

Indholdsfortegnelse

1.	Indledning.....	3
2.	Generelt om Sikringsafdelingen.....	4
3.	Bygningsmæssige forhold mv.	6
3.1	Generelt.....	6
3.2	Køkkener.....	7
3.3	Gangarealer.....	7
3.4	Besøgsrum.....	9
3.5	Toilet- og badeforhold.....	9
3.6	Aktivitetslokaler.....	10
3.6.1	Motionsrum.....	10
3.6.2	Gymnastiksal.....	11
3.6.3	"Salen".....	11
3.6.4	Gårdhaverne.....	11
3.7	Udsagningsanlægget.....	12
4.	Samtaler med enkelte patienter.....	13
5.	Andre forhold.....	13
5.1	Belægning mv.....	13
5.2	Adgang til frisk luft.....	17
5.3	Handicaptilgængelighed.....	17
5.4	Opbevaring af journaler.....	18
5.5	Medicin.....	18
5.6	Forplejning.....	19
5.7	Beskæftigelse.....	20
5.8	Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2.....	22
5.9	Patienternes kontakt med læge mv.....	23
5.10	Behandlingsplaner.....	24
5.11	Anvendelse af tvang.....	25
5.12	Aflåsning af patientstuer.....	34
5.13	Orientering af bistandsværger og patientrådgivere.....	36
5.14	Tilkald af politi i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger.....	40
5.15	Udskrivning/udslusning.....	41
5.16	Aktindsigt.....	43
5.17	Pårørendekontakt.....	44
5.18	Besøg, visitation og adgang til telefoning mv.....	45
5.19	Rygepolitik.....	53
5.20	Euforiserende stoffer og alkohol.....	54
5.21	Patientindflydelse.....	55
5.22	Udgang mv.....	57

5.23	Personaleforhold.....	58
5.24	Vold mod personalet.....	67
5.25	Selvordsforsøg mv.....	70
5.26	Patienternes økonomiske forhold.....	70
6.	Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen.....	71
6.1	Tvangsbehandling.....	74
6.2	Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.....	81
6.3	Aflåsning af patientstuer.....	92
	Opfølgning.....	93
	Underretning.....	93

1. Indledning

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

Som et led i denne inspektionsvirksomhed foretog jeg og tre af embedets øvrige medarbejdere den 24. januar 2008 inspektion af Sikringsafdelingen, Retspsykiatrisk afdeling, Psykiatrien Nykøbing Sjælland (i det følgende blot Sikringsafdelingen).

Ombudsmandsembedet har tidligere inspiceret Sikringsafdelingen. Første gang var i 1972 (da Sikringsafdelingen stadig var beliggende i bygninger fra 1918) og dernæst i henholdsvis 1989 og 2000. Besøgene er omtalt i Folketingets Ombudsmands beretninger for 1972 (side 191 ff.), 1989 (side 224 ff.), 2000 (s. 571 ff.) og 2002 (s. 721 ff.).

Inspektionen af Sikringsafdelingen den 24. januar 2008 omfattede en indledende samtale med den ledende overlæge og medarbejdere på sygehuset samt psykiatrilæden i Region Sjælland, rundgang på Sikringsafdelingens afsnit, samtaler med de patienter der havde ønsket det, og en afsluttende samtale med sygehusledelsen og psykiatrilæden.

Under inspektionen bad jeg om udskrift/kopi af tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til § 35, §§ 38 - 39 og §§ 43 - 44 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 19. december 2007 (hvor inspektionen blev varslet). Hvis antallet af tilførsler oversteg 10 inden for hver kategori, bad jeg alene om udskrift/kopi af de 10 seneste tilførsler. Udskrifter af tvangsprotokollen blev udleveret af Sikringsafdelingen under inspektionen.

Forud for og under inspektionen modtog jeg forskelligt informationsmateriale, bl.a. husordener for de enkelte afsnit og en pjece med oplysninger til patienter og pårørende.

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

Denne rapport har i en foreløbig udgave været sendt til Sikringsafdelingen og Psykiatrien Region Sjælland med henblik på at give myndighederne lejlighed til at fremkomme med eventuelle bemærkninger om de faktiske forhold som beskrevet i rapporten. Psykiatrien Region Sjælland har på baggrund af høring af afdelingsledelsen for Retspsykiatrisk afdeling i brev af 15. januar 2009 fremsat sådanne bemærkninger der er indarbejdet i rapporten.

2. Generelt om Sikringsafdelingen

Sikringsafdelingen (også kaldet Enggården) er en landsdækkende retspsykiatrisk afdeling for de farligste sindssyge patienter. Organisatorisk hører Sikringsafdelingen – sammen med den almindelige retspsykiatriske afdeling (også kaldet Pilehus) – under Retspsykiatrisk afdeling. Retspsykiatrisk afdeling (herunder Sikringsafdelingen) ligger i Nykøbing Sjælland (hvor Psykiatrien Region Sjælland tillige har en almenpsykiatrisk afdeling). Sikringsafdelingen har plads til i alt 30 patienter.

Sikringsafdelingen er oprettet ved lov (nr. 123 af 29. april 1913 om opførelse af et sindssygehospital og en dertil knyttet sikringsanstalt paa Sjælland der fortsat er gældende). Efter § 2 i lov nr. 1396 af 21. december 2005 om retspsykiatrisk behandling mv. der trådte i kraft den 1. januar 2007, påhviler det nu regionsrådet for Region Sjælland at drive Sikringsafdelingen. Før 1. januar 2007 hørte Sikringsafdelingen under det daværende Vestsjællands Amt.

Det fremgår tillige af den nævnte bestemmelse at Sikringsafdelingen skal modtage personer der i henhold til dom eller administrativ beslutning skal anbringes på Sikringsafdelingen, og personer der efter retskendelse skal indlægges til mentalundersøgelse på hospital for sindslidende, og som af anklagemyndigheden skønnes at burde anbringes på Sikringsafdelingen.

Anbringelse på Sikringsafdelingen på grundlag af en administrativ beslutning er nærmere reguleret i psykiatriloven (lovbekendtgørelse nr. 1111 af 1. november 2006 om anvendelse af tvang i psykiatrien). Af psykiatrilovens § 40 fremgår det at justitsministeren i ganske særlige tilfælde hvor mindre indgribende foranstaltninger ikke er tilstrækkelige, kan bestemme at en person der er sindssyg, og som vedvarende udsætter andres liv eller legeme for alvorlig og overhængende fare, skal anbringes på Sikringsaf-

delingen. § 40 omfatter de såkaldte farlighedsdekreter der er undergivet obligatorisk domstolsprøvelse, jf. § 40, stk. 2.

Af psykiatrilovens § 40, stk. 3, fremgår det at reglerne i psykiatriloven finder tilsvarende anvendelse på personer der anbringes på Sikringsafdelingen efter stk. 1 (farlighedsdekret). Det gælder dog ikke §§ 5-11 (om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel), § 21, stk. 2 (om efterprøvelse heraf) og bestemmelserne i kapitel 10 om klageadgang og domstolsprøvelse med hensyn til afgørelser om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel. Det samme gør sig gældende for personer der opholder sig på en psykiatrisk afdeling i henhold til en retsafgørelse der er truffet i retsplejelovens former, jf. § 2 i Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 892 af 14. december 1998 om personer indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til strafferetlig afgørelse (der er udstedt i medfør af psykiatrilovens § 42). Det fremgår endvidere af lovens § 40, stk. 4, og bekendtgørelsen at bestemmelserne i §§ 24-29 om patientrådgivere kun gælder hvis den pågældende ikke i forvejen har en patientrådgiver eller en bistandsværge efter straffelovens § 71.

Rigsadvokaten har udstedt en meddelelse (nr. 5 af 12. juli 2007) om behandlingen af straffesager vedrørende psykisk afvigende kriminelle og personer omfattet af straffelovens § 70 der indeholder et særligt afsnit om Sikringsafdelingen (pkt. 3.4.1). Som bilag 1 til denne meddelelse er vedlagt en afskrift af Vestsjællands Amts regulativ af 1. juni 1994 for Sikringsafdelingen. I pkt. 3 i dette regulativ er det anført at Sikringsafdelingen udadtil bør yde fængselsmæssig sikkerhed og indadtil byde på hospitalsmæssige forhold hvad angår behandling, pleje og fysisk miljø, i overensstemmelse med de til enhver tid gældende normer for god psykiatrisk sygehusstandard.

Om god psykiatrisk sygehusstandard henvises til psykiatrilovens § 2 der indeholder følgende bestemmelse:

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

Ifølge forarbejderne til bestemmelsen har den til hensigt at understrege behovet for og vigtigheden af at forholdene på de psykiatriske afdelinger forbedres, herunder navnlig de bygningsmæssige forhold.

Regionsrådet i Region Sjælland har den 6. marts 2008 vedtaget en psykiatriplan for regionen. Det fremgår heraf bl.a. at al retspsykiatri i Region Sjælland på længere sigt skal samles i nye fremtidssikrede bygninger i tilknytning til den psykiatriske sygehusenhed i Slagelse. Det gælder således også Sikringsafdelingen der skal placeres i nærheden af den retspsykiatriske afdeling i Slagelse. På et møde i Forum for Psykiatriplanlægning den 1. september 2008 blev der givet en nærmere orientering om status for implementering af psykiatriplanen. På et møde i Forum for Psykiatriplanlægning den 24. oktober 2008 blev der givet en mundtlig opfølgning vedrørende (forslag til) budgettet for 2009. Referatet fra dette møde er vedlagt en investeringsoversigt der indgår i forslaget til budgettet for 2009. Ifølge denne oversigt afsættes der midler til opførelse af en ny sikring i Slagelse i årene 2010-2014.

3. Bygningsmæssige forhold mv.

3.1 Generelt

Sikringsafdelingen er beliggende i en bygning der blev taget i brug i 1981. Udadtil fremtræder afdelingen som et fængsel med høje mure og elektronisk overvågning.

Sikringsafdelingen opdelt i tre afsnit – P1, P2 og P3 – der hver har plads til 10 patienter. Bygningen er i ét plan, og hvert af de tre afsnit ligger i en separat fløj gående ud fra bygningens midte med hver sin tilhørende have. De fysiske rammer for de tre afsnit er ens, men afsnittene er ikke helt ens i indretningen.

Patienterne har enestuer med håndvask, men uden eget toilet og bad hvilket en af de patienter som jeg talte med, klagede over. Jeg oplyste – både under samtalen og i min efterfølgende skriftlige opfølgning herpå – at jeg er enig i at der bør være eget toilet og bad til stuerne, men at jeg ikke havde grundlag for at henstille at der etableres eget toilet og bad til stuerne. Jeg henviste i den forbindelse til planerne om at flytte Sikringsafdelingen til nye tidssvarende rammer.

På de enkelte afsnit er der foruden patientstuer en række fælles faciliteter: dagligstue, spisestue/spisekøkken og et motionsrum. På hvert afsnit er der desuden en såkaldt "0-stue" der bruges til fiksering og frivillig anbringelse uden fiksering af urolige patienter, og personalefaciliteter. Adgang til de tre afsnit sker gennem en sluse hvor der er et besøgslokale og et telefonrum til brug for patienterne.

Herudover er der i midten af bygningen fællesfaciliteter til brug for patienterne fra alle de tre afsnit (idrætshal, motionsgang og "Salen").

Hvad de bygningsmæssige forhold angår, henviser jeg i øvrigt til rapporten efter inspektionen i 2000 og opfølgingsrapporten af 6. februar 2001 der (også) findes på www.ombudsmanden.dk. Denne rapport omfatter således ikke en gennemgang af alle de bygningsmæssige forhold, men omfatter som udgangspunkt alene de ændringer der er sket vedrørende de bygningsmæssige forhold siden inspektionen den 25. april 2000 og opfølgningen herpå.

Min vurdering af de bygningsmæssige forhold er naturligvis også præget af beslutningen om at flytte Sikringsafdelingen til nyt byggeri i Slagelse.

På inspektionstidspunktet var vedligeholdelsesstandarderne på Sikringsafdelingen, herunder møblementets standard generelt god, og der var generelt set pænt rent på patientstuer og i fællesrum. Det er kun nogle af de almindelige vedligeholdelser der er sket siden sidste inspektion, som er omtalt nedenfor.

3.2 Køkkener

På P2 og P3 er der et stort spisekøkken med bl.a. tre store køle-/fryseskabe, kaffemaskine, elkedel og brødrister. I midten af køkkenet er der et langbord med 10 stole.

P1's køkken er adskilt fra selve spisestuen, og har et lille spisebord med to stole, et køleskab og en kaffemaskine. Spisestuen har tre mindre spiseborde med 5 stole, fire køleskabe og en fryser. Der var på inspektionstidspunktet på grund af pladsmangel stillet to motionscykler i spisestuen.

Generelt for alle tre køkkener er farve- og trævalg med hensyn til skabslåger, bordplader, vægge og gulve. Alle skabslåger og skuffer er med lås.

På et opslag ved døren til køkkenerne er det oplyst at det er muligt for patienterne i fire tidsrum om dagen selv at lave kaffe, the mv.

Alle tre køkkener fremstod funktionelle og rene.

3.3 Gangarealer

Efter min henstilling i rapporten om min inspektion af Sikringsafdelingen den 25. april 2000 skete der i begyndelsen af 2001 en gennemgribende istandsættelse af gangarealerne. Der blev opsat en ny loftsbeklædning, en lysere gulvbelægning og en ny belysning, og væggene er malet i lysere farver. Den 6. april 2001 deltog jeg i en reception på Sikringsafdelingen hvor jeg så resultatet af denne renovering.

I forbindelse med denne inspektion den 24. januar 2008 kunne jeg under rundgangen konstatere at der på P2 og P3 er gjort mere ud af indretningen. Der er på afsnit P2 nu bl.a. en kommode med en vase med blomster og malerier som det under inspektionen blev oplyst er malet af patienter fra afsnittet. Generelt er gangarealerne indbydende med plakater/billeder/opslagstavler på væggene. Der er 10-12 væglamper på den ene væg og en loftslampe over hver dør til stuerne på den anden side. Under vinduet for enden af gangen er der stillet en kasse med grønne planter. Væggene er malet blå med en bort af hvid ved loftet på den ene side og hvide på den anden side, og over alle døre er der malet blå. Gulvet er gråhvidt linoleum brudt af store blå flader.

Under min rundgang denne gang bemærkede jeg at der er indkigshuller (dørspioner) i dørene til patientstuerne, toiletter og besøgsrum så det er muligt fra gangarealerne at kigge ind i disse rum. Ledelsen oplyste at der er behov for disse huller (ved toiletterne), og at personalet er opmærksomt på at andre patienter der bliver overvåget når de færdes på gangen, ikke kigger ind gennem hullerne. Det blev endvidere oplyst at det faktisk er et problem at udsynet igennem hullerne ikke er godt nok, og at dette spørgsmål var taget op.

Jeg beder om oplysning om resultatet af denne behandling og om en uddybning af det oplyste om behovet for indkigshuller i dørene. Jeg bemærker i den forbindelse at der efter min opfattelse kun bør være indkigshuller i døre til patientstuer mv. hvis der er behov for særlig observation af patienten. Jeg henviser til at kighuller ikke er i overensstemmelse med patienters ret til et privatliv da de giver (personalet) mulighed for at iagttage en patient uden dennes vidende. Jeg er opmærksom på at patienterne på Sikringsafdelingen ikke kan sammenlignes med patienter på (lukkede/retspsykiatriske afsnit på) andre psykiatriske sygehuse.

Under min rundgang bemærkede jeg også at der på P1 var navneskilte med patientens fulde navn på døren, mens der på afsnit P3 alene var angivet fornavn. Jeg erindrings ikke hvordan forholdet var på P2.

Jeg har tidligere 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. Selv om der kun i særlige tilfælde afvikles besøg på afsnittene (jf. også pkt. 5.18), beder jeg Sikringsafdelingen om at overveje at ændre navneskiltene på P1 (og P2 hvis der også dér anvendes det fulde navn) i overensstemmelse hermed. Jeg beder om underretning om resultatet af disse overvejelser.

3.4 Besøgsrum

I indgangen (slusen) til hvert enkelt afsnit er der som nævnt et besøgsrum. Jeg besigtigede under rundgangen besøgsrummene på P1 og P3. Besøgsrummet på P1 var for nylig blevet renoveret ved maling af vægge og nyt linoleum på gulvet. Der var ikke kommet udsmykning på væggene endnu efter renoveringen, men det ville der komme. I besøgsrummet på P3 var der udsmykning, og det fremstod derfor hyggeligere.

Inventaret er en sofa, to lænestole i blåt betræk med dekorative hynder og et bord. Der er et spisebord med fire stole ligeledes i blåt betræk. Under vinduet er der en hylde hvor der i hver side står henholdsvis et tv med dvd-afspiller og en ghettoblaster. Der står en grøn plante i vindueskarmen. Der er (som nævnt) indkigshul i døren

Det blev oplyst under inspektionen at besøg skal foregå i besøgsrummene medmindre andet er aftalt. Besøg kan i særlige tilfælde foregå på stuen eller i afsnittet, jf. nedenfor under pkt. 5.18.

Jeg går ud fra at der nu er opsat udsmykning på væggene i besøgsrummet på P1.

Besøgsrummene der fremstod funktionelle, giver mig ikke (i øvrigt) anledning til bemærkninger.

På gangen ved besøgsrummene er der som også allerede nævnt et telefonrum til afsnittets patienter med adgang til et toilet der kan benyttes af de besøgende. Telefonrummet anvendes også som depotrum. I telefonrummet på afsnit P1 er der på et af skabene et skilt hvoraf det fremgår at skabet anvendes til bæltter. Ledelsen tilkendegav at ville overveje om det er nødvendigt at det udtrykkeligt fremgår ved skiltning at der opbevares bæltter dette sted.

Jeg beder om underretning om resultatet af disse overvejelser.

3.5 Toilet- og badeforhold

Alle afsnit har et kombineret toilet- og baderum med to brusenicher og et toilet. To af afsnittene har desuden to separate toiletter der på det ene afsnit (P1) er opdelt i et herre- og et dametoilet hvilket fungerer fint. På afsnit P2 er det ene patienttoilet (for mere end 10 år siden) inddraget til en udvidelse af kontoret.

I baderummene står der også en vaskemaskine og en tørretumbler som patienterne benytter.

De separate toiletter har hvide fliser på alle væggene og gulvet er små, sandfarvede klinker. Ved håndvasken er der et spejl, håndsæbe i magnetholder og håndklæder. Der er som nævnt indkigshuller i dørene til toiletterne.

Sikringsafdelingen anser toilet- og badeforhold for et stort problem. Da to patienter ikke kan bade sammen, er der reelt kun et bad til afsnittets 10 patienter. Af samme grund er den ene brusekabine på baderummet på et af afsnittene (P1) inddraget til vaskemaskine og tørretumbler (der er låst inde). På grund af det særlige klientel, hvoraf nogle er urenlige, og det forhold at Sikringsafdelingen både har mænd og kvinder, kræver afvikling af bad mv. meget planlægning. De enkelte patienter har faste badetider, men især efter idræt kan det være et problem at få afviklet bad.

