe.

De 6 enestuer deler to toiletter med bad på gangen. I tilknytning til stuerne er der desuden en opholdsstue indrettet med et spisebord med seks stole og et tekøkken hvor patienterne kan lave kolde og varme drikke.

De bygningsmæssige forhold i skadestuen og modtagelsen giver mig ikke anledning til bemærkninger ud over det som jeg har anført om rygepolitik nedenfor under pkt. 5.20.

3.3 Afsnit S5 (åbent afsnit)

Afsnit S5 er et åbent afsnit med 18 sengepladser for voksne over 18 år med psykiatriske sygdomme som skizofreni, depressioner og/eller manier. Patienterne kommer hovedsagelig fra den vestlige del af afdeling Syds optageområde. Afsnittet er beliggende på 3. sal i Højhuset. Der er elevator fra sygehusets hovedindgang til afsnittet.

Afsnittets 18 sengepladser er fordelt på 4 enestuer, 4 tosengsstuer og 2 firesengsstuer. Psykiatrien i Region Nordjylland har i brev af 15. maj 2008 oplyst at den ene firesengsstue anvendes som tosengsstue. På inspektionstidspunktet var afsnittet fuldt belagt. Jeg besøgte en enestue, en tosengsstue og begge firesengsstuer. Det blev oplyst at afsnittet blev sat i stand i 2005.

Enestuen (stue 1), som jeg besøgte, er ca. 12 m² med hvide vægge, lyse gardiner og gråt linoleum på gulvet. Den er indrettet med en hospitalsseng med hæve-/sænkefunktion, et sengebord, et lille bord med en blå stol, et højt skab som kan låses, og en håndvask med hylde og spejl over. Belysningen på stuen består af lofts-belysning og en sengelampe. På væggene hænger et billede og en opslagstavle.

Det blev oplyst at tildelingen af enestuer til patienterne bygger på et plejemæssigt skøn, og at der ved vurderingen indgår mange konkurrerende hensyn.

De to firesengsstuer er næsten ens. Der er hvide vægge – dog er en væg med to store vinduespartier beklædt med træ, gardinerne er lyse, og der er gråt linoleum på gulvet. På inspektionstidspunktet var der fem hospitalssenge (med hæve-/sænkefunktion) på hver af stuerne. Sengene var placeret med hovedgærdet mod væggen. Ved hver seng stod et højt sengebord. Der stod tre senge ved den ene væg, og der var ca. 1 m mellem sengene. Ved den modsatte væg stod to senge, og der var ca. 1½ m mellem sengene. Ved hver sengs fodende stod en stol til bl.a. at lægge tøj på. Over hver seng hang en hvid sengelampe og en lille opslagstavle af kork. Der er på hver stue fire høje skabe som kan låses.

På den ene af firesengsstuerne er der to dobbelte håndvaske med hylde, spejl og lys over og fire knager til håndklæder. På inspektionstidspunktet var afløbet til én af vaskene tilstoppet, så vasken var fuld af vand. På den anden firesengsstue er der kun én håndvask - med hylde, spejl og lys over og to knager til håndklæder. På sidstnævnte stue er der ingen udsmykning på væggene, mens der på den første stue hænger et enkelt billede mellem de to vinduespartier.

Der var på inspektionstidspunktet indlagt fire patienter på hver stue. Det blev oplyst at den femte seng på hver stue kun bliver anvendt i tilfælde af overbelægning, men at sengene står der permanent da det vil tage ca. 10-15 minutter at hente dem fra et depot uden for afsnittet. Det blev endvidere oplyst at der er i tilfælde af en femte patient på stuen hentes og anbringes et mobilt skab til vedkommende. Endelig blev det oplyst at der er mulighed for at opsætte skærme mellem sengene til de patienter der ønsker det.

Tosengsstuen, som jeg besigtigede, er indrettet i et aflangt, forholdsvis smalt rum hvis endevæg består af et stort vinduesparti med lyse gardiner. Inden for døren langs stuens venstre væg står først to høje skabe som kan låses, herefter en stol og til sidst en hospitalsseng (med hæve-/sænkefunktion) skubbet helt op mod vinduespartiet. Langs stuens højre væg er fra døren først en håndvask med hylde, spejl og lys over, så en hospitalsseng (med hæve-/sænkefunktion) og til sidst op mod vinduespartiet et dobbelt metalskab. Dette skab er ikke til brug for stuens patienter, men et ekstra skab som kan flyttes ind på en firesengsstue når en femte patient er indlagt. Skabet opbevares således blot på tosengsstuen. Ved hver seng står et højt sengebord. Stuens vægge er hvide, og der hænger små opslagstavler af kork, men ellers er der ingen udsmykning.

Psykiatrilæden oplyste efter inspektionen i brev af 27. august 2007 at psykiatriplanen for Region Nordjylland lægger op til at der udelukkende skal være enestuer i psykiatrien. Ledelsen oplyste endvidere at der ved patientsammensætningen på flersengsstuer først og fremmest tages hensyn til patienternes sygdomssituation idet der er patienter som ikke kan være på en flersengsstue, men at der også tages hensyn til alder, interesser mv. Sygehuset forsøger at undgå fem patienter på firesengsstuerne, men i en overbelægningssituation vurderes det hvor der bedst kan placeres en ekstra patient.

Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 har i forbindelse med sine inspektioner af psykiatriske hospitaler gentagne gange udtalt kritik af psykiatriske afsnit som har stuer med to eller flere senge. Som jeg tilkendegav under inspektionen af Aalborg Psykiatriske Sygehus, bør det efter min opfattelse ikke forekomme mere at der er firesengsstuer på et psykiatrisk afsnit. Forholdene på de to firesengsstuer i er i høj grad util-

fredsstillende, og de lever ikke op til kravet om god psykiatrisk sygehusstandard som nævnt i psykiatrilovens § 2.

Jeg har noteret mig at psykiatriplanen for Region Nordjylland lægger op til at der udelukkende skal være enestuer i psykiatrien. Indtil en sådan plan er realiseret henstiller jeg til sygehuset

- at en firesengsstue kun anvendes til fem patienter når det belægningsmæssigt er absolut påkrævet, dvs. når andre muligheder – som f.eks. anvendelse af samtalerum som patientstuer – er taget i brug,
- at den femte seng på en firesengsstue fjernes når der ikke er en ekstra patient indlagt på stuen,
- at sygehuset fortsat nøje overvejer – ud fra patienternes sygdomme, symptomer, adfærd, alder og køn – hvilke patienter der lægges på samme stue, og
- at patienterne ved indlæggelse på en firesengsstue i hvert enkelt tilfælde udtrykkeligt gøres opmærksomme på at der er mulighed for opsætning af skærme på stuen.

Det er efter min opfattelse ikke tilfredsstillende at en tosengsstue med begrænset plads anvendes som opbevaringssted for et ekstra (dobbelt)skab. Jeg henstiller derfor at sygehuset fjerner det ekstra skab fra den tosengsstue som jeg besigtigede, og fra afsnittets anden tosengsstue hvis der også opbevares et ekstra skab der.

Jeg henstiller desuden at der ved håndvaskene på stuerne opsættes beholdere med flydende sæbe og papirhåndklæder.

Med hensyn til det tilstoppede afløb i håndvasken på den ene af firesengsstuerne går jeg ud fra at problemet for længst er løst, og at et sådant praktisk og hygiejnisk problem altid løses inden for ganske kort tid.

Den manglende eller meget sparsomme udsmykning af afsnittets flersengsstuer får stuerne til at virke meget bare og giver et indtryk af somatisk hospital. Jeg henstiller derfor til sygehuset at overveje en udsmykning af væggene så stuerne får et mere hyggeligt udseende.

Jeg beder sygehuset underrette mig om hvad mine henstillinger giver anledning til.

Afsnit S5 er bygget op om en lang gang hvorfra der er adgang til alle afsnittets rum. Gangen har hvide vægge, hvide loftsplader og gråt linoleum på gulvet. Der er billeder og opslagstavler med informationer til patienterne på væggene. Der står enkelte pinkfarvede lænestole og et par små borde på gangen, og der er nogle få grønne planter i krukke på gulvet. Belysningen er runde lamper placeret i midten af loftet. Der kommer kun dagslys ind gennem et vinduesparti for enden af gangen, og gangarealet fremtræder ikke særligt godt oplyst.

På trods af det lyse farvevalg på vægge, gulv og loft virker gangarealet unødigt mørkt. Belysningen på et gangareal har efter min opfattelse en væsentlig betydning for patienternes helhedsindtryk af det enkelte afsnit, og jeg henstiller derfor til sygehuset at forbedre belysningen på gangarealet så det kommer til at fremstå lysere og venligere. Jeg beder om at modtage underretning om hvad der sker i anledning af min henstilling.

Ingen af afsnittets patientstuer har eget bad og toilet. Der er fælles toiletter og baderum på gangen. Der er to baderum med hver to brusenicher, og der er to separate toiletter (ét til kvinder og ét til mænd). Baderum og toiletter er indrettet med hvide fliser, hvid sanitet og terrazzogulve. Der er håndvask med hylde, spejl og lys i både baderum og på toiletterne. Vinduerne har mattede glas, så indkig ikke er muligt. Baderum og toiletter fremstod pænt rengjorte. Baderummene er aflåste.

§ 71-tilsynet har i forbindelse med sine inspektioner af psykiatriske hospitaler gentagne gange udtalt kritik af psykiatriske afsnit som har stuer uden eget bad og toilet. Jeg har noteret mig at det efter psykiatriplanen for Region Nordjylland er en målsætning at der sker en renovering af de fysiske rammer så alle sengeafsnit får enestuer med eget bad og toilet.

Jeg beder sygehuset oplyse om der ved alle håndvaske på toiletter og baderum er flydende sæbe og papirhåndklæder. Jeg beder endvidere sygehuset oplyse baggrunden for at baderummene holdes aflåste, og om der er begrænsninger med hensyn til hvornår patienterne kan benytte baderummene.

På afsnittet findes endvidere en undersøgelsesstue indrettet med en bruseniche som anvendes når patienter har behov for hjælp til personlig hygiejne.

Afsnittet har både en stor og en mindre opholdsstue. Den store opholdsstue er indrettet med et spisebord, to sofagrupper, og en reol med bl.a. spil og legetøj. Der er tv,

video, dvd og radio. Ved reolen med legetøj er der også nogle små børnemøbler. Der er udsmykning på væggene, og rummet virker lyst og venligt.

Den mindre opholdsstue ligger i en niche for enden af gangen. Den er indrettet med et lille spisebord med fire stole og et sofabord med tre blå topersoners sofaer og to blå lænestole. Herudover er der to små borde med to lænestole på hver side, en skænk og et computerbord med en pc (uden internetforbindelse). I et hjørne står et bobspil, og på et af de små borde er der et musikanlæg. Der er tre store vinduespartier med lyse gardiner, og på væggene hænger adskillige billeder som udsmykning.

Det var på inspektionstidspunktet tilladt at ryge i den lille opholdsstue. Stuen ligger i åben forbindelse med gangen, og det blev oplyst at der ikke er installeret særlig ventilation i rummet. Herudover var det på inspektionstidspunktet tilladt at ryge i det ene af afsnittets to besøgsrum.

Med hensyn til rygepolitik henviser jeg til det som jeg har anført nedenfor under pkt. 5.20.

Afsnittets spisestue er indrettet med fem mindre spiseborde med fire lyse træstole om hvert bord. Der er desuden et lavt skab i lyst træ, et køleskab med drikkevarer og et anlæg med koldt vand. Væggene er hvide, og gardinerne er hvide med et lille mønster. På bordene er sribede duge, på væggene er der billeder i blå nuancer, og der er enkelte grønne planter. Over hvert spisebord hænger en hvid lampe. Rummet virker lyst og venligt. Afsnittets køkken ligger i forbindelse med spisestuen.

Afsnittet har desuden to samtalerum som efter kl. 15 kan benyttes som besøgsstuer. Rummene var i brug under min inspektion, og de blev derfor ikke besigtiget.

Lige uden for afsnittet i det rum hvor elevatoren findes, står et bordtennisbord klappet sammen. Bordet kan benyttes af afsnittets patienter.

De bygningsmæssige forhold på afsnit S5 giver mig ikke anledning til yderligere bemærkninger end dem jeg har anført ovenfor, og det jeg har anført nedenfor under pkt. 5.20 om rygepolitik.

3.4 Afsnit S6 (lukket intensivt afsnit)

Afsnit S6 er et lukket afsnit med 12 sengepladser for voksne sindslidende over 18 år med behov for intensiv psykiatrisk behandling og pleje. Patienterne kommer fra Øst-himmerland, Aalborg Øst og Aalborg Nord (inkl. Nørresundby-området). Det blev op-

lyst at afsnittet også modtager retspsykiatriske patienter (behandlingsdømte) når der ikke er plads på retspsykiatrisk afdeling. Afsnittet er beliggende i en lang fløj i ét plan tæt på sygehusets hovedindgang. I kælderniveau findes musikterapi, ergoterapi og depotrum. Kælderniveauet blev ikke besøgt.

Afsnittet har 12 enestuer hvoraf 2 stuer kan laves om til tosengsstuer hvis der er behov for det. På inspektionstidspunktet var der 14 patienter indlagt på afsnittet, og 2 enestuer blev således anvendt som tosengsstuer. Jeg besøgtede en enestue og en tosengsstue.

Afsnittets indgangsparti har en sluse således at man skal gennem to låste døre for at komme ind på afsnittet. I forbindelse med slusen er der et lille rum som anvendes til modtagelse af patienter, herunder patienter som ankommer sammen med politiet i forbindelse med tvangsindlæggelse. Rummet er indrettet med fire behagelige lænestole og et lille rundt sofabord, og det anvendes også som besøgsrum.

Lige efter slusen, inde på selve afsnittet, er et andet lille rum indrettet med et ovalt bord og fire polstrede stole så det kan anvendes som besøgsrum og samtalerum.

Afsnittet er som afsnit S5 bygget op om en lang gang hvorfra der er adgang til alle afsnittets rum. Gangen har hvide vægge, hvide loftsplader og gråt linoleum på gulvet. På alle døre er der en stor farvet trekant. Belysningen består af to rækker runde lamper placeret i loftet. Bortset fra en enkelt rød lænestol og en grøn plante i en krukke på gulvet, er gangen bar. Der er ingen udsmykning på væggene, men alene et whiteboard med oplysninger om patienterne (fornavn, stue-nummer og kontaktpersoner).

Enestuen (stue 8) som jeg besøgtede, er ca. 12 m² med hvide vægge, gråt linoleum på gulvet og lette hvide gardiner med et enkelt, farvet mønster. Der er et stort vinduesparti med en udvendig markise i stål som kan rulles ned i forbindelse med skarpt og generende sollys. Vinduet kan kun åbnes en lille smule på klem.

Møblementet består af en hospitalsseng med hæve-/sænkefunktion, et skrivebord, en stol som patienten anvendte som sengebord, et højt skab der kan låses, en gammel, slidt reol og en håndvask med hylde, spejl og lys over. Der er belysning i loftet og en sengelampe over sengens hovedgærde. Der er ingen udsmykning på væggene, kun et whiteboard over skrivebordet. Det var på tidspunktet for inspektionen tilladt for patienterne at ryge på deres stuer hvilket stue 8 tydeligt bar præg af. Der stod flere brugte askebægre, og både skrivebord, stolen og gulvet havde mange sorte mærker efter brændende cigaretter. Stuen gav et slidt og trist indtryk.

Tosengsstuen (stue 7) som jeg besøgte, er ca. 17 m². Stuen er aflang og opdelt således at den første del af rummet er indrettet til den ene patient, mens den anden halvdel ned mod vinduet er indrettet til den anden patient. To reoler fungerer som rumdeler. Møblement og indretning er stort set magen til det jeg besøgte på enestuen (stue 8). Døren til stuen er – som alle andre døre til patientstuerne – forsynet med et almindeligt dørhåndtag og en nøglelås udvendig og et rundt håndtag indvendig. Døren kan derfor kun låses/låses op udefra således at en patient ikke kan låse sig selv inde på stuen. Patienterne har en nøgle til deres egen stue. På tidspunktet for inspektionen havde den ene af de to patienter på stue 7 forladt stuen og havde i den forbindelse låst døren efter sig. Patienten var hermed kommet til at låse sin medpatient inde på stuen.

Som jeg bemærkede under inspektionen, er det meget uheldigt at en patient kan låse en anden patient inde på stuen når der ikke er mulighed for at låse døren op igen indefra. Jeg beder sygehuset om at oplyse hvad der er gjort for at løse problemet og dermed undgå at en lignende situation gentager sig.

Med hensyn til den manglende udsmykning af stuerne henviser jeg til det jeg har anført ovenfor under pkt. 3.3.

Med hensyn til rygning henviser jeg til pkt. 5.20 om rygepolitik nedenfor.

Jeg beder samtidig om at få oplyst om sygehuset har planer om udskiftning af det møblement og linoleum på gulvet der har mange sorte mærker efter brændende cigaretter, nu hvor det efter den nye rygelov ikke længere er tilladt for patienterne at ryge på deres stuer.

Bortset fra to enestuer har ingen af afsnittets patientstuer eget bad og toilet. Der er fælles toiletter og baderum på gangen. Der er to baderum (ét til kvinder og ét til mænd) med hver to brusenicher, og der er to separate toiletter (ét til kvinder og ét til mænd). Herudover er der et badeværelse indrettet med handicapfaciliteter i form af armstøtter ved toilettet og en håndvask med hæve/sænke-funktion. Baderum og toiletter er indrettet med hvide fliser, hvid sanitet og lyse klinker eller blå linoleum på gulvet. Der er håndvaske med hylde, spejl og lys over i både baderum og på toiletterne. Vinduerne har matterede glas, så indkig ikke er muligt. Baderum og toiletter fremstod pænt rengjorte.

Med hensyn til toilet- og badeforhold henviser jeg til det som jeg har anført ovenfor under pkt. 3.3.

Jeg beder sygehuset oplyse om der ved alle håndvaske på afsnittets toiletter og baderum er flydende sæbe og papirhåndklæder.

De to enestuer som har eget bad og toilet, ligger på hver side af en lille opholdsstue som anvendes i forbindelse med skærmning. Der er direkte adgang fra de to sengestuer til den skærmede opholdsstue som er indrettet med et lille tekøkken med blå og hvide skabe, spisebord, et tv-hjørne med en blå topersoners sofa, en blå lænestol og et sofabord. Der er to fjernsyn, et musikanlæg og en kondicykel. Rummet virker lyst og luftigt, og der er billeder på væggene og grønne planter i vindueskarmen. Det blev oplyst at rummet bruges som alternativ til den store opholdsstue hvor der er mange patienter, og at tiden på den skærmede stue deles op mellem patienterne.

Med hensyn til anvendelsen af skærmede enheder henviser jeg til pkt. 5.14 nedenfor.

Afsnittets store opholdsstue er indrettet med et stort spisebord, to sofaborde med lænestole og et reolsystem på den ene endevæg. En anden reol fungerer som rumdeler.

Spisestuen, som ligger i forbindelse med afsnittets køkken, er indrettet med tre mindre borde med lyse træstole – 14 siddepladser i alt. Over hvert spisebord hænger en hvid lampe, væggene er hvide med enkelte billeder som udsmykning, og der er hvide gardiner med et enkelt, farvet mønster og grønne planter i vindueskarmene. Der er endvidere to computerborde med computere til patienterne.

Fra spisestuen er der udgang til en stor, dejlig have som strækker sig langs hele den fløj som afsnittet er beliggende i. Første del af haven består af en flisebelagt, delvis overdækket terrasse med borde og stole. Herefter er der en stor græsplæne med et volleyballnet, og i den fjerneste del af haven er der en lille terrasse med havemøbler. Der er store skyggefulde træer og krukker med planter på terrasserne. Haven er indhegnet på de to sider der ikke støder op til sygehusets bygninger.

Med hensyn til patienternes mulighed for at benytte haven henviser jeg til pkt. 5.2 om adgang til frisk luft nedenfor.

De bygningsmæssige forhold på afsnit S6 giver mig ikke anledning til yderligere bemærkninger end dem jeg har anført ovenfor, og det jeg har anført nedenfor under pkt. 5.2 om adgang til frisk luft, pkt. 5.14 om skærmning og pkt. 5.20 om rygepolitik.

3.5 Børne- og ungdomspsykiatrisk afsnit A1d

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling (afdeling A) består af et ambulatorium for børn, et dagafsnit for børn, et ambulatorium for unge, et døgnafsnit for unge (afsnit A1d) og et afsnit for spiseforstyrrelser.

Døgnafsnittet A1d blev oprettet den 1. september 2006 som led i en større omorganisering af børne- og ungdomspsykiatrien på grund af lægemangel på området. Antallet af døgnpladser blev halveret i forhold til kapaciteten på de to tidligere børne- og ungdomspsykiatriske døgnafsnit, men der blev ved etableringen af den nye afdeling A lagt vægt på at gøre den så fleksibel at kapaciteten hurtigt kan udvides i forbindelse med flere lægelige ressourcer.

Afsnit A1d er et fleksibelt sengeafsnit med 8 pladser til børn og unge med alvorlige psykiske lidelser som autisme, gennemgribende udviklingsforstyrrelser, psykoser, svære depressive forstyrrelser, svære spiseforstyrrelser eller personlighedsforstyrrelser. Målgruppen er børn og unge under 18 år. Børn under 11 år bliver sjældent døgnindlagt, men behandles ambulant. Når en ung patient fylder 18 år, sender afsnittet en henvisning til voksenpsykiatrisk afdeling hvis der fortsat er behov for et behandlingsforløb. Hvis afsnit A1d vurderer at afslutning af et behandlingsforløb kan ske i løbet af kort tid, kan de afsluttende behandlinger/samtaler også ske på afsnittet efter den unges fyldte 18. år.

Afsnit A1d er beliggende på 1. sal i en toetagers bygning med kælder.

Afsnittet er, som de øvrige afsnit jeg besøgte, bygget op om en lang gang hvorfra der er adgang til alle afsnittets rum. Gangen har hvide vægge med en bred, lodret lysegrå stribe ved siden af hver dør, hvide loftsplader og gråt linoleum på gulvet. Belysningen består af to rækker små runde lamper placeret i loftet. Der er få grønne planter i krukke på gulvet, og på væggene hænger enkelte billeder samt tre whiteboards med ugeplaner for patienterne, vagtplaner for personalet og bl.a. oplysning om kontaktpersoner for hver enkelt patient.

Afsnittet har 8 enestuer. Jeg besøgte en lille og en stor stue.

Den lille stue (stue 1) er ca. 11 m² og anvendes kortvarigt til patienter som er kaotiske/angste og har behov for at være tæt på afsnittets opholdsrum og personale rum. Stuen har hvide vægge, gråt linoleum på gulvet og lyse gardiner. Møblementet er nyt (fra september 2006 hvor afsnittet blev etableret) og består af en briks med madras og hynder i mørkegråt betræk, et lille sengebord i lyst træ, et skrivebord i lyst træ, en god skrivebordsstol og en moderne lænestol i samme farve betræk som briksen. Der er desuden et højt skab som kan aflåses, og i et hjørne hvor væggen er malet grå, er en

stor hvid håndvask med hylde, spejl og lys over. Der er ingen udsmykning på væggene. Det blev oplyst at det er op til patienten selv at udsmykke stuen.

Den store stue, som jeg besøgte, er indrettet på samme måde som den lille stue. Dog er der plads til to høje skabe og til at skrivebordet er placeret foran vinduet. Patienten havde selv udsmykket stuen, bl.a. med billeder som hun selv havde malet. For enden af den lange gang er der indrettet en skærmet enhed med plads til tre patienter. Dørene på gangen til enheden holdes lukkede, men låses ikke. Det blev oplyst at kaotiske/psykotiske/udadreagerende patienter starter deres indlæggelse i den skærmede enhed. Der er mulighed for at forældre kan overnatte sammen med deres indlagte børn.

