

Indholdsfortegnelse

Ad punkt 3.2 Afsnit R1	2
Ad punkt 3.3 Afsnit R2	3
Ad punkt 3.4 Afsnit R4	3
Ad punkt 5.1 Overbelægning mv.	4
Ad punkt 5.6 Medicin	5
Ad punkt 5.9 Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2	5
Ad punkt 5.10 Patienternes kontakt med læge mv.....	6
Ad punkt 5.12 Anvendelse af tvang, herunder fiksering.....	6
Ad punkt 5.13 Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling mv.....	7
Ad punkt 5.14 Aflåsning, herunder skærmning, og forholdene for frivilligt indlagte	8
Ad punkt 5.15 Tilkald af politi i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger i afdelingen.....	8
Ad punkt 5.16 Udslusning, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner	9
Ad punkt 5.17 Aktindsigt	9
Ad punkt 5.18 Pårørendekontakt	14
Ad punkt 5.19 Besøg, visitation og adgang til telefonering mv.	15
Ad punkt 5.20 Rygepolitik	17
Ad punkt 5.22 Kæresteforhold mellem patienterne	20
Ad punkt 5.23 Patientindflydelse	20
Ad punkt 5.24 Rekruttering af personale og sygefravær.....	20
Ad punkt 5.25 Vold mod personalet	21
Ad punkt 6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen.....	23
Ad punkt 6.1 Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse	23
Ad punkt 6.2 Tvangsbehandling	24
Ad punkt 6.3 Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.....	25
Opfølgning	26
Underretning	26

Den 27. september 2007 afgav jeg endelig rapport om min inspektion den 16. januar 2007 af Psykiatricenter Vest Ribe. Jeg bad heri centret om nærmere oplysninger mv. om forskellige forhold. Jeg bad centret sende disse oplysninger gennem Region Syddanmark for at give regionen mulighed for at kommentere det som centret anførte.

Jeg har i den anledning modtaget en udtalelse af 20. maj 2008 fra Psykiatrien i Region Syddanmark vedlagt forskelligt materiale som er gældende for Psykiatricenter Vest Ribe (nu Psykiatricenter Vest).

Jeg skal herefter meddele følgende:

Ad punkt 3.2 Afsnit R1

I alle dørene til afsnittets patientstuer er der et lille kighul. Jeg gjorde under inspektionen opmærksom på at et kighul i dørene til patientstuerne ikke er i overensstemmelse med patienternes ret til et privatliv da kighullerne giver både personale og medpatienter mulighed for at iagttage en patient uden dennes vidende.

Psykiatrien i Region Syddanmark har oplyst at kighullerne i dørene på afsnit R1 er blevet tildækket.

Jeg tager det oplyste til efterretning.

Jeg henstillede til centret at overveje en istandsættelse af den tosengsstue som jeg besøgte (stue 7), og de to øvrige tosengsstuer på afsnittet hvis de også trængte. Jeg henstillede endvidere til centret at overveje en udsmykning af stuerne så de kunne få et mere hyggeligt præg. Jeg bad centret underrette mig om resultatet af overvejelserne.

Psykiatrien har oplyst at der efter inspektionen er foretaget en løbende reovering og istandsættelse af stuerne med maling og nye billeder på væggene.

Jeg tager det oplyste til efterretning.

Ad punkt 3.3 Afsnit R2

Jeg besøgte en to-sengsstue (stue 2) og en enestue (stue 4). Ingen af stuerne havde udsmykning på væggene. Der var lyskilder i loftet, men ingen sengelamper.

Jeg henstillede at centret overvejede at udsmykke væggene på patientstuerne og at udstyre alle patientstuer med sengelamper, da begge dele kan være med til at skabe et mere hyggeligt indtryk af stuen og et mindre præg af somatisk hospital.

Psykiatrien har ikke i sin udtalelse af 20. maj 2008 kommenteret min henstilling. Jeg beder om underretning om resultatet af de overvejelser som min henstilling har givet anledning til.

Ad punkt 3.4 Afsnit R4

Jeg tilkendegav under inspektionen at det rum som afsnittet anvender både til modtagelse af nye patienter og som besøgsrum, efter min opfattelse trængte til istandsættelse. Jeg bad derfor centret overveje en udskiftning af de store tunge møbler med et lettere møblement, et lysere farvevalg i rummet og billeder på væggene, da det efter min opfattelse ville gøre rummet til et mere rart sted at komme ind for både patienter og besøgende. Jeg bad om underretning om resultatet af centrets overvejelser.

Psykiatrien har oplyst at besøgsrummet er blevet istandsat og ommøbleret siden inspektionen således at rummet nu fremstår mere lyst og imødekommende.

Jeg tager det oplyste til efterretning.

Under en af mine samtaler med en patient der havde ønsket dette, klagede patienten over dårlige udluftningsforhold på toilet- og baderum. Patienten anførte at der var sorte pletter (angiveligt mug/svamp) i fugerne langs med gulvfliserne i brusebadet og ved toilettet på grund af de dårlige udluftningsforhold.

Sammen med patienten besøgte jeg patientens toilet- og baderum og et andet baderum som patienten fremviste. Efter min opfattelse adskilte de mørke pletter i fugerne sig ikke fra de pletter som kan opstå i badeværelser med almindelige udluftningsforhold, og jeg skrev i rapporten at jeg gik ud fra at pletterne kunne fjernes ved grundig rengøring.

Psykiatrien har oplyst at der er afsat mere tid til den daglige rengøring på afsnit R4 siden inspektionen.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.1 Overbelægning mv.

Jeg bad centret om at oplyse hvor ofte der på afsnit R1 er to patienter indlagt samtidig på de tre tidligere enestuer som er lavet om til tosengsstuer, og om det i øvrigt forekommer at enestuer benyttes til dobbeltbelægning.

Psykiatrien har oplyst at man på afsnit R1 og R2 i videst muligt omfang forsøger kun at have en patient på hver stue, men på grund af den høje belægningsprocent må der alligevel ofte ligge to patienter på enestuer. På R2 er det muligt at bruge andre rum ved overbelægning, så der som udgangspunkt ikke er mere end en patient på hver stue.

Jeg har forstået Psykiatriens oplysninger således at der på afsnit R1 ofte er to patienter indlagt samtidig på de tre tidligere enestuer, og at det derudover ofte også er nødvendigt at benytte de øvrige (ene)stuer til dobbeltbelægning.

Som jeg tidligere har tilkendegivet, bør det efter min opfattelse ikke forekomme at enestuer benyttes til dobbeltbelægning. Jeg er klar over at det i perioder med høj belægning kan være nødvendigt, og jeg går ud fra at centret i disse situationer vælger de patientstuer der er bedst egnede til at der kan være to patienter indlagt samtidig.

Det er de enkelte regioner der har ansvaret for at der er det tilstrækkelige antal pladser på de psykiatriske afdelinger, og spørgsmålet om kapaciteten på Psykiatricenter Vest hører således under regionsrådet. Det fremgår af ombudsmandslovens § 8 at ombudsmanden ved sin bedømmelse af regionerne skal tage hensyn til de særlige vilkår som disse myndigheder virker under. Det betyder at ombudsmanden ved sin kontrol skal respektere at det er regionsrådet der inden for lovens rammer, fordeler de eksisterende ressourcer. Jeg foretager mig derfor ikke mere i anledning af det oplyste om dobbeltbelægning.