Europarådets Torturkomité der besøgte Danmark, herunder Sikringsafdelingen, i februar 2008, har i sin rapport af 24. juli 2008 om besøget (der er offentliggjort på komitéens hjemmeside den 25. september 2008) også bemærket at adgangen til baderum kunne forbedres. Under henvisning til at Sikringsafdelingen forventede at skulle flyttet til nye lokaliteter i Slagelse, bad komitéen om at modtage aktuelle oplysninger herom.

Jeg er enig med Sikringsafdelingen (og torturkomitéen) i at bade faciliteterne er utilstrækkelige. På grund af beslutningen om flytning foretager jeg mig dog ikke mere vedrørende dette forhold.

Der er som nævnt almindelig håndsæbe og almindelige håndklæder på toilet- og baderummene. Under den afsluttende samtale undrede det ledelsen da det ikke længere skulle være er muligt at købe almindelig håndsæbe fra Sikringsafdelingens leverandør af toiletartikler.

Jeg forstår det oplyste sådan at Sikringsafdelingen er enig i at der på toiletter og baderum – af hygiejniske grunde – bør være flydende håndsæbe og engangshåndklæder/papir-håndklæder. Jeg går derfor ud fra at Sikringsafdelingen vil udskifte håndsæben og de almindelige håndklæder med flydende håndsæbe og engangshåndklæder/papirhåndklæder.

3.6 Aktivitetslokaler

3.6.1 Motionsrum

På to af afsnittene er der et motionsrum med bordtennis og/eller billard, en eller flere motionscykler, ribber, tv, playstation, point-tavle og en "almindelig" undervisningstavle. Der er ingen undervisningslokaler på Sikringsafdelingen. Undervisningen foregår nu

enten i motionsrummet eller i spisestuen, jf. min opfølgingsrapport af 6. februar 2001 vedrørende inspektionen i 2000.

Om undervisning henviser jeg i øvrigt til pkt. 5.7.

3.6.2 Gymnastiksal

På tidspunktet for min inspektion i 2000 havde Sikringsafdelingen et værksted med mulighed for tre forskellige aktiviteter, men træværkstedet havde på det tidspunkt stået ubenyttet hen i ca. tre år, jf. rapporten af 29. september 2001 fra denne inspektion. Hele værkstedet er nu nedlagt, og der er i stedet lavet en større sal der bliver anvendt til boldspil. I salen er der bl.a. basketballkurve og hockeymål. På en gang ved siden af hallen står der forskellige træningsmaskiner heriblandt cykler til spinning. Jeg henviser også til omtalen af aktiviteter nedenfor under pkt. 5.7.

Som det også fremgår dette sted, er de tidligere planer om et udendørs idrætsanlæg, jf. pkt. 4.2 i rapporten fra min inspektion i 2000, skrinlagt. Jeg henviser nærmere herom til pkt. 5.7.

3.6.3 "Salen"

Sikringsafdelingen har en sal der tidligere blev brugt som gymnastiksal, men nu mest anvendes til fællesarrangementer, herunder både som festsal og kirkesal, samt til retsmøder. Salen er mindre end gymnastiksalen og har et klaver, to skriveborde og madrasser der bruges i terapien ("boldseng" med kugledyne og "musikseng"). Gulvet er malet op med en badmintonbane, men der er i salen reelt ikke højt nok til loftet til badminton (som nu kan spilles i den anden sal). Der er endvidere mulighed for at opsætte et volleyballnet. Der er tre vinduer i første sals højde, og rummet har gode lysforhold.

3.6.4 Gårdhaverne

Hvert afsnit har som nævnt sin egen gårdhave der er omgivet af en høj ringmur. Alle gårdhaverne har en stor græsplæne med enkelte træer og blomster, en træpavillon, bænke, stole og borde og en udendørs grill. Der er bl.a. mulighed for at spille fodbold, volleyball og basketball. I gårdhaven i P1 er anlagt en mindre frugthave, og muren er dekoreret med en række store "Lucky Luke"-malerier. Der er dette sted endvidere en løbebane og en boksebold i pavillonen. Der er siden min inspektion i 2000 blevet etableret et hønsehus i P2s gårdhave. I denne have er der ligeledes en petanquebane og forhindrebane. P3-haven er meget sparsomt indrettet; den indeholder kun en pavillon, tre bord-bænkesæt og to jernstativer der kan fungere som fodboldmål.

Jeg beder om at få oplyse hvorfor der ikke er flere aktivitetsmuligheder i denne gård.

Alle tre gårdhaver var – trods forskellen på indretning – pæne og velholdte, men fremtrådte på grund af årstiden en smule triste.

3.7 Udsugningsanlægget

I rapporten fra min inspektion i 2000 skrev jeg bl.a. følgende:

”Under rundgangen blev opmærksomheden henledt på Sikringsafdelingens udsugningsanlæg, der er af ældre dato. Udsugningsanlægget støjer og giver problemer for bl.a. slimhinder hos såvel patienter som ansatte. Det blev oplyst at anlægget for nogle år siden er rensset, men at dette kun løste problemerne midlertidigt. Det blev endvidere oplyst at der er udarbejdet en ingeniørrapport om udsugningsanlægget, og at problemerne bl.a. består i ophobning af støv i anlægget og tilstopning af filtre. Idet der som udgangspunkt ikke må være vinduer på Sikringsafdelingen der kan åbnes, har udsugningsanlægget en meget væsentlig funktion for indeklimaet på afdelingen.

Jeg kunne under rundgangen selv konstatere at udsugningen giver nogen baggrundsstøj som formentlig er generende i længden. Det er efter min opfattelse utilfredsstillende at udsugningsanlægget er støjende og efter det oplyste giver både patienter og personale helbredsgener.

Jeg går ud fra at problemet med ophobning af støv i udsugningsanlægget er et regelmæssigt tilbagevendende problem. Der er således behov for en plan for hvornår anlægget skal efterses og renses, og jeg går ud fra at ingeniørrapporten har beskæftiget sig med dette spørgsmål.

Jeg anmoder Vestsjællands Amt om en udtalelse om det anførte.”

Amtet oplyste at amtshospitalets tekniske afdeling havde haft et firma til at gennemgå anlægget. En rapport af 14. november 2000 indeholdt detaljerede måledata og løsningsforslag som ville kunne forbedre anlæggets effekt og eliminere gener i form af støj. Teknisk afdeling havde foreslået at man også ventilerede gangene. Ændringer var iværksat på afsnit P2, og hvis ændringerne havde den ønskede effekt, ville anlæggene på de øvrige afsnit også blive renoveret.

Jeg tog i opfølgingsrapporten af 6. februar 2001 det oplyste til efterretning.

Under denne inspektion blev det på forespørgsel oplyst at udsugningen er forbedret, men at det stadig er et problem at få temperaturen tilstrækkelig ned, og at der ikke er noget at gøre ved larmen.

Under rundgangen bemærkede jeg ikke selv specielle gener fra udsugningsanlægget, herunder støj. Idet jeg går ud fra at de tidligere gener er afhjulpet i det omfang det har været muligt, foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold.

4. Samtaler med enkelte patienter

Under inspektionen havde jeg samtaler med fem patienter som alle havde ønsket en samtale med mig. Fire af patienterne har modtaget separat skriftligt svar som opfølgning på samtalen, mens det med den sidste patient blev aftalt at der ikke skulle ske en sådan skriftlig opfølgning. Samtalerne vedrørte patienternes egne forhold, men to af samtalerne vedrørte også nogle generelle forhold (stuer uden eget toilet og bad og anvendelse af personale fra et privat vagtfirma). Disse klager er omtalt under henholdsvis pkt. 3.1 og 5.23.

5. Andre forhold

5.1 Belægning mv.

Sikringsafdelingen modtager som nævnt kun personer efter en retslig beslutning eller farlighedsdekret udstedt af Justitsministeriet. Hvis resultatet af en mentalundersøgelse er en indstilling om en anbringelsesdom på Sikringsafdelingen, vil der normalt blive truffet kendelse om at patienten skal forblive på Sikringsafdelingen i varetægtssurrogat indtil domsafsigelsen.

Det er indtrykket at klientellet på Sikringsafdelingen har ændret sig gennem årene til mere syge patienter der er vanskeligere at behandle end de tidligere patienter. En mulig årsag til dette kan være at der er kommet mange flere retspsykiatriske afdelinger der i højere grad end tidligere giver mulighed for at anbringelsesdømte nu i videre omfang og med en bedre sikkerhed kan "nøjes med" en anbringelsesdom til psykiatrisk hospital. Antallet af anbringelsesdomme er steget gennem årene, men antallet af anbringelsesdomme til Sikringsafdelingen er samlet set ikke steget de sidste 20 år. I første del af denne periode var der et fald i antallet af anbringelsesdomme til Sikringsafdelingen, men i de sidste 10 år er der igen sket en stigning. Om ændringen i klientellet henviser jeg også til det svar fra sundheds- og forebyggelsesministeren til Folketingets Retsudvalg der er citeret under pkt. 5.24.

Udviklingen i patientsammensætningen er omtalt i en generel information om Sikringsafdelingen (fra oktober 2002 og revideret i maj 2004) der findes på www.sundhed.dk, og i et forslag til plan for retspsykiatrien i Region Sjælland samt overvejelser for Sikringsafdelingen i fremtiden (december 2005) der findes på regionens hjemmeside. Det fremgår heraf at ca. halvdelen af patienterne indlægges på farlighedsdekret.

Jeg beder om at få oplyst hvordan fordelingen er i dag på anbringelsesdømte, patienter med farlighedsdekret, mentalobservander og varetægtssurrogatanbragte.

Sikringsafdelingen er som tidligere nævnt en landsdækkende afdeling. Ca. 80 pct. af de indlagte patienter kommer fra andre regioner end Region Sjælland.

Som også allerede nævnt har Sikringsafdelingen plads til i alt 30 patienter. Der er ikke i psykiatriplanen planer om at ændre kapaciteten, men det er planen at indrette de nye bygninger til Sikringsafdelingen fleksibelt så det bliver muligt at tilpasse til ændringer i behovet på landsplan.

De tre afsnit fungerer ens. Der sker ikke visitation af patienterne til et bestemt afsnit, men dertil hvor der er en ledig plads. Der kan dog flyttes rundt på patienterne efter en konkret vurdering, f.eks. hvis der ellers vil komme for mange kvinder på samme afsnit, eller eventuelt af behandlingsmæssige grunde. Tidligere har Sikringsafdelingen flyttet patienter fra et afsnit til en andet for at afprøve farlighed i nye rammer til brug for overvejelser om anbefalinger om udgang og udslusning.

Mange af Sikringsafdelingens patienter er indlagt i (meget) lang tid. I 2005 var indlæggelsestiden i gennemsnit 7 år.

Behovet for pladser veksler. På tidspunktet for inspektionen i 2000 var der ingen venteliste, men på tidspunktet for inspektionen denne gang var to patienter, begge med farlighedsdekret, på venteliste til Sikringsafdelingen. Af forslaget til plan for retspsykiatrien i Region Sjælland samt overvejelser for Sikringsafdelingen i fremtiden fremgår det at der begyndte at komme venteliste i 2002. I 2002-2004 måtte to patienter vente i flere måneder på indlæggelse, og ventetiden var i disse tre år henholdsvis 286, 182 og 323 dage. I 2001 var der 10 tomme pladser hvilket gjorde det muligt midlertidigt at lukke og renovere et afsnit. De patienter der var på afsnittet, blev midlertidigt flyttet til et andet afsnit på Sikringsafdelingen.

Jeg beder om at få oplyst hvordan situationen er i dag, og om der fra 2005 til nu også generelt har været venteliste til Sikringsafdelingen. Jeg beder endvidere om at få oplyst hvor lang ventetiden normalt er.

Sikringsafdelingen har siden 1. juni 1994, hvor det tidligere nævnte regulativ for afdelingen trådte i kraft, haft mulighed for også at modtage kvindelige patienter. På tidspunktet for inspektionen i 2000 havde Sikringsafdelingen to kvindelige patienter der var indlagt på hver sit afsnit. Det blev dengang på forespørgsel oplyst at deres behov for skærmning i forhold til de mandlige patienter af personalet ikke blev oplevet som større eller anderledes end det er tilfældet for mandlige patienter indbyrdes.

Udviklingen med hensyn til kvindelige patienter er også nævnt i den generelle information om Sikringsafdelingen. På et tidspunkt havde Sikringsafdelingen syv kvinder indlagt. På inspektionstidspunktet den 24. januar 2008 havde Sikringsafdelingen fire kvindelige patienter. Det blev oplyst at Sikringsafdelingen er opmærksom på relationen mellem kvinderne og mændene.

Jeg har noteret mig at Sikringsafdelingen er opmærksom på relationen mellem kvinderne og mændene, og jeg går ud fra at der fortsat ikke opleves problemer i forholdet mellem kønnene.

Ved de tidligere inspektioner havde Sikringsafdelingen flere grønlandske patienter, men ved inspektionen den 24. januar 2008 var der ingen grønlandere blandt patienterne.

Af den generelle information om Sikringsafdelingen fremgår det at antallet af patienter med anden etnisk baggrund end dansk på fire år var steget fra 10 til 33 pct. Under inspektionen blev det oplyst at Sikringsafdelingen efter renoveringen i 2001 hvor et afsnit som tidligere nævnt var lukket, fik i alt 10 nye patienter med anden etnisk baggrund, og at Sikringsafdelingen siden da i gennemsnit har haft mellem 30 og 45 pct. patienter med anden etnisk baggrund end dansk.

Det blev endvidere oplyst at alle de patienter med anden etnisk baggrund end dansk der har ønsket det, og som har været tilstrækkeligt stabile (med hensyn til psykose og farlighed) har fået undervisning i dansk. Det blev endvidere oplyst at alle de patienter som Sikringsafdelingen nu har, forstår og taler dansk. Sikringsafdelingen anvender i øvrigt tolketelefon (som afdelingen er meget glad for), og har nu ansat en arabisk og en kurdisk talende pædagog og en arabisk talende psykolog. Der er oplysning om mu-

ligheden for tolkebistand, eventuelt via tolketelefon, i den (udaterede) folder som Sikringsafdelingen har udarbejdet til patienter og pårørende.

Jeg har noteret mig at patienter med en anden etnisk baggrund end dansk bliver undervist i dansk hvis de ønsker det og er tilstrækkeligt stabile, og at de mange patienter med anden etnisk baggrund end dansk som Sikringsafdelingen har i dag, alle forstår og taler dansk.

Jeg har endvidere noteret mig at der anvendes tolkebistand, herunder tolketelefon, og at der er ansat en arabisk og en kurdisk talende pædagog og en arabisk talende psykolog.

Jeg er bekendt med at Sundhedsstyrelsens pjece "Tvang i psykiatrien" findes på flere sprog, og jeg går ud fra at Sikringsafdelingen har et oplag heraf på forskellige sprog til udlevering til fremmedsprogede patienter ved anvendelse af tvang.

Jeg beder Sikringsafdelingen om at oplyse om der udover nævnte pjece findes andet generelt informationsmateriale på andre sprog end dansk.

I rapporten om min inspektion i 2000 bad jeg om at få oplyst hvorvidt Sikringsafdelingen af hensyn til patienter af udenlandsk herkomst ved ansættelse af personale er særligt opmærksomme på at ansætte medarbejdere med anden etnisk baggrund end dansk. Som svar herpå blev det oplyst at Sikringsafdelingen ikke havde gjort noget særligt for at ansætte en medarbejder med anden etnisk baggrund end dansk, men at afdelingen imidlertid ville se positivt på eventuelle fremtidige henvendelser fra ansøgere med anden etnisk baggrund. Dette noterede jeg mig.

I brevet af 15. januar 2009 har Psykiatrien oplyst at det har været nævnt i stillingsopslag at man gerne så ansøgere med anden etnisk baggrund end dansk.

Jeg har ovenfor noteret mig at der siden sidste inspektion er ansat en arabisk og en kurdisk talende pædagog og en arabisk talende psykolog. Jeg har endvidere noteret mig at det i stillingsopslag har været nævnt at man gerne så ansøgere med anden etnisk baggrund end dansk. Jeg beder Sikringsafdelingen om at oplyse om den store stigning der har været i antallet af patienter med anden etnisk baggrund end dansk, i øvrigt har givet anledning til nye overvejelser af spørgsmålet om at gøre noget særligt for at ansætte medarbejdere med anden etnisk baggrund end dansk. Jeg er som det fremgår af pkt. 5.23 opmærksom på de rekrutteringsvanskeligheder som Sikringsafdelingen har, og som naturligvis også påvirker muligheden for at ansætte personale med anden etnisk baggrund end dansk.

5.2 Adgang til frisk luft

Af forarbejderne til psykiatrilovens § 2 der er citeret under pkt. 2 og bl.a. omfatter mulighed for udendørs ophold, fremgår det at regeringen i april 1997 indgik en aftale med den daværende amtsrådsforening 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 at komme ud i frisk luft dagligt.

Sikringsafdelingen fremtræder som nævnt under den bygningsmæssige gennemgang udadtil som et fængsel med høje mure (der forhindrer indkig). Til hvert afsnit er der en gårdhave med tilhørende stor græsplæne der er omgivet af en høj ringmur.

Under inspektion blev det oplyst at patienterne har adgang til gården/haven både enkeltvis uden personaleledsagelse og flere sammen med personale (to ansatte). Adgangen med personale sker på faste tider fire gange om dagen, og i de mellemliggende perioder kan patienterne enkeltvis komme ud i gården ½ time ad gangen. Selv om en patient ikke har fællesskab med de øvrige patienter på afsnittet, kan patienten således komme ud i gården, og det er derfor også sjældent at patienterne ikke kan komme ud i frisk luft når de ønsker det. Efter at der er sat projektører op på gårdarealerne, er det muligt at benytte dem i videre omfang.

Jeg har noteret mig at alle patienterne kan komme ud i frisk luft (flere gange) hver dag hvis de ønsker det.

5.3 Handicaptilgængelighed

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang ovenfor, er Sikringsafdelingen indrettet i bygninger i ét plan.

Under inspektionen blev det oplyst at ingen af patienterne bruger kørestol, men at en af de ansatte gør. Der har tidligere været en patient der brugte kørestol, hvilket der ikke var problemer forbundet med.

Forholdene giver mig ikke anledning til anden bemærkning end at jeg går ud fra at det planlagte nye byggeri vil blive indrettet så det er tilgængeligt også for mennesker med handicap.

5.4 Opbevaring af journaler

Spørgsmålet om hvordan patientjournalerne føres og om adgang hertil blev ikke berørt under inspektionen.