De tre patientstuer i den skærmede enhed er med hensyn til indretning og møblement stort set magen til de to andre patientstuer jeg besøgte. Én af stuerne har sin egen lille opholdsstue i forbindelse med patientstuen. Opholdsstuen er hyggeligt indrettet med to store lænestole i kurveflet, et lille bord, gulvtæppe og grønne planter. Fra én af de andre patientstuer er der direkte adgang til en stor kombineret opholds- og spise-stue som i den ene halvdel er indrettet med nye møbler bestående af fire sorte læderlænestole, et lavt kvadratisk sofabord og et stort tv. I den anden halvdel af stuen er der et spisebord og seks stole i lyst træ samt et lille tekøkken med hvide elementer. Der er enkelte grønne planter i vindueskarmen og et billede på væggen. Patienterne har adgang til bad og toilet i den skærmede enhed. På en af patientstuerne stod en mobil fikseringsseng opredt med bælte. Sengen var tildækket. Der var på inspektions-tidspunktet ikke indlagt en patient på denne stue.

Med hensyn til anvendelsen af skærmede enheder og opbevaring af fikseringssenge henviser jeg til det jeg har anført nedenfor under henholdsvis pkt. 5.14 og pkt. 5.12.

Afsnit A1d's fælles spisestue og køkken er indrettet i ét stort rum. En halv, lav skille-væg deler rummet op så der i den ene tredjedel af rummet er et køkken med mint-grønne elementer, og i den resterende del er der placeret tre spiseborde med blå stole og et lyst reolsystem med enkelte blå pyntegenstande. Væggene, gardinerne og lamperne over hvert spisebord er hvide, og rummet virker lyst og venligt. Der er grønne planter i vindueskarmen og på gulvet.

Opholdsstuen er flot indrettet med nye møbler. Der er en meget stor sofa med betræk i en støvet blå farve med plads til ni personer og to store betrukne skamler i samme stof som sofaen rundt om et stort kvadratisk sofabord i lyst træ. Der er desuden et rundt spisebord med fire stole, en hvid reol med forskelligt læsestof og flettede opbevaringskurve, en afsyret kommode og et stort tv. Belysningen består af små lamper

rundt om i hele stuen og to moderne gulvlamper i rispapir. Som udsmykning af lokalet er der to store malerier i blå nuancer og to høje giraffer af træ på gulvet. Der er også flere grønne planter og en vase med blomster på sofabordet. Rummet virker meget hyggeligt.

Afsnittet har endvidere et bryggers med bl.a. vaskemaskiner og et lille medicinrum som altid holdes aflåst.

Til afsnittet hører flere aktivitetsrum. Et mindre rum er indrettet med en computerplads, et keyboard og et par behagelige lænestole. I et rum ved elevatoren er der mulighed for at spille bordtennis, og i kælderens er der et musikrum og et rum til kreative aktiviteter. Musikrummet er udstyret med bl.a. klaver, guitarer og keyboard. Det andet aktivitetsrum har i midten et stort arbejdsbord med plads til 6-8 personer, og i reoler langs væggen er der materialer til forskellige kreative aktiviteter. I et hjørne er der et lille syværksted, i et andet hjørne står adskillige staffelier, og i et tredje hjørne er der indrettet en hygge-krog med en hjørnesofa.

Der hører en stor have til afsnittet. Der er adgang til haven fra opholdsstuen. Man kommer først ud på en delvis overdækket terrasse med glasvægge (i 1. sals højde) som er hyggeligt indrettet med små borde, stole, blomsterkrukker og en grill. Fra terrassen er der en trappe til haven som består af et flisebelagt areal hvor der står havemøbler, go-carts og et basketball-net. Herefter er der en meget stor græsplæne med en lille interimistisk bålplads i det ene hjørne. Det blev oplyst at der er indkøbt fodboldmål, og at afsnittet overvejer at lave en rigtig bålplads.

De bygningsmæssige forhold på afsnit A1d giver mig ikke anledning til andre bemærkninger end dem jeg har anført nedenfor under pkt. 5.14 om skærmede enheder og pkt. 5.12 om fiksering.

3.6 Retspsykiatrisk afsnit E1

Retspsykiatrisk afdeling består af to afsnit – E1 som er et lukket, mellemsikret retspsykiatrisk afsnit, og E2 som midlertidigt fungerer som et åbent afsnit med rehabiliteringsopgaver. Det blev oplyst at den plejemæssige normering på E2 ikke er tilstrækkelig til at afsnittet kan fungere som et egentligt retspsykiatrisk afsnit. Jeg besøgte kun afsnit E1. Afsnittet er beliggende i en toetagers bygning sammen med psykiatrisk skadestue og modtagelse som ligger i stueetagen i den ene halvdel af bygningen.

Afsnit E1 har 12 sengepladser. Patienterne er psykiatriske patienter som har fået en dom til anbringelse eller behandling, og patienter som skal have foretaget en mentalundersøgelse. Indlæggelsestiden er derfor meget forskellig – den kan være nogle få

måneder eller strække sig over flere år. Det blev oplyst at den gennemsnitlige indlæggelsestid for langtidsindlagte patienter (dvs. ikke mentalobservander) er ca. 1½ år. Patienterne er både mænd og kvinder fra 18 år og opefter, og de kommer fra hele regionen.

Afsnittet er bygget op om et langt gangareal med et "knæk" på midten hvor vagtstuen ligger. I vagtstuen er der en stor glasrude ud mod gangen. I den ene ende af afsnittet er alle fælleslokaler samlet – opholdsstuer, spisestue, træningskøkken, aktivitetsrum, motionsrum og besøgsrum. I den anden ende af afsnittet ligger patientstuerne. Gangarealet er indrettet med hvide vægge, lysegrå døre, og gråt linoleum på gulvet. Der er mange små væglamper, og for enden af gangen med patientstuerne er et stort vinduesparti fra gulv til loft så der også kommer dagslys ind. Ved hver dør til patientstuerne sidder en lille tavle med patientens fornavn. Der er enkelte grønne planter i krukke på gulvet, og på væggene hænger sort/hvide fotos og et whiteboard med patienternes fornavne, teaminddeling og kontaktpersoner. Gangen giver et pænt og lyst indtryk.

De 12 sengepladser på afsnittet er fordelt på 10 enestuer med eget bad og toilet og 1 tosengsstue hvor patienterne deler bad og toilet. Jeg besøgte tosengsstuen og en enestue som er egnet til handicappede patienter.

Tosengsstuen (stue 5) har en lille entre med tre indbyggede skabe hvoraf de to kan låses. Fra entreen er der adgang til et rummeligt badeværelse med håndvask, toilet og bruseniche. Sanitet og fliser er hvide, og der er gråt linoleum på gulvet. Selve patientstuen er ca. 18 m². Den er indrettet så den kan deles op mellem de to patienter med et forhæng, men de to patienter der var indlagt på inspektionstidspunktet, havde valgt at flytte deres senge hen i den ene ende af stuen så de stod over for hinanden med et sofabord imellem. Stuen har hvide vægge, lyse gardiner, og et møblement i lyst træ bestående af to brikse med blåt betræk, et sofabord, et skrivebord, to små, lave borde, et par stole og en reol på væggen samt et tv. Patienterne havde selv udsmykket stuen med plakater.

Den handicapegnede stue er stor og rummelig. Den er indrettet med en brikse, sofabord, lænestol og et skrivebord, og det ikke-møblerede gulvareal er stort. Stuens badeværelse er ligeledes stort og rummeligt. Der er plads på begge sider af toilettet, og der er ingen kant på gulvet rundt om brusenichen. Toilettet er dog ikke udstyret med armstøtter.

Jeg beder om at få oplyst om håndvasken på det handicapegnede badeværelse er udstyret med hæve-/sænkefunktion, og om sygehuset har overvejet at opsætte armstøtter ved toilettet.

Afsnittets spisestue er indrettet i et stort lokale hvor der samtidig er plads til et træningskøkken i den ene ende af lokalet og et langt bord med en computer, playstation og et par behagelige skrivebordsstole i den anden ende. I midten af lokalet står tre hvide spiseborde med fire lyse træstole om hver. Væggene er lyseblå, køkkenelementerne er hvide, og der er hvide gardiner ved to store vinduespartier. Afsnittets "rigtige" køkken ligger ved siden af spisestuen.

På samme side af gangen som spisestuen og køkkenet ligger et aktivitetsrum og et motionsrum. Aktivitetsrummet har i den ene halvdel et stort arbejdsbord med nogle gode skrivebordsstole og en række store, grå, aflåste metalskabe med materialer mv. I et hjørne står et lille bord med en symaskine, og på væggen hænger en lille tavle. I den anden halvdel af rummet står et lille rundt sofabord med fire polstrede lænestole omkring. Der er hylder på væggen med bl.a. puslespil. Der står en stor, mobil tavle, og i et hjørne er der en håndvask. Væggene er lysegule, gardinerne er hvide, og der er adskillige grønne planter. Det blev oplyst at rummet også bruges som samtalerum når afsnittets egentlige samtalerum bliver anvendt som patientstue. Det sker når der belægningsmæssigt er behov for det, f.eks. fordi der kun er én patient indlagt på to-sengsstuen.

Der er direkte adgang fra aktivitetsrummet til motionsrummet som er indrettet med bl.a. bordtennisbord, to motionscykler, løbebånd, boksebold og en ribbe på væggen. Patienterne kan kun benytte motionsrummet under ledsagelse af personale.

Spisestuen, aktivitetsrummet og motionsrummet ligger i stueplan, og hvert rum har to store vinduespartier som vender ud mod en mindre parkeringsplads på sygehusets område. Der er parkeringspladser lige uden for alle tre rum. Det blev oplyst at der ikke er film på ruderne, og der er således mulighed for indkig i både spisestuen, aktivitetsrummet og motionsrummet.

Jeg henstiller at der opsættes film på ruderne i de tre nævnte fælleslokaler så indkig fra parkeringspladsen ikke er muligt. Jeg beder sygehuset underrette mig om hvad min henstilling giver anledning til.

Afsnittet har to opholdsstuer. På inspektionstidspunktet var det tilladt at ryge i den ene af stuerne. Denne stue er indrettet med et langt hvidt spisebord med otte lyse træstole omkring og et sofabjørne med et stort tv og et stereoanlæg. Der er blomster på spisebordet og grønne planter i vindueskarmene. Væggene er malet i en lys farve, og i stedet for lange gardiner er der en kort gul og hvid ternet kappe øverst i hvert af tre store vinduespartier. Disse vinduespartier vender ud mod afsnittets aflukkede udendørsareal, så der er ikke uvedkommende indkig.

Den anden opholdsstue – hvor det ikke er tilladt at ryge – er ca. halvt så stor som ryger opholdsstuen. Det blev oplyst at ikke-ryger stuen ikke bliver benyttet så meget af patienterne. Stuen er indrettet med et sofahjørne med tv og stereoanlæg, og der er endvidere bordfodbold og klaver. Væggene er lysegule, og der er som i den anden stue en kort gul og hvid ternet kappe øverst i vinduet. Der er billeder på væggene og grønne planter i vindueskarmen og på to reoler. I væggen mod rygeropholdsstuen er der indsat to mindre ruder så man kan se fra den ene stue til den anden. Også ikke-ryger opholdsstuen vender ud mod afsnittets lukkede udendørsareal, så heller ikke her er der uvedkommende indkig.

Med hensyn til rygning på afsnittet henviser jeg til pkt. 5.20 om rygepolitik nedenfor.

Fra ikke-ryger opholdsstuen er der udgang til afsnittets lukkede gårdhave (den lille have) via en lang metalrampe så også eventuelle kørestolsbrugere kan benytte haven. Gårdhaven er flisebelagt og omgivet af høje, sorte trævægge. Den er hyggeligt indrettet med havemøbler i træ – borde, bænke, stole og solvogne, store parasoller, en grill, et mini-drivhus og små træer og blomster i krukker. Fra gårdhaven er der en dør ind til afsnittets andet udendørsareal som består af en stor græsplæne med en volleyballbane (den store have). Også dette areal er indhegnet af høje, sorte trævægge. Se nærmere om havearealerne nedenfor under pkt. 5.2 om adgang til frisk luft.

Afsnittet har et samtalerum som er indrettet med en blå sofa og tre blå lænestole om et lille sofabord. Der er et badeværelse knyttet til rummet, og som det fremgår ovenfor anvendes samtalerummet som patientstue i situationer hvor der belægningsmæssigt er behov for det.

I et lille depotrum er en række små aflåste bokse hvor patienterne kan få opbevaret deres værdigenstande. Der er desuden et køleskab med sodavand som patienterne kan købe, og endelig opbevares en mobil fikseringsseng i dette rum.

Med hensyn til opbevaring af fikseringssengen henviser jeg til pkt. 5.12 nedenfor.

Der må ikke komme besøgende ind på selve afsnittet undtagen ved to årlige pårørende-aftener, og derfor er der et stort besøgsrum i forbindelse med slusen til afsnittet. Rummet er lyst med gule vægge og hvide gardiner, og det er indrettet med en lille, blå sofagruppe og et lille spisebord med fem siddepladser. Der er et skab med linned, og det blev oplyst at kondomer udleveres ved forespørgsel til personalet. I tilknytning til rummet er der et toilet med håndvask, flydende sæbe og håndtørre og et depotrum hvor der opbevares bl.a. legetøj til besøgende børn.

De bygningsmæssige forhold på afsnit E1 giver mig ikke anledning til yderligere bemærkninger end dem jeg har anført ovenfor og nedenfor under pkt. 5.12 om fiksering og pkt. 5.20 om rygepolitik.

4. Samtaler med enkelte patienter

Under inspektionen havde jeg samtaler med 13 patienter som alle havde ønsket en samtale med mig. 9 af patienterne har modtaget separat skriftligt svar som opfølgning på samtalen. Patienterne rejste bl.a. nogle generelle spørgsmål vedrørende flersengsstuer, badeforhold, aktivitetstilbud, patientmøder og prisen for telefonopkald. Disse emner er berørt ovenfor under pkt. 3. og nedenfor under pkt. 5.

5. Andre forhold

5.1 Overbelægning mv.

Aalborg Psykiatriske Sygehus har 168 normerede heldøgnspladser fordelt på almen voksenpsykiatrisk afdeling Syd (138 pladser), børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling A (8 pladser) og retspsykiatrisk afdeling (22 pladser).

Af de 168 normerede sengepladser er kun 147 disponible (jf. opgørelse over normerede og disponible sengepladser i Region Nordjylland pr. 1. januar 2007, opdateret 31. maj 2007). Det skyldes at afsnit S4 med 18 normerede sengepladser er midlertidigt lukket, og at 3 af de 8 pladser på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling ikke er disponible.

Der forventes et samlet fald i antallet af sengedage i Region Nordjylland fremover. Det betyder ifølge psykiatriplanen at det på sigt ikke er nødvendigt at opretholde det nuværende antal normerede sengepladser i den almene voksenpsykiatri der samlet forventes at have behov for 45 færre sengepladser i 2015 i forhold til i dag. Af den pressemeddelelse som regionen har udsendt efter regionsrådets vedtagelse af psykiatriplanen, fremgår det at der ikke er planer om at nedlægge sengepladser, men at sengekapaciteten løbende vil blive vurderet og på længere sigt kan blive ændret i såvel opadgående som nedadgående retning.

Ifølge en opgørelse fra Psykiatrien i Region Nordjylland over sengepladser fordelt på diverse typer rum pr. 1. januar 2007, som jeg modtog i forbindelse med inspektionen, er de disponible sengepladser på Aalborg Psykiatriske Sygehus fordelt på 118 enestuer, 10 tosenngsstuer, 1 tresenngsstue og 1 firesenngsstue. Det fremgår endvidere af denne opgørelse at 2 af de 18 sengepladser på afsnit S7 ikke er disponible.

Under inspektionen besøgte jeg 2 firesengsstuer på afsnit S5, og jeg havde samtale med tre patienter som var indlagt på en firesengsstue på afsnit S7. Det fremgår desuden af Psykiatrien i Region Nordjyllands hjemmeside at der er i alt 2 firesengsstuer på afsnit S7.

På den baggrund beder jeg sygehuset om at redegøre for fordelingen af disponible sengepladser fordelt på enestuer og forskellige typer af flersengsstuer.

Jeg beder endvidere om at få oplyst hvilke planer der er med afsnit S4.

Den gennemsnitlige liggetid i Psykiatrien i Region Nordjylland som helhed var på 38 dage i 2006. Det fremgår af psykiatriplanen for Region Nordjylland at regionen har den højeste gennemsnitlige liggetid for psykiatriske patienter i Danmark. Regionens gennemsnitlige liggetid er således otte dage over landsgennemsnittet. En nedbringelse af liggetiden kan ifølge planen ske i to faser hvor der i fase 1 fokuseres på at etablere ambulante alternativer til sengebehandling, mens der i fase 2 fokuseres på at optimere behandlingsforløbene, herunder minimere antallet af flytninger af patienter mellem afsnit/afdelinger.

På Aalborg Psykiatriske Sygehus var den gennemsnitlige liggetid for udskrevne patienter i 2006 henholdsvis 19,1 og 16,4 dage på de to lukkede afsnit S6 og S8. På de to åbne afsnit S5 og S7 var den gennemsnitlige liggetid henholdsvis 41,7 og 44,9 dage. På børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling var den gennemsnitlige liggetid 99 dage, og det blev under inspektionen oplyst at liggetiden på afsnit A1d kan variere fra 8 uger til 9 måneder. På retspsykiatrisk afsnit E1 var den gennemsnitlige liggetid 185,8 dage. Afsnit E1 har ud over de langtidsindlagte patienter ca. 10 mentalobservander om året, og de er kun indlagt i kortere perioder. Af samme grund benyttes afsnittets to sengestue normalt til mentalobservanderne.

Jeg beder om at modtage en opgørelse over de gennemsnitlige liggetider for patienter på alle sygehusets sengeafsnit i 2007.

Ventetiden for voksne sindslidende med et aktuelt behov for behandling/undersøgelse i den almene voksenpsykiatri i Region Nordjylland er for de flestes vedkommende 1-3 måneder. Det fremgår således af en opgørelse pr. 1. april 2007 at 237 personer havde ventet 0-1 måned på første undersøgelse/behandling, 142 havde ventet 1-3 måneder, mens 50 personer havde ventet 3-6 måneder. 19 personer havde ventet 6-12 måneder, mens 6 personer havde ventet i mere end 1 år.

Ifølge opgørelsen pr. 1. april 2007 var der også lange ventetider for børn og unge sindslidende (0-17 år) på ambulant udredning. 66 børn og unge havde på daværende tidspunkt ventet 0-1 måned på første undersøgelse/behandling, 62 havde ventet i 1-3 måneder, mens 65 havde ventet i 3-6 måneder. 33 børn og unge havde ventet 6-12 måneder, mens 4 havde ventet i mere end 1 år. Det blev på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling oplyst at ventetiden på indlæggelse kun var ca. 1-2 uger.

Det fremgår af en artikel i Psykiatriens personaleblad "Indsigt & Udsyn" fra april 2008 at børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling på tre måneder har afskaffet den lange venteliste til afdelingen, fordi det i perioden har været muligt at købe ekstra assistance til afdelingen i form af halvanden speciallæge på fuld tid og en neuropsykolog på deltid. Det fremgår endvidere af artiklen at den gennemsnitlige indlæggelsestid er faldet fra 9 måneder til 8 uger bl.a. fordi afdelingen er blevet bedre til at lave undersøgelses- og behandlingsplaner.

Belægningsprocenten for disponible senge på Aalborg Psykiatriske Sygehus var i 2006 og i de fire første måneder af 2007 henholdsvis 65,8 og 67 for psykiatrisk skadestue og modtagelse, 93,5 og 93 for den resterende del af afdeling Syd, 97,3 og 98 for retspsykiatrisk afdeling samt 81,5 og 95 for børne- og ungdomspsykiatrisk afsnit A1d.

Særlig de to åbne afsnit S5 og S7 samt det lukkede afsnit S6 har høje belægningsprocenter. Den gennemsnitlige belægningsprocent for disponible senge i de fire første måneder af 2007 var således 105 for de åbne afsnit S5 og S7, mens tallet var 97 for S6. I april 2007 var belægningsprocenten for afsnit S5 og S7 helt oppe på 116.

Under inspektionen blev det oplyst at den høje belægningsprocent for det retspsykiatriske afsnit E1 betyder at nogle af de akutte indlæggelser af retspsykiatriske patienter må finde sted på et af de lukkede afsnit i den almene voksenpsykiatri.

I Psykiatriens kontrakt med Regionsrådet er der indgået aftale om at Psykiatrien i gennemsnit skal have en belægning på 85 pct. Af Danske Regioners hjemmeside (Regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatriområdet i 2006) fremgår det at den gennemsnitlige belægningsprocent for Region Nordjylland var 95 i 2006 hvilket var den højeste gennemsnitlige belægningsprocent blandt regionerne det år.

Jeg beder om at få oplyst hvordan belægningsprocenten for disponible senge på Aalborg Psykiatriske Sygehus har udviklet sig i 2007.

Jeg beder endvidere om at få oplyst hvor ofte det sker at retspsykiatriske patienter indlægges på de to lukkede almenpsykiatriske afsnit, hvor hurtigt disse patienter over-

flyttes til retspsykiatrisk afdeling, og hvornår sygehuset forventer at afsnit E2 kommer til at fungere som et egentligt retspsykiatrisk afsnit.

Endelig beder jeg om at få oplyst hvor ofte der er fem patienter indlagt på en fire-sengsstue, om enestuer benyttes til dobbeltbelægning, og om det forekommer at patienter ligger på gangene.

5.2 Adgang til frisk luft

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

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

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

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

De to åbne afsnit på Aalborg Psykiatriske Sygehus på Mølleparkvej ligger i højhuset på 3. og 4. sal. Der er ingen altaner til afsnittene, og patienterne må derfor – når de ønsker at trække frisk luft – tage trappen eller elevatoren ned til sygehusets hovedindgang hvorfra der ikke er langt ud til et haveareal mellem sygehusets bygninger. Haven er indrettet med små flisebelagte nicher hvor der står havemøbler. Patienter fra de to lukkede afsnit, som er frivilligt indlagt eller som har lov til at forlade afsnittene, kan også benytte denne havedel. Det blev oplyst at der er planer om at omdanne haven til en sansehave.

Det lukkede afsnit S6 har sin egen store indhegnede have, jf. ovenfor under pkt. 3.4. Det samme gælder det andet lukkede afsnit S8 som jeg dog ikke besigtigede. Hegnet omkring haven til afsnit S6 er kun ca. 1,5 m højt, og haven er således ikke flugtsikker.

Det blev oplyst at haven derfor ikke bliver udnyttet så meget som den kunne. Døren ud til haven holdes altid aflåst, og kun 2-3 patienter ad gangen får lov til at benytte haven under ledsagelse af personale. Det blev endvidere oplyst at surrogatanbragte patienter kun kommer ud i haven med politiledsagelse da politiet har meddelt at disse patienter må blive inden døre hvis haven ikke er tilstrækkelig flugtsikret.