Jeg bad endvidere centret om at oplyse hvor ofte observationsstuen og modtage-/besøgsrummet på afsnit R4 anvendes som patientstue, og i hvor lang tid ad gangen.

Psykiatrien har oplyst at besøgsrummet på R4 maksimalt 4 gange årligt benyttes som sengestue og i så fald højst et døgn ad gangen.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Endelig bad jeg centret om at oplyse hvor ofte det er nødvendigt at udskrive de(n) mest raske patient(er) for at finde plads til nyindlagte patienter.

Psykiatrien har i udtalelsen af 20. maj 2008 oplyst at afsnittene indtil starten af 2008 har været under et hårdt pres, men at der derefter har været et lidt mindre flow i afsnittene. Psykiatrien formoder at det skyldes et sammenfald af årstiden, faste overlæger i begge afsnit og bedret visitering på den åbne skadestue i Esbjerg.

Jeg har noteret mig det oplyste og bemærker blot at jeg går ud fra at centret i perioder med høje belægningsprocenter og eventuel dobbeltbelægning ikke udskrives patienter som behandlingsmæssigt ikke bør udskrives endnu.

Ad punkt 5.6 Medicin

Jeg tilkendegav under inspektionen at centret ved aflevering af medicinrester – ud fra kontrolmæssige hensyn – bør modtage en kvittering fra apoteket, eventuelt således at apoteket kvitterer for modtagelsen på en liste som centret har udfærdiget over den afleverede medicin. I min endelige rapport bad jeg centret oplyse om der er indført en sådan ordning.

Psykiatrien har oplyst at der er taget initiativ til at apoteket afleverer en kvittering for den medicin som returneres fra afsnittene. Kvitteringerne vil blive opbevaret sammen med listerne for medicinbestilling.

Jeg tager det oplyste til efterretning.

Ad punkt 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 bad centret om at oplyse hvornår og hvordan denne vejledning finder sted.

Psykiatrien har oplyst at vejledningen i henhold til psykiatrilovens § 3 stk. 2, sker ved indlæggelsen i forbindelse med lægens journaloptagelse eller så snart patienten kan forstå en vejledning fra lægen.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.10 Patienternes kontakt med læge mv.

Jeg bad centret oplyse nærmere om patienternes kontakt med læge, herunder hvornår patienterne på afsnit R1 og R4 første gang efter indlæggelse har samtale med en læge, hvor ofte patienterne (fra alle tre afsnit) har samtale med en læge hvis de ikke selv tager initiativ til det, og om patienterne tildeles en kontaktlæge.

Jeg bad endvidere om oplysning om hvorvidt der normalt deltager andre (f.eks. sygeplejerske, plejepersonale, kontaktperson, studerende) ved lægesamtaler, og i bekræftende fald om det er muligt for patienten at få en samtale med lægen alene hvis patienten ønsker det.

Endelig bad jeg centret oplyse om alle patienter tildeles en kontaktperson, og om der er mulighed for at skifte kontaktperson, f.eks. hvis der opstår et (åbenlyst) modsætningsforhold mellem patienten og kontaktpersonen.

Psykiatrien har oplyst at patienterne på R1, R2 og R4 taler med en læge dagen efter indlæggelse. Patienterne har samtale med en læge mindst en gang om ugen, og hvis der er behov for det to eller flere gange om ugen. Alle patienter på hvert afsnit har en fast kontaktlæge. Oftest er patientens kontaktperson (sygeplejerske, plejepersonale) med til lægesamtalen for at hjælpe patienten med at forstå og huske hvad der blev talt om ved samtalen. Det er muligt for patienten at tale med lægen alene. De eneste situationer hvor et sådant ønske bliver tilsidesat, er i tilfælde hvor der er et sikkerhedshensyn at tage over for lægen. Der tildeles altid en fast kontaktperson til alle patienter, og der er mulighed for at skifte kontaktperson hvis der er problemer "i kemien" af en sådan karakter at det påvirker kvaliteten af behandlingen.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.12 Anvendelse af tvang, herunder fiksering

Det fremgår af centrets instruks om patientrådgivere at centret er opmærksomt på at en tvangsfikseret patient ikke længere selv skal anmode om en patientrådgiver, men altid skal have en rådgiver beskikket. Jeg bad derfor blot for en god ordens skyld centret om at overveje at præcisere i instruks om tilsynet med tvangsfikserede patienter at alle tvangsfikserede patienter skal have beskikket en patientrådgiver.

Psykiatrien har oplyst at det vil blive præciseret i instruks at alle patienter skal have beskikket en patientrådgiver.

Jeg har noteret mig det oplyste.

På retspsykiatrisk afsnit R4 finder fikseringer sted i et rum som er indrettet til observationsstue. På afsnit R2 foregår fikseringer oftest på en stue som ligger tæt på afsnitets kontor, men det er muligt at foretage fikseringer på alle patientstuer. Jeg bad centret om at oplyse hvor tvangsfikseringer foregår på afsnit R1.

Psykiatrien har oplyst at patienter som bliver så akut dårlige at der vurderes behov for en høj grad af skærmning, og hvor bæltefiksering kan komme på tale, som hovedregel bliver overflyttet til det akutte intensive afsnit i Esbjerg. På afsnit R1 og R2 har der maksimalt været behov for anvendelse af fiksering én gang årligt. På R1 foregår fiksering på en stue i den skærmede del af afsnittet og på R2 på en almindelig sengestue. På det retspsykiatriske afsnit R4 anvendes bæltefiksering maksimalt 8 gange om året.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Jeg bad endvidere centret oplyse om praksis for hvordan bælte og eventuelle remme til fiksering transporteres til den stue hvor fikseringen udføres, hvor den faste vagt er placeret, og om der er mulighed for indkig til den fikserede patient udefra (på R1 og R2) eller fra gangarealet.

Psykiatrien har oplyst at bæltet og remme bliver transporteret i en neutralt udseende pose på alle afsnit.

Jeg har noteret mig det oplyste om transport af bælte og remme.

Der er ikke i Psykiatriens udtalelse af 20. maj 2008 svaret på mine spørgsmål om hvor den faste vagt er placeret, og om der på afsnit R1 og R2 er mulighed for indkig til en fikseret patient udefra eller om der for så vidt angår alle tre afsnit er mulighed for indkig til en fikseret patient fra gangarealet. Jeg beder derfor på ny om at modtage de nævnte oplysninger.

Ad punkt 5.13 Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling mv.

Jeg bad om oplysning om hvornår en patientrådgiver bliver beskikket/tilkaldt i forhold til tidspunktet for et tvangsindgreb.