Jeg beder om oplysning herom.

5.5 Medicin

Det er kun på det ene afsnit – P1 – at der er et særskilt medicinrum. På de to andre afsnit opbevares medicinen på kontoret.

Det blev oplyst at patienterne indtager deres medicin under opsyn. Det blev ikke i øvrigt drøftet nærmere hvordan Sikringsafdelingen håndterer medicinen.

Jeg beder om at få oplyst dette. Idet jeg går ud fra at der foreligger en instruks herom, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9429 af 30. juni 2006 om ordination og håndtering af lægemidler hvoraf det bl.a. fremgår at det er ledelsens ansvar at der er udarbejdet de nødvendige instrukser om medicin håndtering, beder jeg om en kopi af denne instruks.

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

I forbindelse med oplysningen om den store andel af patienter med anden etnisk baggrund end dansk blev det oplyst at flere afrikanere har et lidt anderledes blodbillede (hvad angår antallet af en speciel type hvide blodlegemer) der har betydning for om de umiddelbart tåler en bestemt type medicin. Der er en begrænset erfaring/forskning på området. Den ledende overlæge har søgt at indsamle viden herom fra andre lande, men det er vanskeligt.

Jeg har noteret mig at Sikringsafdelingen søger at indsamle mere viden på dette felt.

5.6 Forplejning

Maden til patienterne fås fra Holbæk Sygehus. Der er tale om almindelig (somatisk) sygehuskost som er mager, men utilstrækkelig i mængde. For at der skal være nok mad, bestiller Sikringsafdelingen derfor ekstra portioner.

Jeg beder Sikringsafdelingen om at oplyse om problemet med for små portioner har været drøftet med Holbæk Sygehus. Jeg beder endvidere om oplysning om hvorvidt maden anrettes i portioner eller som buffet til patienterne.

Jeg beder endvidere Sikringsafdelingen om at oplyse om der modtages og ophænges menuplaner så patienterne kan se hvad der er på menuen til frokost og til aften hver uge.

I sagen om min inspektion af Fjorden (nu Psykiatrien Roskilde/Køge) har Psykiatrien Region Sjælland i et brev af 2. oktober 2008 oplyst at der er øget fokus på indholdet og kvaliteten af den mad der tilbydes patienterne, ikke mindst i takt med den øgede opmærksomhed omkring kostens positive betydning for patientbehandlingen. Psykiatrien har videre oplyst at Region Sjællands forretningsudvalg den 16. september 2008 drøftede en ny fælles strategi for kostforplejningen i regionen, og at der i regionen er iværksat et omfattende projekt om udvikling af den kulinariske madkvalitet – et projekt der bl.a. gennemføres ved hjælp af regionale udviklingsmidler. I brev af 23. december 2008 med bilag har Psykiatrien oplyst nærmere om dette projekt.

Der er som nævnt i den bygningsmæssige gennemgang køkkenfaciliteter på hvert afsnit, men disse køkkener må ikke anvendes til fælles madlavning til patienterne. Det hænder dog at der laves mad til et afsnit. Der er desuden grillaftener om sommeren.

Gennem købmanden har patienterne mulighed for at bestille forskellige madvarer, f.eks. kød til grillen og pizzaer til fryseren. De kan handle en gang om ugen.

Jeg modtog ingen klager over maden på Sikringsafdelingen.

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

Forplejningen på Sikringsafdelingen giver mig ikke anledning til bemærkninger, men alene til spørgsmålet ovenfor om portionsstørrelser.

5.7 Beskæftigelse

I det tidligere nævnte forslag til plan for retspsykiatrien samt overvejelser for Sikringsafdelingen i fremtiden er aktivitetsmulighederne på Sikringsafdelingen nærmere beskrevet. I den forbindelse er anført følgende:

”...

Der anvendes mange former for aktiviteter, når patienterne på Sikringen behandles, idet patienterne ofte er resistente for behandling med medicin. Det er derfor vigtigt også i behandlingsøjemed at de fysiske rammer giver mulighed for mange aktiviteter.

Patienterne på Sikringen kan have svært ved at indgå i verbal og fysisk kontakt med andre. For disse patienter bliver [det] imidlertid nemmere, hvis kontakten sker gennem aktiviteter. Dels fordi patienten selv har været med til at vælge aktiviteten, og dels fordi den er velkendt.

Fælles for alle patienter er, at aktiviteter øger deres færdigheder, selvtillid samt sociale formåen.

I forløbet hvor patienten bedres, kan vedkommende, efter nøje vurdering, deltage i forskellige aktiviteter, både individuelt og i grupper. Der skelnes mellem behandlingsaktiviteter og mere hobbybetonede aktiviteter. Behandlingsaktiviteterne er strukturerede efter patientens formåen og har et klart og veldefineret behandlingsmål. De hobbybetonede aktiviteter er ofte mere spontane, og patienten har mulighed for at vælge til eller fra.”

For patienterne på alle tre afsnit er der således en del aktiviteter som alle udgør en del af behandlingen af den enkelte patient. Behandlingsaktiviteterne omfatter miljøterapi, ergoterapi, musikterapi og idræt. Behandlingsaktiviteterne tilrettelægges individuelt og er ifølge den generelle information om Sikringsafdelingen målrettede, faste og fagligt begrundede aktiviteter der skønnes at styrke patientens ressourcer og minimere symptomerne. Den samlede behandlingsindsats diskuteres og koordineres på afsnitskonferencerne, og alle behandlingstiltag evalueres løbende og justeres efter behov.

Der har som nævnt under pkt. 3.6.2 tidligere været et værksted der ved inspektionen i 2000 havde stået ubenyttet hen i ca. tre år og nu er nedlagt. Som nævnt samme sted er der i stedet lavet en større idrætssal hvilket har betydet at patienterne bedre kan spille bold, herunder fodbold, indendørs om vinteren. På gangen bag ved salen er der redskaber til vægttræning/styrketræning der er anskaffet fra et andet motionsrum på hospitalets område. Her er også 13 cykler til spinning der rykkes ind i hallen når de skal benyttes. Opsætningen af redskaber til vægttræning mv. er et nyt tiltag der er

etableret for at give de patienter der ikke har tilladelse til at komme uden for Sikringsafdelingen, mulighed for at træne. Det fungerer fint med den nye sal.

Sikringsafdelingen lægger vægt på fysisk udfoldelse, og der er derfor faste skemalagte ugentlige aktiviteter med deltagelse af idrætslærere, herunder spinning to gange om ugen. I sommerhalvåret har patienterne mulighed for at spille fodbold udendørs to gange om ugen i den ene af patientgårdene.

Den ansøgning om et udendørs idrætsanlæg som Sikringsafdelingen i sin tid havde indsendt, jf. pkt. 4.2 i rapporten fra inspektionen i 2000, blev som allerede nævnt trukket tilbage, og dette projekt er således ikke gennemført. Det blev under inspektionen oplyst at Sikringsafdelingen havde søgt om en fodboldbane uden for det sikrede område da Sikringsafdelingen bruger græsplænen i P1's og P2's haver til fodbold og andre patienter ikke kan bruge gårdtursarealet samtidig.

Jeg går ud fra at det sigtede til den gamle ansøgning, men beder om oplysning om hvorvidt det er korrekt forstået.

Den gamle gymnastiksal bliver brugt alsidigt, f.eks. til aftenarrangementer og gudstjeneste. Jeg henviser i øvrigt til omtalen af denne sal under pkt. 3.6.3.

Patienter der af Justitsministeriet har fået tilladelse til udgang, har desuden mulighed for at deltage i idræt i det idrætshus som den retspsykiatriske afdeling råder over, og hvor der kan tilbydes flere aktiviteter end i Sikringsafdelingens egen sal. Hvis patienterne er velbehandlede er der også mulighed for at deltage i f.eks. svømning og cykling på mountainbikes, men det kræver dog særskilt tilladelse fra Justitsministeriet.

Patienter der har tilladelse til udgang kan ligeledes deltage i gåture i området, ture til skov og strand, sejltur i afdelingens båd og tur til byen. Udgang/ture uden for Sikringsafdelingen er altid med to ledsagere. Det er et kvalitetsmål for Sikringsafdelingen at patienter der har tilladelse til udgang uden for Sikringsafdelingen, skal ud mindst én gang om ugen.

I træningskøkkenerne der er på afdelingerne, kan ergoterapeuterne endvidere træne madlavning med patienterne.

På de enkelte afsnit findes der tv og spil mv. som patienterne har mulighed for at holde sig beskæftiget med.

Der er oplysning om mulighederne for aktiviteter i Sikringsafdelingens folder til patienter og pårørende. Foruden oplysning om deltagelse i forskellige idrætsaktiviteter er det nævnt at der hver måned afholdes en fælles aktivitet, f.eks. bankospil, og gudstjeneste.

Til hvert afsnit er der tilknyttet tre aktivitetsmedarbejdere. Der er desuden tilknyttet fire idrætslærere der udover Sikringsafdelingen betjener det almene retspsykiatriske afsnit og den almenpsykiatriske afdeling, og en musikterapeut, jf. også pkt. 5.23. Aktivitetsmedarbejderne skal bl.a. være med til at sikre at planlagte aktiviteter bliver gennemført, og at der herudover gennemføres fællesarrangementer som f. eks. bankospil.

I forbindelse med inspektionen i 2000 tilkendegav jeg at det var uhensigtsmæssigt at Sikringsafdelingen ikke råder over egentlige undervisningslokaler, og at undervisning derfor måtte foregå enten i motionsrummet (som fandtes på to afsnit) eller på patientstuerne. Efter oplysning om at der ikke var behov for lokaler alene til undervisning, og at undervisningen nu er tilrettelagt på den måde at den for alle tre afsnit foregår i spise-stuen eller motionsrummet, meddelte jeg i opfølgingsrapporten at jeg ikke foretog mig mere vedrørende dette spørgsmål.

I det tidligere nævnte forslag hvori der er overvejelser om Sikringsafdelingen i fremtiden, er det nævnt at det endnu ikke har været muligt at finde økonomiske midler til at etablere tidssvarende undervisningslokaler. Jeg går ud fra at der vil komme undervisningslokaler i det nye byggeri.

I brevet af 15. januar 2009 har Psykiatrien Region Sjælland oplyst at der på Sikringsafdelingen er indgået faste aftaler om undervisning i forskellige fag. Afdelingen har således et fast timetal der dækkes af forskellige lærere med forskellige fagspecialer. Det giver sædvanligvis mulighed for at de patienter der ønsker det og kan profitere af det, kan få undervisning.

Jeg beder Sikringsafdelingen om at uddybe det oplyste om undervisning i afdelingen, herunder med oplysning om hvor mange timers undervisning der er tildelt om ugen, hvilke fag der kan undervises i, hvor mange der typisk deltager i undervisning, og om patienter der kan profitere af undervisning, motiveres til at modtage undervisning.

5.8 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 helbredtilstanden.

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

5.9 Patienternes kontakt med læge mv.

I Region Sjællands bidrag til et åbent samråd den 7. december 2007 om Sikringsafdelingen er det bl.a. nævnt at patienterne på Sikringsafdelingen "er svært sindssyge og for manges vedkommende vanskelige at behandle både på det medikamentelle plan og på det relationelle og miljøterapeutiske plan".

I den generelle orientering om Sikringsafdelingen er det nævnt at nogle af patienterne har stort behov for og gavn af lægesamtaler/faste ugentlige kontakter, mens andre er så psykotiske at de ikke magter ret meget samtale, men derimod har brug for ro og – til tider – store doser medicin.

Jeg beder Sikringsafdelingen om at oplyse om det skal forstås sådan at patienter der har stort behov for og gavn af lægesamtaler, normalt får tilbudt en sådan samtale en gang om ugen. Jeg beder endvidere om oplysning om hvor ofte patienter der ikke magter ret meget samtale, eller i øvrigt ikke selv tager initiativ til samtaler, får tilbudt en samtale med en læge.

Jeg beder endvidere Sikringsafdelingen om at oplyse hvornår patienterne første gang efter indlæggelsen har samtale med en læge. Ud fra samtalerne under inspektionen og de behandlingsplaner som jeg har modtaget, forstår jeg at patienterne tildeles en kontaktlæge, men for en ordens skyld beder jeg om en bekræftelse på at det er korrekt opfattet.

Desuden beder jeg om oplysning om hvorvidt der 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.

Endelig beder jeg om at få oplyst om 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.

Det fremgår af Sikringsafdelingens folder "Oplysninger til patienter og pårørende" at patienten ved indlæggelsen vil få tildelt kontaktpersoner som følger patienten under hele indlæggelsen. Under inspektionen blev det oplyst at der anvendes primære og sekundære kontaktpersoner.

Jeg beder Sikringsafdelingen om at oplyse om en patient har mulighed for at skifte kontaktperson, f.eks. hvis der opstår et (åbenlyst) modsætningsforhold mellem patienten og kontaktpersonen. Jeg beder endvidere om at få oplyst hvordan kontaktpersonordningen nærmere fungerer.

5.10 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 psykiatriloven er det nu 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). Det fremgår også heraf at der ingen formelle krav er til udformningen af behandlingsplanen, men at den er en del af journalen hvad enten den er indskrevet i journalen eller foreligger som et selvstændigt dokument. Derimod er der nærmere angivne krav til indholdet af behandlingsplanen.

I folderen "Oplysninger til patienter og pårørende" er der oplysning om at overlægen udarbejder en behandlingsplan, og at den udleveres til patienten. I den generelle information om Sikringsafdelingen er det desuden nævnt at der udarbejdes en behandlingsplan inden for den første uge, og at planen justeres løbende.

Under inspektionen fik jeg udleveret to behandlingsplaner. De omfatter begge 11 forhold (diagnose, social status, undersøgelsesplan, behandlingsmål, behandling, forventet indlæggelsestid/behandlingsstid, samtykke, efterbehandling, patientens holdning til plan, tidspunkt for revurdering/udskrivningsplan og kontaktpersoner) som jeg derfor går ud fra er faste punkter i de behandlingsplaner som Sikringsafdelingen udarbejder. Nogle af de enkelte punkter er i de konkrete planer underopdelt.

De to behandlingsplaner angår patienter der på tidspunktet for planernes udlevering til mig havde haft ophold på Sikringsafdelingen henholdsvis 7 måneder og godt 6 år. Be-

handlingsplanerne er udfærdiget henholdsvis den 7. og 15. januar 2008. I den første plan er det (under pkt. 6 om forventet indlæggelsestid) noteret at planen skulle drøftes med patienten den følgende onsdag. De følgende punkter er ikke udfyldt. I den anden plan der indgår som en del af patientens kontinuerlige journal, er det (under pkt. 10 om revurdering) nævnt at planen evalueres løbende og senest skulle evalueres om 6 måneder.

Jeg beder Sikringsafdelingen om at oplyse nærmere om praksis med hensyn til udarbejdelse af behandlingsplaner, herunder om alle sådanne planer evalueres mindst hvert halve år.

Endvidere beder jeg Sikringsafdelingen om at oplyse hvornår behandlingsplanen udleveres til patienten, og om der foreligger en særlig procedure i forbindelse med udlevering af behandlingsplaner.

Jeg går ud fra at Sikringsafdelingen i overensstemmelse med ovennævnte regler tidligere har udarbejdet behandlingsplaner vedrørende begge de to patienter hvis behandlingsplaner jeg har modtaget kopi af. Da det imidlertid ikke fremgår udtrykkeligt af de to udleverede behandlingsplaner, beder jeg Sikringsafdelingen om at oplyse herom. Til identifikation vedlægger jeg en kopi af de to behandlingsplaner som det drejer sig om.

Jeg beder desuden Sikringsafdelingen om at oplyse baggrunden for at alle punkter ikke er udfyldt i det ene tilfælde. For så vidt angår punktet om patientens holdning til planen er jeg som det fremgår, opmærksom på at planen endnu ikke havde været drøftet med patienten.

Behandlingsplanerne giver mig i øvrigt ikke anledning til bemærkninger.

5.11 Anvendelse af tvang

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 der skal være opfyldt, før tvang kan anvendes. Tvang må ikke benyttes før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Anvendelsen af tvang skal stå i et rimeligt forhold til det som man søger at opnå, og hvis mindre indgribende foranstaltninger er tilstrækkelige, skal disse anvendes. Tvang skal endvidere udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten, og tvang må ikke anvendes i videre omfang end hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål. Disse grundlæggende betingelser

fremgår af psykiatrilovens § 4 som indebærer en lovfæstelse af proportionalitetsprincippet, også kaldet "mindste middels princip".

Psykiatrilovens kapitel 3, 4 og 5 indeholder bestemmelser om de forskellige former for tvangsforanstaltninger – tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, aflåsning af døre i afdelingen, personlig hygiejne under anvendelse af tvang og aflåsning af patientstuer på Sikringsafdelingen. Betingelserne for at anvende de nævnte tvangsforanstaltninger fremgår af psykiatrilovens enkelte bestemmelser. Som tidligere nævnt gælder psykiatrilovens bestemmelser om frihedsberøvelser (lovens kapitel 3) ikke for patienter på Sikringsafdelingen, jf. psykiatrilovens § 40, stk. 3.

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 efter § 18 a 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).

Under inspektionen fik jeg udleveret en oversigt over anvendelsen af tvang på Sikringsafdelingen i 2007. Det fremgår heraf at der dette år var 520 bæltefikseringer, 188 anvendelser af remme, 27 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin, 3 tilfælde af fastholdelse og 156 tilfælde af tvangsmedicinering. De 520 bæltefikseringer og de 188 tilfælde af anvendelse af remme omfatter (hver især) i alt 22 patienter. De øvrige indgreb omfatter henholdsvis 6, 2 og 9 patienter.

Der foreligger nu også statistiske oplysninger fra Sundhedsstyrelsen vedrørende anvendelsen af tvang på psykiatriske afdelinger i 2007. Af publikationen "Anvendelsen af tvang i psykiatrien 2007" (Nye tal fra Sundhedsstyrelsen, nr. 13, oktober 2008) fremgår det at der på Sikringsafdelingen dette år var i alt 735 fikseringer og/eller fysiske magtanvendelser fordelt med 519 bæltefikseringer, 186 fikseringer med remme, 3 fastholdelser og 27 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin. Det fremgår endvidere at de nævnte foranstaltninger omfattede i alt 24 patienter fordelt med henholdsvis 21, 23, 2 og 5 patienter på de nævnte former for anvendelse af tvang. Ifølge statistikken var der endvidere 5 personer der blev tvangsmedicineret. Antallet af tvangsbehandlinger indgår ikke i Sundhedsstyrelsens statistik hvilket ifølge en note skyldes at det ikke vil give mening at tælle behandlingsformerne medicinering og ernæring der

kan forekomme som længerevarende behandlingsforløb og være i forskellige doseringer og af vidt forskellig art.