I forbindelse med min inspektion af Psykiatrisk Afdeling, Hvidovre Hospital (nu Psykiatrisk Center Hvidovre) den 8. december 2004 blev det oplyst at afdelingen ind imellem havde problemer med at leve op til forpligtelsen om at give adgang til frisk luft til patienter der var surrogatanbragte. Jeg udtalte i den forbindelse følgende (jf. pkt. 5.3 i min opfølgingsrapport af 7. februar 2006):

”Jeg forstår det oplyste sådan at alle patienter, herunder varetægtsfængslede, får adgang til frisk luft hver dag, enten med eller uden ledsagelse, medmindre politiet - undtagelsesvist - har nedlagt forbud mod adgang til haven i forbindelse med indlæggelsen af en varetægtsarrestant. Jeg er enig med afdelingen i at det er meget uheldigt når en patient som følge heraf ikke får adgang til haven. Da der imidlertid ikke er tale om beslutninger som er truffet af hospitalet, foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold i relation til min inspektion af Hvidovre Hospital, Psykiatrisk Afdeling, bortset fra at henvise til kompetencereglerne i bekendtgørelse nr. 200 af 25. marts 2004 om udgangstilladelse mv. til personer der er anbragt i hospital eller institution i henhold til strafferetlig afgørelse eller i medfør af farlighedsdekret. For så vidt angår varetægtsarrestanter fremgår det af bekendtgørelsens §§ 7, stk. 2, og 8, stk. 2, at kompetencen til at tillade varetægtsarrestanter at forlade en lukket afdeling (et lukket afsnit) henhører under retten, dog således at hospitalets ledelse med politiets samtykke kan give tilladelse til udgang med ledsager for et kortere tidsrum fra afdelingens eller hospitalets område når særlige omstændigheder taler derfor, jf. §§ 7, stk. 3, og 8, stk. 3. Jeg er enig med afdelingen i at haverne til de lukkede afsnit må anses som en del af disse afsnit, og at kompetencen til at træffe beslutning om adgang til haven derfor (efter en modsætningslutning fra de nævnte bestemmelser) tilkommer overlægen.

...

Efter (forarbejderne til) psykiatrilovens § 2 skal alle patienter have mulighed for at komme ud i frisk luft hver dag. Udendørsområderne til de lukkede afsnit må derfor efter min opfattelse indrettes således at dette krav kan opfyldes, og så det ikke er nødvendigt at flytte patienter til andre afdelinger for at kunne opfylde kravet. Hvis det undtagelsesvist ikke anses for sikkerhedsmæssigt forsvarligt at give adgang til haven, bør der dog efter min opfattelse ske overførsel til en anden afdeling hvor det er muligt at tilbyde ophold udendørs - medmindre patienten i det konkrete tilfælde foretrækker at blive på afdelingen uden ophold udendørs. ...”

Det er efter min opfattelse meget beklageligt hvis patienter (udelukkende) på grund af de bygningsmæssige forhold ikke kan få adgang til frisk luft hver dag.

Det fremgår af referatet af et ordinært møde i Psykiatriens MED-udvalg den 13. november 2007 at to lukkede afsnit får sikrede udearealer for at kunne overholde Region Nordjyllands røgpolitik (jeg henviser til pkt. 5.20 nedenfor om rygepolitik). Det er ikke helt klart for mig om de to lukkede afsnit som er omtalt i referatet, er afsnit S6 og S8 på Aalborg Psykiatriske Sygehus.

Jeg beder derfor sygehuset om at oplyse om haverne til afsnit S6 og S8 nu er sikret så tilstrækkeligt at det er muligt for patienterne at benytte haverne i et omfang der lever op til psykiatrilovens § 2.

Hvis det ikke er tilfældet, henstiller jeg til sygehuset at sikre haverne, og jeg beder om underretning om hvad sygehuset foretager i anledning af min henstilling.

Børne- og ungdomspsykiatrisk afsnit A1d har sin egen overdækkede terrasse i 1. sals højde og en stor have, jf. ovenfor under pkt. 3.5. Langs havens ene side, som grænser op mod haven til det lukkede afsnit S8, er et plankeværk, og langs den anden side er en administrationsbygning. For enden af haven er der tæt lav beplantning.

Jeg beder sygehuset om at oplyse hvor ofte de indlagte børn og unge kommer ud i frisk luft, og om der er fri adgang til haven.

Til retspsykiatrisk afsnit E1 hører en lukket gårdhave (den lille have) og et areal med en græsplæne til boldspil (den store have), jf. ovenfor under pkt. 3.6. Begge arealer er omkranset af høje, sorte trævægge med et skråt udhæng foroven som gør det svært at klatre over. Mellem de to udendørs arealer er en høj metalvæg med en dør som altid holdes aflåst når der ikke er personale til stede i den store have. I trævæggen om den store have er der en dør ud til en parkeringsplads, og denne dør holdes altid aflåst.

Ifølge en instruks der hænger i afsnittets ene opholdsstue ved døren til gårdhaven, har patienter med tilladelse til uledsaget udgang uden for afsnittet også uledsaget adgang til den lille have. Alle andre patienter har kun adgang til den lille have når der er personale til stede. Ved vagtskifte er der ingen adgang til haven mens der gives rapport til næste vagthold, og døren til haven skal holdes låst under vagtskiftet. Når den store have er i brug, skal der altid være personale til stede.

Jeg beder sygehuset om at oplyse om alle patienter på afsnit E1 – som ikke har tilladelse til uledsaget udgang uden for afsnittet – dagligt har adgang til at benytte den lille

og/eller den store have, og i hvor lang tid den enkelte patient kan opholde sig uden-dørs.

5.3 Handicaptilgængelighed

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang ovenfor, består Aalborg Psykiatriske Sygehus på Mølleparkvej 10 af en række ældre bygninger som ligger spredt ud over et stort og meget skrånende terræn.

Det skrånende terræn betyder at der er store niveauforskelle mellem sygehusets enkelte bygninger, og de forskellige niveauer forbindes af trapper. Ved indgangene til de enkelte afsnit/afdelinger er der også niveauforskelle som dog nogle steder er søgt ud-lignet med en rampe. Der er f.eks. en rampe ved den fælles hovedindgang til psykiatriske skadestue og retspsykiatrisk afsnit E1. Der er også lagt ramper ved hoveddørene på afsnit E1 og afsnit S6.

Det blev under inspektionen oplyst at det er meget svært for handicappede at komme ind på psykiatrisk skadestue ved egen hjælp, og at besøgende i kørestol ikke kan komme ind på børne- og ungdomspsykiatrisk afsnit A1d.

Det blev endvidere oplyst at der er handicaptolet og -bad på alle afsnit, og at der ikke er mange, men dog nogle kørestolsbrugere blandt sygehusets patienter.

Som jeg bemærkede under inspektionen, er sygehuset meget lidt handicaptilgængeligt. Jeg er opmærksom på at det på grund af de ældre bygninger og det stærkt skrånende terræn ikke er muligt at gøre sygehuset fuldt handicaptilgængeligt, men jeg henstiller til sygehuset at overveje en række tiltag som kan forbedre handicaptilgængeligheden. Det kan f.eks. være en forbedring af indgangsforholdene til de enkelte afsnit, vejledning og skiltning om den mest handicaptilgængelige vej til sygehusets enkelte afsnit mv.

Jeg har noteret mig at der er planer om sammenlægning af den somatiske og psykiatriske skadestue til én ny fælles akut modtagelse, og jeg går ud fra at der i forbindelse med etableringen af en sådan modtagelse vil blive taget højde for spørgsmålet om handicaptilgængelighed.

Jeg beder om underretning om hvilke overvejelser min henstilling giver anledning til.

5.4 Navneskilte

Under min rundgang på Aalborg Psykiatriske Sygehus observerede jeg at der på skilte ved stuerne kun var angivelse af stueres numre og eventuelt patienternes fornavne. Det blev oplyst at der altid kun angives fornavne ved brug af navneskilte.

Jeg observerede endvidere at også kun patienternes fornavne var anført på de whiteboards som hænger på gangene med informationer om bl.a. de enkelte patienters kontaktpersoner.

Når patienter på både de åbne og lukkede afsnit samt på børne- og ungdomspsykiatrisk afsnit får besøg, foregår det på afsnittene – enten på patienternes stuer eller i afsnittenes opholds- og besøgsrum. På retspsykiatrisk afsnit E1 kommer besøgende normalt ikke ind på selve afsnittet, men kun i besøgsrummet hvortil der er direkte adgang fra slusen.

Jeg kan til orientering oplyse at jeg tidligere har udtalt at skiltning med patienternes fulde navne på steder hvor udefrakommende (besøgende, håndværkere mv.) har adgang, giver anledning til betænkelighed. Efter min opfattelse bør der i almindelighed kun anføres fornavn og kun hvor dette er nødvendigt, f.eks. af hensyn til patienten selv, eller hvis sådan skiltning sker med patientens samtykke eller efter dennes ønske.

På baggrund af det oplyste og det jeg observerede under inspektionen, har jeg ingen bemærkninger til sygehusets anvendelse af navneskilte og whiteboards.

5.5 Opbevaring af journaler

Det blev oplyst at Aalborg Psykiatriske Sygehus anvender elektroniske patientjournaler som er forsynet med "log". Sygehusets læger har adgang til samtlige patientjournaler, mens plejepersonalet kun har adgang til patientjournalerne på det afsnit hvor den pågældende er ansat.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.6 Medicin

Under min rundgang på sygehuset så jeg nogle af afsnittenes medicinrum som altid holdes aflåst. Det blev ikke drøftet nærmere hvordan sygehuset i øvrigt håndterer medicinen.

Jeg beder om at få oplyst om sygehuset får en kvittering fra apoteket når der afleveres restmedicin. Jeg kan oplyse at jeg tidligere har udtalt at psykiatriske sygehuse ved af-

levering af medicinrester – ud fra kontrolmæssige hensyn – bør modtage en kvittering fra apoteket. Det kan eventuelt foregå således at apoteket kvitterer for modtagelsen på en liste som sygehuset har udfærdiget over den mængde restmedicin som afleveres.

5.7 Forplejning

Psykiatrien i Region Nordjylland har udformet en kostpolitik på baggrund af kostens store betydning for menneskers trivsel og helbred, og politikken skal afspejle kostens betydning i forhold til sundhedsfremme, sygdomsforebyggelse, behandling, pleje og omsorg. Formålet med kostpolitikken er at sikre at patienterne tilbydes en kvalitativ ernæring som tilgodeser den enkeltes behov og så vidt muligt den enkeltes ønske, og skal ses som en integreret del af behandlingen og plejen.

Ifølge kostpolitikken er det bl.a. vigtigt at sikre en god kommunikation mellem afsnit og centralkøkken. Der skal derfor udpeges en ernæringsansvarlig i det enkelte afsnit, og der skal etableres kontakt mellem en kostvejleder og den ernæringsansvarlige i det enkelte afsnit. Kostpolitikken skal desuden sikre at der formidles information til patienterne via centralkøkkenet og personalet bl.a. ved hjælp af menuplaner. Kostpolitikken understreger endvidere betydningen af kostmiljøet ved at lægge vægt på at der skal skabes et hyggeligt og roligt kostmiljø, hvad enten det er i spisestuen, patientkantinen eller på en skærmet enhed.

Kosten på Aalborg Psykiatriske Sygehus kommer fra sygehusets eget køkken og er således særligt sammensat og tilberedt til psykiatriske patienter. Sygehuset har en økonoma og en kostvejleder ansat. Der udarbejdes menuplaner så patienterne kan se hvad der er på menuen til middag og til aften hver uge.

Patienterne har ikke mulighed for selv at lave egentlige måltider på afsnittene, men madlavning foregår som en del af miljø- og ergoterapien.

Jeg modtog ingen klager over maden på sygehuset.

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

Forplejningen på sygehuset giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.8 Beskæftigelse

Af den bygningsmæssige gennemgang ovenfor under pkt. 3 fremgår det at der på de enkelte afsnit findes tv, video eller dvd, musikanlæg, computere og spil (indendørs og udendørs) som patienterne har mulighed for at holde sig beskæftiget med.

For patienterne på samtlige afsnit er der en del aktiviteter som alle udgør en del af behandlingen af den enkelte patient (miljø-, ergo- og fysioterapi) – f.eks. morgenmøder, fysisk træning, madlavning, rengøring, gåture, træning i brug af transportmidler og sociale aktiviteter.

Børne- og ungdomspsykiatrisk afsnit A1d har desuden et rum til kreative aktiviteter og et musikrum. Retspsykiatrisk afsnit E1 har også et rum til kreative aktiviteter og sit eget motionsrum, og afsnittet har desuden et aktivitetsudvalg som tilrettelægger forskellige arrangementer (aktiviteter i afsnittet eller ture ud af huset) i løbet af året.

På sygehuset er der endvidere et fælles motionsrum med forskellige træningsfaciliteter som patienterne efter aftale med personalet har mulighed for at benytte eller som stilles til rådighed for et afsnit i afgrænsede tidsrum i løbet af ugen.

I forhallen på sygehuset findes et psykiatrisk informationscenter (Psyk-Info) hvor patienter, pårørende og andre kan få information og låne bøger om psykisk sygdom, behandlingsmuligheder mv. Centret og dets bibliotek har åbent tirsdag og torsdag kl. 10-15 og fredag kl. 10-14. I biblioteket findes pc'er med netadgang som frit kan benyttes i åbningstiden (centrets netcafé).

Nogle af de patienter som jeg havde samtaler med under inspektionen (4 patienter fra afsnit S7 og 1 patient fra afsnit E1), klagede over manglende aktivitetsmuligheder. Patienterne fra afsnit S7 fortalte at der tidligere havde været et aktivitetscenter i kælderen, og at de aktiviteter der foregår for patienterne på afsnittet i forbindelse med "aktiv torsdag", tit aflyses. På min forespørgsel herom oplyste patienterne at aflysningerne primært skyldes manglende tilmeldinger.

Psykiatrilæden oplyste efter inspektionen i brev af 27. august 2007 at de aktiviteter der foregår på afdelingerne, er aktiviteter som har et behandlingssigte, og som tilpasses den enkelte patient som en del af behandlingen. Det fremgik endvidere af brevet at indlæggelser i dag (i modsætning til tidligere) oftest er af kortere varighed hvor patienterne er relativt dårlige/syge, og at det er baggrunden for at der ikke er generelle beskæftigelsestilbud til patienterne.

Det fremgår imidlertid af referatet fra et ordinært møde i Psykiatriens MED-udvalg den 18. december 2007 at der er udarbejdet et udkast til retningslinjer for aktiviteter for

indlagte patienter i Psykiatrien. Ifølge udkastet skal der laves individuelle aktivitetsprogrammer til patienterne, og hvert afsnit skal endvidere lave en aktivitetsoversigt som beskriver de aktiviteter som afsnittet kan tilbyde. Baggrunden for dette tiltag er en patienttilfredshedsundersøgelses mindre gode resultater vedrørende patientaktiviteter.

Jeg beder om at blive underrettet om de nævnte retningslinjer for aktiviteter for indlagte patienter, når retningslinjerne foreligger i endelig form.

5.9 Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2

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

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

5.10 Patienternes kontakt med læge mv.

Det fremgår af informationsmaterialet på Psykiatrien i Region Nordjyllands hjemmeside om sygehusets enkelte afsnit og afdelinger at patienterne på de to lukkede afsnit tilbydes en lægesamtale ved indlæggelse, og at patienterne inden for de første 24 timer får tilbudt endnu en lægesamtale. På det retspsykiatriske afsnit E2 kommer patienten til at tale med en læge en af de første dage efter indlæggelsen.

Det blev oplyst under inspektionen at der ikke altid i forbindelse med lægesamtaler blev fastsat en dato for den næste samtale med patienten. Sygehusledelsen var imidlertid enig med mig at dette er hensigtsmæssigt for den enkelte patient.

Jeg beder sygehuset om at oplyse nærmere om patienternes kontakt med læge – herunder hvornår patienterne på henholdsvis de åbne afsnit S5 og S7, børne- og ungdomspsykiatrisk afsnit A1d samt retspsykiatrisk afsnit E1 første gang efter indlæggelse har samtale med en læge, hvor ofte patienterne (fra samtlige afsnit) har samtale med en læge hvis de ikke selv tager initiativ til det, og om patienterne tildeles en kontaktlæge.

Jeg går ud fra at der fremover i forbindelse med lægesamtaler så vidt muligt fastsættes en dato for en ny lægesamtale således at patienten altid ved hvornår den næste samtale skal finde sted.

Jeg beder desuden om oplysning om hvorvidt der normalt deltager andre (f.eks. sygeplejerske, plejepersonale, kontaktperson, studerende) ved lægesamtaler, og i bekræf-

tende fald om det er muligt for patienten at få en samtale med lægen alene hvis patienten ønsker det.

Psykiatrien i Region Nordjylland har udarbejdet retningslinjer for en ordning med kontaktpersoner. Ifølge disse retningslinjer skal alle patienter i løbet af det første indlæggelsesdøgn tildeles en kontaktperson som har særligt ansvar for at sikre sammenhæng i det konkrete patientforløb. Kontaktpersonen skal være en medarbejder der er direkte involveret i patientforløbet, og det vil ofte være en sygeplejerske eller en social- og sundhedsassistent der udpeges. Kontaktpersonen har bl.a. særligt til opgave at formidle kontakt til relevante personer i behandlingsforløbet. Patienten skal i løbet af det første indlæggelsesdøgn have udleveret et kort (kontakt-kort) med oplysninger om kontaktpersonens navn, telefonnummer og træffetid.

Det fremgår tillige af sundhedsaftalerne mellem Region Nordjylland og de nordjyske kommuner (som er indgået efter § 205 i sundhedsloven) at patienter ved indlæggelse skal have en eller flere faste kontaktpersoner som patienten og eventuelt pårørende samt kommunen kan henvende sig til. I forbindelse med overgang til behandling på anden sygehusafdeling eller i distriktpsykiatrisk team orienterer den pågældende afdeling den kommunale kontaktperson om hvem der er patientens nye kontaktperson(er). Det er endvidere udtrykkeligt nævnt at den sindslidende skal oplyses om navne på sine kontaktpersoner og have kendskab til hvor vedkommende kan henvende sig for at få nærmere oplysninger og rådgivning vedrørende sygdommen og behandlingen heraf samt oplysninger om sociale ydelser.

Jeg beder sygehuset om at oplyse om en patient har mulighed for at skifte kontaktperson, f.eks. hvis der opstår et (åbenlyst) modsætningsforhold mellem patienten og kontaktpersonen.

5.11 Behandlingsplaner

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

I den ændrede psykiatrilov (lovbekendtgørelse nr. 1111 af 1. november 2006 om anvendelse af tvang i psykiatrien, som trådte i kraft den 1. januar 2007) er det specifikt fastsat at behandlingsplanen skal udleveres til patienten medmindre denne frabeder sig dette (§ 3, stk. 3, 2. pkt.). Herved sikres det at patienten både modtager mundtlig

vejledning om planens indhold (§ 3, stk. 3, 1. pkt.) og samtidig får mulighed for løbende selv at orientere sig i den skriftlige plan.

Behandlingsplanen skal udarbejdes senest en uge efter indlæggelsen. Det fremgår af pkt. 3 i Sundhedsministeriets vejledning nr. 122 af 14. december 2006 til landets psykiatriske afdelinger (vejledning om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, efter samtaler, obligatorisk vurdering ved tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner, husordener og klagemuligheder mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger).

Af psykiatriplanen for Region Nordjylland fremgår det at der fremover skal være én struktureret behandlingsplan for patientens samlede behandlingsforløb – ambulant såvel som under indlæggelse – og at behandlingsplanen således skal følge patienten og være grundlaget for behandlingen uanset hvor i psykiatrien denne foregår. Der skal internt i psykiatrien sættes fokus på udarbejdelse og implementering af en sammenhængende behandlingsplan for behandlingsforløbet.

Ifølge Psykiatrien i Region Nordjyllands hjemmeside at er der på de enkelte afsnit på Aalborg Psykiatriske Sygehus forskellig praksis vedrørende tidspunktet for udarbejdelse af behandlingsplaner. På de to åbne afsnit S5 og S7 udarbejdes behandlingsplanen inden for de første 14 dage efter indlæggelse. På det ene lukkede afsnit (S6) udarbejdes behandlingsplanen i løbet af den første dag i afsnittet, og på det andet lukkede afsnit (S8) sker det inden for den første uge. På afsnit E1 udarbejdes en handlingsplan i løbet af de første dage og uger, og på afsnit E2 sker det i løbet af 2-3 uger.

Som det fremgår af ovennævnte vejledning til alle landets psykiatriske afdelinger skal behandlingsplaner udarbejdes senest en uge efter patientens indlæggelse. Sygehusets praksis på de to åbne afsnit og på Retspsykiatrisk Afdeling er således ikke altid i overensstemmelse med vejledningens tidsmæssige krav til behandlingsplaners udarbejdelse. Jeg beder sygehuset oplyse hvilke tiltag det giver sygehuset anledning til.

Jeg beder endvidere om at modtage kopi af en behandlingsplan fra hvert afsnit på sygehuset. Hvis det administrativt ikke er besværligt at finde frem, beder jeg om at behandlingsplanerne vedrører patienter som var indlagt på tidspunktet for min inspektion (den 12. juni 2007).

Jeg beder endvidere sygehuset om at oplyse hvornår behandlingsplanen udleveres til patienten, og om der foreligger en særlig procedure i forbindelse med udlevering af behandlingsplaner.

5.12 Anvendelse af tvang, herunder fiksering

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

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

Psykiatrilovens kapitel 3, 4 og 5 indeholder bestemmelser om de forskellige former for tvangsforanstaltninger – tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, aflåsning af døre i afdelingen, personlig hygiejne under anvendelse af tvang og aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland (nu Psykiatrihospitalet i Nykøbing Sjælland, Sikringen). Betingelserne for at anvende de nævnte tvangsforanstaltninger fremgår af psykiatrilovens enkelte bestemmelser.

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

Det fremgår af opgørelser fra Psykiatrien i Region Nordjylland som jeg har fået udleveret, at det samlede antal tvangsforanstaltninger på Aalborg Psykiatriske Sygehus i 2006 var 1.690 (fordelt med 1.400 tvangsforanstaltninger på afdeling S, 285 på afdeling E og 5 på afdeling A). Det er for sygehuset samlet set en stigning på 460 tvangsforanstaltninger i forhold til 2005 hvor tallet var 1.230 (fordelt med 1.159 på afdeling S, 7 på afdeling E og 64 på afdeling A).

Det samlede antal tvangsforanstaltninger på Aalborg Psykiatriske Sygehus er en opgørelse over antallet af

- 1) frihedsberøvelser (tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse),
- 2) tvangsbehandlinger (tvangsmedicinering, tvangsbehandling med ECT, tvangsernæring og tvangsbehandling af somatisk lidelse),
- 3) tvangsfikseringer,
- 4) tilfælde af anvendelse af fysisk magt (fastholdelse, beroligende medicin, aflåsning af yderdør og tvangsflytning) og
- 5) beskyttelsesfikseringer

Der blev i 2006 foretaget 162 frihedsberøvelser på Aalborg Psykiatriske Sygehus, heraf 58 tvangsindlæggelser (S: 58, E: 0, A: 0) og 104 tilfælde af tvangstilbageholdelse (S:103, E: 0, A: 1). Det er i forhold til 2005 et fald på 60 tvangsindlæggelser og 20 tilfælde af tvangstilbageholdelse.

Der blev foretaget i alt 1.178 tvangsbehandlinger i 2006. Heraf var 1.147 tvangsmedicineringer (S: 900, E: 247, A: 0). De resterende tilfælde var 16 tvangsbehandlinger med ECT, 10 tvangsbehandlinger af somatiske lidelser og 5 tilfælde af tvangsernæring. Antallet af tvangsmedicineringer er steget med i alt 574 tilfælde i forhold til 2005 hvor antallet var 573 (S: 543, E: 0, A: 30).

Antallet af tvangsfikseringer i 2006 var 148 (S: 121, E: 27, A: 0), mens tallet i 2005 var 161 (S: 155, E: 6, A: 0). Der er således sket et fald i antallet af tvangsfikseringer på 13 fra 2005 til 2006.