Psykiatrien har oplyst at tildelingen af en patientrådgiver sker umiddelbart efter et tvangsindgreb. Hvis tvangsindgrebet finder sted om natten, kontaktes patientrådgiveren dog først om morgenen.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.14 Aflåsning, herunder skærmning, og forholdene for frivilligt indlagte

Jeg bad centret oplyse i hvilket omfang centret anvender personlig skærmning i lavere grader end reguleret i psykiatrilovens § 18 c, og om centret har overvejet at fastsætte retningslinjer for anvendelse af disse lavere grader af observation/overvågning.

Psykiatrien har sendt mig centrets instruks nr. 19 om personlig skærmning og et skema med en beskrivelse af patientens tilstand på fem skærmningsniveauer.

Som jeg læser instruks nr. 19 om personlig skærmning, vedrører den kun personlig skærmning efter psykiatrilovens § 18 c. Jeg har ikke sammen med den tilsendte beskrivelse af patientens tilstand på fem skærmningsniveauer modtaget retningslinjer for anvendelsen af lavere grader af skærmning.

Det fremgår ikke af Psykiatriens udtalelse i hvilket omfang centret anvender skærmning i lavere grader end reguleret i psykiatrilovens § 18 c, og om centret har overvejet eller allerede har fastsat retningslinjer for anvendelse af disse lavere grader af observation/overvågning.

Jeg beder derfor på ny om at modtage de nævnte oplysninger.

Det fremgik af et af mine billeder fra rundgangen på afsnit R1 at vinduerne på en patientstue (nr. 7) var forsynet med nøgletåse. Jeg bad centret oplyse om alle patientstuer på R1 har vinduer som patienterne selv kan åbne (helt op).

Psykiatrien har oplyst at vinduerne på afsnit R1 ikke kan åbnes helt op uden brug af nøgle, men at der er taget initiativ til at fjerne låsene på vinduerne.

Jeg beder om at få oplyst om låsene på vinduerne er blevet fjernet.

Ad punkt 5.15 Tilkald af politi i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger i afdelingen

Jeg bad om at få oplyst om centret er omfattet af en samarbejdsaftale indgået mellem det tidligere Amtssygehus i Esbjerg og politiet i Esbjerg, eller om centret har indgået en lignende aftale med politiet. Jeg bad i givet fald om at få tilsendt en kopi af aftalen.

Psykiatrien har oplyst at centret er omfattet af samarbejdsaftalen med politiet. Der har været afholdt samarbejds møde med politiet og Psykiatricenter Vest Esbjerg/Ribe. Aftalen er under revision i samarbejde med regionens jurist.

Jeg har noteret mig det oplyste og beder om at få tilsendt en kopi af den endelige aftale.

Ad punkt 5.16 Udslusning, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner

Jeg redegjorde for reglerne i psykiatrilovens § 13 a og § 13 b, og bad centret om at oplyse i hvor mange tilfælde der blev udarbejdet udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner i 2006.

Psykiatrien har oplyst at centret i 2006 udarbejdede 6 udskrivningsaftaler. Der blev ikke udarbejdet nogen koordinationsplaner i 2006.

Jeg har noteret mig det oplyste. Jeg går ud fra at der udarbejdes udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i alle de tilfælde hvor der er behov for det.

Ad punkt 5.17 Aktindsigt

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

Psykiatrien har oplyst følgende:

”Patienterne har som hovedregel ret til at se deres journal fra 1987 og frem.

Når en patient anmoder om aktindsigt, forelægges ønsket hurtigst muligt for overlægen. Den efterfølgende gennemgang sker oftest inden for få døgn. Patienten kan læse sin journal igennem sammen med sin læge eller sin kontaktperson. Ønsket om aktindsigt og beslutningen i forhold til dette dokumenteres altid i journalen. Når det drejer sig om patienter, hvis tilstand på anmodningstidspunktet er meget dårlig, bliver de informerede om, at deres ønske er noteret, men at det ud fra et overordnet behandlingsmæssigt hensyn er lægens vurdering, at gennem-

gangen må vente til patientens tilstand er så stabil, at patienten reelt kan få noget ud af gennemgangen. Patienterne opfordres altid til at gennemgang af journalen bør foregå sammen med lægen eller en kontaktperson som kender patienten. Hvis en patient fortsat fastholder ønsket om selv at få udleveret et sæt kopier af journalen, efterkommes dette. På R4 er det oftest praksis, at en sådan anmodning først efterkommes i forbindelse med udskrivningen.”

Jeg har forstået Psykiatriens oplysninger således at i de tilfælde hvor en meget syg patient begærer aktindsigt, udsættes effektueringen af centrets afgørelse om at give aktindsigt på ubestemt tid idet effektueringen afventer en bedring i patientens helbredstilstand.

Jeg har tidligere haft lejlighed til at udtale mig om en sådan praksis. I min opfølgingsrapport af 4. juli 2008 om inspektion af Psykiatrisk Center Gentofte den 15. august 2006 skrev jeg følgende:

”...

§ 37 i sundhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008) har følgende ordlyd:

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

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

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

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

Af forarbejderne til § 2, stk. 2, i lov om aktindsigt i helbredsoplysninger (Folketingstidende 1992/93, tillæg A, sp. 7786) fremgår bl.a. følgende:

’Stk. 2 [...] giver i særlige tilfælde mulighed for at begrænse aktindsigten på grundlag af en konkret afvejning af på den ene side hensynet til patientens interesse i at få de pågældende oplysninger og på den anden side afgørende hensyn til patienten selv eller til andre private interesser. Ved afgørende hensyn til patienten selv forstås særlig, at patienten må antages at ville tage alvorlig skade ved at blive gjort bekendt med oplysningerne. [...] Undtagelsesbestemmelsen vil derudover kunne finde anvendelse i forbindelse med behandlingen af patienter med

psykiske lidelser hvor afgørende hensyn til patientens udsigt til bedring i forbindelse med en igangværende behandling vil kunne bevirke, at der er behov for at afslå en anmodning om aktindsigt.'

I Sundhedsministeriets vejledning nr. 155 af 14. september 1998 om aktindsigt mv. i helbredsoplysninger er der om anvendelse af undtagelsesbestemmelsen (§ 20, stk. 2, i lov om patienters retsstilling) anført følgende:

'8. Hvornår kan anmodning om aktindsigt afslås?

...

Endvidere kan det komme på tale at anvende bestemmelsen i forbindelse med behandlingen af patienter med psykiske lidelser, hvis der foreligger afgørende behandlingsmæssige hensyn, som taler imod at give aktindsigt. I sådanne tilfælde kan et afslag undertiden begrænses til kun at være midlertidigt, således at der f.eks. kun gives afslag på aktindsigt på det stadium i et behandlingsforløb, hvor aktindsigten skønnes at kunne være særligt belastende for patienten.

...

I tilfælde af, at der kun gives delvis aktindsigt, kan den pågældende sundhedsperson formidle aktindsigten ved at referere journalen for patienten med udeladelse af de oplysninger, der undtages fra aktindsigten. Hvis patienten herefter anmoder om fuld aktindsigt, må sundhedspersonen meddele patienten, at anmodningen ikke kan imødekommes.