Der er som det fremgår, en lille afvigelse mellem de tal jeg fik for så vidt angår antal bæltefikseringer og anvendelse af remme, og de tal der fremgår af Sundhedsstyrelsens statistik herom. I forbindelse med udleveringen af det rapportmateriale som jeg bad om under inspektionen, jf. pkt. 6, blev det oplyst at der var fejl i data på statistikken i Sundhedsstyrelsens modul, hvilket også fremgår af en e-mail og udskrifter som jeg samtidig modtog.

Torturkomitéen har i sin rapport under pkt. 142 anført følgende:

”Finally, despite the fact that statistical data on physical immobilisation is collected centrally, it was very difficult for the CPT.s delegation to obtain a precise idea of the use of immobilisation in the individual establishments visited. This was apparently due to the fact that the establishments did not have access to the central electronic register and could not draw information from it. In order for the registration of data to have an effect on practice, regular feedback should be provided to each establishment; this is important for raising the awareness of staff as regards the degree to which force is used in their establishment in comparison to other establishments in Denmark. Following the visit, the Ministry of Health and Prevention indicated that the National Board of Health has been requested to provide information to psychiatric on an ongoing basis on this matter.

The CPT would like to be provided with statistical information on the use of immobilisation in psychiatric establishments in Denmark in 2007.

Der foreligger som nævnt nu statistisk materiale på Sundhedsstyrelsens hjemmeside om brugen af tvang i 2007.

Aflåsning af patientstuer er ikke medtaget i den oversigt som jeg modtog under inspektionen, men omfanget heraf fremgår af statistikken på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, jf. nærmere herom nedenfor.

Af Sundhedsstyrelsens statistik for 2007 fremgår det endvidere at der ikke blev indberettet tilfælde af personlig skærmning. Regler om personlig skærmning blev indsat i psykiatriloven ved lov nr. 534 af 8. juni 2006 der trådte i kraft den 1. januar 2007, jf. lovens § 18 c. Efter lovens § 20, stk. 1, skal anvendelse af personlig skærmning efter lovens § 18 c, stk. 2, der uafbrudt varer mere end 24 timer, tilføres afdelingens tvangsprotokol (og indberettes til bl.a. Sundhedsstyrelsen, jf. § 52 i bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger).

Under inspektionen blev det oplyst at der ikke er mulighed for (fysisk) skærmning på egentlige skærmningsafsnit i afdelingen (jf. herom lovens § 18 e om aflåsning af døre i afdelingen). I brevet af 15. januar 2009 er det oplyst at skærmning anvendes i den daglige omgang med patienterne. Det er oplyst at det er almindeligt at skærme en patient der ikke er helt stabil, eller som selv angiver at han/hun har det dårligt, f.eks. med en fast vagt. Der er endvidere faste regler for hvor mange der skal gå til en patient når det er nødvendigt at aflåse stuedøren (efter psykiatrilovens § 18 a).

§ 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"). 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. Bestemmelsen fastsætter endvidere i hvilke situationer personlig skærmning må anvendes. Efter stk. 2, må personlig skærmning som patienten ikke samtykker i, kun benyttes i det omfang det er nødvendigt for at afværge at en patient begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig skade (nr. 1), eller forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller andre (nr. 2). Som nævnt skal der ske tilførsel til tvangsprotokollen og indberetning til bl.a. Sundhedsstyrelsen hvis der anvendes personlig skærmning efter denne bestemmelse uafbrudt i mere end 24 timer.

Jeg beder Sikringsafdelingen om at uddybe det oplyste om den skærmning der finder sted over for patienterne på Sikringsafdelingen (ud over den skærmning der sker ved aflåsning af patientstuer). Jeg beder endvidere om at få oplyst om der er udarbejdet retningslinjer for skærmning/observation og i givet fald om at få tilsendt en kopi heraf.

Ved udleveringen af oversigten over anvendelsen af tvang blev det oplyst at en af Sikringsafdelingens patienter har været bæltefikseret stort set hver dag og flere gange om dagen siden han kom for 6 år siden. Denne patient tegner sig således for størstedelen af bæltefikseringerne. Det blev endvidere oplyst at fikseringerne er et led i behandlingen af den pågældende der er meget psykotisk, og som Sikringsafdelingen derfor kun kan skabe kontakt med og aktivere (med f.eks. musikterapi og spil) hvis han er bæltefikseret. Patienten fikseres derfor (som nævnt) flere gange dagligt, men Sikringsafdelingen registrerer nu kun én gang i døgnet i stedet for hver enkelt fiksering for denne patients vedkommende. (De skemaer om fiksering som jeg har modtaget til gennemgang, jf. pkt. 6.2 nedenfor, omfatter også fikseringer af denne patient i 2007

og frem til inspektionstidspunktet, og heri er også nogle dage mere end én registrering).

Sikringsafdelingen oplyste i den forbindelse at Retspsykiatrisk afdeling over for Sundhedsstyrelsen for nogle år siden havde anmodet om at få ændret psykiatriloven med henblik på at få justeret Sikringsafdelingens mulighed for at anvende tvangsfiksering I brevet af 15. januar 2009 har Psykiatrien henvist til at Sikringsafdelingen i mange år har været nødt til at anvende "fiksering anderledes end konkret nævnt i loven, bl.a. muligheden for døraflåsning til patienterne på Sikringsafdelingen om natten" (som der blev indført hjemmel til ved lov nr. 377 af 6. juni 2002 om ændring af psykiatriloven, jf. lovens § 18 b og nedenfor under pkt. 5.12). Afdelingen ville gå videre med dette spørgsmål med henblik på at der ved næste revision af psykiatriloven fastsættes særlige regler for Sikringsafdelingen.

Fra regionens hjemmeside er jeg bekendt med at spørgsmålet blev behandlet på et møde i Forum for Psykiatriplanlægning den 26. maj 2008. Det blev anbefalet at der blev rettet henvendelse til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse med anmodning om at psykiatrilovens bestemmelser om tvangsfiksering for Sikringsafdelingens vedkommende ændres så fiksering bag låst dør kan ordineres gentaget ved behov, efter lægeligt skøn og maksimalt for en uge, ved den enkelte anvendelse på afdelingen. I brevet af 15. januar 2009 har Psykiatrien Region Sjælland oplyst at der er en fejl i notatet til Forum for Psykiatriplanlægning. Det som Sikringsafdelingen ønsker, er ikke mulighed for at kunne ordinere fiksering bag låst dør gentaget ved behov, men mulighed for at ordinere bæltfiksering gentaget ved behov.

Jeg beder om at blive orienteret om udfaldet af henvendelsen til ministeriet.

Under inspektionen blev det endvidere oplyst at Sikringsafdelingen de sidste 20 år har anvendt fiksering af oppegående patienter. Denne fiksering foregår på den måde at patienten får et mavebælte på hvortil der er hæftet hånd- og fodremme der løber igennem en ring i bæltet. Remmene løber fra håndleddene gennem ringen i bæltet ned langs med benene til fodleddene der hos patienter der er ekstremt farlige, også kan være forbundet med hinanden med remme (for at forhindre ukontrollerede spark). Jeg henviser til beskrivelsen i et notat af 19. maj 2008 om brugen af hånd- og fodremme på Sikringsafdelingen der findes på regionens hjemmeside, og hvor der også er billeder til illustration af denne form for fiksering. Det blev under inspektionen oplyst at denne form for fiksering anvendes ud fra princippet om mindste middel og som alternativ til indelåsning af patienten på egen stue. Sikringsafdelingen oplyste at Sundhedsstyrelsen og det tidligere Indenrigs- og Sundhedsministerium (nu Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse) var orienteret herom i forbindelse med at Sikringsafdelin-

gen havde spurgt embedslægen om der skulle være dagligt lægetilsyn med patienter der er fikseret på denne måde, jf. også pkt. 6.2. Sikringsafdelingen havde efterfølgende modtaget et brev fra ministeriet der blot havde anført at det til enhver tid er den administrerende læge der har ansvaret for behandlingen, og at der ikke var regler for denne situation. At ministeriet ikke havde udtalt at fremgangsmåden var ulovlig, havde Sikringsafdelingen tolket sådan at ministeriet ikke havde bemærkninger til fremgangsmåden.

Under inspektionen tilkendegav jeg at den nævnte fremgangsmåde efter min opfattelse ikke er i overensstemmelse med psykiatriloven. Jeg nævnte at Sikringsafdelingen burde foranledige at dette spørgsmål blev rejst i forbindelse med en ændring af psykiatriloven med henblik på eventuelt at skabe en hjemmel hertil.

Torturkomitéen er også kommet med bemærkninger til bl.a. denne form for fiksering. I komitéens rapport af 24. juli 2008 har torturkomitéen herom anført følgende (pkt. 128):

”... Such a form of physical immobilisation could be considered as degrading. Following the visit, the Danish authorities stated that the form of physical immobilisation in question was not provided for in Danish legislation and was therefore illegal; the authorities of the Sjælland region have reportedly been informed accordingly. **The CPT would like to receive confirmation that the use of the above-mentioned form of physical immobilisation has been discontinued.**

Spørgsmålet blev behandlet på det førnævnte møde i Forum for Psykiatriplanlægning den 26. maj 2008. Det fremgår heraf at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i brev af 31. marts 2008 – i forlængelse af torturkomitéens besøg på Sikringsafdelingen den 13. februar 2008 – gjorde regionen opmærksom på at Sikringsafdelingens praksis med fiksering af oppegående patienter burde ophøre. Da et sådant ophør ifølge referatet vil betyde væsentlige forringelser af behandlingsmulighederne og patientens bevægelsesfrihed samt forlænge bæltefikseringer og ophold bag låst dør, blev det anbefalet at rette henvendelse til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse med henblik på en lovændring der lovliggør denne fremgangsmåde på Sikringsafdelingen.

Fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside er jeg desuden bekendt med at styrelsen i et brev af 9. juli 2008 til de psykiatriske afdelinger har anført bl.a. følgende:

”Sundhedsstyrelsen er blevet spurgt om, hvorvidt der må iværksættes tvangsforanstaltninger, der i en konkret situation kan synes mindre indgribende over for patienten, fx at fikse en patient med fikseringsremme til et fikseringsbælte med det formål, at patienten kan være oppegående.

Sundhedsstyrelsen skal fremhæve, at der alene er mulighed for at anvende de former for tvangsforanstaltninger, der er beskrevet i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, jf. lovbekendtgørelse nr. 1111 af 1. november 2006 og bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger.

Det er efter Sundhedsstyrelsens opfattelse ikke i overensstemmelse med psykiatriloven at gennemføre en fiksering som beskrevet i det ovenfor nævnte spørgsmål, idet fiksering forudsætter, at patienten ligger i en seng.”

Jeg er – som det også fremgår ovenfor – enig med Sundhedsstyrelsen og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i at den anvendte fremgangsmåde med tvangsfiksering af oppegående patienter ikke er i overensstemmelse med psykiatrilovens regler.

Da Sikringsafdelingen har opfattet det dagældende Indenrigs- og Sundhedsministeriums tidligere svar på Sikringsafdelingens orientering om den anvendte fremgangsmåde således at ministeriet ikke har haft bemærkninger hertil, foretager jeg mig ikke mere vedrørende det forhold at Sikringsafdelingen har anvendt denne fremgangsmåde indtil Sikringsafdelingen blev orienteret om ministeriets svar til regionen.

Fra artikler i dagspressen i slutningen af november 2008 og fra Folketingets hjemmeside (sundhedsministerens tale til en forespørgselsdebat den 4. december 2008 (F 11) og svar af 12. december 2008 på et spørgsmål (S 675) fra et medlem af Folketinget) er jeg bekendt med at sundhedsministeren har rettet henvendelse til regionen vedrørende dette forhold. Det er også oplyst at Sikringsafdelingen nu er ophørt med at anvende fremgangsmåden med fiksering af oppegående patienter. Det fremgår endvidere at sundhedsministeren har bedt Sundhedsstyrelsen om en faglig vurdering af den nævnte fikseringsmetode og vil foranledige en undersøgelse af anvendelsen af tvangsmetoder i lande som Danmark normalt sammenligner sig med, for at få afdækket om Danmark kan lære af andre landes tvangsmetoder og derigennem nedbringe anvendelsen af tvang yderligere. Fra regionens hjemmeside er jeg desuden bekendt med at Forum for Psykiatriplanlægning på et møde den 8. december 2008 drøftede et oplæg om bl.a. regelgrundlaget for anvendelse af tvang i psykiatrien, og at Forum for Psykiatriplanlægning ville foreslå regionsrådet at invitere Folketingets Sundhedsudvalg til Sikringsafdelingen for at få yderligere information og at presse på for at få gennemført de faglige bedømmelser hurtigst muligt. Af referatet af et møde i Forum for Psykiatriplanlægning den 29. januar 2009 fremgår det at den nævnte undersøgelse vil blive en egentlig videnskabelig undersøgelse der forventes at være færdig i august/ september 2009, og at den vil inddrage erfaringer fra udlandet.

Jeg beder om at blive orienteret om udfaldet af henvendelsen til ministeriet på anmodningen om at indføre en hjemmel i psykiatriloven til den nævnte fremgangsmåde.

Jeg har endvidere bedt Sundhedsministeriet om at underrette mig om resultatet af den nævnte videnskabelige undersøgelse der som anført forventes at være færdig i august/september 2009.

Af publikationen "Anvendelsen af tvang i psykiatrien 2007" (Nye tal fra Sundhedsstyrelsen, nr. 13, oktober 2008) fremgår det at 28 af i alt 37 indlagte patienter på Sikringsafdelingen dette år blev berørt af tvang. Det fremgår endvidere som allerede nævnt at der på Sikringsafdelingen dette år var i alt 735 fikseringer og/eller fysiske magtanvendelser fordelt med 519 bæltefikseringer, 186 fikseringer med remme, 3 fastholdelser og 27 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin som omfattede henholdsvis i alt 21, 23, 2 og 5 patienter. Der var endvidere 5 patienter der blev tvangsmedicineret (flere gange, jf. Sikringsafdelingens oversigt). Endvidere skete der aflåsning af patientstuer i 151 tilfælde fordelt på 28 patienter. 46 af disse aflåsninger skete efter et fast skema hvoraf 37 havde en varighed på mere end 8 timer.

I Sundhedsstyrelsens statistik for 2006 fremgår det ikke af hvor mange af de indlagte patienter på Sikringsafdelingen (men alene på Psykiatrhospitalet Nykøbing Sjælland) der blev berørt af tvang. Det fremgår af opgørelsen at der dette år var i alt 553 fikseringer og/eller fysiske magtanvendelser fordelt med 458 bæltefikseringer, 85 fikseringer med remme, 1 fastholdelse og 9 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin. Det fremgår endvidere at de nævnte foranstaltninger omfattede henholdsvis i alt 22, 23, 1 og 3 patienter. Der er ikke oplysning om tvangsbehandlede. Der skete aflåsning af patientstuer i 141 tilfælde fordelt på 28 patienter. 48 af disse aflåsninger skete efter et fast skema hvoraf 33 havde en varighed på mere end 8 timer.

For så vidt angår 2005 fremgår det af statistikken at 24 af i alt 35 indlagte patienter på Sikringsafdelingen dette år blev berørt af tvang. Der var i alt 144 fikseringer og fysiske magtanvendelser fordelt med 69 bæltefikseringer, 67 fikseringer med remme, 1 fiksering med handsker, og 7 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin som omfattede i alt 18 patienter. Der var endvidere 2 tvangsbehandlede i form af tvangsmedicinering. Endvidere skete der aflåsning af patientstuer i 68 tilfælde fordelt på 21 patienter.

Der er således sket en meget stor stigning i anvendelsen af tvang på Sikringsafdelingen fra 2005 til 2006 og en yderligere stigning fra 2006 til 2007.

Jeg beder om oplysning om mulige årsager hertil.

Torturkomitéen havde ved sit besøg på Sikringsafdelingen den 13. februar 2008 – ligesom ved komitéens tidligere besøg på Sikringsafdelingen i 2002 – fokus på brugen af tvang. Komitéen har i rapporten udtrykt bekymring for de langvarige fikseringer og har nævnt nogle (ekstreme) eksempler herpå (fikseringer af henholdsvis ca. 6, 4 og 1 måneds varighed). Komitéen har også nævnt at der var patienter der var fikseret "in full view of other patients" på trods af komitéens kritik i rapporten ved besøget i 2002 af denne praksis. Komitéen er også kommet med nogle bemærkninger til de lovændringer der er sket i psykiatriloven på dette område, og som efter komitéens opfattelse ikke er tilstrækkelige, jf. pkt. 126 i rapporten. Komitéen har bedt de danske myndigheder om at genoverveje reglerne og praksis for fiksering af patienter som en presserende sag, og har angivet nogle principper og minimumsstandarder der bør inddrages i den forbindelse. Regeringen skal afgive svar til komitéen i januar 2009.

Jeg vil følge med i hvad der videre sker vedrørende dette spørgsmål.

Jeg bemærkede også under min rundgang en patient der var fikseret for åben dør. Det blev oplyst at den pågældende patient var fikseret (3-4 gange om dagen) for at personalet kunne få kontakt med ham, og at døren derfor må stå åben. Det var også tilsigtet at den pågældende patient kunne fornemme det liv der udfoldede sig på gangen. Der var tale om en speciel situation. Som hovedregel er døren ved fiksering kun på klem, men den vil kunne stå mere åben efter ønske fra patientens side. Det blev i den forbindelse tillige oplyst at tvangsfiksering sker på 0-stuen hvis patienten ikke har brug for stimuli, og ellers på egen stue.

Som jeg også tilkendegav under inspektionen bør døren ind til en patient der er fikseret kun stå så meget på klem at det er muligt for den faste vagt at se patienten hele tiden uden at det er muligt for personer der færdes på gangen, at kigge ind til den fikserede. Denne tilkendegivelse dækker ikke den netop omtalte patient.

Der er ikke oplysning om anvendelsen af tvang på de enkelte sygehuse/afdelinger i Region Sjælland i årsberetningen for 2007 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen i Region Sjælland. Af årsberetningen for 2006 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsamtet Vestsjælland fremgår oplysninger herom som nævnet har modtaget fra Psykiatrisk Center for dette år. Der er ikke særskilte oplysninger om Sikringsafdelingen, men om henholdsvis den almene psykiatriske afdeling i Nykøbing Sjælland og den retspsykiatriske afdeling samme sted.

Det fremgår ikke af årsberetningerne for 2006 og 2007 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved henholdsvis Statsamtet Vestsjælland og Statsforvaltningen Sjælland hvor

mange sager nævnet realitetsbehandlede disse år vedrørende beslutninger om anvendelse af tvang på Sikringsafdelingen, men alene hvor mange der blev behandlet fra Psykiatrihospitalet/Psykiatrisk Center Nykøbing Sjælland (11 i 2006 og 16 i 2007).