Den fysiske magtanvendelse omfattede i 2006 88 tilfælde af fastholdelse (S: 77, E: 10, A: 0), 111 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin (S: 110, E: 1, A: 0) og 3 tilfælde af aflåsning af yderdør. Der var ingen tilfælde af tvangsflytning. I forhold til 2005 er antallet af tilfælde af fastholdelse og indgivelse af beroligende medicin faldet med henholdsvis 3 og 9 tilfælde.

Der var ingen tilfælde af beskyttelsesfiksering i 2006, mens der var 7 i 2005.

Det fremgår af Psykiatrien i Region Nordjyllands hjemmeside at afsnit S6 og S8 (de to lukkede afsnit) på Aalborg Psykiatriske Sygehus og afsnit N16 på Brønderslev Psykiatriske Sygehus i løbet af 2005-2007 har deltaget i det nationale kvalitetsprojekt om tvang i psykiatrien, også kaldet "gennembrudsprojektet". Projektets formål har været at forbedre den patientoplevede kvalitet af tvang, at udvikle den faglige og organisatoriske kvalitet når tvang anvendes, og at minimere behovet for og dermed anvendelsen af tvang.

Psykiatrien i Region Nordjylland har oplyst at deltagelsen i projektet har resulteret i at psykiatrien har opbygget solid erfaring med at bruge gennembrudsmetoden til kvali-

tetsudvikling, og at der på de deltagende afsnit er iværksat flere tiltag som har resulteret i såvel færre som mere kortvarige tvangsanvendelser og i oplevelsen af bedre kvalitet i tvangen hos patienter og ansatte.

Det fremgår af regionens opgørelser over antallet af tvangsforanstaltninger at der på Aalborg Psykiatriske Sygehus i perioden fra 2005 til 2006, hvor psykiatrien har deltaget i gennembrudsprojektet, er sket et lille fald i antallet af tvangsfikseringer (fra 161 tilfælde i 2005 til 148 i 2006 svarende til et fald på 8 pct.), mens der er sket en fordobling i antallet af tvangsmedicineringer (fra 573 tilfælde i 2005 til 1147 i 2006). Stigningen i tvangsmedicineringer har fundet sted både på afdeling S og på retspsykiatrisk afdeling. Jeg beder om at få oplyst nærmere om årsagen til den markante stigning i antallet af tvangsmedicineringer. Jeg beder endvidere om at få tilsendt en (samlet) opgørelse over antallet af tvangsforanstaltninger i 2007 når en sådan er udarbejdet.

Det fremgår af årsberetningen for 2006 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn for Nordjyllands Amt at nævnet i 2006 realitetsbehandlede i alt 54 sager - 35 sager vedrørende beslutninger om anvendelse af tvangsmæssige foranstaltninger på Aalborg Psykiatriske Sygehus og 19 sager vedrørende Brønderslev Psykiatriske Sygehus. (I 2005 realitetsbehandlede nævnet 37 sager vedrørende Aalborg Psykiatriske Sygehus.) Der blev indgivet i alt 67 klager til nævnet i 2006, men 3 af klagerne blev afvist, og 9 af klagerne blev trukket tilbage.

De 54 sager som nævnet realitetsbehandlede i 2006, omfattede 76 klagepunkter. Nævnet traf flest afgørelser om tvangstilbageholdelse (30 afgørelser) og tvangsbehandling (27 afgørelser). Herudover traf nævnet 13 afgørelser om tvangsindlæggelse, 3 afgørelser om tvangsfiksering og 3 afgørelser om indgivelse af beroligende medicin. Nævnet tilsidesatte 6 af de tvangsmæssige foranstaltninger der var klaget over, hvilket svarer til en omgørelsesprocent på 7,9.

Af en oversigt der er blandt det materiale som jeg har modtaget, fremgår det at patientklagenævnet indtil den 5. juni 2007 havde realitetsbehandlet 24 sager og i alle tilfælde havde godkendt foranstaltningen.

Psykiatrien i Region Nordjylland har udarbejdet skriftligt informationsmateriale som udleveres til patienter ved anvendelse af tvang. Jeg har modtaget kopi af materiale om tvangstilbageholdelse/tvangsindlæggelse, tvangsfiksering med bælte, tvangsfiksering med håndremme/fodremme, fastholdelse og tvangsflytning, beroligende medicin med tvang, personlig skærmning som tvangsforanstaltning og personlig hygiejne under anvendelse af tvang.

Informationen om hver af de nævnte tvangsforanstaltninger er kort og overskuelig og fylder ikke mere end et A4 ark. Det fremgår øverst at der er tale om skriftlig information til patienten i forbindelse med en nærmere angivet tvangsforanstaltning, og herunder er der plads til at angive patientens navn, cpr.nr. og afsnit. Der informeres først om begrundelsen for tvangsforanstaltningen. I noget af informationsmaterialet skal lægen vælge og sætte kryds ved den begrundelse som er relevant i det konkrete tilfælde. Herefter oplyses patienten om retten til at klage over tvangsforanstaltningen og om besøg af patientrådgiver eller kontakt til bistandsværge. Der henvises endvidere til informationspjece "Tvang i psykiatrien", og det oplyses til sidst at patienten efter tvangsforanstaltningens ophør vil blive tilbudt en eller flere eftersamtaler. Nederst er der plads til at angive dato og tidspunkt og til lægens underskift.

Jeg har ikke modtaget informationsmateriale om tvangsbehandling, herunder tvangsmedicinering. Hvis en sådan skriftlig information findes i standardiseret form, beder jeg om at modtage et eksemplar. Hvis materialet ikke findes, beder jeg om at få oplyst årsagen hertil og hvilken skriftlig information patienten så i givet fald modtager.

Informationen om tvangsfiksering med håndremme/fodremme indeholder bl.a. oplysning om at patienten vil blive tilset af en læge mindst 4 gange i døgnet. En sådan oplysning om lægeligt tilsyn mener jeg også bør fremgå af informationen om tvangsfiksering med bælte, og jeg henstiller til Psykiatrien i Region Nordjylland at tilføje denne oplysning. Jeg beder om underretning om det reviderede informationsmateriale.

Herudover har jeg ingen bemærkninger til det skriftlige informationsmateriale om anvendelse af tvang.

Jeg går ud fra at patienter der udsættes for tvangsforanstaltninger, altid får udleveret Sundhedsministeriets pjece "Tvang i psykiatrien – om psykiatriske patienters rettigheder ved tvangsindgreb".

Aalborg Psykiatriske Sygehus har oplyst at tvangsfikseringer finder sted på patientens stue. Under inspektionen så jeg at afsnit S5, retspsykiatrisk afsnit E1 og børne- og ungdomspsykiatrisk afsnit A1d hver har en mobil fikseringsseng som står klar opredt med bælte og tildækket med et lagen eller dynebetræk.

På afsnit S5 opbevares den mobile fikseringsseng i et ellers tomt rum hvorfra der er nødudgang fra afsnittet. Rummet har glaspartier til gangen. På inspektionstidspunktet hang en del af det monterede bælte ned fra sengen og kunne tydeligt ses ved indkig i rummet fra gangarealet. Sygehuset oplyste at der normalt er gardiner for glaspartiet til

gangen, men at gardinerne var til vask på det pågældende tidspunkt. Den synlige del af bæltet blev straks lagt op under sengens tildækning.

På afsnit E1 opbevares den mobile fikseringsseng i et lille depotrum hvor der også er aflåste opbevaringsbokse til patienternes værdigenstande og et køleskab med sodavand som patienterne kan købe. På væggen over den opredte og tildækkede seng hænger en instruks med overskriften "bælteseng" skrevet med store typer. Her kan man bl.a. læse at når bæltesenget er i brug, skal der umiddelbart efter hentes og opredes en ny bælteseng.

På børne- og ungdomsafsnittet stod den mobile fikseringsseng på inspektionstidspunktet på en tom patientstue, men det blev oplyst at sengen på grund af pladsmangel i afsnittet normalt bliver opbevaret på gangen.

Det er efter min opfattelse ikke hensigtsmæssigt at en fikseringsseng opbevares et sted hvor patienterne dagligt færdes eller har indkig til, da jeg går ud fra at sengen – særlig på et børne- og ungdomspsykiatrisk afsnit – kan virke skræmmende på nogle patienter. Jeg beder sygehuset om at oplyse om man har overvejet andre opbevaringssteder til fikseringssengen (eller til patienternes bokse og køleskabet) på afsnit E1 og til fikseringssengen på afsnit A1d.

Jeg beder endvidere om at få oplyst hvor fikseringssengene opbevares på sygehusets øvrige afsnit, og hvor fikseringer finder sted hvis patienten ikke har enestue. Endelig beder jeg om at få oplyst hvor den faste vagt er placeret i forhold til den fikserede patient, og om der er mulighed for indkig til den fikserede patient fra gangarealet eller ude fra.

Det blev ikke under inspektionen oplyst hvordan omfanget af tvangsanvendelse på Aalborg Psykiatriske Sygehus er i forhold til landsgennemsnittet. Under min inspektion af Brønderslev Psykiatriske Sygehus blev det oplyst at sygehusets anvendelse af tvang normalt ligger under landsgennemsnittet.

Jeg har i min rapport om inspektionen af Brønderslev Psykiatriske Sygehus bedt om oplysning om årsagen til uoverensstemmelser mellem de opgørelser over tvangsanvendelse som jeg har modtaget fra Psykiatrien i Region Nordjylland, og talmateriale fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside og publikationer om anvendelse af tvang i psykiatrien. Jeg henviser til min rapport om inspektionen af Brønderslev Psykiatriske Sygehus den 13. juni 2007.

5.13 Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvang

Efter den tidligere bestemmelse i psykiatrilovens § 24, stk. 1, skulle der beskikkes en patientrådgiver for enhver der blev tvangsindlagt, tvangstilbageholdt eller undergivet tvangsbehandling. I forbindelse med andre tvangsindgreb forudsatte beskikkelse af en patientrådgiver en anmodning fra patienten.

Efter ændring af psykiatriloven (lov nr. 534 af 8. juni 2006, jf. nu lovbekendtgørelse nr. 1111 af 1. november 2006) skal der efter § 24, stk. 1, beskikkes en patientrådgiver ved ethvert tvangsindgreb, dog bortset fra indgreb efter § 18 f (tvangsmæssig personlig hygiejne) og § 19 a (undersøgelse af post, patientstuer og ejendele, kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande mv.). Ændringen er sket for overordnet at styrke de psykiatriske patienters retssikkerhed idet patienten sikres adgang til vejledning og rådgivning ved alle tvangsindgreb (bortset fra indgrebene i §§ 18 f og 19 a) uden selvstændigt at skulle tilkendegive et ønske om en patientrådgiver. Patientrådgiverens opgaver er at vejlede og rådgive patienten med hensyn til alle forhold i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på den psykiatriske afdeling samt bistå patienten med eventuelle klager. Patientrådgiveren skal så vidt muligt være til stede ved en klages behandling i det psykiatriske patientklagenævn (psykiatrilovens § 24, stk. 2).

Patientrådgiveren skal aflægge besøg hos patienten inden 24 timer efter beskikkelsen (psykiatrilovens § 26, stk. 1).

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

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

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

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

I § 3, stk. 2, i bekendtgørelse om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger (bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006), er det

fastsat at tvangsmedicinering forudsætter at patienten og patientrådgiveren er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger.

Patientrådgiveren skal som nævnt ovenfor så vidt muligt være til stede ved en klages behandling i det psykiatriske patientklagenævn (psykiatrilovens § 24, stk. 2, 3. pkt.). Af årsberetningen for 2006 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn for Nordjyllands Amt fremgår det at patientrådgiverne i 2006 deltog i 30 ud af 35 sager der blev behandlet på nævnsmøder afholdt på Aalborg Psykiatriske Sygehus, svarende til en mødedeltagelse på 85,7 pct.

Den samlede mødedeltagelsesprocent for patientrådgivere på Aalborg Psykiatriske Sygehus og Brønderslev Psykiatriske Sygehus var på 85,2. Nævnet har betegnet denne deltagelsesprocent som tilfredsstillende. Til sammenligning var patientrådgivernes samlede mødedeltagelsesprocent i 2005 på 77,3. Den samlede deltagelsesprocent for patienterne var 81,5 i 2006 og 77,3 i 2005.

Jeg går ud fra at Aalborg Psykiatriske Sygehus tildeler patienterne en patientrådgiver ved alle tvangsindgreb, bortset fra indgreb efter psykiatrilovens § 18 f og § 19 a, og at patientrådgiverne orienteres således at de har mulighed for at varetage deres hverv på forsvarlig måde, jf. psykiatrilovens § 27.

Jeg beder om oplysning om hvornår patientrådgiveren bliver beskikket/tilkaldt i forhold til tidspunktet for tvangsindgrebet.

Personer som er indlagt på en psykiatrisk afdeling i henhold til en strafferetlig afgørelse, er omfattet af psykiatriloven, bortset fra bestemmelserne i §§ 5-11, § 21, stk. 2, og kapitel 10. Psykiatrilovens bestemmelser om patientrådgivere (§§ 24-29) gælder kun hvis den pågældende patient ikke har en bistandsværge efter straffelovens § 71. Jeg henviser til § 2 i bekendtgørelse nr. 892 af 14. december 1998 om personer indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til strafferetlig afgørelse.

Straffelovens § 71 indeholder regler om hvornår retten kan eller skal beskikke en bistandsværge til en tiltalt eller dømt person. Hvis en tiltalt person er dømt til anbringelse i psykiatrisk sygehus eller sygehusafdeling, eller hvis afgørelsen giver mulighed for en sådan anbringelse, skal retten beskikke en bistandsværge for den pågældende (straffelovens § 71, stk. 2, og § 3, stk. 2, i bekendtgørelse nr. 7 af 5. februar 1999 om bistandsværger). Som bistandsværge skal så vidt muligt beskikkes en person blandt de nærmeste pårørende (straffelovens § 71, stk. 1, og § 3, stk. 3, i bekendtgørelsen om bistandsværger).

Bistandsværgens opgaver er bl.a. at holde sig underrettet om den dømtes tilstand og at drage omsorg for at opholdet på sygehuset/sygehusafdelingen ikke udstrækkes længere end nødvendigt. Bistandsværgen skal endvidere rådgive og vejlede om klageadgang i henhold til psykiatriloven og bistå med eventuelle klager (§ 8 i bekendtgørelsen om bistandsværger).

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

Der findes ikke en bestemmelse om at bistandsværgen skal aflægge besøg hos patienten inden 24 timer efter beskikkelsen svarende til psykiatrilovens § 26, stk. 1, om patientrådgivere. Ifølge § 9, stk. 1, i bekendtgørelsen om bistandsværger skal bistandsværgen snarest muligt efter beskikkelsen besøge den sigtede, tiltalte eller dømte og til stadighed holde sig i forbindelse med denne. Besøg skal herefter finde sted efter behov.

Jeg beder om at få oplyst om Aalborg Psykiatriske Sygehus orienterer bistandsværgerne i samme omfang som patientrådgiverne orienteres, dvs. i forbindelse med alle tvangsindgreb, bortset fra indgreb efter psykiatrilovens § 18 f og § 19 a.

Jeg beder endvidere om oplysning om hvornår bistandsværgerne bliver orienteret i forhold til tidspunktet for et tvangsindgreb, og i hvilket omfang og hvornår bistandsværgerne (sammenlignet med patientrådgiverne) aflægger besøg hos patienterne i forbindelse med tvangsindgreb.

5.14 Aflåsning, skærmning og forholdene for frivilligt indlagte

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

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

Efter den seneste revision af psykiatriloven indeholder loven nu i § 18 e udtrykkelig hjemmel til aflåsning af døre i afdelingen over for patienter der er frihedsberøvede efter lovens kapitel 3, dvs. patienter der er tvangsindlagt, tvangstilbageholdt eller tilbageført, og patienter der er i risiko for utilsigtet at udsætte sig selv for væsentlig fare. Ifølge forarbejderne til § 18 e omfatter den sidstnævnte gruppe patienter der lider af demens eller demenslignende tilstande, og personer der er bevidsthedsslørede eller uklare, eller som befinder sig i en forvirringstilstand. Beslutning om aflåsning af døre i en afdeling træffes af en læge. Det fremgår endvidere udtrykkeligt af bestemmelsen i § 18 e at der ikke kan træffes beslutning om aflåsning af døre til patientstuer.

Afsnittene S6 og S8 på Aalborg Psykiatriske Sygehus er egentlige lukkede afsnit, og hoveddørene til disse afsnit er derfor altid aflåste. Retspsykiatrisk afsnit E1 har indgang på 1. sal enten via en elevator som fører direkte op i afsnittet, eller via en trappe som fører op til et "sluse-rum" hvorfra der er adgang til selve afsnittet og til et besøgsrum. Elevatoren kan kun benyttes med en nøgle, og døren til slusen, afsnittet og besøgsrummet er altid aflåste. Hoveddørene til de to åbne afsnit S5 og S7 er ikke aflåste.

Jeg beder sygehuset oplyse om hoveddøren til børne- og ungdomspsykiatrisk afsnit A1d er aflåst.

Region Nordjylland har udarbejdet en pjece om (personlig) skærmning i psykiatrien i regionen, jf. nærmere nedenfor. Det fremgår heraf at patienten eventuelt kan blive flyttet til en del af afsnittet hvor han eller hun sammen med et personalemedlem er skærmet fra det øvrige afsnit.

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang ovenfor under pkt. 3.4, er der på afsnit S6 to enestuer med eget bad og toilet beliggende på hver side af en lille opholdsstue som kan anvendes i forbindelse med skærmning. Det blev oplyst at rummet bruges som alternativ til afsnittets store opholdsstue, og at tiden på den skærmede stue deles op mellem patienterne.

Som det også fremgår af den bygningsmæssige gennemgang ovenfor under pkt. 3.5 er der indrettet en skærmet enhed på børne- og ungdomspsykiatrisk afsnit A1d. Den fysiske skærmning sker ved at lukke to døre på gangen i den ene ende af afsnittet ind til den skærmede enhed. Herved "isoleres" tre patientstuer fra de øvrige patientstuer på afsnittet. De tre stuer har adgang til en fælles stor kombineret opholds- og spise-stue med et lille tekøkken. Det blev oplyst at dørene mellem den skærmede enhed og det øvrige afsnit ikke bliver låst, men kun lukket, og at der altid er personale til stede i den skærmede enhed.

Af husordenen for afsnit S8 (lukket afsnit) fremgår det under overskriften "skærmningsstuen" at afsnittets lille opholdsstue i den øverste ende af afsnittet er fælles, men at den i perioder kan være aflåst idet den bruges til behandlingsmæssige formål.

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

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

Som ovenfor nævnt er der sket en revision af psykiatriloven. Lovens § 18 e 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". En sådan afdeling må således mindst have tre stuer.

Da det er oplyst at den skærmede enhed på børne- og ungdomspsykiatrisk afsnit A1d kun aflukkes, men ikke aflåses, vil jeg ikke komme nærmere ind på den fysiske indretning af denne enhed.

Jeg beder om at få oplyst om de to patientstuer og den lille opholdsstue på afsnit S6 aflåses i forbindelse med skærmning.

Jeg beder endvidere om at få oplyst i hvilke situationer skærmningsstuen/den lille opholdsstue på afsnit S8 aflåses, og hvor ofte det sker.

Det blev under inspektionen oplyst at der er frivilligt indlagte patienter på de to lukkede afsnit på Aalborg Psykiatriske Sygehus. Det skyldes bl.a. at mange psykiatriske patienter selv ønsker en frivillig indlæggelse på et lukket afsnit, og at tvangsindlagte/tvangstilbageholdte patienter ikke straks overflyttes til åbent afsnit når betingelserne for at opretholde tvangen ikke længere er til stede. Jeg går ud fra at der på de åbne afsnit også kan være patienter som er tvangstilbageholdt.

Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 har i forbindelse med sine inspektioner af psykiatriske hospitaler og afdelinger beskæftiget sig med spørgsmålet om afdelinger hvor der både er frivilligt indlagte og tvangsindlagte/tvangstilbageholdte patienter. I overensstemmelse med det som tilsynet har tilkendegivet, er det min opfattelse at en patient der indlægges på et psykiatrisk hospital, og hvor der ikke er tale om at den pågældende er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, bør tilbydes en plads på en uaflåst del af det psykiatriske hospital.

Det er ligeledes min opfattelse at en patient der overgår fra at være tvangsindlagt/tvangstilbageholdt til at være frivilligt indlagt, bør 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 hurtigt muligt tilbydes en plads på et uaflåst afsnit.

Når der på et afsnit både er frivilligt indlagte og tvangsindlagte/tvangstilbageholdte patienter, er det endvidere min opfattelse at det bør være helt klart for den enkelte patient hvilken retlig status hans/hendes indlæggelse har (frivillig eller tvangsmæssig). Det er ligeledes min opfattelse at afsnittet bør være meget opmærksom på at der sker ophævelse af en beslutning om tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse straks når betingelserne herfor ikke længere er til stede, og at patienten i den forbindelse informeres om at indlæggelsen nu er frivillig. Frivilligt indlagte patienter skal umiddelbart have mulighed for at forlade sygehuset når de måtte ønske det.

Aalborg Psykiatriske Sygehus har oplyst at frivilligt indlagte patienter på de lukkede afsnit bliver låst ud når de beder om det.

Jeg går derfor ud fra at Aalborg Psykiatriske Sygehus altid orienterer frivilligt indlagte patienter der indlægges på et aflåst afsnit, om at anbringelsen er frivillig, og at der gælder de samme vilkår som hvis afsnittet var åbent. Jeg går endvidere ud fra 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. På denne baggrund har jeg ikke yderligere bemærkninger til spørgsmålet om frivilligt indlagte patienter på de lukkede afsnit.

Jeg går desuden ud fra at sygehuset i de tilfælde hvor en tvangstilbageholdt patient er indlagt på et åbent afsnit, informerer vedkommende om den retlige status af indlæggelsen.

I husordenen for afsnit S5 (åbent afsnit) på Aalborg Psykiatriske Sygehus er der bl.a. anført følgende:

"Vedrørende udgang for åben afsnit:

Ophold i åben afsnit er ikke lig med fri udgang:

Udgang **skal** aftales med lægen og din kontaktperson, idet udgang afhænger af din psykiske tilstand."

Jeg må forstå det citerede således at patienterne på det åbne afsnit S5 ikke umiddelbart må forlade sygehuset når de ønsker det. Jeg beder derfor Aalborg Psykiatriske Sygehus om en redegørelse for de frivilligt indlagte og ikke tvangstilbageholdte patienters mulighed for at forlade et åbent afsnit når de ønsker det, herunder om det også kræver aftale med læge og kontaktperson når patienterne på S5/S7 gerne vil forlade afsnittet på 3. sal/4. sal for at få frisk luft i haven neden for højhuset.

Det blev ikke under inspektionen oplyst i hvilket omfang Aalborg Psykiatriske Sygehus anvender personlig skærmning.

Spørgsmål om indgreb i den personlige frihed eller andre foranstaltninger der griber ind i psykiatriske patienters integritet uden for det lovregulerede område, har været genstand for overvejelser hos Folketingets Ombudsmand. Disse spørgsmål, herunder bl.a. spørgsmålet om skærmning, er blevet taget op med de relevante myndigheder, og i den ændrede psykiatrilov er der indsat en bestemmelse om personlig skærmning (§ 18 c).

§ 18 c definerer personlig skærmning i psykiatrilovens forstand som foranstaltninger hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten (nogle gange benævnt "fast fodfølge"). Bestemmelsen fastsætter endvidere i hvilke situationer personlig skærmning må anvendes. Af lovforslagets bemærkninger til bestemmelsen fremgår det at lavere grader af observation/overvågning ikke er omfattet af bestemmelsen idet sådanne foranstaltninger efter regeringens opfattelse ikke udgør så stort et indgreb i den personlige integritet at regulering i psykiatriloven er påkrævet. Det bemærkes herefter at eventuelle retningslinjer for lavere grader af observation/overvågning derfor kan fastsættes af sygehusmyndighederne.