Patienten skal, når der gives delvis aktindsigt, i almindelighed gøres bekendt med, at der er dele af journalen, der er udeladt. Kun i de tilfælde, hvor der er grund til at antage, at det vil være til alvorlig skade for patienten at få kendskab til, at oplysninger tilbageholdes, kan sundhedspersonen undlade at give patienten oplysning om tilbageholdelsen. Det bør da noteres i patientens journal, hvilke oplysninger der ikke er givet aktindsigt i, og med hvilken begrundelse. En sådan journalpåtegning kan også undtages fra aktindsigt.

Et afslag på anmodning om aktindsigt skal ledsages af en begrundelse samt klagevejledning.'

Anvendelse af sundhedslovens § 37, stk. 2, forudsætter således at der træffes en afgørelse om helt eller delvist afslag på aktindsigt.

Kan ikke alle oplysninger i journalen undtages fra aktindsigt i medfør af § 37, stk. 2, skal de dele af journalen som ikke undtages, med det samme stilles til rådighed for patienten. Den ansvarlige sundhedsperson kan i tilfælde af delvis aktindsigt vælge at formidle aktindsigten ved at referere journalen med de fornødne udeladelser. Jeg henviser til John Vogter, Offentlighedsloven med kommentarer, 3. udgave (1998), side 327. Det er samme sted anført at begrundelsen for et afslag på aktindsigt kan begrænses til en henvisning til hjemmelsgrundlaget og de overordnede hensyn hvis en konkret begrundelse i sig selv vil kunne skade patienten.

Jeg kan til orientering oplyse at Sundhedsvæsenets Patientklagenævn den 20. marts 2007 har offentliggjort en afgørelse (sagsnummer 0658817) på sin hjemmeside (www.pkn.dk) om anvendelsen af § 20, stk. 2, i lov om patienters retsstilling. Nævnet havde ikke grundlag for at kritisere at en overlæge og en afdelingslæge gav en paranoid psykotisk patient afslag på aktindsigt i sin journal på psykiatrisk afdeling. Patienten blev samtidig med afslaget informeret om at han kunne få aktindsigt på et senere tidspunkt hvor han var mindre paranoid psykotisk. Nævnet udtalte dog at selv om patienten ikke senere havde genfremsat sit ønske om aktindsigt, så havde det været hensigtsmæssigt at afdelingslægen havde foranlediget at det blev tilbudt patienten at få gennemgået journalen inden udskrivning eller planlagt et tidspunkt efter.

Jeg beder Psykiatrisk Center Gentofte om at oplyse hvilke overvejelser det anførte giver centret anledning til.”

Psykiatrisk Center Gentofte oplyste i en udtalelse af 14. august 2008 bl.a. at udsættelse af effektueringen af en bevilget aktindsigt kun sker meget sjældent, dvs. i størrelsesordenen et par gange om året. Centret oplyste desuden at den omhandlede praksis er begrundet i en antagelse om at det bedrer behandlingsalliancen med patienterne at man ikke afviser dem og giver dem afslag på en begæring om aktindsigt, men derimod viser sig imødekommende og støtter anmodningen i udgangspunktet.

Jeg noterede mig det oplyste og foretog mig ikke mere. Jeg lagde i den forbindelse vægt på Psykiatriens oplysning om at udsættelse af effektueringen af en bevilget aktindsigt kun sker meget sjældent (ca. et par gange om året).

Herefter udtalte jeg følgende:

”I disse (meget sjældne) tilfælde går jeg ud fra at betingelserne for at begrænse aktindsigt efter sundhedslovens § 37, stk. 2, er opfyldt, og at centret har en klar forventning om en forbedring af patientens tilstand inden for kort tid, så den bevilgede aktindsigt herefter kan effektueres.

Hvis centret derimod ikke har en klar forventning om at patientens tilstand vil blive forbedret inden for kort tid – f.eks. fordi centret har et godt kendskab til patienten ud fra tidligere sygdomsforløb – er det min opfattelse at centret som udgangspunkt bør give patienten et formelt afslag på aktindsigt således at patienten har mulighed for at udnytte sin adgang til at klage over afslaget. Afslaget kan eventuelt begrænses til kun at være midlertidigt, jf. punkt 8 i Sundhedsministeriets vejledning nr. 155 af 14. september 1998 om aktindsigt mv. i helbredsoplysninger. Kun i de tilfælde hvor der er grund til at antage at det vil være til alvorlig skade for patienten at få kendskab til at oplysninger tilbageholdes, kan en sundhedsperson undlade at give patienten oplysning om tilbageholdelsen, jf. ligeledes punkt 8 i den nævnte vejledning.”

Jeg beder Psykiatrien om at oplyse hvilke overvejelser det ovenfor anførte giver Psykiatrien i Region Syddanmark anledning til, og jeg beder om underretning om resultatet af disse overvejelser.

Det fremgår af Psykiatriens udtalelse at patienter altid opfordres til at få gennemgået journalen sammen med en læge eller en kontaktperson, men hvis en patient fastholder et ønske om selv at få udleveret kopi af journalen, imødekommes dette. Det oplyses at det på afsnit R4 oftest er praksis først at efterkomme en sådan anmodning i forbindelse med udskrivningen.

Sundhedslovens § 38 har følgende ordlyd:

”§ 38. Afgørelser om retten til aktindsigt træffes af den myndighed, institution eller sundhedsperson, der har patientjournalerne mv. 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 mv. på stedet, eller ved, at der udleveres en afskrift eller kopi.

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

...”

Bestemmelsen i § 38, stk. 2, svarer til de tidligere bestemmelser i § 21, stk. 2, i lov om patienters retsstilling, § 3, stk. 2, i lov om aktindsigt i helbredsoplysninger og § 16 i offentlighedsloven.

Af forarbejderne til § 3, stk. 2, i lov om aktindsigt i helbredsoplysninger (Folketingstidende 1992/93, tillæg A, sp. 7787) fremgår bl.a. følgende:

”Det fremgår af stk. 2, at patienten vil kunne henvises til aktindsigt på stedet. Dette kan navnlig tænkes af praktiske grunde, f.eks. materialets karakter eller omfang eller det forhold, at der ikke er fotokopieringsmaskine til disposition eller lignende. Såfremt en patient efter at have fået adgang til gennemsyn af sin journal på stedet fastholder et krav om udlevering af kopi, bør dette krav dog i almindelighed imødekommes, ... En adgang til at give meddelelse i form af en mundtlig underretning, når væsentlige hensyn til den registrerede taler herfor, som i dag følger af § 7b, stk. 2, i lov om private registre, vil efter loven kun kunne benyttes, hvis betingelserne for at begrænse aktindsigten, jf. § 2, stk. 2, er opfyldt.”

En læges eller kontaktpersons mundtlige gennemgang af journalen kan således ikke erstatte kravet på aktindsigt, hvis patienten insisterer på at få kopi af journalen eller tid til på egen hånd at gennemlæse akterne. Jeg henviser til John Vogter, Offentlighedsloven med kommentarer, 3. udgave (1998), side 327. En mundtlig gennemgang kan, som det fremgår af de citerede forarbejder, kun benyttes, når betingelserne for at begrænse aktindsigten er opfyldt.