Jeg beder Sikringsafdelingen om at oplyse hvor mange af de nævnte sager der vedrørte patienter på Sikringsafdelingen, og om resultatet af klagesagsbehandlingen i disse tilfælde.

Inden der anvendes tvang skal patienten som tidligere nævnt underrettes mundtligt og skriftligt om den påtænkte tvang, dens nærmere indhold, baggrund og formål. Underretning om anvendelse af tvang i henhold til § 18 b (aflåsning af patientstuer på Sikringsafdelingen af sikkerhedsmæssige grund) kan dog foretages som en generel information til patienten. I den folder "Oplysninger til patienter og pårørende" som Sikringsafdelingen har udarbejdet, er der oplysning om at patientstuerne dagligt er låst mellem kl. 13.00 og 13.30 og desuden en dag om ugen i 1½ time. I to af de tre husordener er der tillige oplysning herom, og det fremgår heraf hvornår de 1½ timer ligger (henholdsvis tirsdag og onsdag), og at der også er låst om natten (mellem kl. 22.30 og 7.30).

Jeg beder om at få oplyst om patienter der udsættes for tvangsforanstaltninger på Sikringsafdelingen, altid får udleveret Sundhedsministeriets pjece "Tvang i psykiatrien – om psykiatriske patienters rettigheder ved tvangsindgreb".

Jeg beder endvidere om at få oplyst om der er udarbejdet andet skriftligt informationsmateriale der udleveres til patienterne ved anvendelse af tvang. I bekræftende fald beder jeg om en kopi heraf.

5.12 Aflåsning af patientstuer

Indtil 1987 var dørene til patientstuerne på Sikringsafdelingen altid låst.

Den tidligere psykiatrilov (lov nr. 331 af 24. maj 1989 med senere ændringer der trådte i kraft den 1. oktober 1989 og samtidig ophævede lov nr. 118 af 13. april 1938 om sindssyge personers hospitalsophold) indeholdt ikke hjemmel til aflåsning af patientstuer, men ved lov nr. 377 af 6. juni 2002 om ændring af psykiatriloven blev der, som det også fremgår af pkt. 5.11, indført en særlig hjemmel i psykiatriloven til at låse patientstuer i særlige tilfælde over for patienter der er anbragt i Sikringsafdelingen, jf. psykiatrilovens § 18 a og § 18 b.

Efter psykiatrilovens § 18 a, stk. 2, kan aflåsning af patientstuer på Sikringsafdelingen anvendes behandlingsmæssigt med henblik på:

- 1) at etablere nødvendige faste rammer i behandlingen af patienten eller
- 2) at skærme patienten mod for mange stimuli

Efter psykiatrilovens § 18 a, stk. 3, kan aflåsning af patientstuer på Sikringsafdelingen tillige anvendes i det omfang det er nødvendigt 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.

Efter § 18 b kan patientstuer desuden låses af sikkerhedsmæssige grunde om natten (stk. 1, nr. 1), under den ugentlige konference (nr. 2) og under den daglige behandlingskonference (nr. 3).

Det er både efter § 18 a og § 18 b en læge der har kompetencen til at træffe beslutning om at låse en patientstue/patientstuer, jf. henholdsvis § 18 a, stk. 4, og § 18 b, stk. 2.

Beslutninger om at låse en stue efter § 18 a, skal registreres i tvangsprotokollen, jf. psykiatrilovens § 20, stk. 1. Der er et særligt skema hertil ("Tvangsprotokol – skema 5").

Torturkomitéen har i sin rapport bemærket at der i visse tilfælde har været tale om meget langvarige indelåsninger af patienter på deres egne stuer og har nævnt et konkret eksempel herpå (hvor en patient havde været låst inde på sit værelse siden maj 2007 – komitéen bad i øvrigt om at denne patients situation blev genovervejet som en hastesag). Torturkomitéen har bedt om at få de danske myndigheders bemærkninger om de terapeutiske grunde for denne praksis.

Jeg vil følge med i hvad der videre sker vedrørende dette spørgsmål. Om varigheden af de aflåsninger som jeg har modtaget skemaer om, henviser jeg til pkt. 6.3.

Efter tvangsbekendtgørelsens § 32, stk. 1, skal der føres regelmæssigt tilsyn med patienter der er låst inde på egen stue. Tilsynet skal efter stk. 2 udføres under hensyntagen til patientens ønsker. Som udgangspunkt skal der i dagtimerne ske tilsyn en gang

i timen med ca. 10 minutters besøg på stuen og om natten en gang i timen gennem dørspion.

Jeg beder Sikringsafdelingen om at oplyse nærmere om praksis med hensyn til tilsyn med patienter der er låst inde på deres stuer, og om der gøres notat når sådanne tilsyn har været udført.

5.13 Orientering af bistandsværgen og patientrådgivere

Som tidligere nævnt gælder bestemmelserne i psykiatrilovens §§ 24-29 om patientrådgivere kun for patienterne på Sikringsafdelingen, hvis de ikke i forvejen har en patientrådgiver eller en bistandsværgen efter straffelovens § 71.

Efter straffelovens § 71 skal retten beskikke en bistandsværgen til en person der er dømt til anbringelse i psykiatrisk sygehus eller sygehusafdeling, eller hvis afgørelsen giver mulighed for en sådan anbringelse (§ 71, stk. 2, og § 3, stk. 2, i bekendtgørelse nr. 77 af 5. februar 1999 om bistandsværgen). Som bistandsværgen skal så vidt muligt beskikkes en person blandt de nærmeste pårørende (§ 71, stk. 1, og § 3, stk. 3, i bekendtgørelsen om bistandsværgen). Efter straffelovens § 71, stk. 1, kan der forud for dommen beskikkes en bistandsværgen, hvis der kan blive tale om at dømme en tiltalt til anbringelse eller forvaring efter reglerne i straffelovens §§ 68-70.

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 (§ 8, stk. 1, i bekendtgørelsen om bistandsværgen). Bistandsværgen der er beskikket under straffesagens behandling, har i første række til opgave sammen med den beskikkede forsvarer at bistå den sigtede eller tiltalte under sagens behandling. Bistandsværgen skal endvidere rådgive og vejlede om klageadgang, herunder i henhold til psykiatriloven, og bistå med eventuelle klager (§ 8, stk. 2, i bekendtgørelsen). Der findes ikke en bestemmelse om at bistandsværgen så vidt muligt skal være til stede ved en klages behandling i det psykiatriske patientklagenævn svarende til psykiatrilovens § 24, stk. 2, om patientrådgivere, jf. herom nedenfor.

Jeg beder om at få oplyst hvorvidt bistandsværgerne i samme omfang som patientrådgivere er til stede ved behandling af klager i det psykiatriske patientklagenævn. Om fremmødehyppigheden for patientrådgivere og bistandsværgen under ét ved møder i nævnet om sager fra Psykiatrihospitalet i Nykøbing Sjælland henviser jeg til det anførte nedenfor.

Ifølge § 9, stk. 1, i bekendtgørelsen om bistandsværger skal bistandsværgeren snarest muligt efter beskikkelsen besøge den sigtede, tiltalte eller dømte og til stadighed holde sig i forbindelse med denne. Besøg skal herefter finde sted efter behov. Bistandsværger har normalt ret til fri og uhindret personlig, skriftlig og telefonisk forbindelse med den pågældende, jf. nærmere § 9, stk. 2. (Jeg er bekendt med at Folketingets Retsudvalg i januar 2007 på baggrund af en henvendelse fra Landsforeningen af Patientrådgivere og Bistandsværger i Danmark (LPD) stillede spørgsmål om bl.a. bistandsværgeres og patientrådgivers ret til at besøge patienter på hospitaler mv.).

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

Et sygehus/en sygehusafdeling der modtager en person der har en bistandsværge beskikket, skal snarest underrette bistandsværgeren når den pågældende påbegynder et ophold på stedet, jf. bekendtgørelsens § 13, stk. 1.

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

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

Ved inspektionen i 2000 blev det oplyst at bistandsværge- og patientrådgiverordningerne fungerede tilfredsstillende, og at patientrådgiverne besøgte "deres" patienter mindst en gang om ugen.

Jeg går ud fra at bistandsværgerne orienteres således at de har mulighed for at varetage deres hverv på forsvarlig måde, jf. bekendtgørelsens § 14, stk. 1. Jeg beder om at få oplyst om Sikringsafdelingen orienterer bistandsværgerne i samme omfang som patientrådgiverne orienteres, dvs. også 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 bistands-

værgerne (sammenlignet med patientrådgiverne) aflægger besøg hos patienterne i forbindelse med tvangsindgreb.

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

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). Besøg skal herefter finde sted mindst én gang om ugen og i øvrigt efter behov. Patientrådgiveren har ret til fri og uhindret personlig, skriftlig og telefonisk forbindelse med patienten, jf. § 26, stk. 2.

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

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

relsens § 47, stk. 2, fremgår det endvidere at patientrådgiveren har ret til at gøre sig bekendt med oplysningerne i tvangsprotokollen om patienten.

Ved inspektionen i 2000 blev det oplyst at det ved tvangsbehandling er almindelig praksis at patientrådgiveren kontaktes telefonisk og får oplysning om den påtænkte tvangsbehandling.

Jeg går ud fra at Sikringsafdelingen tildeler patienterne en patientrådgiver ved alle tvangsindgreb, bortset fra indgreb efter psykiatrilovens § 18 f og § 19 a, medmindre patienten i forvejen har en patientrådgiver eller en bistandsværge.

Jeg går endvidere ud fra at patientrådgiverne orienteres således at de har mulighed for at varetage deres hverv på forsvarlig måde, jf. psykiatrilovens § 27. Jeg henviser i den forbindelse også til det som jeg anførte i opfølgingsrapporten vedrørende min tidligere inspektion af Sikringsafdelingen.

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

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 årsberetningerne for 2006 og 2007 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn for henholdsvis Statsamtet Vestsjælland og Statsforvaltningen Sjælland fremgår det ikke i hvor mange sager bistandsværger/patientrådgivere deltog i møder vedrørende patienter fra Sikringsafdelingen, men det fremgår at patientrådgiver/bistandsværge deltog i henholdsvis alle 5 sager der blev behandlet på nævnsmøder i 2006 vedrørende patienter fra den retspsykiatriske afdeling, og i 11 ud af 16 sager der blev behandlet på nævnsmøder i 2007 vedrørende patienter fra Psykiatrihospitalet i Nykøbing Sjælland, svarende til en mødedeltagelse på henholdsvis 100 og 69 pct.

Til sammenligning var patientrådgivernes mødedeltagelsesprocent i gennemsnit for alle de psykiatriske sygehuse/afdelinger i amtet i 2006 og i regionen i 2007 henholdsvis 67,7 og 67,0 pct.

Torturkomitéen har i sin rapport anbefalet at målrettede introduktionskurser om det psykiatriske sundhedssystem og patientrettigheder gøres obligatoriske for patientrådgivere (der normalt ikke har nogen medicinsk eller juridisk baggrund).

5.14 Tilkald af politi i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger

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

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

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

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

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.

Spørgsmålet om tilkald af politiet i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger på Sikringsafdelingen blev ikke berørt under inspektionen. På grund af den særlige patientgruppe som Sikringsafdelingen har, anvendes i plejegruppen kun personale der er undervist i sikkerhed og har eller efterhånden får en stor erfaring i omgangen med denne patientgruppe.

Jeg beder Sikringsafdelingen om at oplyse om det på trods heraf sker at politiet bliver tilkaldt og kommer ind på et afsnit i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger.

Jeg beder endvidere om at få oplyst om politiet kommer med helt ind i afsnittet i forbindelse med aflevering af en ny patient.

5.15 Udskrivning/udslusning

Det påhviler anklagemyndigheden at påse at en foranstaltning efter §§ 68, 69 eller 70, herunder anbringelse på Sikringsafdelingen, ikke opretholdes i længere tid og videre omfang end nødvendigt, jf. straffelovens § 72.

Det er retten der afgør om en foranstaltning efter de nævnte bestemmelser skal ændres eller endeligt ophæves, jf. straffelovens § 72, stk. 2. Anmodning om ændring eller ophævelse kan fremsættes af den dømte, bistandsværgen, anklagemyndigheden, institutionens ledelse eller kriminalforsorgen. Anmodning fra den dømte, bistandsværgen, institutionens ledelse eller kriminalforsorgen fremsættes over for anklagemyndigheden, der snarest muligt indbringer spørgsmålet for retten. Tages en anmodning fra den dømte eller bistandsværgen ikke til følge, kan ny anmodning ikke fremsættes før der er forløbet et halvt år fra kendelsens afsigelse.

Et farlighedsdekret efter psykiatrilovens § 40, stk. 1, kan administrativt kun ophæves af justitsministeren, jf. psykiatrilovens § 41. Begæring om ophævelse kan fremsættes af overlægen, patienten, patientrådgiveren eller bistandsværgen. Begæring fra patienten, patientrådgiveren eller bistandsværgen kan tidligst fremsættes to måneder efter at retten har taget stilling til Justitsministeriets beslutning om anbringelse af patienten på Sikringsafdelingen. Hvis Justitsministeriet afslår at ophæve farlighedsdekretet, kan afslaget begæres indbragt for retten efter retsplejelovens kapitel 43 a. Er en begæring fra patienten, patientrådgiveren eller bistandsværgen afslået af Justitsministeriet, kan spørgsmålet først rejses på ny når der er forløbet to måneder fra Justitsministeriets afgørelse. Har denne afgørelse været indbragt for retten, regnes fristen dog fra rettens afgørelse.

Retslægerådet inddrages i langt de fleste sager om udskrivelse fra Sikringsafdelingen.

Ved ophævelse af farlighedsdekret eller ændring af en anbringelsesdom vil patienten normalt blive overført til en anden retspsykiatrisk afdeling eller en almindelig psykiatrisk afdeling. Da behandlingen på Sikringsafdelingen primært drejer sig om farligheden, sker der nemlig udskrivning (ophævelse) når farligheden er under kontrol selv om patienten fortsat har brug for psykiatrisk behandling under indlæggelse. Der kan eventuelt også ske udskrivning til et socialpsykiatrisk botilbud. Det sker kun yderst sjældent at en patient ikke udskrives til en anden foranstaltning.

Under inspektionen blev det oplyst at der er lange sagsbehandlingstider i forbindelse med behandling af ansøgninger om ophævelse af en foranstaltning.

Jeg beder Sikringsafdelingen om at oplyse om der hermed sigtes til sagsbehandlingstiden hos anklagemyndigheden, Justitsministeriet eller ved domstolene.

Ved inspektionen i 2000 oplyste personalet at udskrivning af patienter gav anledning til problemer. Problemet bestod dengang ikke så meget i eventuel lang sagsbehandlingstid i forbindelse med beslutningen om udskrivning til andre institutioner, men mere i at der ikke i alle tilfælde findes tilbud der passer til Sikringsafdelingens patienter.

Det blev dengang også nævnt at de friere forhold som patienterne udsluses til på andre psykiatriske afdelinger med deraf følgende adgang til f.eks. narkotika, medfører at patienterne i visse tilfælde bliver så dårlige at de må genindlægges på Sikringsafdelingen efter kort tid. Dette emne havde været genstand for drøftelse på møder med de retspsykiatriske afdelinger der modtager patienter fra Sikringsafdelingen.

I brevet af 15. januar 2009 har Psykiatrien Region Sjælland oplyst at det er yderst sjældent at en patient må genindlægges på Sikringsafdelingen. Retspsykiatrisk afdeling mener at det ikke er sket 10 gange i Sikringsafdelingens levetid. Aktuelt er der dog fire patienter der har været på Sikringsafdelingen tidligere. To af dem har problemer med narkotika som er et væsentligt element, men det er ikke tilfældet for de to andres vedkommende.

Jeg har noteret mig det oplyste om omfanget af genindlæggelse. For så vidt angår spørgsmålet om udskrivning til andre institutioner, beder jeg Sikringsafdelingen om at oplyse om der fortsat opleves problemer med at finde passende tilbud, og i givet fald redegøre nærmere herfor.

5.16 Aktindsigt

Reglerne om aktindsigt i patientjournaler mv. findes i kap. 8 i sundhedsloven (nu lov-bekendtgørelse 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 underrette patienten om grunden hertil samt om, hvornår en afgørelse kan forventes at foreligge.

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

Spørgsmålet om patienternes adgang til aktindsigt i patientjournaler mv. blev ikke berørt under inspektionen. Der er ikke blandt det materiale som jeg har modtaget fra Psykiatrien Region Sjælland, en instruks eller lignende om aktindsigt. Hverken den generelle folder ”Oplysninger til patienter og pårørende” eller de foreliggende husordener for de enkelte afsnit indeholder information om adgangen til aktindsigt. På Region Sjællands hjemmeside er der under punktet ”Patienters retsstilling” (der findes under punktet ”Sundhed” og underpunktet ”Borgere”) en generel orientering om patienters retsstilling der også omfatter omtale af adgangen til aktindsigt.

Jeg beder Sikringsafdelingen om at oplyse nærmere om praksis i forbindelse med patienters anmodning om aktindsigt, herunder hvor lang tid der typisk går fra en anmodning om aktindsigt modtages til den imødekommes eller afslås, om der normalt er en sundhedsperson der 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 Sikringsafdelingen om at oplyse hvilken praksis afdelingen har i forbindelse med anmodninger om aktindsigt fra patienter hvis psykiske tilstand på tidspunktet for anmodningen om aktindsigt er meget dårlig.

Hvis Sikringsafdelingen eller regionen (ud over det der er lagt på hjemmesiden) har udarbejdet skriftligt, generelt materiale om patienters adgang til aktindsigt i patientjournaler, beder jeg om en kopi heraf.

5.17 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".

Sikringsafdelingen har som nævnt udarbejdet en fælles folder til patienter og pårørende. Det fremgår heraf bl.a. at pårørende er velkomne til at kontakte personalet, og at de herunder kan bede om en samtale med lægen. Det fremgår også at personalet har tavshedspligt og derfor kun kan give oplysninger og orientere om patienterne hvis de har givet samtykke hertil.

Psykiatrien Region Sjællands hjemmeside omfatter en side med information til patienter og pårørende. Her er det bl.a. oplyst at patientens netværk og pårørende løbende informeres og inddrages i overensstemmelse med den sindslidendes ønsker. Dette fremgår også af kapitlet om patienter og pårørende i psykiatriplanen. Det er videre nævnt at det daglige samarbejde med (patienter og) pårørende sker i de enkelte enheder, og at udmøntningen af samarbejdet vil være afhængigt af de lokale forhold. Af psykiatriplanen fremgår det desuden at der skal udarbejdes en pårørendepolitik.

Det fremgår endvidere at psykiatrisk informationscenter (Psykinfo) på overordnet plan arbejder med at øge informationsniveauet og inddragelsen i behandlingen af (både patienter og) pårørende.