Psykiatrien i Nordjylland har som nævnt udarbejdet en pjece om (personlig) skærmning. Pjecen der findes på regionens hjemmeside, er revideret i december 2006 hvor bl.a. den nye psykiatrilov (som trådte i kraft den 1. januar 2007), er indarbejdet. Det fremgår endvidere at nyt materiale er under udarbejdelse.

Jeg beder om at få tilsendt en kopi af det nye materiale om skærmning når det foreligger.

Den nævnte pjece indeholder dels en introduktion til nyansatte og opfriskning til allerede ansatte om metoden skærmning, dels retningslinjer for tilrettelæggelsen af skærmingsarbejdet. Pjecen beskriver hvad skærmning er, og hvorfor og hvordan psykiatrien i Region Nordjylland arbejder med skærmning. Der er omtale af den nye bestemmelse i § 18 c i psykiatriloven om personlig skærmning, herunder bestemmelsens stk. 2 om tvangsmæssig anvendelse af personlig skærmning, og oplysning om de skærningsniveauer der anvendes.

Jeg foretager mig derfor ikke noget vedrørende spørgsmålet om personlig skærmning i psykiatrilovens forstand i relation til min inspektion af Aalborg Psykiatriske Sygehus. Jeg beder imidlertid sygehuset om at oplyse i hvilket omfang sygehuset anvender personlig skærmning i lavere grader end reguleret i psykiatrilovens § 18 c.

5.15 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. Ministeriet sendte mig den 23. juli 2001 en kopi af sit svar af samme dato til Sundhedsministeriet til brug for besvarelsen af spørgsmål nr. 11 af 22. februar 2001 til Tilsynet i henhold til grundlovens § 71. I Justitsministeriets svar til Sundhedsministeriet er bl.a. anført følgende:

"Det er Justitsministeriets opfattelse, at politiet som et naturligt led i varetagelsen af sine opgaver vil kunne komme personalet til undsætning og gribe ind, hvis det – i tilfælde hvor sygehuspersonalet undtagelsesvist ikke selv kan håndtere en voldsom patient – er nødvendigt for at afværge en aktuel og konkret fare for 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 sygehusre-

gi. Politiet er i forbindelse med sådanne indgreb ikke undergivet instruktion fra sygehuspersonalet.

Eventuel tvang og behandling efter psykiatriloven i forhold til en sådan patient 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.

Lov nr. 444 af 9. juni 2004 om politiets virksomhed trådte i kraft den 1. august 2004, og i den forbindelse blev retsplejelovens § 108 ophævet.

Aalborg Psykiatriske Sygehus har oplyst at politiet i forbindelse med tvangsindlæggelse af en patient på et af de lukkede afsnit kun kommer med patienten ind i afsnittets sluserum. Hvis det er nødvendigt at bæltefikserer patienten, foretages fikseringen af sygehusets personale i sluserummet, og kun hvis patienten er meget voldsom medvirker politiet ved fikseringen.

Når politiet ledsager en borger til psykiatrisk skadestue (tilfælde hvor borgeren selv har ønsket eller accepteret dette), kommer politiet med ind på skadestuen og bliver der indtil det er afklaret om den pågældende skal indlægges eller f.eks. køres hjem igen.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Jeg beder om at få oplyst om Region Nordjylland har indgået en samarbejdsaftale eller lignende med politiet. I givet fald beder jeg om at få tilsendt en kopi af aftalen.

Jeg gør opmærksom på at jeg den 22. januar 2008 har rejst en sag af egen drift om politiets medvirken på psykiatrisk skadestue/modtagelse på Aalborg Psykiatriske Sygehus. Sagen er rejst i anledning af en sag om en 27-årig mand som døde efter en skudepisode på psykiatrisk skadestue den 9. januar 2008. Region Nordjylland har omtalt hændelsen på sin hjemmeside (www.rn.dk), og det fremgår heraf at Aalborg Psy-

kiatriske Sygehus vil overveje om der er behov for at justere de procedurer som anvendes på skadestuen. Jeg har bedt sygehuset om at oplyse hvilke procedurer der hidtil har været gældende i forbindelse med psykiatrisk skadestues modtagelse af patienter, herunder procedurer vedrørende politiets medvirken på skadestuen ved patienters ankomst og indlæggelse, hvordan politiet medvirkede på psykiatrisk skadestue i den konkrete sag med den 27-årige mand som døde efter en skudepisode, og resultatet af sygehusets overvejelser om justering af de hidtil gældende procedurer på psykiatrisk skadestue. Jeg har den 5. marts 2008 modtaget en udtalelse fra Psykiatrien i Region Nordjylland. De nævnte spørgsmål vil blive behandlet særskilt.

5.16 Udslusning, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner

Det fremgår af sundhedsaftalerne mellem Region Nordjylland og de nordjyske kommuner at udskrivning skal forberedes løbende sammen med patienten og de involverede samarbejdspartnere, og at tidspunktet for udskrivning skal aftales så tidligt som muligt. Den psykiatriske afdeling sørger for at alle involverede parter er orienteret om tidspunktet for udskrivning, og de orienteres hvis tidspunktet ændres.

Det fremgår endvidere at der med patientens samtykke afholdes en udskrivningskonference med deltagelse af relevante samarbejdspartnere. Formålet er at drøfte og planlægge hvad der skal iværksættes for patienten efter udskrivningen.

Udover udskrivningskonferencen afholdes der en udskrivningssamtale med patienten inden udskrivningen hvori den ansvarlige læge og den primære kontaktperson deltager. Det er målsætningen at der inden fem hverdage efter udskrivning fremsendes et udskrivningsbrev til den praktiserende læge.

Hvis patienten forlader den psykiatriske afdeling uden at det er aftalt, orienterer den psykiatriske afdeling kontaktpersonen fra kommunen og de pårørende herom hvis det efter en individuel vurdering skønnes at være nødvendigt af hensyn til patienten.

Det fremgår i øvrigt af aftalerne at der vil blive etableret en samlet samarbejdsaftale mellem kommunerne i Region Nordjylland og regionens sygehuse, herunder Psykiatrien. Jeg går ud fra at denne aftale vil blive lagt ud på regionens hjemmeside.

Under inspektionen blev det oplyst at Aalborg Psykiatriske Sygehus havde et antal færdigbehandlede patienter som ventede på at blive "taget hjem" af kommunerne. Det blev endvidere oplyst at antallet af indlagte færdigbehandlede patienter var for nedadgående før strukturreformen, men viste en opadgående tendens efter reformens ikrafttræden. På inspektionstidspunktet mente sygehusledelsen at udviklingen i antallet af færdigbehandlede patienter havde toppet og igen viste tegn på en nedadgående ten-

dens. Sygehuset har gjort kommunerne opmærksomme på problemet, og sygehuset prøver at etablere et samarbejde med kommunerne om de enkelte patienter hurtigst muligt.

Jeg beder sygehuset om at oplyse hvor mange færdigbehandlede patienter sygehuset havde i 2007, og hvordan situationen er i dag.

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

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

...

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

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

Det fremgår endvidere af forarbejderne at ordningen med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner retter sig mod patienter med alvorlige sindslidelser der udsættes for betydelig helbredsforringelse ved ikke at modtage nogen form for behandlingsmæssig

eller social støtte. Det kan f.eks. være patienter der lider af skizofreni og samtidig har misbrugsproblemer eller store sociale problemer.

Sundhedsstyrelsen har udsendt en vejledning der bl.a. omhandler udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, jf. vejledning nr. 122 af 14. december 2006.

Registreringer om anvendelse af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner skal indberettes kvartalsvis til sygehusmyndigheden og Sundhedsstyrelsen. Dette fremgik tidligere alene af Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 om udfyldelse af tvangsprotokoller. Den ændrede psykiatrilov indeholder nu i §§ 13 a, stk. 2, og 13 b, stk. 2, udtrykkelig hjemmel til at sundhedsministeren kan fastsætte regler om registrering og indberetning af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Bemyndigelsen er udnyttet i bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger (kapitel 7 og 8).

Jeg beder sygehuset om at oplyse i hvor mange tilfælde der blev udarbejdet udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner i 2007.

5.17 Aktindsigt

Reglerne om aktindsigt i patientjournaler mv. findes i kap. 8 i sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008). §§ 37-38 indeholder følgende bestemmelser:

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

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

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

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

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

Stk. 3. Er en anmodning om aktindsigt ikke imødekommet eller afslået inden 10 dage efter, at den er modtaget af vedkommende myndighed, institution eller sundhedsperson, skal myndigheden, institutionen eller sundhedspersonen under-

rette patienten om grunden hertil samt om, hvornår en afgørelse kan forventes at foreligge.

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

Spørgsmålet om patienternes adgang til aktindsigt i patientjournaler mv. blev ikke berørt under inspektionen. Der er ikke blandt det generelle materiale som jeg har modtaget fra Psykiatrien i Region Nordjylland, en instruks eller lignende om aktindsigt. Den generelle husorden og de foreliggende husordener for de enkelte afsnit indeholder heller ikke information om adgangen til aktindsigt. På hjemmesiden for Psykiatrien i Region Nordjylland er der under punktet ”For borgere” og ”Indflydelse og rettigheder” en midlertidig henvisning til Region Nordjyllands hjemmeside om patientrettigheder hvor patienters adgang til aktindsigt omtales.

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

Jeg beder endvidere sygehuset oplyse hvilken praksis sygehuset har i forbindelse med anmodninger om aktindsigt fra patienter hvis psykiske tilstand på tidspunktet for anmodningen om aktindsigt er meget dårlig.

Hvis regionen og/eller sygehuset har udarbejdet skriftligt, generelt materiale om patienters adgang til aktindsigt i patientjournaler mv., beder jeg om at få tilsendt en kopi heraf.

5.18 Pårørendekontakt

Det er velkendt at inddragelse af patientens pårørende i sygdomsforløbet kan have væsentlig betydning for patienten, både under indlæggelsen og i det senere forløb efter udskrivningen. I forbindelse med inddragelsen af pårørende opstår der samtidig spørgsmål om samtykke hertil fra patientens side.

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

Af Psykiatrien i Region Nordjyllands hjemmeside fremgår det at Psykiatrien har en pårørendepolitik der senest er revideret i 2006 og vil blive udgivet som pjece når Psykia-

triens brugerpolitik/patientpolitik foreligger i en revideret udgave. Den forventes at foreligge i foråret 2008.

I informationen på hjemmesiden og i selve pårørendepolitikken er det bl.a. anført at patientens nære pårørende udgør vigtige samarbejdspartnere gennem hele behandlingsforløbet, og at de tilbydes støtte og vejledning undervejs. Der arbejdes ud fra et fælles værdigrundlag som er nærmere beskrevet og uddybet i pårørendepolitikken.

Det fremgår af pårørendepolitikken at Psykiatrien altid respekterer patientens ret til selv at bestemme hvem der skal inddrages i behandlingsforløbet, og reglerne om tavshedspligt. Personlige oplysninger videregives således (med enkelte undtagelser) kun til de pårørende med patientens samtykke. Pårørende vil dog altid kunne forvente en generel information om psykiske lidelser, behandlingsmuligheder mv. og vil få tilbudt undervisning/psykoedukation. Der tilstræbes et højt informationsniveau, og der udarbejdes derfor løbende informationsmateriale. For alle afsnit/behandlingstilbud skal der udarbejdes informationsmateriale til pårørende. Materialet skal som minimum indeholde nærmere angivne oplysninger og skal udleveres til de pårørende ved det første møde. Pårørende opfordres desuden til at gøre brug af frivillige organisationers tilbud om information, vejledning og støtte. Det er Psykiatriens personale der har hovedansvaret for at etablere og opretholde et godt samarbejde og en god dialog med de pårørende. Der lægges vægt på at pårørende inddrages mest muligt fra det tidspunkt hvor den sindslidende første gang kommer i kontakt med et af Psykiatriens behandlingstilbud.

Jeg beder sygehuset om at sende mig det informationsmateriale som de enkelte afsnit skal udarbejde til de pårørende.

Jeg beder endvidere sygehuset om overordnet at oplyse hvordan det i praksis fungerer med inddragelse af pårørende. Jeg beder herunder om oplysning om hvad der foretages for at sikre at det (eventuelt) fornødne samtykke foreligger fra patientens side. Hvis der anvendes en standard samtykkeblanket, beder jeg om en kopi heraf.

5.19 Besøg, visitation og adgang til telefonering mv.

For at institutioner, som f.eks. psykiatriske afdelinger, kan fungere, er det nødvendigt for den daglige drift at have en række generelle regler for hvordan dagliglivet i afdelingen kan forløbe hensigtsmæssigt (en husorden). Retsgrundlaget var tidligere den såkaldte anstaltsanordning, men i den ændrede psykiatrilov er der nu indsat følgende bestemmelse om husordener:

”§ 2 a. Sygehusmyndigheden skal sikre, at der på enhver psykiatrisk afdeling findes en skriftlig husorden, som er tilgængelig for patienterne.

Stk. 2. Afdelingsledelsen skal sikre, at den skriftlige husorden udleveres til patienten i forbindelse med indlæggelse.

Stk. 3. Ved udformning eller ændring af den skriftlige husorden skal patienterne, inden der træffes beslutning herom, inddrages.”

I bemærkningerne til forslaget om ændring af psykiatriloven er der om bestemmelsen bl.a. anført følgende:

”Med § 2 a foreslås det, at der indsættes en bestemmelse om husordener. Bestemmelsen indfører en pligt for sygehusmyndigheden til at sikre, at der på enhver psykiatrisk afdeling forefindes en skriftlig husorden, som skal være tilgængelig for patienten, f.eks. ved at den er hængt op på stuen eller fællesarealer eller ligger fremme i andre opholdsrum.

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

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

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

Samtidig med indførelsen af bestemmelsen om obligatoriske husordener, ophæves bemyndigelsesbestemmelsen i § 30, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger. 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.”

Det tidligere Indenrigs- og Sundhedsministerium har udstedt en vejledning om bl.a. husordener (vejledning nr. 122 af 14. december 2006 om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, eftersamtaler, obligatorisk vurdering ved tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner, husordener og klagemuligheder mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger). Af vejledningens pkt. 9 om husordener fremgår følgende:

” ...

En husorden skal indeholde generelle regler om patienternes udfoldelsesmuligheder under indlæggelse, fx regler om adgangen til at telefonere, regler om ryg-

ning i afdelingen, besøgsforhold, overvåget besøg mv., samt om konsekvenserne af at husordenen ikke overholdes. Vurdering af hvilke elementer husordenen skal indeholde, skal tage udgangspunkt i de konkrete forhold på den enkelte afdeling. Ved udformningen bør der rettes særlig opmærksomhed mod de forhold, der på den enkelte afdeling har givet anledning til tvivl og eventuelle konflikter, hvor der således er særlig grund til at have synlige og klare retningslinjer.”

Det retlige grundlag for indgreb og begrænsninger i de enkelte patienters personlige frihed under indlæggelse skal søges i anstaltsanordningen hvis der ikke foreligger (lov)regler på området. Baggrunden herfor er ordens- og sikkerhedsmæssige hensyn. I modsætning til de generelle regler der regulerer det almindelige daglige liv i institutionerne (husordener), er der her tale om – efter omstændighederne – byrdefulde indgreb i den enkelte patients udfoldelsesmuligheder (om patienten kan modtage besøg, kan benytte sin mobiltelefon mv.). Og reglerne omfatter også tvangsindlagte og tvangstilbageholdte patienter.

Jeg har tidligere i forbindelse med inspektioner af psykiatriske hospitaler anbefalet at hospitalerne udfærdiger både husordener der regulerer det almindelige daglige liv på en afdeling og som gælder generelt for alle afdelingens patienter, og retningslinjer om de begrænsninger og indgreb der kan ske i den enkelte patients personlige frihed under indlæggelsen. Retningslinjerne bør angive hvem der har kompetence til at træffe afgørelse om indgrebene/begrænsningerne, og hvornår beslutningerne om indgreb/begrænsninger skal revurderes.

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

Regler for indgreb i form af undersøgelse af post, patientstuer og ejendele samt kropsvisitation er nu indført i den ændrede psykiatrilov i § 19 a. Bestemmelsen har følgende ordlyd:

”§ 19 a. Ved begrundet mistanke om, at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande er blevet eller vil blive forsøgt indført til patienten, kan overlægen beslutte,

- 1) at patientens post skal åbnes og kontrolleres,
- 2) at patientens stue og ejendele skal undersøges, eller
- 3) at der skal foretages kropsvisitation af patienten. Undersøgelse af kroppens hulrum er ikke tilladt.

Stk. 2. Undersøgelse af patientens post og patientens stue samt ejendele skal så vidt muligt foretages i patientens nærvær.

Stk. 3. Overlægen kan beslutte, at medikamenter, rusmidler og farlige genstande, som bliver fundet ved indgreb efter stk. 1, skal beslaglægges. Overlægen kan overlade til politiet at afgøre, om medikamenter, rusmidler og farlige genstande besiddes i strid med den almindelige lovgivning, herunder lovgivningen om euforiserende stoffer og lovgivningen om våben m.v. Politiet kan beslutte, om disse medikamenter, rusmidler og genstande skal destrueres.

Stk. 4. Indenrigs- og sundhedsministeren fastsætter regler om undersøgelse af post, patientstuer og ejendele, kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande m.v.”

Den tidligere indenrigs- og sundhedsminister har udnyttet bemyndigelsen i § 19 a, stk. 4, ved udstedelse af bekendtgørelse nr. 1494 af 14. december 2006 om undersøgelse af post, patientstuer og ejendele, kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande mv. på psykiatrisk afdeling.

Psykiatrien i Region Nordjylland har udarbejdet en generel husorden som gælder for alle afsnit på de psykiatriske sygehuse i regionen. Den generelle husorden er dateret april 2007 og indeholder regler om adgang til telefon, herunder mobiltelefoner, post, rygning og brug af åben ild, besøg, værdigenstande, handel og bytte mellem patienter, visitation og ransagning, fotografering, forplejning, påklædning og besøg af medpatienter på andre patienters stuer. For de tre sidstnævnte forhold er der alene oplysning om at afsnittene kan udfærdige retningslinjer herom.

Jeg har sammen med den generelle husorden modtaget husordener mv. for de enkelte afsnit. Sygehuset har i den forbindelse oplyst (brev af 30. maj 2007) at sygehuset har påbegyndt en revidering af de enkelte afsnits husordener så de kommer til at stemme overens med den generelle husorden og får et mere ensartet udseende.

Det fremgår af husordenen for retspsykiatrisk afsnit E1 at den er revideret den 31. maj 2007. Ingen af de andre husordener er dateret.

Jeg beder om at modtage kopi af husordenerne for de enkelte afsnit når de er revideret i overensstemmelse med den generelle husorden.

Jeg henstiller samtidig til sygehuset at datere husordenerne så det altid fremgår hvornår den enkelte husorden senest er blevet revideret. Jeg beder om underretning om hvad min henstilling giver anledning til.

Den generelle husorden indeholder – ud over de regler som gælder generelt for alle patienter – også bemærkninger om muligheden for begrænsninger og indgreb i den enkelte patients frihed. Det er således anført at det kan være nødvendigt at begrænse

adgangen til at telefonere af hensyn til såvel behandlingen og medpatienter som retsikkerhedsmæssige forhold for visse retlige patienter, at begrundet mistanke om ind- eller uds mugling af medikamenter, rusmidler eller farlige genstande kan medføre begrænset adgang for en patient til at sende og modtage breve og pakker, f.eks. ved at personalet i visse situationer vil være til stede når patienten åbner breve og pakker, at det i særlige tilfælde kan være nødvendigt at begrænse adgangen til besøg, og at der ved begrundet mistanke om at en patient er i besiddelse af medikamenter, rusmidler eller farlige genstande, kan foretages undersøgelse af patientens stue og ejendele, kropsvsitation, urinprøve og test med alkometer.

Jeg har sammen med den generelle husorden modtaget en instruks som gælder for det kliniske personale på de psykiatriske sygehuse i regionen. Formålet med instruks en er at sikre en ensartet fremgangsmåde over for patienterne i forhold til overholdelse af sygehusenes regler.

Det fremgår af instruks en at afdelingsledelsen skal fastlægge principper for hvordan og hvornår der kan træffes beslutning om begrænsninger og indgreb over for den enkelte patient på de områder der er nævnt i den generelle husorden. Det fremgår endvidere hvem der har kompetence til at træffe beslutning om de pågældende begrænsninger, hvornår en beslutning om begrænsning skal revurderes, og hvilke forhold der skal dokumenteres i patientens journal (f.eks. baggrunden for beslutningen, varigheden af begrænsningen, resultater af vurderinger og begrundelse for det videre forløb).

Jeg beder om at modtage kopi af de principper som afdelingsledelserne i henhold til instruks en skal fastlægge.

Jeg kan oplyse at jeg tidligere har udtalt at det efter min opfattelse er mest hensigtsmæssigt at de generelle regler som gælder for alle patienter, og reglerne om indgreb og begrænsninger i den enkelte patients frihed opdeles i to selvstændige dokumenter (henholdsvis husorden og retningslinjer). Det er endvidere min opfattelse at de skrevne retningslinjer for indgreb og begrænsninger i den enkelte patients frihed kun bør rettes til personalet, men at alle patienter i det informationsmateriale som udleveres ved indlæggelsen, informeres om retningslinjernes eksistens og muligheden for at få dem udleveret.

Det kan ikke give mig anledning til bemærkninger at der i regionens generelle husorden også er indføjet oplysninger om muligheden for indgreb og begrænsninger i den enkelte patients frihed. Jeg har i den forbindelse lagt vægt på at husordenen stadig fremstår overskuelig og ikke for omfattende, og at patienterne blot orienteres om at det i særlige tilfælde kan være nødvendigt at træffe beslutning om begrænsninger i

den sædvanlige livsudfoldelse af hensyn til patienten selv, medpatienter, personale og/eller omverdenen.

Jeg går i øvrigt ud fra at der kun iværksættes restriktioner over for patienterne når de pågældende restriktioner anses for nødvendige i det konkrete tilfælde.

Det fremgår af den generelle husorden at der som hovedregel er fri besøgstid på alle afsnit for pårørende, men at afsnittene kan fastlægge lokale besøgstider af hensyn til afsnittenes aktiviteter for patienterne.

Besøgstiderne på de enkelte afsnit varierer lidt. På afsnit S5, S6, S7 og S8 er der på hverdage besøgstid fra kl. 14 eller 15 til kl. 20, 21 eller 22, og i weekenden fra kl. 10 til kl. 20, 21 eller 22. På retspsykiatrisk afsnit E1 kan patienterne i hverdagene modtage besøg i tidsrummene kl. 13-15, 16-17.30 og 18-20. I weekenderne gælder de samme tidsrum bortset fra at tiden om aftenen er udvidet til kl. 22. På skadestuen er der alle dage besøgstid fra kl. 14 til 21. Det fremgår ikke om der er særlige besøgstider på børne- og ungdomspsykiatrisk afsnit A1d.

Det fremgår af instruksen til personalet at besøgsforbud efter en konkret vurdering bl.a. kan forekomme hvis besøgende tidligere har været voldelige eller udvist en truende adfærd over for patienter og personale, hvis den besøgende indsmugler euforiserende stoffer eller hvis den besøgende er beruset eller på anden måde påvirket. I sidstnævnte tilfælde bør den pågældende som hovedregel opfordres til at komme igen i upåvirket tilstand. Hvis patienten er surrogatvaretægtsfængslet kan der være helt eller delvis besøgsforbud bestemt af politiet eller retten.