Jeg går derfor ud fra at afsnit R4 i de tilfælde hvor en patient har ret til fuld aktindsigt, og hvor den pågældende efter gennemsyn af sin journal fastholder et krav om udlevering af kopi, imødekommer et sådant ønske i tidsmæssig sammenhæng med afgørelsen om aktindsigt og ikke først i forbindelse med udskrivningen.

Ad punkt 5.18 Pårørendekontakt

Jeg bad centret om at oplyse hvordan det i praksis fungerer med inddragelse af pårørende. Jeg bad herunder om oplysning om hvad der foretages for at sikre at det (eventuelt) fornødne samtykke foreligger fra patientens side.

Psykiatrien har oplyst at centret ved indlæggelse spørger patienten hvem de pårørende er, og om der må gives oplysninger til dem. Dette dokumenteres herefter straks i den elektroniske plejelog. Patienten oplyses om muligheden for at de pårørende kan komme ind til samtale med patienten, kontaktpersonen og lægen hvis der er behov for dette. Hvis patienten har givet samtykke til at der må gives oplysninger, svarer centret umiddelbart på de spørgsmål som de pårørende måtte have. I de tilfælde hvor patienter ikke ønsker at personalet udtaler sig, får de pårørende som henvender sig, oplyst at personalet ikke kan udtale sig specifikt uden tilladelse fra patienten. Personalet taler derefter med de pårørende på et generelt niveau, f.eks. sygdomslære generelt, "det at være pårørende", osv. Med hensyn til de patienter der ikke giver samtykke, og hvor der tydeligvis er et behov, forsøger personalet løbende at motivere patienten for at inddrage de pårørende.

Psykiatrien har desuden oplyst at de pårørende i videst muligt omfang indbydes til psykoedukation. Centret tilbyder psykoedukation om depression, skizotypi/skizofreni.

Jeg har noteret mig det oplyste. Jeg går ud fra at centret som udgangspunkt indhenter skriftligt samtykke fra patienterne ved videregivelse af helbredsoplysninger mv. til de pårørende, jf. sundhedslovens § 44, stk. 1, og centrets vejledning om informeret samtykke.

Ad punkt 5.19 Besøg, visitation og adgang til telefonering mv.

Jeg modtog en informationsmappe fra afsnit R2 som udleveres til patienterne i forbindelse med indlæggelse. Heri er generel information om selve afsnittet og indlæggelsen, en husorden for R2 og centrets husorden af 29. december 2006 samt to foldere om henholdsvis pårørende-politik og generel brugerinformation for psykiatriske patienter.

Jeg bad centret om at oplyse om der er udarbejdet lignende informationsmateriale, herunder husordener, for afsnit R1 og R4. I givet fald bad jeg om at modtage et eksemplar af materialet.

Psykiatrien har sendt informationsmateriale for R1 og R4.

Jeg anbefalede centerledelsen at udfærdige skriftlige retningslinjer om de begrænsninger og indgreb der kan ske i den enkelte patients personlige frihed under indlæggelsen, herunder angivelse af hvilke indgreb der kan blive tale om, hvem der har kompetence til at træffe afgørelse om indgrebene/begrænsningerne, og hvornår beslutningerne om indgreb/begrænsninger skal revurderes. Jeg bad centret om at underrette mig om hvad min anbefaling gav anledning til.

Jeg tilkendegav samtidig 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). Jeg skrev endvidere at de skrevne retningslinjer for indgreb og begrænsninger i den enkelte patients frihed efter min opfattelse kun bør rettes til personalet, men at alle patienter i det informationsmateriale som udleveres ved indlæggelsen, bør informeres om retningslinjernes eksistens og muligheden for at få dem udleveret.

Psykiatrien har oplyst at husordenen er under revision, og at den vil blive opdelt i to dokumenter i henhold til min anbefaling.

Jeg har forstået Psykiatriens oplysninger således at centrets husorden af 29. december 2006 er ved at blive revideret, og at centret i den forbindelse også (i et selvstændigt dokument) vil udarbejde retningslinjer om de begrænsninger og indgreb der kan ske i den enkelte patients personlige frihed under indlæggelse.

Jeg beder om at få tilsendt en kopi af den reviderede husorden og de nævnte retningslinjer.

Jeg går ud fra at en revision af centrets husorden af 29. december 2006 vil medføre et behov for at tilrette de husordener som hvert enkelt afsnit har udarbejdet, og jeg beder derfor om også at modtage en kopi af husordenerne for de enkelte afsnit, når de er blevet tilrettet.

Med hensyn til retningslinjer for begrænsninger i den personlige frihed har Psykiatrien sendt instruks nr. 19 om personlig skærmning og oplyst at denne instruks delvist opfylder mine anbefalinger, og at den på min anbefaling vil blive tilrettet, så den indeholder en mere konkret beskrivelse af hvilke begrænsninger der kan komme på tale.

Som anført ovenfor under punkt 5.14, har jeg forstået instruks nr. 19 om personlig skærmning således at den kun vedrører personlig skærmning efter psykiatrilovens § 18 c. Det er i denne bestemmelse klart defineret at der ved personlig skærmning forstås "foranstaltninger, hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten" (§ 18 c, stk. 1). Af lovforslagets bemærkninger til § 18 c fremgår det at "umiddelbar nærhed" skal forstås således at patienten til stadighed er under opsyn, herunder ved toiletbesøg og badning, og at der dermed er mulighed for hurtig indgriben fra personalets side.

Centrets instruks nr. 19 indeholder både definitionen af personlig skærmning efter § 18 c og en uddybning af begrebet "umiddelbar nærhed" som anført i lovforslagets bemærkninger til § 18 c. Det er derfor efter min opfattelse ikke nødvendigt i instruksens at foretage en yderligere konkretisering af hvilke begrænsninger der kan komme på tale i forbindelse med personlig skærmning. Jeg henviser imidlertid til det jeg har anført ovenfor under punkt 5.14 om fastsættelse af retningslinjer for lavere grader af observation/overvågning end reguleret i psykiatrilovens § 18 c.

Jeg bad centret oplyse om det forekommer at der træffes beslutning om besøgsforbud – og i givet fald hvor hyppigt og i hvilke situationer. Jeg bad endvidere centret oplyse om en eventuel praksis for revurdering af beslutninger om besøgsforbud.

Psykiatrien har oplyst at der som hovedregel ikke praktiseres besøgsforbud på de åbne afsnit. På afsnit R4 kan det i enkelte tilfælde praktiseres hvis der kommer et forbud fra politiet vedrørende enkelte patienter.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Centret oplyste at mange besøg på det retspsykiatriske afsnit er overvågede, f.eks. hvis patienten er stofmisbruger eller hvis patienten har udsat sin ægtefælle/samlever for vold eller forsøgt at tage livet af vedkommende. Jeg bad centret oplyse nærmere om i hvilke tilfælde der træffes beslutning om overvåget samvær, og om praksis for revurdering af beslutninger om overvåget samvær.