Jeg har noteret mig at Sikringsafdelingen har udarbejdet en fælles folder til patienter og pårørende. Jeg beder Sikringsafdelingen om overordnet at oplyse hvordan inddragelsen af pårørende fungerer i praksis. 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.

Jeg beder Regionen om at oplyse hvor langt arbejdet med at udarbejde en egentlig pårørendepolitik er kommet.

5.18 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 rygning i afdelingen, besøgsforhold, overvåget besøg mv., samt om konsekvenserne af at husordenen ikke overholdes. Vurdering af hvilke elementer husordenen skal indeholde, skal tage udgangspunkt i de konkrete forhold på den enkelte afdeling. Ved udformningen bør der rettes særlig opmærksomhed mod de forhold, der på den enkelte afdeling har givet anledning til tvivl og eventuelle konflikter, 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.).

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 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. I den forbindelse har jeg 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). Jeg har videre udtalt at det er 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 der udleveres ved indlæggelsen, informeres om retningslinjernes eksistens og muligheden for at få dem udleveret.

Min anbefaling om udfærdigelse af retningslinjer om begrænsninger og indgreb 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.

Jeg har modtaget husordener for de enkelte afsnit. Husordenerne for P1 og P2 er delt op i en husorden for henholdsvis egen stue og fællesrum. Disse husordener er reviderede henholdsvis den 15. marts 2006 (husordenen for egen stue på P1), den 8. januar 2008 (husordenen for fællesrum på P1), og den 6. december 2006 (begge husordener for P2). Husordenen for P3 er ikke dateret.

Jeg henstiller til Sikringsafdelingen at datere husordenen for P3 så det altid fremgår hvornår den senest er blevet revideret. Jeg beder om underretning om hvad min henstilling giver anledning til.

Derudover har jeg som nævnt modtaget den generelle information ”Oplysninger til patienter og pårørende” der også indeholder husordensregler, bl.a. om besøg og telefoning.

Det er alene husordenen for afsnit P3 der indeholder oplysning om konsekvens af at (nogle af) reglerne i husordenen ikke overholdes.

Som regionen er bekendt med fra sagen om min inspektion af Fjorden (nu Psykiatrien Roskilde/Køge) har jeg i brev af 17. november 2008 bedt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse om at oplyse nærmere om hvad der mere præcist menes med ”konsekvenserne af, at husordenen ikke overholdes”.

Jeg foretager mig på det foreliggende grundlag ikke videre vedrørende den manglende angivelse af konsekvenserne i husordenerne for P1 og P2, men vil orientere Sikringsafdelingen om svaret fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse når det foreligger.

Husordenerne indeholder ud over regler der gælder generelt for alle patienterne på de tre afsnit, også på et enkelt punkt en bemærkning om muligheden for begrænsninger.

I to af husordenerne (for P1 og P3) er det således nævnt at henholdsvis private og indgående telefonsamtaler vil kunne begrænses af personalet (jf. herom nedenfor).

Det materiale som jeg har modtaget fra Sikringsafdelingen, omfatter ikke et selvstændigt sæt skrevne regler (retningslinjer) om de begrænsninger og indgreb der kan ske i den enkelte patients personlige frihed under indlæggelsen, herunder kompetenceregler. Under inspektionen blev det oplyst at Sikringsafdelingen har en mappe med instrukser, bl.a. vedrørende sikkerhed og undersøgelse af post mv., som ville blive gennemgået med henblik på at sikre at retningslinjerne er eller bliver bragt i overensstemmelse med psykiatriloven.

Jeg beder om at modtage et eksemplar af disse regler når de er gennemgået og rettet til. Jeg går ud fra at Sikringsafdelingen i forbindelse med denne gennemgang vil inddrage det jeg til orientering har oplyst ovenfor om mine anbefalinger i andre inspektionssager i relation til udarbejdelse af regler om indgreb og begrænsninger.

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.

Om besøg fremgår det af den generelle folder til patienter og pårørende at besøgende siden 15. januar 2007 har skullet have en besøgstilladelse, og at det er en betingelse for at få en besøgstilladelse at den pårørende indhenter en straffeattest.

Der er ifølge nævnte folder besøgstid på hverdage mellem kl. 14.00 og 21.00 og i weekenden mellem kl. 10.00 og 21.00 – eller efter forudgående aftale. Besøg skal aftales (senest) dagen i forvejen. Besøgstidens længde og hyppighed aftales for den enkelte patient i et samarbejde mellem patienten, de pårørende og afsnittets personale. Har de besøgende lang transport, har de mulighed for efter forudgående aftale med personalet at leje et værelse og bestille mad. Den enkelte patient må højst have fire besøgende ad gangen, og mindreårige under 18 år skal være ledsaget af en voksen. Besøg foregår i afsnittets besøgsrum der er beskrevet under pkt. 3.4. I folderen er tillige oplysninger om adgangen til at medbringe effekter mv. og mulige konsekvenser af overtrædelse af reglerne.

Husordenen for P3 indeholder også et afsnit om besøg. Besøgstiden for dette afsnit er mellem kl. 8.00 og 22.00. Det er endvidere nævnt at besøg skal foregå i besøgsrummet medmindre andet er aftalt. Under inspektionen blev det nævnt at besøg i særlige tilfælde kan foregå på stuen eller på afsnittet.

Jeg beder om at få oplyst hvad sådanne særlige tilfælde kan være, og hvor besøg finder sted hvis det foregår på afsnittet.

Det er endvidere nævnt at besøgende der overtræder forbuddet mod at medbringe alkohol, medicin eller euforiserende stoffer, vil blive nægtet adgang for altid (understreget og fremhævet). Det er en udvidelse i forhold til det anførte i folderen om at overtrædelse af reglerne om besøg kan medføre besøgsrestriktioner.

Under inspektionen blev det oplyst at det der er anført i husordenen om besøgsforbud for al fremtid ikke opretholdes. Det vurderes løbende om der på ny kan gives tilladelse til besøg af de pågældende.

Jeg har noteret mig at det løbende vurderes om der gives besøgstilladelse på ny, og at praksis således ikke er som beskrevet i husordenen. En sådan praksis er der efter min opfattelse heller ikke hjemmel til.

Det er derfor efter min opfattelse beklageligt at det af husordenen fremgår at overtrædelse af forbuddet mod at medbringe alkohol mv. vil medføre at den pågældende udelukkes fra besøg for altid. Jeg henstiller at husordenen ændres på dette punkt så den bliver i overensstemmelse med praksis, og jeg beder om at blive underrettet om hvad der sker i anledning af min henstilling.

Jeg beder endvidere Sikringsafdelingen om at oplyse hvor ofte der træffes beslutning om besøgsforbud eller besøgsrestriktioner og i hvilke situationer. Videre beder jeg Sikringsafdelingen om at oplyse om forekomsten af overvåget besøg, og at oplyse om praksis for revurdering af beslutninger om besøgsforbud og overvåget besøg.

Af husordenerne fremgår det at patienterne ikke må besøge hinanden på stuerne.

Jeg kan oplyse 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 har derfor bedt det pågældende sygehus om at overveje om forbuddet kan erstattes af vurderinger af om besøgsforbud på stuerne er nødvendige i konkrete tilfælde.

På grund af de særlige forhold der gør sig gældende på Sikringsafdelingen, har jeg ingen bemærkninger til at der dette sted er et forbud mod at patienterne besøger hinanden på stuerne.

I husordenen for P3 er det nævnt at overtrædelse af forbuddet mod at besøge hinanden på stuerne medfører at nøglen inddrages i en uge. Ifølge rapport af 9. september 1999 fra tilsynet i henhold til grundlovens § 71, stk. 7, har alle patienter nøgle til deres stuer, men i et referat fra et besøg som tilsynet aflagde på Sikringsafdelingen den 8. maj 2002, er det anført at det alene er de patienter der har fuldt fællesskab på afsnittet der har egen nøgle til deres stue – og kun kan låse stuen udefra.

Hvis det (fortsat) forholder sig som angivet i sidstnævnte referat, beder jeg om at få oplyst årsagen til at ikke alle patienter har nøgle til deres stuer, og at døren kun kan låses udefra. Jeg bemærker i den forbindelse at jeg tidligere har udtalt at patienter så vidt muligt bør have adgang til at kunne låse deres stue (både udefra og indefra), men at personalet naturligvis til enhver tid skal kunne låse sig ind på en stue hvortil patienten selv har låst døren. (På Sikringsafdelingen skal personalet endvidere kunne låse patienterne inde således at patienterne ikke selv har mulighed for at låse sig ud).

Jeg beder endvidere om en udtalelse om den nævnte konsekvens af overtrædelse af forbuddet mod at besøge hinanden på stuerne – der indebærer at patienten ikke længere har mulighed for at låse sin stue ved fravær fra stuen.

Psykiatriloven indeholder som nævnt nu regler om undersøgelse af post, patientstuer, ejendele og kropsvisitation (§ 19 a). Under inspektionen blev det som nævnt ovenfor oplyst at der er interne instrukser der bl.a. omfatter kontrol af post. Jeg har ovenfor bedt om at blive underrettet om disse regler.

I husordenen for P3 er der nævnt at post og pakker bliver gennemset af personalet sammen med patienten. Jeg går ud fra at der sigtes til indgående post og pakker da der ikke er hjemmel i psykiatrilovens § 19 a til kontrol af den post som patienterne sender.

Det fremgår endvidere at der vil kunne udstedes forbud mod at modtage pakker ved forsøg på indsmugling af euforiserende stoffer eller medicin, eller hvis det afsløres af personalet ved rutineprøver. I opfølgingsrapporten om inspektionen i 2000 bad jeg amtet om en udtalelse om hjemmelsgrundlaget herfor. Denne udtalelse ses aldrig modtaget, og ved en fejl har jeg ikke fulgt op på dette.

Jeg beder på denne baggrund nu (på ny) om en udtalelse herom. Jeg beder i den forbindelse Sikringsafdelingen om at oplyse om den forståelse som jeg lagde til grund i opfølgingsrapporten, og hvorefter forbuddet alene sigter til forsendelser fra bestemte personer eller fra personer der ikke angiver afsenderadresse, er korrekt.

Det fremgår af folderen til patienter og pårørende at patienterne må modtage telefonopkald og ringe to gange om dagen medmindre andre regler er gældende. Jeg forstår det anførte sådan at det kun er udgående opkald der er en begrænsning på, men jeg går ud fra at der efter en konkret vurdering også kan ske en begrænsning af indgående opkald. Opkald skal ske i tidsrummet 8.00 til 22.00 og fra en aflåst telefonboks (mønttelefon). Denne er som tidligere nævnt placeret i slusen til afsnittet.

Husordenerne for de tre afsnit indeholder også et afsnit om telefonering. I husordenen for P1 er det anført at patienterne må foretage to opkald om dagen og to opkald om aftenen. Når patienten ringer op, må telefonsamtalen vare 10 minutter, og når patienten ringes op, må samtalen vare 15 minutter. Det gælder dog ikke samtaler med advokat, bistandsvæрге og patientrådgiver. Det fremgår endvidere at der ikke kan ringes i to nærmere angivne tidsrum af en varighed på henholdsvis 30 og 45 minutter, og at patienten selv skal betale for samtalen. Det gælder dog ikke samtaler til patientrådgiver, bistandsvæрге, politi, anklagemyndighed, forsvarer, Justitsministeriet, ambassade, præst og imam.

I husordenen for P2 er det anført at der sædvanligvis kun kan foretage ét opkald i hver vagt mod at patienten selv betaler. Patienten kan dog ringe gratis til bistandsvæрге og advokat. Det er tillige anført at isolerede patienter højst kan modtage to indgående samtaler pr. vagt, og der er oplysning om at patienter "med censur" kun kan foretage opkald til offentlige myndigheder. Ellers er reglerne de samme som på P1.

I husordenen for afsnit P2 er det (også) anført at der kun kan foretages ét opkald i hver vagt. Der er ikke indsat en dispensationsmulighed som i husordenen for P2 ("sædvanligvis"). Reglerne svarer i øvrigt til reglerne for P1.

Jeg går ud fra at der i alle tilfælde kan dispenseres fra de interne regler ud fra en konkret vurdering. Det bør også fremgå af husordenen for P2.

I husordenen for P2 er det udtrykkeligt nævnt at patienterne ikke må have mobiltelefoner. Det fremgår også indirekte for de øvrige afsnit idet telefonsamtaler skal foregå (bag låst dør) i afsnittets telefonboks. I den generelle information om Sikringsafdelingen på hjemmesiden www.sundhed.dk er det nævnt at mobiltelefoni er tilladt hvor der ikke er skiltet et forbud.

Som nævnt er det i husordenerne for P1 og P3 anført at henholdsvis private og indgående telefonsamtaler vil kunne begrænses af personalet. Det fremgår ikke om private samtaler i husordenen for P1 også (kun) sigter til indgående samtaler – som der ikke i forvejen er en begrænsning i antallet af ligesom ved udgående samtaler – men det går

jeg ud fra. Det er heller ikke anført hvornår der vil kunne ske en begrænsning, dvs. om reglen kun sigter til en begrænsning i antal omkald hvis en patient modtager mange opkald udefra, eller tillige begrænsninger af hensyn til behandlingen eller andre forhold.

Jeg beder om oplysning herom.

Det bør efter min opfattelse præciseres hvornår der vil kunne ske en sådan begrænsning. For så vidt angår konkrete begrænsninger bør retningslinjer herfor som nævnt fremgå af særskilte regler, som der kan henvises til i husordenen.

Jeg går således ud fra at det fremgår eller vil komme til at fremgå af de interne regler som jeg har bedt om at blive underrettet om, jf. ovenfor, om og i givet fald hvornår der kan ske begrænsninger i en patients adgang til at telefonere (af behandlingsmæssige eller andre hensyn). Jeg beder i den forbindelse Sikringsafdelingen om at oplyse om og i givet fald hvor ofte det forekommer at der træffes beslutning om begrænsning i adgangen til telefoning, og på hvilken måde denne begrænsning sker.

Jeg beder endvidere Sikringsafdelingen om at oplyse nærmere om baggrunden for de forskelle der er i de tre afsnits regler for telefoning.

5.19 Rygepolitik

Ifølge § 6, stk. 1, jf. § 4, stk. 1, i lov nr. 512 af 6. juni 2007 om røgfri miljøer der trådte i kraft den 15. august 2007, er det ikke tilladt at ryge på indendørs arbejdspladser medmindre andet fremgår af lovens øvrige bestemmelser. 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.

På døgninstitutioner, botilbud og lignende der både er privat hjem for en beboer og arbejdsplads for en ansat, kan den enkelte beboer beslutte om der må ryges i det væ-

relse eller den bolig der tjener som den pågældendes private hjem (§ 11, stk. 1). I kriminalforsorgens institutioner bestemmer den indsatte om der må ryges i den pågældendes opholdsrum (§ 14, stk. 1). Det skyldes at kriminalforsorgens institutioner i hvert fald for en vis periode må betragtes som de indsattes hjem.

I husordenerne for de enkelte afsnit på Sikringsafdelingen er det nævnt at patienterne må ryge på egen stue (dog ikke i sengen) og i gården.

Da Sikringsafdelingen ligesom kriminalforsorgens institutioner for en periode – der for nogens vedkommende er meget lang – må betragtes som patienternes hjem, har jeg ingen bemærkninger til at det er tilladt patienterne at ryge på deres stuer.

Ifølge folderen til patienter og pårørende foreligger der en rygepolitik for Region Sjælland hvorefter det ikke er tilladt for besøgende at ryge på Sikringsafdelingen.

Af et referat af et møde i MED-hovedudvalget i Region Sjælland den 8. april 2008 fremgår det at der i regionen arbejdes med at formulere en overordnet rygepolitik for hele regionen. Det er i den forbindelse nævnt at man bør være opmærksom på lukkede institutioner/afdelinger i bl.a. psykiatrien. Det blev besluttet at spørgsmålet skulle drøftes nærmere med henblik på en endelig behandling ved næste møde i hovedudvalget. Spørgsmålet ses ikke at være færdigbehandlet endnu. Det fremgår endvidere af regionens hjemmeside at de politikker der tidligere er udfærdiget af de tre amter som Region Sjælland har erstattet gælder indtil regionen har fastsat nye politikker.

Jeg beder regionen om at underrette mig om rygepolitikken når den foreligger.

Det fremgår endvidere af husordenerne at patienterne kun må bruge den lighter som de får udleveret af personalet. Ny lighter udleveres kun mod aflevering af den gamle. Under inspektionen blev det oplyst at denne regel er begrundet i kontrolhensyn (kontrol med snifning).

Denne regel giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.20 Euforiserende stoffer og alkohol

Det er ikke i husordenerne udtrykkeligt nævnt at alkohol og euforiserende stoffer mv. ikke er tilladt, men det fremgår indirekte af husordenen for P3 og folderen til patienter og pårørende. Af husordenen for P3 fremgår det som tidligere nævnt også at post og pakker bliver gennemset af personalet sammen med patienten.

Det er vigtigt for behandlingen af svært psykisk syge (der ofte har et misbrug ved siden af den psykiske lidelse) at sikre at de ikke indtager euforiserende stoffer.

Under inspektionen blev det oplyst at stoffer mv. ikke er et større problem på Sikringsafdelingen da ingen af patienterne har udgang uden ledsagere, og personalet i øvrigt er tæt på patienterne og således hurtigt opdager – og reagerer – hvis der smugles stoffer ind med besøgende. Stueeftersyn foretages mere for farlige genstande end for stoffer, f.eks. hvis det opdages at en cd er brækket. Der forekommer (således heller) ikke handel med euforiserende stoffer mellem patienterne.

Jeg går ud fra at Sikringsafdelingen i forbindelse med undersøgelse af patientstuer og kropsvistation af patienter overholder reglerne i psykiatrilovens § 19 a. Jeg henviser til pkt. 5.18 ovenfor om visitation.

5.21 Patientindflydelse

Psykiatrilovens § 30 indeholdt tidligere en bemyndigelsesbestemmelse hvorefter sundhedsministeren kunne fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger. Denne bestemmelse blev 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 Region Sjællands hjemmeside omfatter som nævnt i pkt. 5.17 en side med information til patienter og pårørende. Her er det bl.a. oplyst at psykiatrien i videst muligt omfang vil sikre at patienten får information, har indflydelse på og bliver inddraget i forbindelse med beslutninger om den psykiatriske behandling. Det er videre nævnt at det daglige samarbejde med patienterne sker i de enkelte enheder, og at udmøntningen af samarbejdet vil være afhængigt af de lokale forhold.

Psykinfo arbejder som også tidligere nævnt på overordnet plan med at øge informationsniveauet og inddragelsen i behandlingen af patienterne.