Af den generelle husorden fremgår det at besøg kan overvåges af hensyn til orden og sikkerhed, og ifølge husordenen for retspsykiatrisk afsnit E1 kan personalet til enhver tid vurdere at besøg skal være overvåget.

Jeg beder sygehuset oplyse hvor ofte der træffes beslutning om henholdsvis besøgsforbud og overvåget besøg, og i hvilke situationer. Jeg beder endvidere sygehuset om at oplyse praksis for revurdering af beslutninger om besøgsforbud og overvåget besøg.

Som nævnt ovenfor fremgår det af den generelle husorden at det enkelte afsnit kan udfærdige retningslinjer for medpatienters besøg på andre patienters stuer.

I husordenen for børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling er det anført at afdelingen i behandlingsøjemed kan træffe beslutninger om begrænsning af besøg af medpatienter. Ifølge husordenen for retspsykiatrisk afsnit E1 kan besøg på medpatienters stue kun finde sted med tilstedeværelse af personale.

Jeg beder sygehuset oplyse om der på nogle afsnit er et generelt forbud mod at patienter besøger hinanden på stuerne.

Psykiatriloven indeholder som nævnt nu regler om undersøgelse af post, patientstuer, ejendele og kropsvisitation (§ 19 a). Den generelle husorden omfatter også disse spørgsmål. Heraf fremgår bl.a. at de nævnte indgreb skal bygge på en begrundet mistanke, dvs. en konkret vurdering i den aktuelle situation.

I den generelle husorden er det anført at patienter normalt har ret til at sende og modtage breve og pakker, men at det kan være nødvendigt at begrænse denne adgang for patienter hvor der er mistanke om ind- eller udsmugling af medikamenter, rusmidler eller farlige genstande.

Det fremgår af forarbejderne til psykiatrilovens § 19 a, og § 3, stk. 2, i den tidligere nævnte bekendtgørelse om undersøgelse af post mv. (bekendtgørelse nr. 1494 af 14. december 2006) at kun forsendelser til patienten er omfattet af adgangen til undersøgelse i § 19 a, mens breve og pakker som patienten sender ikke er omfattet.

På den baggrund går jeg ud fra at den generelle husorden bliver revideret så den er i overensstemmelse med psykiatrilovens § 19 a. Jeg beder om underretning når det er sket.

Det fremgår af den generelle husorden at det som hovedregel er tilladt for alle sygehusets patienter at benytte mønttelefon og egen mobiltelefon. Der kan dog være begrænsninger af hensyn til såvel behandlingen og medpatienter som retssikkerhedsmæssige forhold for visse retslige patienter. Ifølge husordenen opbevares mobiltelefoner i de lukkede afsnit for patienter med en retslig foranstaltning i patientens effektivitet, og anvendelse af telefonen sker efter aftale med personalet. Kameraer i mobiltelefoner må ikke benyttes i afsnittene. I de lukkede afsnit kan personalet låse mønttelefonen hvis der er indlagt patienter med begrænset adgang til telefon. De øvrige patienter må i så fald henvende sig til personalet hvis de ønsker at benytte telefonen. Ifølge husordenen for retspsykiatrisk afsnit E1 er mobiltelefoner i afsnittet ikke tilladt.

Det oplyste om adgangen til at anvende mønttelefon og mobiltelefoner giver mig ikke anledning til bemærkninger. Til orientering kan jeg oplyse at problemet med kameraer i mobiltelefoner på andre psykiatriske afdelinger er søgt løst på den måde at kamera-linsen klistres over, eller ved tilbud om at sim-kortet fra patienternes mobiltelefoner flyttes over i mobiltelefoner uden kamera.

Jeg beder sygehuset om at oplyse hvor ofte det forekommer at der træffes beslutning om begrænsning i adgangen til telefonering, og på hvilken måde denne begrænsning sker.

En patient fra retspsykiatrisk afsnit E1, som jeg havde en samtale med under inspektionen, klagede over at det koster 5 kr. at foretage opkald fra afsnittets fastnettelefon til en mobiltelefon. Efter inspektionen sendte jeg klagen videre til sygehusledelsen som en anmodning fra patienten om en billigere telefonordning.

Psykiatrilæden oplyste i et brev af 27. august 2007 at opkaldsafgiften ifølge TDC er 5 kr. inklusiv 85 sekunders taletid, og at der kun skal betales opkaldsafgift hvis der opnås forbindelse. Herefter er taksten 70 øre i minuttet når der ringes til en fastnettelefon. Hvis der ringes til en mobiltelefon varierer taksten afhængig af selskabet, men som regel er prisen for at ringe til en mobiltelefon ca. 3 kr. i minuttet. Afdelingsledelsen og sygehusledelsen var enig med patienten i at det er dyrt at ringe, især til en mobiltelefon. Ledelsen havde imidlertid ikke umiddelbart et løsningsforslag, men lovede at overveje alternative løsninger.

Jeg beder sygehuset oplyse om der er fundet en løsning så det er blevet billigere for patienterne at ringe fra sygehusets fastnettelefoner.

5.20 Rygepolitik

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

Den nævnte lov er nu afløst af lov nr. 512 af 6. juni 2007 om røgfri miljøer som trådte i kraft den 15. august 2007. Formålet med loven er at udbrede røgfri miljøer med henblik på at forebygge sundhedsskadelige effekter af passiv rygning og forebygge at nogen ufrivilligt kan udsættes for passiv rygning (§ 1). Ifølge § 6, stk. 1, er det ikke tilladt at ryge på indendørs arbejdspladser medmindre andet fremgår af lovens øvrige bestemmelser (§ 4, stk. 1). Sygehuse er omfattet af § 6. Den enkelte arbejdsplads kan

beslutte at indrette særlige rygelokaliteter i form af rygerum og rygekabiner (§ 6, stk. 3). Et rygerum er et særligt lokale med gode udluftningsmuligheder eller ventilation, og det må ikke tjene som gennemgangsrum eller indeholde funktioner som anvendes af andre (§ 3, stk. 1). Sygehuse og lignende institutioner kan i ganske særlige tilfælde tillade patienter og pårørende at ryge (§ 10). Ifølge bemærkningerne til § 10 i lovforslaget er der tale om en konduite bestemmelse som kun bør anvendes i ganske særlige tilfælde som f.eks. når en patient bliver orienteret om at den pågældende har fået diagnosticeret en meget alvorlig og livstruende sygdom, eller når en pårørende opholder sig på sygehuset i forbindelse med at en nærtstående befinder sig i en livstruende tilstand eller terminal fase.

Region Nordjylland har formuleret en overordnet rygepolitik der gælder for hele regionen. Denne politik er aftalt i Hovedudvalget den 27. juni 2007 og har været gældende fra den nye lovs ikrafttrædelse den 15. august 2007. Der må herefter ikke ryges på regionens arbejdspladser, dvs. bygningerne er røgfrie, og rygning må kun foregå på anviste steder. Patienter på regionens sygehuse må kun ryge i særlige situationer og på særlige steder. Regionens sektorer kan tilføje retningslinjer til den overordnede rygepolitik og kan herunder beslutte en mere restriktiv rygepolitik. Retningslinjerne, der skal være skriftlige, skal herudover implementere den overordnede rygepolitik og kan beskrive praktiske forhold som f.eks. placering, indretning, skiltning og information af rygested(er) samt særlige forhold vedrørende patienter. Det fremgår af hjemmesiden for Psykiatrien i Region Nordjylland at den overordnede politik også er gældende for psykiatrien.

I Psykiatriens generelle husorden er der oplysning om at hvert afsnit har et rum til rygning, og at rygning på sengestuer reguleres af afsnittets retningslinjer således at der tages hensyn til den enkelte patients situation og tilstand.

Den generelle husorden er udarbejdet før vedtagelsen af lov om røgfri miljøer og før aftalen om regionens overordnede rygepolitik. Jeg beder derfor Psykiatrien i Region Nordjylland om – hvis det ikke allerede er sket - at overveje at præcisere den generelle husorden i overensstemmelse med de nye lovregler og den overordnede rygepolitik, herunder § 10 i lov om røgfri miljøer hvorefter sygehuse kun i ganske særlige tilfælde kan tillade patienter at ryge indendørs (når der ikke er tale om rygning i eventuelle særlige rygerum). Jeg beder om underretning om resultatet af regionens overvejelser.

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang ovenfor, var der på inspektionsstidspunktet (dvs. før den nye lov om røgfri miljøer trådte i kraft) et lille, lukket rygerum på afsnit S5, men det var samtidig tilladt for patienterne at ryge i afsnittets lille op-

holdsstue som er indrettet i forbindelse med en del af gangarealet. På afsnit S6 kunne patienterne ryge på deres stuer, og på psykiatrisk skadestue var venteværelset blot ved skiltning (ikke fysisk adskillelse) opdelt i en ryger-afdeling og en ikke-ryger-afdeling.

Det fremgår af referatet af et ordinært møde i Psykiatriens MED-udvalg den 13. november 2007 at der i efteråret 2007 har været en undersøgelse af rygepolitikken på alle 19 sengeafsnit i regionen. Undersøgelsen viste at 8 sengeafsnit på det pågældende tidspunkt overholdt rygepolitikken. Det fremgår endvidere af referatet at 7 afsnit i samme uge ville få opsat rygepavilloner og herefter vil indrette forholdene så afsnittene kan overholde rygepolitikken. To lukkede afsnit får sikrede udearealer og kan derefter overholde rygepolitikken. Ét lukket afsnit er til dels røgfrit, men patienterne ryger på stuerne. Enkelte ældre meget svagelige demente på afsnit G18 (Brønderslev) får lov til at ryge i en besøgsstue, mens de øvrige patienter på dette afsnit ryger udenfor.

Det er ikke helt klart for mig hvilke af oplysningerne i referatet der vedrører Aalborg Psykiatriske Sygehus. Jeg beder derfor sygehuset om at oplyse hvordan forholdene er på sygehusets enkelte afsnit med hensyn til overholdelse af lov om røgfri miljøer og regionens rygepolitik.

5.21 Euforiserende stoffer og alkohol

Det er ikke tilladt at "indføre eller forhandle" alkohol og euforiserende stoffer, hverken i afsnittet eller på sygehusets område. Et sådant forbud fremgår af den generelle husorden. Det fremgår endvidere heraf at det ikke er tilladt at være påvirket af alkohol eller stoffer, og at sygehuset kan beslaglægge stoffer og andre ulovlige effekter og videregive det til politiet.

Af husordenerne for de enkelte afsnit (undtagen husordenen for afsnit S5) fremgår det også at det ikke er tilladt at indtage og/eller være i besiddelse af alkohol og stoffer under indlæggelsen. Husordenerne er forskellige i deres formulering heraf.

Under inspektionen blev det oplyst at sygehuset sjældent finder euforiserende stoffer på retspsykiatrisk afsnit E1, men at det er sygehusets opfattelse at der er stoffer på afsnittet ca. 80 pct. af tiden. Besøgende må ikke komme ind på selve afsnittet, men kun i besøgsrummet i tilknytning til "slusen", og efter sygehusets opfattelse er det formentlig med til at begrænse euforiserende stoffer på afsnittet lidt. Patienter som har tilladelse til udgang, kan blive kropsvisiteret når de kommer tilbage til afsnittet.

Jeg går ud fra at sygehuset i forbindelse med undersøgelse af patientstuer og kropsvisitation af patienter overholder reglerne i psykiatrilovens § 19 a. Jeg henviser til pkt. 5.19 ovenfor om visitation.

Den 14. og 15. januar 2008 fremgik det af artikler i dagspressen (Politiken og Fyns Stiftstidende) at stofmisbruget er stort på landets lukkede psykiatriske afdelinger, og at det er et problem fordi stofferne modvirker den lægelige (medicinske) behandling, og fordi stoffri patienter påvirkes til at tage euforiserende stoffer. En overlæge fra Aalborg Psykiatriske Sygehus blev i nogle af artiklerne citeret for udtalelser om omfanget af misbruget på ét af sygehusets lukkede afsnit. Det fremgik i den forbindelse at andelen af psykisk syge som samtidig er misbrugere, er steget kraftigt, at der i den senere tid har været meget store problemer med stoffer inde i afsnittet, og at det ikke kun drejer sig om hash, men også hårde stoffer som kokain, amfetamin og ecstasy. Endvidere fremgik det at der på det pågældende afsnit ikke længere er stoffri perioder, og at behandlere og personale ikke er blevet systematisk uddannet til at håndtere udfordringen.

Jeg beder sygehuset om at oplyse hvad man aktuelt gør for at begrænse omfanget af stoffer på sygehusets afsnit, og om sygehuset har overvejelser om en intensiveret indsats på området, herunder yderligere uddannelse af personale til at tackle de særlige problemer som det øgede stofmisbrug blandt patienterne medfører.

Det fremgår af den generelle husorden at indbyrdes handel mellem patienter og bytte af værdigenstande mv. under indlæggelsen ikke er tilladt. Ifølge instruksen til personalet skal der ved begrundet mistanke om handel og bytte mellem patienter ske en drøftelse med de involverede parter, og eventuelle handler skal stoppes eller gå tilbage.

Jeg går derfor ud fra at personalet er opmærksomt på at forebygge og forhindre optræk til at nogle patienter bliver økonomisk afhængige af andre patienter ved at der foregår handel med eller bytte af ejendele patienterne imellem.

5.22 Kæresteforhold mellem patienterne

Sygehuset har ikke oplyst om kæresteforhold mellem patienterne generelt frarådes eller accepteres, men under rundgangen på retspsykiatrisk afsnit E1 blev det oplyst at kæresteforhold mellem patienterne ikke er tilladt.

Jeg beder om at få oplyst hvordan holdningen til kæresteforhold mellem patienter er på de øvrige afsnit.

5.23 Patientindflydelse

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

Psykiatrien i Region Nordjylland har en brugerpolitik som har til formål dels at give brugerne (de psykisk syge) informationer om hvad de har krav på når de kommer i kontakt med et af Psykiatriens tilbud, dels at styrke samspillet og dialogen mellem brugerne og medarbejderne i Psykiatrien. Der er udarbejdet en pjece om brugerpolitikken som hedder "Psykiatriens samspil med den psykisk syge: Det drejer sig om dig". Pjecen findes bl.a. på regionens hjemmeside.

Pjecen indeholder bl.a. en side med overskriften "Vi vil sikre dig indflydelse på din egen dagligdag". Det fremgår heraf at den psykisk syge – i sin kontakt med psykiatrien – kommer til at indgå i et socialt fællesskab med andre sindslidende og med psykiatriens medarbejdere, og at det derfor er vigtigt at medarbejderne er opmærksomme på patientens individuelle ønsker og behov, så patienten får en dagligdag der fungerer. Der bliver samtidig gjort opmærksom på at det er vigtigt at patienten i samarbejde med de øvrige patienter laver nogle spilleregler for hvordan den fælles dagligdag skal være, og at medarbejderne derfor vil støtte at der bliver arrangeret fællesmøder. Det oplyses at patienten på fællesmøderne kan være med til at træffe beslutninger om f.eks. kost og aktiviteter mv., og at en pårørende/bisidder kan deltage i møderne, hvis patienten ønsker det.

Ifølge husordenen for afsnit S7 på Aalborg Psykiatriske Sygehus er der patientmøde den første onsdag i hver måned hvor der er mulighed for at tale sammen om de praktiske problemer der opstår i hverdagen, og for at komme med forslag til ændringer i afsnittets struktur. Der er samtidig orientering fra ledelsen til patienterne.

En patient fra afsnit S7 som jeg havde samtale med under inspektionen, klagede over at der ikke havde været afholdt patientmøder på afsnittet igennem flere måneder.

Af husordenerne for de tre åbne afsnit S1, S2 og S3 på Brandevej (som jeg også har modtaget) fremgår det at personalet tilstræber at der holdes patientmøde en gang i kvartalet. Her vil overlægen og afdelingssygeplejersken være til stede, og patienterne har mulighed for at tilkendegive generelle synspunkter om afsnittet. Der bliver skrevet referat af mødet, og en kopi af referatet sendes til sygehusledelsen til orientering.

Jeg beder om at få oplyst om alle afsnit på sygehuset holder patientmøder, hvor ofte møderne faktisk bliver afholdt, hvilke emner der typisk drøftes på møderne, og om der udarbejdes referat af møderne med kopi til sygehusledelsen.

Jeg beder endvidere om at få oplyst hvordan patienterne inddrages i forbindelse med ændring af husordenerne for de enkelte afsnit.

Der foretages løbende tilfredshedsundersøgelser blandt brugere/patienter og pårørende i hele landet om deres oplevelser og vurderinger af de psykiatriske tilbud og ydelser. Resultatet af undersøgelserne offentliggøres (nu) på regionernes hjemmesider.

Seneste undersøgelse vedrørende de almenpsykiatriske sengeafsnit i det tidligere Nordjyllands Amt er foretaget i 2005, og resultatet heraf foreligger i rapporter fra februar 2006. Heraf fremgår det at 52 pct. af patienterne på de deltagende afsnit i afdeling Syd samlet set havde et enestående eller godt indtryk af deres indlæggelse.

Blandt afsnittene S5, S6, S7 og S8 var tilfredsheden størst på det åbne afsnit S5 hvor 72 pct. af patienterne havde et enestående eller godt indtryk af deres indlæggelse. Tilfredsheden var mindst på det lukkede afsnit S6 hvor kun 48 pct. havde et enestående eller godt indtryk af deres indlæggelse. Til sammenligning var landsgennemsnittet på 65 pct. og gennemsnittet for Nordjyllands Amt på 59 pct.. Blandt de pårørende til patienterne i afdeling Syd havde 3 pct. et enestående indtryk af kontakten med sengeafsnittet, 25 pct. havde et godt indtryk og 43 pct. havde et både godt og dårligt indtryk. Landsgennemsnittet var 7 pct. (enestående), 27 pct. (godt) og 31 pct. (både godt og dårligt), mens gennemsnittene for Nordjyllands Amt var 1 pct. (enestående), 30 pct. (godt) og 37 pct. (både godt og dårligt).

På de retspsykiatriske sengeafsnit er den seneste tilfredshedsundersøgelse foretaget i 2006-2007, og resultatet foreligger i en rapport fra oktober 2007. Det understreges at svarprocenten på landsplan er betænkelig lav (41 pct.), og at resultaterne derfor skal bruges med forsigtighed. På afsnit E1 i Region Nordjylland var der 15 svarpersoner. 13 pct. havde et enestående samlet indtryk af deres indlæggelse på afsnittet hvilket svarer til landsgennemsnittet. 27 pct. havde et godt samlet indtryk af deres indlæggelse.

se hvilket er 10 pct. lavere end landsgennemsnittet, mens 33 pct. havde et både godt og dårligt indtryk hvilket er knap det samme som landsgennemsnittet (37 pct.).

På børne- og ungdomspsykiatriens område er der i 2007 for første gang gennemført en landsdækkende tilfredshedsundersøgelse blandt patienter og pårørende. Resultaterne er endnu ikke offentliggjort.

5.24 Rekruttering af personale og sygefravær

Sundhedsstyrelsen forudser i sin prognose for udbuddet af læger (2006) at der vil ske et fald på 40 pct. i antallet af psykiatere på landsplan frem til år 2020 hvorefter udbuddet langsomt vil begynde at stige. På landsplan er mangel på sygeplejersker også et voksende problem, herunder især sygeplejersker med specialuddannelse i psykiatrisk pleje.

På Danske Regioners hjemmeside (www.regioner.dk) findes et notat om udviklingen i sundhedsvæsenets tilbud til sindslidende. Heri er anført følgende om personalesituationen generelt:

"Manglen på kvalificeret personale er i disse år en væsentlig hindring for udbygningen af tilbudene i psykiatrien. Over en årrække har man målrettet forsøgt at udvide uddannelseskapaciteten, navnlig den kliniske videreuddannelse til speciallæge i psykiatri og i børne- og ungdomspsykiatrien.

Ifølge DSI-rapporten 'Medicinstuderendes og yngre lægers valg af speciale – udfordringer og muligheder for psykiatrien' har 46 pct. af de medicinstuderende og 61 pct. af de yngre læger fravalgt psykiatrien. Blandt de medicinstuderende, der har fravalgt psykiatrien, skete det for 42 pct. vedkommende allerede før studiet. Ca. 15 procent af stillingerne som psykiater i voksenpsykiatrien er ledige. Inden for børne- og ungdomspsykiatrien er det omkring 30 procent. Værst ser det ud i yderområderne, f.eks. Nordjylland. Næsten halvdelen af alle uddannelsesstillinger er ikke besatte.

Trods rekrutteringsvanskelighederne har der været en stigning i antallet af læger i psykiatrien siden 90'erne. Tabel 4.1 viser udviklingen i antal fuldtidsbeskæftigede i sygehus- og distriktspsykiatrien. Antallet af læger i psykiatrien er næsten fordoblet i perioden, fra 694 fuldtidsbeskæftigede læger i 1993 til 1.270 i 2006. Psykologstaben er blevet udbygget betydeligt igennem årene, mens antallet af sygeplejersker har haft en mere moderat stigning."

Problemerne med rekruttering og fastholdelse af relevant personale er omtalt i bl.a. Region Nordjyllands psykiatriplan (afsnit 14). Det fremgår tillige af regionens hjemmeside at Region Nordjylland den 14. september 2007 har udarbejdet en rapport vedrørende rekruttering og omdømme, og at Psykiatrien (i januar 2008) har udarbejdet et

notat "Grundlag til strategi for rekruttering, fastholdelse, kompetence- og opgaveudvikling i Psykiatrien i Region Nordjylland".

I rapporten af 14. september 2007 om rekruttering og omdømme er en opgørelse over antallet af fuldtidsstillinger inden for budgetrammen for de enkelte personalegrupper. Antallet af fuldtids lægestillinger er 102. Det fremgår tillige at antallet af ledige lægestillinger i 2006 gennemsnitligt var 29 stillinger, svarende til at ca. hver tredje lægestilling var ubesat. Da den udtalte mangel på speciallæger ikke kan løses på kort sigt, har arbejdsgruppen anbefalet at der (ud over fortsat rekruttering af svenske lægevikarer) rekrutteres 5-10 udenlandske speciallæger i psykiatri årligt i 5 år.

Manglen på almindelige sygeplejersker skal ligeledes afhjælpes ved udenlandsk arbejdskraft og manglen på specialuddannede sygeplejersker ved etablering af uddannelses- og ph.d.-stillinger. Regionen har modtaget en statslig merbevilling på 1,1 mio. kr. til at videreføre specialuddannelsen til psykiatrisk sygeplejerske. Bevillingen udbetales som permanent bloktilskud fra og med 2007.

Arbejdsgruppen anbefaler samtidig at der etableres særlige mentorordninger for de udenlandske læger og sygeplejersker. For at imødegå problemer og barrierer af faglig, sproglig, social og kulturel karakter skal der desuden etableres regionale introduktions- og uddannelsesprogrammer målrettet de udenlandske speciallæger og sygeplejersker.

Regionen har iværksat en række tiltag for at forbedre mulighederne for at tiltrække og fastholde personale til regionen (herunder Psykiatrien). Et af disse er mere i løn til FOA-ansatte, herunder social- og sundhedsassistenter, og til sygeplejersker som har opgaver der tidligere blev varetaget af læger. I afdeling Syd får nyansatte sygeplejersker et nøje planlagt introduktionsprogram og en mentorordning.

For at styrke rekrutteringsindsatsen er der desuden oprettet to stillinger som henholdsvis personalekonsulent og analyse- og planlægningsmedarbejder.