Psykiatrien har oplyst at der på afsnit R4 praktiseres overvåget besøg hvis der er begrundet mistanke om indsmugling af narkotika, våben eller lignende. Beslutningen om overvåget besøg revurderes løbende og dokumenteres i journalen.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Det fremgår af centrets husorden af 29. december 2006 at sengestuerne er private, og at socialt samvær mellem patienterne skal foregå i fællesarealerne. Jeg skrev at jeg tidligere i forbindelse med inspektion af en psykiatrisk afdeling har udtalt at det er min umiddelbare opfattelse at et egentligt forbud mod at patienter besøger hinanden på stuerne er meget vidtgående. Jeg bad derfor centret om at overveje om forbuddet kan erstattes af vurderinger af om besøgsforbud på stuerne er nødvendige i konkrete tilfælde. Jeg bad centret meddele mig resultatet af disse overvejelser.

Psykiatrien har oplyst at praksis på afsnit R4 er at døren skal stå lidt åben, når patienterne besøger hinanden. Det vil blive drøftet om der på de åbne afsnit skal ske en lempelse af det generelle forbud mod besøg på stuerne.

Jeg beder om underretning om resultatet af drøftelserne om en lempelse af det generelle forbud på de åbne afsnit.

Ad punkt 5.20 Rygepolitik

Jeg redegjorde for formålet med den nye rygelov som trådte i kraft den 15. august 2007, og relevante bestemmelser i loven. Det fremgik af centrets rygepolitik som trådte i kraft den 1. januar 2007, at rygepolitikken skulle evalueres efter tre måneder med henblik på en eventuel justering.

Jeg bad centret oplyse om der var sket en evaluering af rygepolitikken, og i givet fald bad jeg om en kopi af den reviderede politik.

Psykiatrien har sendt kopi af bestemmelser om røgfrie miljøer for både den stationære og den ambulante psykiatri. Den lokale rygepolitik som gælder for Psykiatricenter

Vest, er behandlet i MED-udvalg Ribe den 26. marts 2008 og skal evalueres i MED-udvalg i maj 2009.

Det fremgår af rygepolitikken at det på Region Syddanmarks arbejdspladser ikke er tilladt for ansatte at ryge inden døre, heller ikke i rygerum. Undtagelse fra rygepolitikken kan for ansatte komme på tale ved sikkerhedsbemanding idet personalet skal være tilgængeligt i en alarmsituation, f.eks. personalet på R4. I sådanne tilfælde skal der indgås en skriftlig aftale med den enkelte afsnitsledelse og afdelingsledelsen.

Patienter må ifølge den lokale rygepolitik heller ikke ryge inden døre. Dog kan der i ganske særlige tilfælde hvor behandlingshensynet går forud for rygepolitikken, gives tilladelse til at patienter ryger inden døre, eksempelvis hvor patienten er i så dårlig psykisk tilstand at den pågældende kræver en høj grad af skærmning, f.eks. patienter på R4. Der henvises i den forbindelse til § 10 i lov om røgfri miljøer. Der skal indgås en skriftlig aftale mellem den enkelte afsnitsledelse og afdelingsledelsen om hvorledes disse situationer håndteres. Det fremgår udtrykkeligt af rygepolitikken at øvrige patienter må ryge udendørs i indrettede rygefaciliteter.

Jeg har noteret mig indholdet af den lokale rygepolitik.

Jeg beder om at få tilsendt kopi af de skriftlige aftaler der måtte være indgået mellem afsnitsledelsen på R4 og afdelingsledelsen om undtagelser fra rygepolitikken for ansatte.

Jeg beder desuden om at få tilsendt kopi af den skriftlige aftale der er indgået mellem afsnitsledelsen på R4 og afdelingsledelsen om håndtering af de særlige situationer hvor patienter på afsnittet får tilladelse til at ryge inden døre.

På inspektionstidspunktet var rygning tilladt overalt på afsnit R4, dvs. både på fællesarealerne og på patientstuerne. Jeg bad centerledelsen oplyse om der fortsat – i strid med den i MED-udvalget vedtagne rygepolitik – blev røget på både fællesarealer og patientstuer på R4, og i givet fald hvad ledelsen foretog sig i den anledning.

Psykiatrien har hertil oplyst følgende:

”På R4 ryges der kun på stuerne af de patienter, som er skærmet på stuerne. I forhold til fællesarealer, må patienterne kun ryge på det samlingssted, som er lige ud for fælleskontoret, hvor personalet går til og fra. De, som sidder og arbejder på kontoret, har et godt udsyn over, hvad der foregår. Samlingsstedet anvendes meget af patienterne, som søger derhen for at finde ro ved, at de hele tiden kan

se eller kan tale med personalet. Det har samtidig stor behandlings- og observationsmæssig værdi, at patienterne opholder sig sammen med personalet, eller i nærheden af personalet så stor en del af dagligdagen som muligt. Der er taget initiativ til at afsøge, hvad der fås på "markedet" af specielle udsugningssystemer, og der er indgået aftale om besøg af en konsulent fra et firma, som har specialiseret sig inden for disse specielle udsugningssystemer. Der vil blive ansøgt om opsætning af et sådant udstyr, når det bedst egnede er fundet."

Ifølge § 6, stk. 1, i lov om røgfri miljøer (lov nr. 512 af 6. juni 1997) 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). Ved en rygekabine forstås en fritstående enhed med udluftnings- eller ventilationssystem (§ 3, stk. 2). Ifølge lovforslagets bemærkninger til § 3, stk. 2, vil enheden sædvanligvis være med loft, lukket på tre sider og åbent på den fjerde. Det kan være en enhed som renser luften gennem støv- og gasfiltre af tilstrækkelig kvalitet, og som fører den tilbage til rummet, eller enheden kan have mekanisk udsugning der fører den forurenede luft til det fri.

Jeg har forståelse for de særlige forhold der gør sig gældende på et retspsykiatrisk afsnit, men efter min opfattelse er rygning på samlingsstedet ud for kontoret på afsnit R4 ikke i overensstemmelse med rygelovens bestemmelser. Samlingsstedet er indrettet i en niche i tilknytning til afsnittets gangareal med åben forbindelse til gangarealet, og det er også fra dette sted der er udgang til afsnittets gårdhave. Samlingsstedet er således både en del af et gennemgangsrum (gangarealet) og tjener som gennemgangsrum til gårdhaven, og det kan derfor ikke – med eller uden udsugningssystem – karakteriseres som et rygerum efter rygelovens § 3, stk. 1. Selv om samlingsstedet udstyres med et effektivt udsugningssystem, kan det efter min opfattelse heller ikke karakteriseres som en (stor) rygekabine efter rygelovens § 3, stk. 2. Jeg henviser til bestemmelsens ordlyd og lovforslagets bemærkninger til bestemmelsen.

Rygning på samlingsstedet er efter min opfattelse heller ikke i overensstemmelse med centrets lokale rygepolitik hvorefter kun patienter der er i så dårlig psykisk tilstand at de kræver en høj grad af skærmning, kan få tilladelse til at ryge inden døre. I forbindelse med denne undtagelse henvises der i rygepolitikken til rygelovens § 10. Som jeg skrev i min endelige rapport er denne bestemmelse efter lovens forarbejder en konduite bestemmelse som tager sigte på at give meget syge patienter mulighed for at ryge, og den bør kun anvendes i ganske særlige tilfælde. Reglen kan derfor efter min opfattelse ikke anvendes til at give samtlige patienter som til enhver tid er indlagt på et

retspsykiatrisk afsnit, tilladelse til at ryge inden døre på steder som ikke kan betegnes som rygerum eller rygekabiner i rygelovens forstand.