Af psykiatriplanen fremgår det som nævnt i pkt. 5.17 at der skal udarbejdes en pårørendepolitik, men ikke at der tillige skal udarbejdes en politik i relation til patienter. I sagen om min inspektion af Dianalund (nu nu Psykiatrien Dianalund, Almenpsykiatrisk afdeling) er jeg gået ud fra at det fortsat er hensigten at udarbejde kvalitetsstandarder for patientinddragelse. Jeg har i den forbindelse henvist til psykiatrilovens § 2 hvorefter sygehusmyndigheden skal tilbyde sygehusophold, behandling, pleje og omsorg,

som svarer til god psykiatrisk sygehusstandard, herunder med hensyn til bl.a. ”politikker i relation til patienter ...”.

Jeg beder i denne sag Psykiatrien Region Sjælland om at oplyse om det er korrekt antaget.

Jeg henviser i øvrigt til pkt. 5.1 hvor jeg har noteret mig at Sikringsafdelingen har udarbejdet en fælles folder til patienter og pårørende.

Det fremgår af husordenen for P2 og P3 at der er morgenmøde hver dag (henholdsvis kl.8.00 og kl. 8.15), og at alle deltager. Dette er understreget i sidstnævnte husorden hvor det tillige er nævnt at det omfatter alle der ikke er isoleret, og medmindre der foreligger specielle aftaler.

Jeg går ud fra at der også er sådanne morgenmøder på P1.

Jeg beder om at få oplyst om der herudover afholdes (egentlige) patientmøder, 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. 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 Sikringsafdelingen (i rapporten omtalt som Enggården) var svarprocenten 62. Sikringsafdelingen er i øvrigt i rapporten omtalt sammen med den almindelige retspsykiatriske afdeling (Pilehus hvor svarprocenten var 60) under Region Sjælland. Samlet var der 15 svarpersoner. 20 pct. havde et enestående samlet indtryk af deres indlæggelse på afdelingen hvilket er højere end landsgennemsnittet (13 pct.). 13 pct. havde et godt samlet indtryk af deres indlæggelse hvilket er 14 pct. lavere end landsgennemsnittet, mens 40 pct. havde et både godt og dårligt indtryk hvilket er lidt højere end landsgennemsnittet (37 pct.). Sammen med Region Nordjylland havde Region Sjælland flest patienter med et dårligt eller uacceptabelt samlet indtryk, nemlig 27 pct. hvilket er 14 pct. højere end landsgennemsnittet. I

forhold til den tidligere (og første) undersøgelse på de retspsykiatriske sengeafsnit fra 2005-2006 er tilfredsheden med afdelingen i Region Sjælland øget. Ved den tidligere undersøgelse var der ingen der havde et enestående samlet indtryk og kun 6 pct. der havde et godt indtryk. 50 pct. havde dengang et både godt og dårligt samlet indtryk og 44 pct. havde et dårligt eller uacceptabelt samlet indtryk.

Ifølge en artikel i Sjællandske Næstved forventes flytningen af retspsykiatrien at kunne medvirke til at forbedre patienttilfredsheden.

5.22 Udgang mv.

Regler om udgang mv. til patienterne på Sikringsafdelingen findes i Justitsministeriets 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. Bekendtgørelsen er udstedt efter forhandling med blandt andre den daværende sundhedsminister.

Af bekendtgørelsens § 12, stk. 1, fremgår det at overlægen på Sikringsafdelingen har kompetencen til at træffe afgørelse om

- 1) ophold inden for afdelingen,
- 2) udgang med mindst to ledsagere fra Sikringsafdelingen til hospitalets terræn eller nærmeste omegn, skov og strand når Justitsministeriet tidligere har givet tilladelse til udgang til hospitalets terræn eller nærmeste omegn, skov og strand,
- 3) ambulant undersøgelse på somatisk hospital eller klinik mv. under ledsagelse af politiet eller mindst to medarbejdere fra Sikringsafdelingen, og
- 4) uopsættelig indlæggelse på somatisk hospital under ledsagelse af politiet eller mindst to medarbejdere fra Sikringsafdelingen – og med pligt til efterfølgende at underrette den statsadvokat i hvis kreds sagen er behandlet, om indlæggelsen.

Afgørelser efter nr. 3 og 4 kan i overlægens fravær træffes af en anden overlæge på Psykiatrihospitalet i Nykøbing Sjælland (§ 12, stk. 2).

I alle andre tilfælde er det Justitsministeriet der har kompetencen til at træffe afgørelse om udgang mv. (§ 12, stk. 4). Når særlige forhold gør sig gældende kan Justitsministeriet efter denne bestemmelses 2. pkt. tillige bestemme at tilladelse efter nr. 2 og 3 til en bestemt person indtil videre skal gives af ministeriet.

Af § 13, stk. 1, jf. § 3, stk. 1, fremgår det at der ved afgørelsen af om der skal gives tilladelse til udgang – ud over behandlingsmæssige hensyn – navnlig skal lægges vægt på hensynet til retssikkerheden, herunder de forhold der har begrundet dom til

anbringelse i stedet for mindre indgribende foranstaltninger. Der skal endvidere lægges særlig vægt på de forhold der har begrundet anbringelsen i Sikringsafdelingen, jf. § 13, stk. 1, 2. pkt.

Tilladelse til udgang betinges af at den pågældende under udgangen ikke begår strafbart forhold eller i øvrigt misbruger udgangstilladelsen. Tilladelsen kan endvidere betinges af andre vilkår der findes formålstjenlige for at undgå misbrug.

Overlægens afgørelser om udgang mv. kan ikke påklages. Det fremgår af bekendtgørelsens § 14, stk. 1.

Af et indlæg der har været bragt i LPD-avisen, fremgår det at første tilladelse til (en enkeltstående) udgang fra Sikringsafdelingen blev givet i 1985, og at antallet af udgange siden er steget stødt. Ifølge det tidligere nævnte forslag til plan for retspsykiatrien i Region Sjælland samt overvejelser for Sikringsafdelingen i fremtiden skyldes stigningen i antal udgange tillige at Justitsministeriet og Retslægerådet, som Justitsministeriet normalt forelægges ansøgninger om tilladelse til udgang for, lægger meget vægt på forløbet af udgange når der tages stilling til ophævelse af farlighedsdekreter. Det er derfor afgørende for patienten at det kan lade sig gøre at komme på udgang. Det fremgår tillige at op mod halvdelen af patienterne har udgang én gang om ugen, og at kvalitetsstandarder i dag er at de patienter der har tilladelse til udgang, skal tilbydes mindst én ledsaget udgang om ugen af ca. 1-1½ times varighed.

5.23 Personaleforhold

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.

Manglen på kvalificeret arbejdskraft omfatter også andre faggrupper.

Den generelle personalsituation i psykiatrien som helhed er også omtalt i et notat om udviklingen i sundhedsvæsenets tilbud til sindslidende som Danske Regioner har udarbejdet, og som findes på Danske Regioners hjemmeside (www.regioner.dk).

Region Sjælland oplever samme problemer som de øvrige regioner med rekruttering og fastholdelse af relevant personale, jf. afsnit 6 i regionens psykiatriplan. Det gælder

især for den retspsykiatriske afdeling, herunder Sikringsafdelingen, og har også sammenhæng med placeringen af denne afdeling, jf. afsnit 16 og 17 i psykiatriplanen.

Under inspektionen blev det oplyst at der dog ikke (aktuelt) er problemer med at besætte stillingerne som psykiatere på Sikringsafdelingen. Derimod er der mangel på især (mandligt) plejepersonale. Der er behov for både mænd og kvinder i behandlings- og plejemiljøet, men på grund af klientellets farlighed er der et særligt behov for mænd, og der skal være mindst tre mænd på vagt i hvert afsnit samtidig i dagtimerne (og to om natten hvor patienterne er låst inde). Ca. 2/3 af de ansatte i plejen er mænd.

Den nærmere personalenormering og -sammensætning fremgår af en oversigt "Vejledende normering" pr. 15. august 2007 som jeg modtog forud for inspektionen. Heraf fremgår det også i hvilket omfang stillingerne denne dag var besat.

Af oversigten fremgår det at Sikringsafdelingen har en normering på 141,084 medarbejdere, hvoraf de 31,014 er stillinger der er fælles for Sikringsafdelingen og Pilehus. Det drejer sig om afdelingsledelsen (ledende overlæge, oversygeplejerske og lægesekretær), behandlingspersonale (læger, psykologer og terapeuter), socialrådgivere og lægesekretærer med en samlet normering på 21,014 samt idrætslærere og plejere/social- og sundhedsassistenter i "Terminalen" med en normering på henholdsvis 4 og 6. Ud af normeringen på 21,014 i ledelsen og behandlergruppen var 18,534 stillinger, herunder alle 5 normerede lægestillinger, besat. To af de ubesatte stillinger var stillinger som ergoterapeut. 9,865 af de 10 øvrige stillinger var besat den 15. august 2007.

Siden inspektionen i 2000 er der sket en forøgelse af behandlingspersonalet hvilket torturkomitéen har bifaldet, jf. pkt. 131 i komitéens rapport.

De tre afsnit på Sikringsafdelingen har hver især en normering på 36,690. Den 15. august 2007 var henholdsvis 29,865, 29,00 og 33,73 stillinger besat.

Den største personalegruppe er plejepersonale, herunder social- og sundhedsassistenter og psykiatriske assistenter, hvor normeringen er på 21,690 på hvert afsnit. Den 15. august 2007 var henholdsvis 19,865, 17,00, og 21,00 af disse stillinger besat. Under inspektionen blev det oplyst at der manglede 12 plejere.

Personalet består herudover af sygeplejersker, pædagoger og aktivitetspersonale mfl.

Normeringen med hensyn til sygeplejersker er en afdelingssygeplejerske og 5 sygeplejersker på hvert afsnit, men kun 0,865 af disse stillinger var besat den 15. august 2007. Ledige sygeplejerskestillinger forsøges i vid udstrækning besat med social- og

sundhedsassistenter. (Torturkomitéen har i sin rapport anbefalet at antallet af sygeplejersker på Sikringsafdelingen forøges).

Det øvrige normerede afsnitspersonale omfatter på hvert afsnit en souschef, 2 flyvere, 2 pædagoger, en gruppeleder/teamkoordinator og 3 aktivitetsmedarbejdere. På alle tre afsnit var der ansat flere pædagoger end der er normering til (i alt 10).

Som nævnt har Sikringsafdelingen vanskeligt ved at rekruttere og fastholde især mandlige plejere. Disse vanskeligheder har stået på igennem lang tid, og seneste tiltag for at afhjælpe problemet er at der er iværksat en kompetenceudvikling af Sikringsafdelingens egne medarbejdere og indgået en aftale med det private sikkerhedsfirma Group 4 Securicor om at benytte medarbejdere derfra mens dette kompetenceudviklingsprojekt gennemføres.

Indgåelsen af denne aftale gav anledning til en del presseomtale af forholdene i Sikringsafdelingen og til at sundheds- og forebyggelsesministeren blev indkaldt i (et åbent) samråd i Folketingets Sundhedsudvalg den 12. december 2007. I et bidrag til brug for dette samråd anførte Region Sjælland bl.a. følgende:

"1. Om Sikringsafdelingen

...

Fælles for Sikringsafdelingens patienter er, at stort set alle er sindssyge, farlige og/eller flugtfarlige. Det betyder, at Sikringsafdelingen skal yde fængselsmæssig sikkerhed for patienterne samtidig med at behandlingen og plejen skal være på et niveau, der til en hver tid svarer til god og tidssvarende psykiatrisk standard. I praksis er det således, at landets 30 mest farlige patienter er indlagt på Sikringsafdelingen. Patienterne er svært sindssyge og for manges vedkommende vanskelige at behandle både på det medikamentelle plan og på det relationelle og miljøterapeutiske plan.

Arbejdet med denne patientgruppe stiller store krav til afdelingens personale, som består af omkring 110 medarbejdere i kategorien plejepersonale, og derudover læger, psykologer, terapeuter, aktivitetspersonale m.fl.

Plejepersonalet på Sikringsafdelingen bestod ved afdelingens åbning i 1981-82 kun af mænd. Efter ændringen af plejeruddannelsen, hvor man krævede en sygehjælperuddannelse først, faldt antallet af uddannede mandlige plejere næsten til nul, og det viste sig ganske vanskeligt at rekruttere mandligt personale til Sikringsafdelingen. I 1988 erkendte man det uholdbare i denne situation og indså, at det var nødvendigt med nytænkning på plejepersonale-området. Man besluttede

sig derfor bl.a. til at ansætte kvindeligt plejepersonale primært på ét af afdelingens tre afsnit, og efterfølgende på de to andre afsnit.

I de senere år har Sikringsafdelingen haft vanskeligt ved at genbesætte ledige stillinger, særligt inden for mandligt plejepersonale. Sikringsafdelingen har dispensation til i sine stillingsopslag at søge specifikt efter mandlige medarbejdere, men alligevel er der ofte få eller ingen ansøgere til afdelingens ledige stillinger. Man har derfor bl.a. forsøgt sig med ansættelse af medarbejdere med alternativ, men stadig relevant, faglig baggrund, f.eks. Falckreddere og fængselsbetjente, som efter ansættelsen har gennemgået kurser og efteruddannelse rettet mod varetagelse af afdelingens opgaver. På trods heraf har afdelingen fortsat vakante stillinger, og der er således p.t. omkring 19 vakancer inden for gruppen af plejepersonale. Det skal i denne forbindelse tilføjes, at rekrutteringsvanskelighederne i høj grad også gælder sygeplejersker. De vakante sygeplejerskestillinger er derfor i vid udstrækning forsøgt besat med social- og sundhedsassistenter.

2. Uddannelse, kompetenceudvikling m.v.

Set i lyset af de vakante stillinger samt vanskelighederne med at få genbesat ledige stillinger på plejeområdet, har ledelsen for Retspsykiatrisk afdeling - som også er ledelse for Sikringsafdelingen - for nylig lagt en strategi, der skal føre til dels øgede kompetencer hos allerede ansatte medarbejdere, dels styrkelse af Sikringsafdelingens evne til at tiltrække nye medarbejdere. Ud over disse løsninger, som søges gennemført på kort og mellemlang sigt, ønskes der taget initiativer til løsninger på længere og mere varig sigt.

Løsninger på kort og mellemlang sigt

Retspsykiatrisk afdeling har netop udarbejdet et konkret forslag til kompetenceudvikling af afdelingens eget plejepersonale, som primært består af plejere og social- og sundhedsassistenter. Afdelingens forslag vil blive behandlet politisk i Region Sjælland i løbet af december 2007/januar 2008.

Forslaget indebærer, at man på baggrund af individuelle samtaler med hver enkelt medarbejder lægger en strategi for kompetenceudvikling af den enkelte medarbejder inden for såvel sundhedsfaglige som sikkerhedsmæssige kompetencer.

Styrkelse af de sikkerhedsmæssige kompetencer ønskes gennemført som en uddannelse og opkvalificering af 3 ugers varighed med fokus på sikkerhed på såvel det fysiske som det mentale plan, og med opstart i februar 2008. De sundhedsfaglige kompetencer vil blive udbygget ved fortsat sygeplejefaglig opkvalificering i form af deltagelse i den landsdækkende retspsykiatriske efteruddannelse.

Der er som et led i strategien fastlagt mål for, hvilke kompetencer og færdigheder de deltagende medarbejdere skal tilegne sig gennem kompetenceudviklingen, og dermed også hvilke opgaveområder de efterfølgende forventes at kunne varetage. Det er hensigten hermed at styrke patientbehandlingen samt give medarbejderne større fortrolighed med varetagelse af en række centrale opgaver, og dermed også skabe større medarbejdertilfredshed.

Denne styrkelse af det faglige miljø forventes - sammen med en ny honoreringsmodel, der honorerer den enkelte medarbejder for gennemførelsen af kompetenceudviklingen og tilegnelsen af nye færdigheder, samt anvendelsen af disse i det daglige arbejde - at kunne medvirke til, at det på mellemlang sigt bliver muligt at tiltrække nye, kvalificerede medarbejdere til afdelingen.

Det skal undersøges, om en eventuel merudgift som følge af en ny honoreringsmodel kan dækkes allerede fra 2008 (se vedlagte bilag vedr. finansieringen af Sikringsafdelingen).

Løsninger på længere sigt

De for år tilbage vedtagne og dermed givne rammer for uddannelse af plejepersonale til sundhedssektoren indebar bl.a. ophør af plejeruddannelsen, som i stedet blev afløst af uddannelsen til social- og sundhedsassistent. Dette har ført til uddannelse af social- og sundhedspersonale, som er kvalificeret til at varetage en bred vifte af opgaver inden for det somatiske og psykiatriske sygehusvæsen samt den primære sundhedssektor.

Social- og sundhedsuddannelsen har vist sig at være meget lidt attraktiv for mænd. Disse forhold har bl.a. været medvirkende til den situation, som Sikringsafdelingen - og andre psykiatriske afdelinger - nu befinder sig i.

Det vil derfor være ønskeligt, at social- og sundhedsuddannelsen ændres, så den i højere grad også tilgodeser arbejdet med psykiatriske patienter. Dette kan f.eks. ske i form af dels flere fag rettet mod arbejde med psykiatriske patienter, dels en art specialisering hen mod slutningen af uddannelsen, så eleverne får mulighed for at vælge yderligere tilegnelse af psykiatriske færdigheder - heraf nogle måske specifikt målrettet mod mandlige elever. Desuden kan praktikperioden i primærsektoren f.eks. målrettes socialpsykiatri, mens praktikperioden i somatik eksempelvis kan målrettes neurologi.

3. Anvendelse af sikkerhedsfirma

For at tilgodese såvel sikkerheds- som sundhedsfaglige aspekter i Sikringsafdelingen, har afdelingsledelsen for Retspsykiatrisk afdeling fundet det mest hen-

sigtsmæssigt, at der i den aktuelle vakancesituation og foreløbig mens det skitserede kompetenceudviklingsprojekt står på, anvendes et antal medarbejdere fra et sikkerhedsfirma til at hjælpe med varetagelse af afdelingens sikkerhedsmæssige opgaver. Man har derfor indgået en tidsbegrænset aftale med firmaet Group 4 Securicor.

Ifølge aftalen og de af det lokale MED-udvalg godkendte arbejdsopgaver for sikkerhedsmedarbejderne, indgår disse som én af tre mænd i den såkaldte sikkerhedsnormering i hvert af afdelingens tre afsnit. Arbejdsopgaverne skal varetages inden for afdelingen, og således f.eks. ikke ved ledsagede udgange. Derudover fremgår det af de godkendte arbejdsopgaver bl.a., at sikkerhedsmedarbejderne kan have opsyn, ledsage patienter til og fra bad/toilet/havetur 'som 2. person' (d.v.s. sammen med et plejepersonale), deltage ved stueeftersyn som 2. person, deltage i forefaldende oprydning, assistere plejepersonalet ved alarm samt deltage ved pacificeringer og fastholdelse. Det fremgår udtrykkeligt, at sikkerhedsmedarbejderne har en assisterende funktion i forhold til afsnittets eget personale, og at de kun må påtage sig yderligere opgaver efter anvisning fra afsnittets eget personale.