Af en oversigt over normerede og besatte lægestillinger i Psykiatrien i Region Nordjylland fra juni 2007 som jeg modtog forud for inspektionen, fremgår det at der samlet set for hele regionen er en normering på i alt 105,75 læger, heraf i alt 5 forskningslæger mv. Det fremgår tillige at 78,82 af disse stillinger var besat (heraf alle forskningsstillingerne mv.).

På Aalborg Psykiatriske Sygehus var 23,81 ud af i alt 44,00 normerede lægestillinger på afdeling Syd besat hvilket svarer til ca. 54 pct. 5 af stillingerne var besat med udenlandske læger (3 svenske og 2 litauiske læger).

På afdeling A var 14,00 ud af i alt 15,00 normerede lægestillinger besat, og også her var 5 af stillingerne besat med udenlandske læger (3 svenske og 2 litauiske læger). Godt hver tredje af de besatte lægestillinger var således besat med en udenlandsk læge.

På afdeling E var 6,00 ud af i alt 7,25 normerede lægestillinger besat.

Med hensyn til antallet af udenlandske læger oplyses det i noter til oversigten at to af de svenske læger på afdeling A vil fratæde medio 2007, og at det endnu var uklart om de resterende svenske læger ville fortsætte. Det oplyses endvidere at det forventes at yderligere tre litauiske læger tiltræder henholdsvis en stilling i afdeling A og to stillinger i afdeling Syd den 1. oktober 2007.

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang ovenfor under pkt. 3.5 blev børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling reorganiseret i 2006 på grund af vedvarende lægemangel, og som følge heraf fik afdelingen en mindre samlet kapacitet end hidtil. Der blev ved etableringen af den nye børne- og ungdomsafdeling lagt vægt på at gøre den så fleksibel at kapaciteten hurtigt kunne udvides når der kom flere lægelige ressourcer til.

Jeg har noteret mig at regionen har iværksat en række tiltag med henblik på bedre at kunne tiltrække og fastholde personale til bl.a. psykiatrien.

Jeg beder om at få nærmere oplysninger om den aktuelle personalemæssige situation med hensyn til normerede og besatte lægestillinger på Aalborg Psykiatriske Sygehus, herunder hvor mange udenlandske læger der er ansat. I tilknytning hertil beder jeg også om at få oplyst om det har været muligt at udvide kapaciteten på afdeling A.

Ifølge en udleveret opgørelse over sygefraværet i 2006 var det samlede gennemsnitlige sygefravær for Psykiatrien i 2006 på 5,61 pct. svarende til 14,97 sygefraværsdage pr. medarbejder. I 2003, 2004 og 2005 var det samlede gennemsnitlige sygefravær henholdsvis 13,8 dage, 14,00 dage og 13,99 dage pr. medarbejder.

I afdeling Syd var det samlede sygefravær i 2006 i gennemsnit 6,88 pct. svarende til 18,35 dage i gennemsnit pr. medarbejder. Der er tale om en markant stigning i forhold til de foregående år idet det gennemsnitlige antal sygefraværsdage var 14,40 i 2005, 13,21 i 2004 og 12,06 i 2003.

I afdeling A var det samlede sygefravær i 2006 i gennemsnit 5,61 pct. svarende til 14,90 dage i gennemsnit pr. medarbejder. Der er tale om et markant fald i forhold til

2005 og 2004 hvor det gennemsnitlige antal sygefraværsdage var henholdsvis 20,90 og 17,70, men en stigning i forhold til 2003 hvor tallet kun var 11,5.

I afdeling E var det samlede sygefravær i 2006 i gennemsnit 5,05 pct. svarende til 13,77 dage i gennemsnit pr. medarbejder. Der er her tale om et markant fald i forhold til de foregående år idet det gennemsnitlige antal sygefraværsdage var 18,56 i 2005, 22,40 i 2004 og 21,9 i 2003.

På Psykiatriens hjemmeside findes tillige en opgørelse over sygefraværet for 1. halvår 2007 og til sammenligning en opgørelse for 1. halvår 2005 og 2006. For første halvår 2007 var det samlede gennemsnitlige sygefravær 7,32 dage pr. medarbejder hvilket er lidt lavere end 1. halvår 2006 hvor tallet var 7,87, og lidt højere end 1. halvår 2005 hvor tallet var 6,92.

På afdeling Syd var det gennemsnitlige sygefravær i 1. halvår 2007 8,55 dage hvilket er et fald i forhold til 1. halvår 2006 hvor tallet var 9,34, men en stigning i forhold til 1. halvår 2005 hvor tallet var 7,15.

På afdeling A var det gennemsnitlige sygefravær i 1. halvår 2007 på 7,95 dage hvilket er et fald i forhold til 1. halvår 2005 og 2006 hvor fraværet var henholdsvis 9,64 og 8,89 dage pr. medarbejder i gennemsnit.

På afdeling E var det gennemsnitlige sygefravær i 1. halvår 2007 6,65 hvilket også er et fald i forhold til 1. halvår 2005 og 2006 hvor fraværet var henholdsvis 8,89 og 7,50 dage pr. medarbejder i gennemsnit.

Fraværsprocenten er ved halvårsstatistikken også opgjort i aldersgrupper, herunder for hvert køn for sig (som arbejdsmiljøgrupperne skal anvende til bl.a. APV på sygefravær). Fraværet var i 1. halvdel af 2007 størst blandt mænd i alderen 60 år og opfater (12,32 dage i gennemsnit).

Det fremgår endvidere af et referat fra et møde den 12. februar 2008 i Psykiatriens MED-udvalg at der foreligger en oversigt over sygefraværet for (hele) 2007, men denne oversigt ses ikke at ligge på hjemmesiden (endnu). Ifølge referatet er der centralt i regionen truffet beslutning om at opgøre fravær efter arbejdsskader separat, og samlet set var sygefraværet i 2007 derfor på samme niveau som i 2006.

Jeg har noteret mig at der i 1. halvdel af 2007 er sket et lille fald i det gennemsnitlige antal sygedage på alle tre afdelinger på Aalborg Psykiatriske Sygehus i forhold til året før.

Udviklingen i sygefraværet er behandlet på møder i Psykiatriens MED-udvalg som nævnt senest på mødet den 12. februar 2008. Det fremgår af referatet af et møde den 12. juni 2007 at det samlede gennemsnitlige sygefravær på 14,97 dage i 2006 er det højeste sygefravær der er registreret i Psykiatrien. Årsagerne var dels flere alvorligt syge medarbejdere med langvarige fraværsforløb, dels fravær på grund af stresspåvirkninger som følge af betydelige strukturelle omstillinger i Psykiatrien. Medlemmerne kunne herudover ikke forklare hvorfor de ansatte havde været mere syge end ellers, men drøftede en række mulige årsager hertil og hvilke tiltag der kunne iværksættes. Det blev besluttet at undersøge årsagerne til sygefraværet nærmere og overveje forskellige analysemuligheder og tiltag for at nedbringe sygefraværet. I referatet af et møde den 4. september 2007 er det anført at den samlede udvikling af sygefraværet for 1. halvår 2007 viste et mindre fald i fraværet, og at der i udvalget var tilfredshed med de nye opgørelser om sygefravær og alder. Af referatet af mødet den 12. februar 2008 fremgår det at Psykiatrien har det højeste sygefravær inden for regionen, og at det derfor blev besluttet at nedsætte en arbejdsgruppe der skal vurdere sygefraværet generelt.

Af referatet af et møde den 18. december 2007 i Psykiatriens MED-udvalg fremgår det at Hovedudvalget havde planlagt en temadag med sektor MED-udvalgene den 12. marts 2008 med temaet "De bedste arbejdspladser og sygefravær". Det fremgår så vidt ses ikke af hjemmesiden om denne temadag har været afholdt.

Jeg beder regionen om at underrette mig om resultatet af de nævnte undersøgelser om årsagerne til det høje sygefravær og om de tiltag der eventuelt bliver iværksat for at nedbringe sygefraværet.

Region Nordjylland har en skriftlig sygdomspolitik som er godkendt i det tidligere Nordjyllands Amt. Sygdomspolitikken er aftalt som et personalepolitisk tiltag inden for samarbejdsaftalen og indgår dermed som en del af Psykiatriens personalepolitik. Hensigten med sygdomspolitikken er at medarbejdere og ledelse på en aktiv måde støtter den enkelte medarbejder i en sygdomsperiode eller et sygdomsforløb. Målsætningen er bl.a. at skabe værdige rammer for et samtalsystem der sikrer en tidlig opfølgning ved sygdom, og at afdække og forebygge arbejdsrelaterede sygdomme. Formålet er endvidere bl.a. at øge den forebyggende arbejdsmiljøindsats både i forhold til det fysiske og psykosociale område og at søge langtidssyge omplaceret eller beskæftiget på særlige vilkår.

Sygefraværspolitikken indeholder retningslinjer for opfølgning i sygdomsforløb. For at sikre en hurtig opfølgning er der etableret et kontakt- og samtalsystem. Ved sygefra-

vær ud over en uge skal der tages kollegial kontakt til den syge medarbejder. Ved et samlet sygefravær udover 2 uger eller ved kortvarige fraværsperioder udover 14 dage samlet inden for de sidste 12 måneder, skal der tages kontakt til den sygemeldte for at høre om arbejdspladsen kan gøre noget for den sygemeldte. Der skal aftales lokale procedurer for hvornår og hvem der kontakter den sygemeldte (tillids-/sikkerhedsrepræsentant eller ledelse), men det er ledelsens ansvar at den sygemeldte kontaktes. Den sygemeldte skal have et åbent og stående tilbud om at kontakte tillids-/sikkerhedsrepræsentanten eller ledelsen med henblik på råd og vejledning. Ved henholdsvis 3 ugers fortløbende sygefravær eller 20 sygedage inden for 12 måneder eller ved 6 sygeperioder inden for 12 måneder skal den sygemeldte tilbydes en personlig samtale med lederen, tillids- og/eller sikkerhedsrepræsentanten og eventuelt andre, f.eks. en kontaktperson. Skyldes sygdommen forhold i arbejdsmiljøet, skal sikkerhedsgruppen søge at udrede årsagerne og søge problemerne løst. Ved fortsat fravær skal der indkaldes til en statussamtale der har til formål at klarlægge sygdommens arbejdsmæssige konsekvenser og drøfte den sygemeldtes fremtidige muligheder.

Oplysningerne om regionens sygdomspolitik giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.25 Vold mod personalet

Det nærmere omfang af vold og trusler om vold mod personalet blev ikke drøftet under inspektionen.

Psykiatrien i Region Nordjylland har en handleplan over for vold på arbejdspladsen. Formålet med handleplanen er bl.a. at sikre at der skabes en fælles forståelse af voldsproblematikken på den enkelte arbejdsplads, at der gennemføres arbejdspladsvurderinger (APV) med fokus på vold, at medarbejderne uddannes til at håndtere vold og trusler, at voldsulykker og trusler om vold registreres, og at der udarbejdes retningslinjer for krisehjælp og for hvornår arbejdspladsen skal politianmelde en voldsepisode.

Det fremgår bl.a. af handleplanen at voldsproblematikken jævnligt skal drøftes på interne og tværfaglige personalemøder. Plejepersonalet skal på obligatoriske grundkurser i psykofysisk og psykologisk konflikthåndtering, mens øvrige medarbejdere fra behandlergruppen anbefales at deltage i kurserne. Medarbejdere der har gennemgået et obligatorisk grundkursus, skal minimum to gange om året deltage i et vedligeholdelseskursus. Desuden skal alle nyansatte medarbejdere gennem et introduktionsprogram som indeholder elementer om voldsforebyggelse, konflikthåndtering og krisehjælp.

Ifølge handleplanen skal vold eller trusler om vold mod en medarbejder eller medpatient anmeldes til politiet når volden er af særlig farlig karakter (forbrydelser mod liv og legeme), og når trusler om vold forventes udført. Der skal på hvert afdelingsområde etableres en mindre gruppe af ledelses- og medarbejder-repræsentanter som skal rådgive ledelsen med hensyn til om der bør ske politianmeldelse. Der gøres i handleplanen opmærksom på at der uanset om en voldsepisode anmeldes, skal foretages en systematisk faglig og arbejdsmiljømæssig vurdering af episoden i henhold til gældende retningslinjer.

Psykiatrien har udarbejdet en vejledning om krisehjælp efter voldsomme og chokerende hændelser. Vejledningen foreligger i form af en pjece som på en kort og overskuelig måde omhandler bl.a. psykisk førstehjælp som kan ydes af kolleger og ledelse, professionel krisehjælp ved psykolog, lederens rolle i krisesituationer og kollektiv debriefing.

I handleplanens afsnit om registrering af voldsulykker og trusler om vold henvises der til Psykiatriens vejledning om anmeldelse af arbejdsskader. Det fremgår af vejledningen at når der sker en ulykke, skal den ansatte straks meddele dette til den nærmest fungerende leder som herefter har ansvaret for at ulykken anmeldes. Det påpeges at arbejdsmiljøorganisationen har ret og pligt til at følge at anmeldelsen sker efter vejledningens regler.

Ifølge en opgørelse over arbejdsskader fra Psykiatrien i det tidligere Nordjyllands Amt var der i 4. kvartal 2006 i alt 85 arbejdsskader i amtet, hvoraf de 66 tilfælde vedrørte vold (35) og trusler om vold (31). Ifølge en tilsvarende opgørelse på Psykiatrien i Region Nordjyllands hjemmeside var der i 4. kvartal 2007 i alt 27 arbejdsskader i psykiatrien i regionen, hvoraf de 22 tilfælde vedrørte vold (15) og trusler om vold (7).

Opgørelsen fra Psykiatrien i det tidligere Nordjyllands Amt omfatter tillige socialpsykiatriske botilbud der nu hører under enten Speciaalsektoren i Region Nordjylland eller en kommune og derfor ikke indgår i opgørelsen fra Psykiatrien i Region Nordjylland. Disse botilbud tegnede sig for i alt 32 af de 85 arbejdsskader i 4. kvartal 2006.

Af de 85 arbejdsskader i 4. kvartal 2006 var der 15 på afdeling Syd, 4 på afdeling E og 1 på afdeling A. Det fremgår ikke af opgørelsen hvor mange af disse arbejdsskader der vedrørte vold og trusler om vold.

I hele år 2006 var der i alt 320 arbejdsskader i amtet (heraf 114 i de socialpsykiatriske botilbud). Af det samlede antal arbejdsskader var der 95 på Afdeling Syd, 21 på Afdeling E og 9 på Afdeling A. Det fremgår ikke af opgørelsen hvor mange af disse arbejdsskader der vedrørte vold og trusler om vold.

Antallet af arbejdsskader i Nordjyllands Amt i 2006 svarede til 0,28 skader pr. fuldtidsansat hvilket er mindre end året før og i årene 1999 til og med 2002. I 2003 og 2004 var der henholdsvis 0,26 og 0,21 arbejdsskader pr. fuldtidsansat.

Udviklingen i antallet af arbejdsskader er behandlet på møder i Psykiatriens MED-udvalg. Det fremgår af referatet af et møde den 13. november 2007 hvor arbejdsskade-statistikken for 3. kvartal 2007 blev gennemgået, at det forholdsmæssige antal arbejdsskader (indtil da) var steget i forhold til 2006. Der er angivet to forhold som årsag til stigningen. For det første 40 ekstraordinære skader i 1. kvartal 2007 fra dagafsnit A3. Skaderne gav efterfølgende anledning til en indsats omkring arbejdsmiljøforholdene hvilket havde løst problemerne. For det andet har der været to stærkt psykotiske og udadreagerende patienter på afsnit S6 og S8. Det fremgår endvidere af referatet af et møde i MED-udvalget den 18. december 2007 at der fra januar til november 2007 var forholdsvis flere alvorlige arbejdsulykker med efterfølgende sygefravær. En analyse havde vist at ulykkerne var koncentreret om fem skadevoldere hvor alene én skadevolder i ét hændelsesforløb havde forårsaget 4 alvorlige voldsulykker med tilsammen 178 dages sygefravær. Det blev på mødet besluttet at nedsætte en arbejdsgruppe til at gå dybere ned i analysen om de sikkerhedsmæssige og faglige elementer. Gruppen skal herefter stille forslag til forebyggende tiltag. Det fremgår endelig af referatet af et møde i MED-udvalget den 1. april 2008 at der i 2007 samlet set var 206 arbejdsulykker i Psykiatrien, og at det er det laveste antal indenfor de sidste 11 år.

Ifølge en opgørelse af 4. juni 2007 fra Psykiatrien i Region Nordjylland er der "i løbet af det sidste år" foretaget to politianmeldelser af vold. Begge anmeldelser er foretaget den 25. maj 2007 og vedrørte henholdsvis vold mod personale og vold mod en medpatient på retspsykiatrisk afsnit E1.

Jeg beder sygehuset om at oplyse nærmere om omfanget af vold og trusler om vold mod personalet i hele 2006 og 2007, herunder i hvilket omfang der er sket politianmeldelse.

Jeg har forstået Psykiatriens handleplan således at det ikke er den forurettede medarbejders, men ledelsens ansvar at indgive politianmeldelse i forbindelse med vold eller trusler om vold mod personalet. Jeg kan til orientering oplyse at jeg i forbindelse med tidligere inspektioner af psykiatriske afdelinger har udtalt at det efter min opfattelse er mest hensynsfuldt over for den forurettede medarbejder at det er ledelsen (afsnitsledelsen) som under normale omstændigheder indgiver politianmeldelse i forbindelse med vold eller trusler om vold mod personalet, dog med mulighed for at undlade dette hvis den forurettede ikke ønsker det.

Jeg beder regionen om at underrette mig om resultatet af arbejdsgruppens arbejde vedrørende forslag til forebyggelse af arbejdsskader.

5.26 Sprogbarrierer mv.

Omfanget af patienter med anden etnisk oprindelse end dansk blev ikke oplyst under inspektionen, men jeg går ud fra at sygehuset jævnligt har flere patienter med anden etnisk oprindelse end dansk, og at det kan give anledning til sprogproblemer.

Jeg beder sygehuset oplyse om husordener og andet generelt informationsmateriale, herunder Psykiatriens skriftlige informationsmateriale til patienter om anvendelse af tvang som omtalt ovenfor under pkt. 5.12, findes på andre sprog end dansk.

Som det fremgår ovenfor af pkt. 5.24 om rekruttering har en arbejdsgruppe under Region Nordjylland anbefalet at der rekrutteres 5-10 udenlandske speciallæger i psykiatri årligt i 5 år, og at der anvendes svenske speciallæger som vikarer i Psykiatrien for at afhjælpe manglen på læger. Arbejdsgruppen har endvidere anbefalet at rekruttere udenlandske basissygeplejersker for at afhjælpe manglen på almindelige sygeplejersker. Som det også fremgår ovenfor af pkt. 5.24 havde Aalborg Psykiatriske Sygehus flere udenlandske (svenske og litauiske) læger ansat i 2007.

Jeg går ud fra at ansættelsen af udenlandske læger kan give anledning til kommunikationsvanskeligheder mellem læger og patienter, og jeg beder derfor om at få oplyst hvad sygehuset gør for at mindske disse vanskeligheder.

Jeg har noteret mig at Psykiatrien – ifølge referatet af et møde i MED-udvalget den 1. april 2008 – har sat en annonce i nordtyske aviser for at søge nordtyske sygeplejersker der kan tale dansk

Jeg beder endvidere om at få oplyst hvad sygehuset gør for at sikre at den information som patienterne får om helbredstilstand og behandlingsmuligheder, er forståelig for patienterne i den nødvendige udstrækning.

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 §§ 35-42 og §§ 44-45 i bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger (som trådte i kraft den 1. januar 2007) vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstillbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfikse-

ring, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer, anvendelse af særlige dørlåse, anvendelse af personlig skærmning og aflåsning af døre i afdelingen. Min anmodning omfattede tilførsler foretaget på sygehusets afsnit fra den 1. januar 2007 til den 7. maj 2007 (hvor inspektionen blev varslet). Hvis antallet af skemaer oversteg 10 inden for hver kategori, ønskede jeg alene at modtage kopier af de 10 seneste skemaer, dog kun 10 skemaer i alt vedrørende tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse (skema 1).

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

Bekendtgørelsens §§ 36-45 indeholder bestemmelser om hvilke oplysninger der skal ske tilførsel af i afdelingens tvangsprotokol. Indberetningen efter § 52, stk. 1, skal indeholde de i §§ 36-45 krævede oplysninger, jf. bekendtgørelsens § 53, stk. 1, 1. pkt. Indberetningen til Sundhedsstyrelsen skal dog ikke indeholde oplysninger om den ordinerende læges navn eller navne på det implicerede personale. Ligeledes skal indberetningen til den ansvarlige sygehusmyndighed hverken indeholde oplysninger om patientens navn og cpr.nr. eller den ordinerende læges og det implicerede personales navne.

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

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

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

anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse samt aflåsning af patientstuer på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland (nu Psykiatrihospitalet i Nykøbing Sjælland, Sikringen der hører under Psykiatrien i Region Sjælland).

Ifølge vejledningen er der i systemet adgang til at den pågældende afdeling kan læse alle indtastede oplysninger. Disse oplysninger kan printes ud. Det fremgår at der skal være et eksemplar af hvert skema både i afdelingens tvangsprotokol og i patientens journal.

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

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

Der skal foretages indberetning til sygehusmyndigheden kvartalsvis eller eventuelt oftere hvis der foreligger lokale aftaler. Sygehusmyndigheden har hverken adgang til at læse patientens data eller navne eller initialer på personalet, jf. også ovenfor. Hvis indberetningen sendes til sygehusmyndigheden i papirform, skal afdelingen være opmærksom på at denne udgave skal være anonymiseret.

Det fremgår endvidere af vejledningen at det alene er de oplysninger der er nævnt i tvangsbekendtgørelsen, som skal tilføres tvangsprotokollerne, mens andre relevante oplysninger for patientbehandlingen skal fremgå af patientjournalen.

7 af de skemaer som jeg har modtaget fra Aalborg Psykiatriske Sygehus, er udskrifter af tilførsler på Sundhedsstyrelsens elektroniske skemaer. De øvrige skemaer (hovedparten af skemaerne) er kopier af Sundhedsstyrelsens (gamle) skemaer i papirudgave.

Jeg beder sygehuset om at oplyse hvilken fremgangsmåde sygehuset anvender i forbindelse med udfærdigelse af tvangsprotokoller og indberetning til Sundhedsstyrelsen.

I den forbindelse beder jeg sygehuset redegøre for hvordan den elektroniske indberetning finder sted i de tilfælde hvor tvangsansværelsen først er anført på et papirskema.

ma som så efterfølgende danner grundlag for den elektroniske indberetning. Jeg tænker her på at de elektroniske skemaer er opdaterede og indeholder flere muligheder for markering/afkrydsning end papirskemaerne (det elektroniske skema 3 om fiksering og fysisk magtanvendelse indeholder f.eks. flere begrundelser end papirudgaven).

Jeg beder ligeledes sygehuset om at oplyse hvorvidt – og i givet fald hvor – der foretages notat om at indberetning til Sundhedsstyrelsen er sket.

Jeg beder samtidig om at få oplyst om sygehuset – ud over det eksemplar af et skema som opbevares i afsnittets tvangsprotokol – også opbevarer et eksemplar i patientens journal.

Endelig beder jeg om at få oplyst baggrunden for at ikke alle tvangsprotokoller er udfyldt elektronisk, og hvornår sygehuset forventer at dette sker i stedet for anvendelse af papirskemaerne.

Det materiale som jeg har modtaget, indeholder i alt 20 skemaer vedrørende frihedsberøvelse (skema 1), 9 skemaer vedrørende tvangsbehandling (skema 2) og 26 skemaer vedrørende fiksering og fysisk magtanvendelse (skema 3).