Jeg beder centret oplyse hvilke overvejelser det anførte giver centret anledning til.

Ad punkt 5.22 Kæresteforhold mellem patienterne

Jeg bad om at få oplyst hvad der er centrets holdning til kæresteforhold mellem patienter på afsnit R1 og R2.

Psykiatrien har oplyst at centrets personale ikke blander sig i kæresteforhold mellem patienter på de åbne afsnit, medmindre det giver åbenlyse problemer for den ene part, eller adfærden bliver til almen gene for medpatienter.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.23 Patientindflydelse

På hvert af centrets afsnit holdes der morgen- og ugemøder med patienterne. Jeg bad centret oplyse hvilke emner der typisk drøftes med patienterne på henholdsvis morgenmøderne og ugemøderne, og i hvilke tilfælde der udarbejdes referat til (afsnits)ledelsen.

Psykiatrien har oplyst at det ofte er mulighederne for aktiviteter og for adgang til Internettet samt madplaner der drøftes på patientmøderne. Der udarbejdes altid referat fra møderne.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.24 Rekruttering af personale og sygefravær

Jeg bad centret oplyse om to overlægestillinger var blevet besat, og om centret manglede speciallæger i psykiatri. Jeg bad endvidere centret oplyse om der allerede var sket en omlægning af speciallægenes dagarbejdstid og vagtperioder som omtalt i en artikel publiceret den 16. marts 2007 på hjemmesiden www.sundhed.dk under Region Syddanmark, Psykiatricenter Vest.

Psykiatrien har oplyst at alle yngre lægeuddannelsesstillinger er flyttet til den psykiatriske afdeling i Esbjerg. Afsnit R4 har en fast overlæge, afsnit R1 har en fastansat overlæge, og afsnit R2 har en deltidsoverlæge og en fast 1. reservelæge. Det opsøgende psykoseteam på centret har en fastansat afdelingslæge. Teamet drives i sam-

arbejde med lægerne i Klinik for skizofreni i Esbjerg. Speciallægerne på centret har tidligere indgået i en overlægeberedskabsvagt, men dette er ophørt. Der er fortsat altid en vagthavende forvagt i døgnvagt til stede på centret. Vagtholdet er eksternt ansat. I Esbjerg er der en bagvagt til rådighed for vagthavende på centret.

Jeg har noteret mig det oplyste.

For at nedbringe sygefraværet på centret anbefalede den fælles ad-hoc-sikkerhedsgruppe på psykiatriområdet i det tidligere Ribe Amt i december 2006 bl.a. at der blev satset målrettet på seniorpolitik, at personalegrupperne på de forskellige afsnit drøftede sygefravær og hvordan centret bedst kan hjælpe i forbindelse med sygdom, og at der blev udarbejdet en liste over alternative løsningsforslag så medarbejdere ikke behøver at have et fravær på 100 pct. i forbindelse med sygdom.

Jeg bad centret oplyse om den fælles ad-hoc-sikkerhedsgruppes anbefalinger har ført til konkrete tiltag for at nedbringe sygefraværet.

Psykiatrien har oplyst at centret for yderligere at nedbringe det i forvejen lave sygefravær har foretaget en arbejdspladsvurdering (APV) på samtlige områder i januar 2008. Afdelingsledelsen har været i dialog med samtlige sikkerhedsgrupper for at drøfte fokusområderne på de enkelte enheder og opsætte handleplaner. Det er ligeledes aftalt at leder og tillidsmænd medio 2008 i fællesskab skal udarbejde en revideret politik for forebyggelse og håndtering af sygefravær. Denne gruppe vil have fokus på hvilke muligheder der er personalemæssigt og lovgivningsmæssigt for at kunne fastholde belastede medarbejdere på arbejdspladsen og forbygge langtidssygemeldinger. Dette kan eksempelvis ske ved i stort omfang at udnytte de muligheder, der er for evt. at "skærme" en medarbejder som af den ene eller anden grund har en periode med belastninger. Mulighederne kan være at tilbyde sundhedssamtaler og evt. nedsat tid via en deltidssygemelding i en periode. Dette skal ske i stedet for at vente til medarbejderen bliver nødt til at sygemelde sig helt. Der er i forebyggelsesøjemed indført mulighed for power-napping for natpersonalet. Centret har ligeledes nedsat et sundhedsfremmeudvalg som har fået tildelt 0,5 pct. af centrets samlede budget til sundhedsaktiviteter for medarbejdere og patienter.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.25 Vold mod personalet

Jeg bad centret oplyse nærmere om omfanget af vold og trusler om vold mod personalet. Jeg bad endvidere om at få oplyst om centret har en (skriftlig) voldspolitik, og

hvad centret gør for at ruste personalet bedst mulig til at håndtere eventuelle situationer hvor patienter optræder voldeligt eller truer med vold.

Psykiatrien har oplyst at det samlede antal trusler kategoriseret i forhold til specifikke trusler, forsøg på fysik vold eller truende adfærd løbende registreres. Der blev registreret 650 tilfælde i 2004, 340 tilfælde i 2005, 480 tilfælde i 2006 og 400 tilfælde i 2007. Tallet følges af ledelsen og behandles i det Lokale MED-udvalg. Der tilbydes løbende konflikthåndteringskursus for nyansat personale og vedligeholdelseskursus for det øvrige personale.

Psykiatrien har samtidig sendt mig kopi af centrets vejledende retningslinjer ved voldelige overgreb (revideret marts 1999) og en kopi af vejledning vedrørende patientvold (til opslagstavlen).

Af retningslinjernes punkt 3 om anmeldelse (litra d) fremgår følgende:

”I grovere voldstilfælde vurderer den overfaldne i samråd med afdelingsledelsen, den ansvarlige overlæge og afdelingssygeplejersken om forholdet skal **politianmeldes**. I givet fald skal sygehusledelsen løbende orienteres om politianmeldelsen.

I meget grove tilfælde af vold vil Amtssygehuset, efter konkret vurdering, stå bag politianmeldelsen og eventuelt sagsanlæg, idet det dog af formelle grunde kræves, at den skadelidte personligt foretager politianmeldelsen. Den konkrete vurdering foretages af afdelingsledelsen i samråd med sygehusledelsen. Sikkerhedsgruppen drager omsorg for, at den skadelidte har en bisidder med sig, når voldsepisoden anmeldes/politirapporten optages.”

Af vejledning vedrørende patientvold (til opslagstavlen) punkt 5 fremgår følgende:

”Politianmeldelse

Fysisk/psykisk vold udøvet af patient på psykiatrisk afdeling kan som hovedregel politianmeldes.

Anmeldelse kan foretages af voldsramt person eller den for patienten behandlingsansvarlige overlæge/afsnitsledelse, hvorefter afdelingsledelsen orienteres. Afdelingsledelsen orienterer sygehusledelsen.”

Som det fremgår af min endelige rapport af 27. september 2007, er det efter min opfattelse 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 centret om at oplyse hvorfor det af centrets vejledende retningslinjer fremgår at det "af formelle grunde kræves at den skadelidte personligt foretager politianmeldelsen".

Ad punkt 6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

Det fremgår af centrets vejledning for læger og plejepersonale at tvangsprotokollerne udfyldes af en læge for derefter at blive anvendt som kildemateriale for den elektroniske indberetning som foretages af en lægesekretær. Tvangsprotokollerne opbevares herefter i ringbind.

Jeg bad centret om at oplyse hvorvidt – og i givet fald hvor – der er foretaget/foretages notat om at indberetning til Sundhedsstyrelsen er sket. Jeg bad samtidig centret om at oplyse om centret – ud over det eksemplar af de udskrevne blanketter som opbevares i afsnittets tvangsprotokol – også opbevarer et eksemplar i patientens journal.

Psykiatrien har oplyst at centret opbevarer en kopi af indberetningen af tvang i patientens journal. Der opbevares ikke længere kopi af blanketter i tvangsprotokol på afsnittet. Kopi af tvangsprotokoller kan til enhver tid findes elektronisk.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 6.1 Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

Der skal ske obligatorisk efterprøvelse af en frihedsberøvelse henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage efter at frihedsberøvelsen blev iværksat, og herefter mindst hver 4. uge, så længe frihedsberøvelsen opretholdes. Resultatet af denne efterprøvelse skal tilføres tvangsprotokollen. Der regnes fra den dag hvor frihedsberøvelsen blev iværksat.

I 9 af de 10 tilfælde som jeg undersøgte, havde frihedsberøvelsen varet i tre dage eller længere tid, og i alle disse tilfælde på nær ét var den obligatoriske efterprøvelse ifølge de angivne datoer sket på de tidspunkter som loven foreskriver. I det ene tilfælde, hvor de obligatoriske tidspunkter for efterprøvelse ikke var fulgt, varede frihedsberøvelsen 19 dage, og det var angivet at der var foretaget efterprøvelse efter 3, 9 og 19 dage. (Den omhandlede frihedsberøvelse blev iværksat den 7. marts 2006). Jeg bad centret om en udtalelse herom.

Psykiatrien har oplyst at det er afdelingsledelsens opfattelse at det nævnte tilfælde må bero på en misforståelse af reglerne og tidspunkterne for den obligatoriske efterprøvelse. Reglerne vil blive indskærpet i centrets "Vejledning for læger og plejepersonale".

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 6.2 Tvangsbehandling

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

Psykiatrien har oplyst at der i henhold til min anbefaling vil ske en opstramning således at der i journalen vil blive anført overvejelser om ordinationsform og hvorfor indgivelse af medicin per oral eventuelt må opgives til fordel for injektion.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Datoen for beslutning om ophør af tvangsanvendelsen skal angives. I 2 af de 10 tilfælde jeg undersøgte, og som vedrørte den samme patient, var der i det ene tilfælde 14 dage og i det andet tilfælde en måned mellem datoen for sidste behandling og datoen for beslutningen om ophør. (Det drejede sig om tvangsmedicineringer iværksat henholdsvis den 26. oktober 2006 og 16. november 2006). Jeg bad centret om en udtalelse herom.

Psykiatrien har om den konkrete sag oplyst følgende:

”Den 26. oktober 2006 blev der ordineret inj. Trilafon dek. 216 mg im. hver 2. uge (efter psykiatrilovens § 32 stk. 3). Efterfølgende klagede patientens bistandsværge over behandlingen. Klagen fik dernæst opsættende virkning, således at patienten ikke fik den opfølgende ordinerede medicinske behandling. Den 16. nov. 2006 meddelte patientklagenævnet, at der ikke måtte gives inj. Trilafon dek. 216 mg hver 2. uge. Ved telefonisk henvendelse den 16. nov 06 til en repræsentant for patientklagenævnet blev det oplyst, at der ikke var noget til hinder, for at patienten fik inj. Trilafon dek. 216 mg hver 2. uge. Hvorfor det den 16. nov. 2006 blev besluttet at ophøre med den oprindelige ordination, og der blev samtidig ordineret en ny tvangsbehandling med samme medicin. Denne ordinerede tvangsbehandling fra den 16. nov. 2006 blev der ikke klaget over og patienten modtog medicinen frivilligt hver 2. uge, dvs. den 30. nov 06 og igen frivilligt den 14. dec. 06. Hvor det blev besluttet at ophøre med ordinationen vedr. tvangsmedicinering den 14. dec. 2006, hvor patienten fortsatte med frivillig medicinering.”

Psykiatrien har endvidere oplyst at beslutning om ophør af tvangsmedicinering burde være sket, da patienten tog imod sin medicin frivilligt. Centret er opmærksomt på dette og vil fremover sørge for at tvangen også formelt ophæves, når patienten tager imod medicinen frivilligt. Dette vil blive indskrevet i centrets "Vejledning for læger og plejepersonale".

Jeg har noteret mig det oplyste og beder om at få tilsendt en kopi af den reviderede "Vejledning for læger og plejepersonale".

Ad punkt 6.3 Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

I 2 tilfælde af tvangsfiksering manglede der helt angivelse af personale idet der var sat spørgsmålstegn i rubrikken impliceret personale. (Det drejede sig om anvendelse af bælte og remme den 27. oktober 2006 på afdeling 014.) Jeg bad centret redegøre nærmere for hvorfor der ikke var anført navne på det implicerede personale.

Psykiatrien har oplyst at den manglende angivelse af navne på det implicerede personale skyldtes en forglemmelse. Det vil blive præciseret i centrets vejledning for læger og plejepersonale at initialer eller navne på impliceret personale tydeligt skal angives.

Jeg har noteret mig det oplyste.

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

Psykiatrien har oplyst at det er centrets praksis at der skal være en læge til stede ved tvangsfiksering med bælte. Hvis det er uforsvarligt af hensyn til patientens eller andres sikkerhed at afvente lægens tilsyn, kan sygeplejepersonalet på egen hånd beslutte at fikse den pågældende med bælte. Lægen skal da straks tilkaldes og træffe afgørelse om anvendelsen af tvangsfiksering med bælte. Lægen skal komme til stede straks efter tilkaldelsen.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Opfølgning

Som det fremgår af de enkelte afsnit ovenfor, har jeg i flere tilfælde bedt Psykiatricenter Vest om nærmere oplysninger mv. om forskellige forhold. Det drejer sig om punkterne 3.3, 5.12, 5.14, 5.15, 5.17, 5.19, 5.20, 5.25 og 6.2.

Jeg beder om at disse oplysninger mv. sendes gennem Psykiatrien i Region Syddanmark for at Psykiatrien kan få lejlighed til at kommentere det som centret anfører.

Underretning

Denne rapport sendes til Psykiatricenter Vest, Psykiatrien i Region Syddanmark, Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 og centrets patienter og pårørende.

Lenart Fransen
Inspektionschef