Alle de skemaer der er kopier af Sundhedsstyrelsens skemaer i papirudgave, er blevet anonymiseret før kopiering, så jeg kan ikke se hvor mange patienter de omhandlede tvangsforanstaltninger vedrører. Af de 7 skemaer som er udskrifter af tilførsler på Sundhedsstyrelsens elektroniske skemaer, fremgår patienternes navne/cpr.numre.

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

6.1 Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

Ved frihedsberøvelse benyttes "Tvangsprotokol – skema 1" som anvendes både ved tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse således at det skal angives om frihedsberøvelsen er begyndt som tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse. Det fremgår af brugervejledningen (version 8, januar 2007) til Sundhedsstyrelsens elektroniske indberetningssystem om indberetning af anvendelse af tvang i psykiatrien (herefter kaldet brugervejledningen) at det i det elektroniske skema kun er muligt at vælge én type frihedsberøvelse til angivelse af hvordan frihedsberøvelsen er begyndt – enten

tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse. I de gamle papirskemaer skulle der ske markering ved afkrydsning.

Jeg har modtaget 20 skemaer vedrørende frihedsberøvelse. Da jeg i forbindelse med inspektionen har bedt om kun at modtage 10 skemaer i alt vedrørende tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse (jf. mit brev af 12. juni 2007) omfatter min gennemgang kun de 10 seneste skemaer. Disse skemaer vedrører iværksættelse af frihedsberøvelser i perioden fra den 20. marts 2007 til og med den 2. maj 2007. 6 skemaer vedrører tvangsindlæggelse, og 4 skemaer vedrører tvangstilbageholdelse.

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

Der er i alle skemaer angivet en begrundelse (i henhold til lovens § 5). Begrundelsen er i 7 tilfælde farlighed og i de øvrige 3 tilfælde helbredsmæssige grunde.

Tvangsindlæggelse sker på grundlag af en lægeerklæring der er udarbejdet af den læge som har undersøgt den pågældende med henblik på indlæggelse. Erklæringen må ikke være udstedt af en læge der er ansat på den psykiatriske afdeling hvor indlæggelsen skal finde sted, og lægen må ikke være inhabil (psykiatrilovens § 7). Det er dog overlægen på den psykiatriske afdeling der træffer den endelige administrative afgørelse om hvorvidt betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, jf. psykiatriloven § 9, stk. 2, og § 14, stk. 1, i Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 1498 af 14. december 2006 om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser (tvangsindlæggelsesbekendtgørelsen). Af psykiatrilovens § 4 a og § 14, stk. 1, 2. og 3. 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. § 4 a – at overlægen træffer afgørelsen, og at afgørelsen kan træffes af en anden læge i overlægens fravær. Også i disse tilfælde skal overlægen snarest tage stilling til beslutningen.

Af Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. fremgår det at datoen for overlægens stillingtagen skal fremgå af protokollen. Der er en særlig rubrik hertil i såvel det papirbaserede skema som i det elektroniske skema.

I alle skemaer er der angivet en dato for overlægens stillingtagen. I halvdelen af de 10 tilfælde har overlægen taget stilling til frihedsberøvelsen samme dag som iværksættelsen, i 3 tilfælde dagen efter iværksættelsen og i 2 tilfælde to 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, men overlægen skal som det fremgår "snarest" tage stilling til frihedsberøvelsen. De kontrolhen-syn der ligger bag reglerne om attestation, tilsiger imidlertid efter min opfattelse at attestationen skal ske snarest muligt.

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 (Sikringen) 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 § 36, nr. 4. Efterprøvelsen udregnes ifølge vejledningen fra den dag hvor den første frihedsberøvelse blev iværksat (dag 0). Datoerne for efterprøvelse ændres således ikke når en tvangsindlagt patient senere tvangstilbageholdes. Datoerne for efterprøvelser samt dato for overlægens stillingtagen i denne forbindelse anføres i rubrikkerne under overskriften "Efterprøvelse af frihedsberøvelse".

I halvdelen af de 10 tilfælde har frihedsberøvelsen varet i tre dage eller længere tid, og i alle 5 tilfælde er den obligatoriske efterprøvelse ifølge de angivne datoer sket på de tidspunkter som loven foreskriver.

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

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

I de tilfælde hvor der er sket efterprøvelse, er datoen for overlægens attestation i alle tilfælde samme dag som efterprøvelsen.

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

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

I 1 af de 10 tilfælde er sidstnævnte rubrik udfyldt. Begrundelsen er angivet som helbredsmæssige grunde, og datoen for overlægens stillingtagen er samme dag som iværksættelse af tilbageholdelsen.

I ingen af skemaerne er rubrikken for tilbageførsel af frihedsberøvet patient udfyldt.

6.2 Tvangsbehandling

Ved tvangsbehandling benyttes "Tvangsprotokol – skema 2". Jeg har modtaget i alt 9 skemaer vedrørende tvangsbehandling. De omhandlede tvangsbehandlinger er iværksat i perioden fra den 13. januar 2007 til og med den 1. maj 2007.

4 af de 10 skemaer vedrører tvangsmedicinering, 3 skemaer vedrører ernæring, 1 skema vedrører ECT-behandling, og det sidste skema vedrører tvangsbehandling af legemlig lidelse.

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2006 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. skal de enkelte former for tvangsbehandling registreres på hver sit skema hvis flere behandlingsformer anvendes. Ifølge brugervejledningen kan der i det elektroniske skema kun vælges én type behandling – enten medicinering, ECT, ernæring eller behandling af legemlig lidelse. I papirskemaerne er det muligt at afkrydse hvilken af disse behandlingsformer der er tale om i det konkrete tilfælde.

De modtagne skemaer vedrører hver især kun én form for tvangsbehandling.

Tvangsbehandling må kun anvendes over for personer der er indlagt, og som opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse. Det fremgår af psykiatri-lovens § 12, stk. 1, og tvangsbekendtgørelsens § 1, stk. 1.

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

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

Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 37, nr. 4, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af navnet på den ordinerende overlæge. Efter Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. skal datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen og datoen for overlægens stillingtagen tillige anføres. I tilfælde af tvangsbehandling for legemlig lidelse skal også navnet på den ordinerende somatiske læge og datoen for den somatiske overlæges stillingtagen anføres.

I alle 9 skemaer er datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen angivet ligesom datoen for overlægens stillingtagen.

I alle tilfælde er datoen for overlægens stillingtagen angivet som samme dag som beslutningen om iværksættelse.

Navnet på den ordinerende læge er angivet i alle tilfælde undtagen det skema som vedrører ECT-behandling.

Jeg går ud fra at den manglende angivelse af navnet på den ordinerende læge skyldes en forglemmelse og foretager mig derfor ikke noget i anledning heraf.

I det ene skema som vedrører tvangsbehandling af legemlig lidelse er både navnet på den ordinerende somatiske læge og datoen for den somatiske overlæges stillingtagen anført.

Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 37, nr. 3, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af begrundelsen for tvangsbehandlingen. Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. markeres den konkrete begrundelse for iværksættel-

se af den pågældende tvangsbehandling i rubrikken "Begrundelse". Der henvises i den pågældende rubrik i skemaet til psykiatrilovens § 12 og § 13. Ifølge brugervejledningen kan der i det elektroniske skema kun vælges én type begrundelse – enten udsigt til væsentlig forringelse af helbredet, eller nærliggende eller væsentlig fare for patienten eller andre (§ 12), eller aktuel eller potentiel livstruende tilstand. I papirskemaet skal det afkrydses hvilken af de to begrundelser der er tale om.

Begrundelsen for beslutningen er angivet i alle 9 skemaer og var i 6 tilfælde udsigt til væsentlig forringelse af helbredet og i 3 tilfælde nærliggende eller væsentlig fare for patienten eller andre.

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

I alle skemaer er rubrikken "Art og omfang" udfyldt med angivelse af behandlingen. I de 4 skemaer der vedrører medicinering, er injektion i 2 tilfælde angivet som alternativ behandling i forhold til tabletter/mikstur, i 1 tilfælde er injektion angivet som subsidiær behandling i forhold til tabletter, og i 1 tilfælde er alene injektion angivet.

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 middel 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 udgangspunkt bør træffes beslutning om tvangsbehandling primært med tablet/mikstur og sekundært med injektion.

Jeg går ud fra at den angivelsesmåde som anvendes på Sct. Hans Hospital (afsnit R1) med alternative indgivelsesformer (og doser) er udtryk for en praksis hvorefter der i første omgang forsøges med indgivelse af medicin 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 tvangsprotokollen giver derfor anledning til principielle overvejelser om den sproglige præcision som kan forlanges.

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

Uanset om dette sidste er tilfældet, vil de kontrollerende myndigheder; det psykiatriske patientklagenævn, 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 for udfyldelse af tvangsprotokollen som gør det tydeligt, også for udenforstående, hvilken ordinationsform der skal forsøges først. Dette noterede jeg mig i en opfølgingsrapport af 26. juli 2004.

Jeg går ud fra at Aalborg Psykiatriske Sygehus ved medicinering efterlever princippet om mindste middel således som det er beskrevet i det der er anført ovenfor.

Under henvisning til ovennævnte principielle overvejelser om den sproglige præcision der kan forlanges, beder jeg dog Psykiatrien i Region Nordjylland 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 det 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. Ved tvangsernæring skal det kun angives hver gang der nedlægges sonde, men ikke hvornår der ernæres gennem sonden.

I alle 9 skemaer er navnet på den tilstedeværende læge angivet.

Det fremgår af brugervejledningen at der i det elektroniske skema altid skal indtastes mindst én dato for behandling før der kan ske indberetning af skema 2.

I alle skemaer er det noteret at tvangsbehandlingen har fundet sted én eller flere gange.

Endelig skal datoen for beslutning om ophør af tvangsansværelsen angives.

Dette er sket i alle tilfælde. I 3 tilfælde er datoen for sidste behandling og datoen for beslutning om ophør den samme, og i 4 tilfælde er beslutningen om ophør truffet henholdsvis dagen efter, 3 dage, 5 dage og 8 dage efter datoen for sidste behandling.

I 1 tilfælde af tvangsernæring er der angivet to behandlinger den 13. april 2007, mens datoen for ophør først er den 25. maj 2007. Det fremgår imidlertid af skemaet at behandlingen består i indgivelse af 1 liter væske 2 gange daglig, og at der som tilladt magtanvendelse kan ske fastholdelse og anlæggelse af veneflon.

Som anført ovenfor, fremgår det af Sundhedsstyrelsens vejledning at det ved tvangsernæring kun skal angives hver gang der nedlægges sonde, men ikke hvornår der ernæres gennem sonden. Jeg går ud fra at det samme gør sig gældende med hensyn til indgivelse af væske gennem veneflon og foretager mig derfor ikke noget i anledning af det store spring i tid mellem behandlingsdato og dato for beslutning om ophør.

I 1 tilfælde af tvangsmedicinering er datoen for beslutning om ophør den 23. marts 2007, mens datoen for sidste behandling er den 25. marts 2007. Sidste behandling har således fundet sted 2 dage efter beslutningen om ophør af tvangsbehandlingen. (Det drejer sig om tvangsmedicinering iværksat den 13. februar 2007 på afsnit S6).

Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

Kravet i tvangsbekendtgørelsens § 3, stk. 2, om information af patient og patientrådgiver, er behandlet ovenfor under pkt. 5.13.

6.3 Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

Ved tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt benyttes "Tvangsprotokol – skema 3". Jeg har modtaget i alt 26 skemaer vedrørende tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt. 10 skemaer vedrørende tvangsfiksering og 16 skemaer vedrørende anvendelse af fysisk magt. Da jeg i forbindelse med inspektionen har bedt om kun at modtage 10 skemaer i alt inden for hver kategori (jf. mit brev af 12. juni 2007) omfatter min gennemgang af skemaerne om anvendelse af fysisk magt kun de 10 seneste skemaer.

De 20 skemaer, som jeg har gennemgået, vedrører tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt i perioden fra den 19. februar 2007 til og med den 2. maj 2007.

De 20 skemaer omhandler i alt 37 tilfælde af tvangsfiksering og/eller fysisk magt, herunder indgivelse af beroligende medicin. Der er tale om i alt 11 tilfælde af anvendelse af bælte, heraf 7 tilfælde hvor bælte blev anvendt i kombination med remme, 1 tilfælde af anvendelse af remme uden samtidig anvendelse af bælte, 9 tilfælde af anvendelse af beroligende medicin, 7 tilfælde af fastholdelse og 2 tilfælde af døraflåsning. Ifølge brugervejledningen kan der i det elektroniske skema kun vælges én type tvangsforanstaltning – enten bælte, remme, handsker, fastholdelse, beroligende medicin, personlig skærmning over 24 timer eller døraflåsning. Efter registrering af en tvangsforanstaltning kan der tilføjes nye indberetninger om fiksering og fysisk magtanvendelse inden for samme indlæggelsesperiode. I papirskemaerne er der på hvert skema plads til tre tilfælde af tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.

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

1 af de 7 tilfælde af fastholdelse, som sygehuset har foretaget, er sket i forbindelse med en bæltefiksering. Jeg gør derfor blot opmærksom på at dette tilfælde af fastholdelse ikke skulle have været (selvstændigt) registreret i tvangsprotokollen.

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, 1. pkt. Uanset at betingelserne for anvendelse af fysisk magt ikke er til stede, kan der over for personer som er frihedsberøvede, jf. lovens kap. 3, anvendes den magt der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen. Dette følger af psykiatrilovens § 17, stk. 1, 2. pkt., og tvangsbekendtgørelsens § 19.

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

Personlig skærmning hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten, kan uden patientens samtykke ifølge psykiatrilovens § 18 c, stk. 2, kun benyttes i det omfang det er nødvendigt for at afværge at patienten begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig skade, eller for at afværge at patienten forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller andre.

Psykiatriloven indeholder som tidligere nævnt nu udtrykkelig hjemmel til at aflåse døre i en psykiatrisk afdeling, dog ikke døre til patientstuer, jf. lovens § 18 e. Døraflåsning kan foretages over for patienter der er frihedsberøvede efter lovens kap. 3, og i forhold til patienter hvor der er risiko for at de utilsigtet udsætter sig selv for væsentlig fare, dvs. over for patienter som er omfattet af bestemmelsen om beskyttelsesfiksering i lovens § 18.

Tidspunktet for iværksættelse af fiksering eller fysisk magtanvendelse skal angives med dato og klokkeslæt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 38, nr. 4, og § 39, nr. 4. Det samme gælder ved anvendelse af personlig skærmning og aflåsning af døre i afdelingen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 44, nr. 3, og § 45, nr. 3. Efter Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. gælder det også ved anvendelse af beroligende medicin.

I alle 37 tilfælde, som jeg har gennemgået, er iværksættelsestidspunktet angivet ved dato og klokkeslæt.

Ifølge lovens § 15, stk. 1, skal tvangsfiksering besluttes af en læge efter at denne har tilset patienten. Beslutning om at der foruden bælte skal anvendes hånd- eller fodremme, skal dog træffes af overlægen, jf. stk. 2. Bestemmelsen er ikke til hinder for at en beslutning i overlægens fravær træffes af en anden læge. I sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen, jf. lovens § 4 a og tvangsbekendtgørelsens § 13, stk. 5.

I de 8 tilfælde hvor der er truffet beslutning om anvendelse af remme, har overlægen i 7 af tilfældene taget stilling til beslutningen samme dag som beslutningen om anvendelse blev truffet, og i 1 tilfælde dagen efter.

Om indhentelse af overlægens stillingtagen henviser jeg til det der er anført ovenfor under pkt. 6.1.

I forbindelse med min gennemgang af tvangsprotokollerne er jeg blevet opmærksom på at der i 1 tilfælde af tvangsfiksering er blevet anvendt remme uden samtidig anvendelse af bælte. Det drejer sig om en fiksering den 1. april 2007 på afsnit S8.

Jeg har tidligere udtalt at bestemmelsen i psykiatrilovens § 15, som er nævnt ovenfor, primært er en kompetenceregulering, men at den også er udtryk for en materiel regel der afspejler reglen om det mindste middel-princip som følger af psykiatrilovens § 4. Det indebærer at der i hvert enkelt tilfælde af tvangsfiksering må tages konkret stilling til hvilken grad af fiksering der skal anvendes. Udgangspunktet er at der ved fiksering alene anvendes bælte. Undtagelsen er at der "foruden" bælte anvendes hånd- eller fodremme.

Jeg beder sygehuset om en udtalelse om hvorvidt den omhandlede tvangsfiksering med remme alene har været i overensstemmelse med psykiatrilovens regler.

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

Efter psykiatrilovens § 17, stk. 2, kræver indgivelse af beroligende medicin at beslutning herom er truffet af en læge. Der skal altid være en læge til stede når et beroligende middel gives, jf. tvangsbekendtgørelsens § 6 og § 20, stk. 2. Navnet på den ordinerende læge/tilstedeværende læge og navnene på det implicerede personale skal anføres i tvangsprotokollen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 39, nr. 5 og 6.

Navnet på den ordinerende læge er angivet i alle 37 tilfælde af tvangsfiksering og/eller anvendelse af fysisk magt.

I de 8 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin, er navnet på den tilstedeværende læge angivet i 6 af tilfældene, og i samtlige disse tilfælde er den ordinerende læge og så den tilstedeværende læge. I 2 tilfælde er navnet på den tilstedeværende læge ikke angivet.

Jeg går ud fra at der i de 2 tilfælde hvor navnet på den tilstedeværende læge ikke er angivet, er tale om forglemmelser, og jeg foretager mig derfor ikke noget i anledning heraf.

I 21 af de 37 tilfælde af tvangsfiksering og/eller anvendelse af fysisk magt er der angivet navne på det implicerede personale. Det er i næsten alle tilfælde alene fornavnene på personalet der er angivet. I de resterende 15 tilfælde er rubrikken "impliceret personale" ikke udfyldt.

Navne på personalet er ikke anført i følgende tilfælde:

- 1) anvendelse af beroligende medicin den 1. april 2007 på afsnit S8
- 2) tvangsfiksering med bælte og remme samt anvendelse af beroligende medicin den 18. april 2007 (afsnit ikke angivet)
- 3) tvangsfiksering med bælte og remme samt anvendelse af beroligende medicin den 19. april 2007 på afsnit S8
- 4) tvangsfiksering med bælte og remme samt anvendelse af beroligende medicin den 21. april 2007 (afsnit ikke angivet)
- 5) tvangsfiksering med bælte og remme samt anvendelse af beroligende medicin den 22. april 2007 på afsnit S8
- 6) fastholdelse den 19. februar 2007 på afsnit 010
- 7) døraflåsning den 29. april 2007 på afsnit 010

Jeg beder sygehuset om at redegøre nærmere for hvorfor der ikke er anført navne på det implicerede personale i de nævnte tilfælde.

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

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

Der er i de gennemgåede skemaer kun i 1 tilfælde foretaget notat om at en fiksering var frivillig. Under inspektionen af afsnit S6 blev det oplyst at afsnittet ofte bruger kugledyner til patienterne, og jeg går ud fra at anvendelsen af kugledyner sker som alternativ til frivillige fikseringer af tryghedsgrunde.

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

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

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

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

krydsning, dog kun for så vidt angår de fem første begrundelser (farlighed, forulempelse, hærværk, urolig tilstand og frivillig bæltefiksering).

I alle 37 tilfælde, som jeg har gennemgået, er tvangsindgrebets art anført, mens begrundelsen for indgrebet mangler i 4 tilfælde. Det drejer sig om et tilfælde af fastholdelse og et tilfælde af tvangsfiksering med remme hvor der samtidig blev anvendt bælte, og hvor begrundelsen for bæltefiksering er anført. Desuden drejer det sig om to tilfælde af anvendelse af henholdsvis remme og beroligende medicin i forbindelse med en bæltefiksering hvor der ved registrering af bæltefikseringen er afkrydset to begrundelser (forulempelse og urolig tilstand).

Jeg går ud fra at de 4 manglende begrundelser skyldes en forglemmelse og foretager mig derfor ikke noget i anledning heraf.

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

I 7 af de 9 tilfælde af anvendelse af beroligende medicin er der kun angivet påbegyndelsestidspunkt, og i de 2 sidste tilfælde er ophørstidspunktet angivet som henholdsvis 1 minut og 2 minutter efter påbegyndelsestidspunktet.

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 var 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 i det elektroniske skema ikke kunne ske angivelse af ophørstidspunkt for så vidt angik indgivelse af beroligende medicin og heller ikke for så vidt angik fastholdelse. Jeg bad samtidig Indenrigs- og Sundhedsministeriet (nu Sundheds- og Forebyggelsesministeriet) om at oplyse hvorvidt min forståelse var korrekt.

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

I de øvrige 28 tilfælde af fiksering/fysisk magtanvendelse mangler angivelse af ophørstidspunkt i 2 tilfælde. Det drejer sig om en tvangsfiksering med bælte og remme den 26. april 2007 på afsnit S8 og en fastholdelse den 8. april 2007 ligeledes på afsnit S8.

Jeg beder sygehuset om at oplyse nærmere om årsagen til den manglende angivelse af ophørstidspunkt i de to nævnte tilfælde.

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

De 19 tilfælde af tvangsfikseringer med bælte og/eller remme, som jeg har gennemgået, er alle registreret på Sundhedsstyrelsens papirkemaer som ikke indeholder felter til angivelse af tidspunkterne for efterprøvelse og navnet på den læge der har foretaget vurderingen.

Jeg beder sygehuset om at oplyse om der i de 19 tilfælde af tvangsfikseringer er foretaget den obligatoriske efterprøvelse af fikseringerne, og i givet fald hvorvidt tidspunkterne herfor og navnene på de læger der har foretaget vurderingerne, er indberettet til Sundhedsstyrelsen.

Den ændrede psykiatrilov indeholder endvidere bestemmelser om ekstern efterprøvelse af tvangsfikseringer som udstrækkes i længere tid end 48 timer. I disse tilfælde skal en læge der ikke er ansat på det pågældende psykiatriske afsnit hvor indgrebet finder sted, som ikke har ansvaret for patientens behandling og som ikke står i et underordningsforhold til den behandlende læge, således foretage en vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfiksering, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 5, 1. pkt., og tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 2. Ved uenighed mellem de to lægers vurdering af situationen er den behandlende læges vurdering afgørende, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 5, 3. pkt., og tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 6. Tidspunktet for vurderingen ved en ekstern læge, navnet på den eksterne læge og information om eventuel uenighed mellem den eksterne læge og den behandlende læge skal angives i tvangsprotokollen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 38, nr. 9, 10 og 11.

I 1 af de tilfælde af tvangsfikseringer som jeg har gennemgået, varede fikseringen mere end 48 timer.

Jeg beder sygehuset om at oplyse om der er foretaget den foreskrevne eksterne efterprøvelse af tvangsfikseringen, og i givet fald hvorvidt tidspunktet for efterprøvelsen, navnet på den eksterne læge og information om eventuel uenighed mellem den eksterne og den behandlende læge er indberettet til Sundhedsstyrelsen.

6.4 Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning

Jeg har ikke modtaget skemaer vedrørende beskyttelsesfiksering ("Tvangsprotokol – skema 4").

6.5 Personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse

Jeg har heller ikke modtaget skemaer vedrørende anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer eller særlige dørlåse (Tvangsprotokol – skema 6).

Opfølgning

Som det fremgår af de enkelte afsnit ovenfor, har jeg i flere tilfælde bedt Aalborg Psykiatriske Sygehus om nærmere oplysninger mv. vedrørende forskellige forhold. Jeg beder om at disse oplysninger mv. sendes gennem Psykiatrien i Region Nordjylland for at regionen kan få lejlighed til at kommentere det som sygehuset anfører.

Underretning

Denne rapport sendes til Aalborg Psykiatriske Sygehus, Psykiatrien i Region Nordjylland, Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 og sygehusets patienter og pårørende.

Lennart Frandsen
Inspektionschef