Som nævnt forventes det, at anvendelsen af sikkerhedsfirmaet er midlertidig, indtil man har fået opkvalificeret afdelingens egne medarbejdere samt fået ansat nye medarbejdere.”

Forslaget om kompetenceudvikling af afdelingens eget plejepersonale blev behandlet på et møde i forretningsudvalget den 3. januar 2008 hvor udvalget tiltrådte administrationens indstilling herom. I referatet herfra er det nævnt at hensigten med forslaget er at øge og styrke medarbejdergruppens generelle, sikkerhedsmæssige og sygeplejefaglige kompetencer og dermed også at ruste den enkelte medarbejder bedre til at udføre opgaver i forhold til en særlig patientgruppe. Uddannelsesindsatsen skal give en kompetenceøgning af den samlede medarbejdergruppe med baggrund i den faggruppesammensætning der aktuelt er i Sikringsafdelingen. Endelig er det hensigten at gennemføre honorering i forhold til de erhvervede kompetencer.

Det fremgår endvidere af referatet at kompetenceudvikling påtænkes iværksat i februar 2008, og at det er hensigten at omkring 60 af afdelingens mandlige medarbejdere skal gennemføre uddannelsen. Det er desuden hensigten, at de tillærte færdigheder skal vedligeholdes ved tilbagevendende opfølgning. Medarbejdernes sundheds- og plejefaglige kompetencer skal sideløbende hermed fortsat styrkes ved deltagelse i den landsdækkende retspsykiatriske efteruddannelse. Det er endvidere hensigten at skabe mulighed for at afdelingens ikke-sundhedsuddannede medarbejdere kan gen-

nemføre en uddannelse som social- og sundhedsassistent med opretholdelse af et acceptabelt lønniveau i uddannelsesperioden hvis de ønsker det.

Om honorering er anført at der fra afdelingsledelsens side er et ønske om at yde et generelt tillæg til afdelingens medarbejdere, begrundet i Sikringsafdelingens særlige patientgruppe og deraf affødte særlige krav og forventninger til medarbejderne, og kompetencetillæg der også skal medvirke til at øge mulighederne for rekruttering af nye medarbejdere og at sikre rimelig balance i kønsfordelingen.

Det fremgår endvidere af referatet at de øgede udgifter skal finansieres ved en stigning i abonnementsbetalingen fra de øvrige regioner og i takstbetalingen for de regioner, der benytter tilbuddet.

Der er foretaget opfølgning på situationen ved et møde i Forum for Psykiatri den 1. september 2008. I referatet herfra er anført følgende:

”Opfølgning på kompetenceudvikling

Siden beslutningen i Forretningsudvalget har man gennemført to hold à 12 personer på den nye sikkerhedsuddannelse. Af de ovenstående 24 personer gennemførte 21 personer uddannelsen.

I slutningen af august måned opstartes 3. hold med 14 personer. Endeligt er det 4. kursus planlagt til efteråret 2008, så det forventes, at 48 medarbejdere har gennemført uddannelsen inden nytår. Det er planlagt, at alle de 57 fastansatte, som indgår i plejen på Sikringen skal gennemføre kurset.

Der planlægges yderligere nye sikkerhedskurser i det nye år.

Vedr. relationsuddannelsen, som skal øge de sundhedsfaglige kompetencer hos plejepersonalet, har Psykiatriens uddannelsesafdeling været involveret i arbejdet med at udforme uddannelsen sammen med Retspsykiatrisk afdeling. Det forventes, at uddannelsen sættes i gang i 2009. Der planlægges afholdelse af 2 kurser for i alt 24-30 medarbejdere i 2009.

Status på vagtpersonale

Sikringen har pt. tilknyttet 11 sikkerhedsmedarbejdere fra G4S og er i færd med at rekruttere yderligere 8 medarbejdere. Der påbegyndes en 3 uger lang introduktion og uddannelse af de nye sikkerhedsmedarbejdere den 1. oktober 2008.

Sikringen vil indgå kontrakt om ansættelse af de 8 nye og de 11 gamle sikkerhedsmedarbejdere frem til udgangen af 2010.

Som nævnt i sagen godkendt af Forretningsudvalget den 3. januar 2008, er det hensigten at skabe mulighed for, at de af afdelingens ikke-sundhedsuddannede medarbejdere, der måtte være interesseret heri, kan gennemføre en uddannelse som social- og sundhedsassistent.

Der er pt. 6 personer, som er tilmeldt denne uddannelse, hvilket betyder, at der sideløbende med sikkerhedsmedarbejderne benyttes timelønnede afløsere samt enkelte vikarer fra vikarkorps for at dække vagterne for de medarbejdere, der er blevet optaget på SOSU-uddannelsen.

Sikringen har stor fokus på tiltag m.h.p. fastholdelse og rekruttering. Mulige tiltag vil blive drøftet på Sikringens LMU i september, således at disse kan implementeres hurtigst muligt.

Som led i rekrutteringsproblematikken og et element i kompetenceudviklingssagen, godkendt af Forretningsudvalget, arbejdes der med økonomiske tillæg for gennemførelse af de forskellige uddannelser mv. Dette er nødvendigt for at kunne tiltrække flere medarbejdere, hvilket der er et stort behov for.”

Udvalget tog administrationens orientering til efterretning.

Som det fremgår, indebærer aftalen med Group 4 Securicor at sikkerhedsvagter fra dette firma skal indgå som én af de tre mænd der skal være på vagt på et afsnit (i dagtimerne) samtidig. Sikkerhedsvagterne gennemgår en fire ugers introduktion hvor de bliver undervist i psykopatologi, psykofysisk træning, sikkerhedsregler, kommunikation mm. og får en generel introduktion til Sikringsafdelingen, før de går i vagt. De skal alene varetage sikkerhedsmæssige opgaver og serviceopgaver som f.eks. at hente madvogne og tømme skraldespande mv. på Sikringsafdelingen, men ikke de øvrige funktioner som plejerne varetager. Der er som det også fremgår af citatet ovenfor, udarbejdet en beskrivelse af hvilke opgaver medarbejderne fra Group 4 Securicor kan udføre. Denne er godkendt i MED-udvalget.

Jeg erindrer om min anmodning under inspektionen om en kopi heraf.

Under inspektionen blev det oplyst at der er tale om en fast tilknyttet gruppe af sikkerhedsmedarbejdere fra Group 4 Securicor der aflønnes af firmaet og i firmaet har skrevet under på en tavshedspligtserklæring (ligesom vikarer gør det). Der indhentes desuden en udvidet straffeattest. På inspektionstidspunktet – hvor aftalen kun havde været i kraft i ca. tre uger – var de foreløbige erfaringer positive. Det var således indtrykket at der var tale om et solidt hold.

Det blev under inspektionen endvidere oplyst at anvendelsen af sikkerhedsfirmaer i sikringsafdelinger og lignende kendes fra bl.a. England og Skotland, og at personale fra Sikringsafdelingen har været i England og set hvordan man gør dér. Sikringsafdelingen har tidligere haft en aftale med et andet privat sikkerhedsfirma der gjaldt for perioden 1. maj 2007 til 1. oktober 2007. Det blev under inspektionen oplyst at de fleste af medarbejderne fra dette firma sagde op fordi firmaet ikke betalte weekendtillæg mv. Aftalen med firmaet fungerede i hele den periode (på fem måneder) der var tegnet kontrakt på.

Det blev ligeledes oplyst at anvendelsen af andre faggrupper er sket efter aftale med FOA, men at det faste personale ikke er begejstrede for – men accepterer – løsningen med tilknytning af personale fra et sikkerhedsfirma der ikke har samme uddannelsesmæssige baggrund. Det er også fagforeningsmæssigt et problem at disse sikkerhedsvagter får en højere løn end de blandt det faste personale på Sikringsafdelingen der har den korteste anciennitet. Problemet er også beskrevet i en artikel i LPD-avisen nr. 69, december 2007.

En af de patienter som jeg talte med, var også utryk ved ansættelsen af personale fra et privat vagtfirma. Han var bange for at ansættelsen ville indebære en øget brug af magt og tvang fordi personalet derfra har et andet syn på patienterne end plejerne.

Jeg har noteret de tiltag der er iværksat med henblik på bedre at kunne fastholde og tiltrække personale til Sikringsafdelingen, og det der fremgår om opfølgningen heraf på regionens hjemmeside. Umiddelbart tolker jeg det anførte om status på vagtpersonale sådan at erfaringerne med ordningen med de medarbejdere der er tilknyttet fra Group 4 Securicor, fortsat er positive, men jeg beder dog Sikringsafdelingen om at oplyse nærmere herom.

Også på baggrund af det oplyste om at der foruden forlængelse af kontrakten med de (i alt 11) sikkerhedsmedarbejdere som Sikringsafdelingen allerede har, skal rekrutteres yderligere 8 sikkerhedsmedarbejdere, beder jeg endvidere om at få nærmere oplysninger om den aktuelle personalemæssige situation på Sikringsafdelingen.

Af artikler fra Holbæk Amts Venstreblad fra slutningen af 2007 fremgår det at Jobcenter Odsherred ikke havde haft et eneste stillingsopslag fra Sikringsafdelingen de sidste seks måneder. Den ledende overlæge oplyste til avisen at Region Sjælland havde annonceret efter personale til Sikringsafdelingen ni gange i 2007, men ikke på jobcentrets portal. Det skyldtes ifølge den ledende overlæge at tidligere erfaringer har vist at jobcentre ikke kan skaffe de folk som Sikringsafdelingen skal bruge. I opslagene der har været bragt i forskellige fagblade og været opslået på sygehuse mv., ikke kun i

lokalområdet, men også i Jylland, er der søgt bl.a. mandlige pædagoger, social- og sundhedshjælpere, plejere, fængselsbetjente, Falck-folk og politibetjente. Efter overlægens opfattelse kan rekrutteringsvanskelighederne som nævnt kun løses ved enten at genoprette plejeruddannelsen eller dele opgaverne ud på flere hænder.

Jeg beder om at få uddybet de tidligere erfaringer der har vist at jobcentrene ikke kan skaffe de folk som Sikringsafdelingen skal bruge.

Spørgsmålet om sygefravær blandt medarbejderne på Sikringsafdelingen blev ikke berørt under inspektionen.

Jeg beder Sikringsafdelingen om at oplyse nærmere herom. Om arbejdsskader henviser jeg til pkt. 5.24 straks nedenfor.

Jeg beder endvidere om at få oplyst om der foreligger en sygefraværspolitik med opfølgning på sygdomsforløb, herunder ved afholdelse af sygefraværssamtaler.

5.24 Vold mod personalet

Da patienterne på Sikringsafdelingen er anbragt dér netop fordi de er landets farligste sindssyge patienter, er risikoen for konfrontationer større for denne patientgruppes vedkommende end for psykiatriske patienter på de øvrige (rets)psykiatriske afdelinger. Af samme grund er sikkerheden og personalenormeringen høj, og personalet der består af flest mænd, er som nævnt særligt uddannede til at arbejde med denne patientgruppe.

Under inspektionen blev det oplyst at der har været en stigning i antallet af overfald fra patienternes side, og at det måske også har sammenhæng med at flere erfarne medarbejdere – der gennem mange års træning er gode til at vurdere og tage hånd om farlighed – er gået på pension, og nye ansatte er kommet til. Fra 2005 til 2007 er der som det fremgår af citatet nedenfor, sket en stigning i antallet af arbejdsskader på grund af fysisk eller psykisk vold fra 49 til 64, men i 2006 var der dog alene 26 arbejdsskader. Der er således sket et fald fra 2005 til 2006, og en stor stigning fra 2006 til 2007.

Der er ikke tale om daglig vold mv., men det sker i perioder afhængigt af de patienter som Sikringsafdelingen har. Det er kun få af patienterne der tegner sig for volden mv. Der kan være mellem 1-2 og 30 tilfælde pr. afsnit pr. år.

Arbejdstilsynet kommer på uanmeldte besøg. På grund af stigningen i antallet af arbejdsskader, ville Arbejdstilsynet komme igen den 9. april 2008 og interviewe de ansatte.

Jeg beder om at få nærmere oplysninger om besøget den 9. april 2008 og hvad det måtte have givet anledning til.

Ministeren for Sundhed og Forebyggelse har den 16. januar 2008 besvaret et spørgsmål (nr. 118) fra Folketingets Retsudvalg om hvorvidt der er sket en stigning i antallet af voldsepisoder efter at Sikringsafdelingen begyndte at ansætte uddannede vikarer. Ministeren blev samtidig anmodet om at redegøre for hvor stor en andel af personalet på Sikringsafdelingen der ikke har en relevant uddannelse, og om andelen er større eller lavere end for fem år siden. I svaret er anført følgende:

”Jeg har til brug for min besvarelse indhentet en udtalelse fra Region Sjælland, som jeg kan henholde mig til.

Regionen oplyser, at Sikringsafdelingen i Nykøbing Sjælland i de senere år har haft vanskeligt ved at genbesætte ledige stillinger, særligt inden for mandligt plejepersonale. Sikringsafdelingen har dispensation til i sine stillingsopslag at søge specifikt efter mandlige medarbejdere, men alligevel er der ofte få eller ingen ansøgere til afdelingens ledige stillinger.

Det har bl.a. ført til, at afdelingen i 2004-05 begyndte at ansætte medarbejdere med andre, men stadig relevante, faglige baggrunde, f.eks. Falckreddere og fængselsbetjente, som efter ansættelsen har gennemgået kurser og efteruddannelse rettet mod varetagelse af visse af afdelingens opgaver. Ansættelse af medarbejdere med anden relevant uddannelse - psykiatriske medhjælpere - er sket efter drøftelse med bl.a. FOA Fag og Arbejde samt efter drøftelser i det lokale samarbejdsudvalg.

Regionen oplyser, at der p.t. er ansat 8 psykiatriske medhjælpere i Sikringsafdelingen ud af afdelingens i alt ca. 110 medarbejdere inden for plejepersonalekategorien. Foruden de psykiatriske medhjælpere er der også ansat 10-12 pædagogisk uddannede medarbejdere i Sikringsafdelingen. De første psykiatriske medhjælpere blev ansat i 2005, og der var på dette tidspunkt 6 ansatte indenfor denne personalegruppe.

Ifølge regionen steg antallet af anmeldte arbejdsskader pga. fysisk og psykisk vold i Sikringsafdelingen fra 2005 til 2007 fra 49 til 64. Dog var antallet af anmeldelser i det mellemliggende år 2006 kun 26.

...

Regionen oplyser, at forholdene på Sikringsafdelingen gennem de senere år er ændret. Det er bl.a. nu alene de mest syge og farlige patienter, der kommer til Sikringsafdelingen, idet de patienter, der får dom til anbringelse i højere grad nu end tidligere behandles på landets øvrige retspsykiatriske afdelinger.

Regionen påpeger, at det er vanskeligt entydigt at konkludere på udviklingen i antallet af anmeldte arbejdsskader. Som eksempel herpå nævnes, at antallet af arbejdsskader blev fordoblet fra 2006 til 2007, men i denne periode fik Sikringsafdelingen ikke væsentligt færre mænd med social- og sundhedsfaglig baggrund. Regionen tilføjer, at de anmeldte arbejdsskader opstår i forhold til enkelte af afdelingens patienter, som hver tegner sig for en stor del af skaderne.

Det er desuden regionens vurdering, at personalet inden for psykiatrien generelt er blevet mere opmærksomme på at udfylde arbejdsskadeanmeldelser, ikke blot ved fysiske skader, men især også ved trusler, samt ved overværelse af voldsomme episoder.

Udviklingen i antallet af anmeldte arbejdsskader ved Sikringsafdelingen skyldes efter afdelingsledelsens vurdering derfor i højere grad bl.a., at patienterne er blevet mere syge og dårlige, end at afdelingen ikke har tilstrækkeligt personale med sundhedsfaglig baggrund.”

Jeg beder om at få oplyst om Psykiatrien Region Sjælland har udfærdiget en generel voldspolitik/handleplan over for vold på arbejdspladsen. I givet fald beder jeg om en kopi heraf.

Jeg henviser i øvrigt til min tidligere anmodning til Sikringsafdelingen om at modtage kopi af instrukser som jeg går ud fra også omfatter instrukser om håndtering af vold mv. Medmindre det fremgår heraf, beder jeg om at få oplyst i hvilke tilfælde der indgives politianmeldelse, og hvem der i givet fald træffer en sådan beslutning. 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 endvidere Sikringsafdelingen om at oplyse i hvilket omfang der er sket politianmeldelse i forbindelse med vold og trusler i 2007.

5.25 Selvmordsforsøg mv.

Ombudsmanden bad i brev af 9. oktober 2001 om at modtage underretning om alle selvmord og selvmordsforsøg på Sikringsafdelingen. De underretninger som ombudsmanden herefter og indtil nu har modtaget, omfatter i alt 20 selvmordsforsøg fordelt på i alt 5 personer. Der er underretning om forsøg hvert år, bortset fra 2007.

Retspsykiatrisk afdeling udarbejdede i januar 2002 instrukser om selvmord og selvmordsforsøg samt om særlig observation i forbindelse med suicidal adfærd. Instrukserne skulle revideres 1. april 2002.

Jeg beder om at få oplyst om der er udarbejdet nye instrukser og i givet fald om en kopi heraf.

5.26 Patienternes økonomiske forhold

Ved sidste inspektion blev det oplyst at langt de fleste patienter – bortset fra observander – modtager højeste førtidspension. Da en del af patienterne opholder sig i (meget) lang tid på Sikringsafdelingen, er de på denne baggrund blevet ganske velhavende under opholdet på Sikringsafdelingen hvor de ikke har udgifter til kost og logi. Det blev også oplyst at visse af patienterne under opholdet har et stort forbrug af "lommepege" og kan foretage indkøb gennem handlende fra Nykøbing Sjælland der kommer til Sikringsafdelingen, eller ved at bestille varer til levering på afdelingen. Derudover blev det oplyst at patienterne selv administrerer deres penge i samarbejde med kontaktpersonen der også, når det er nødvendigt, opfordrer patienten til at spare op.

Af den generelle information om Sikringsafdelingen fremgår det at de mange patienter med anden etnisk baggrund end dansk mfl. ofte kræver et stort udredningsarbejde af socialrådgiverne for at patienten kan få de daglige fornødenheder dækket. Ombudsmanden har tidligere modtaget en konkret henvendelse vedrørende en asylansøger, men af forskellige grunde foretog ombudsmanden dog ikke en nærmere undersøgelse af de forskellige spørgsmål i denne sag.

Jeg beder Sikringsafdelingen om at oplyse om der siden inspektionen i 2000 er sket nogen ændringer på dette område.

Det fremgår af alle tre husordener at indbyrdes handel, bytte og lån mellem patienter ikke er tilladt.

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.

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, §§ 38-39 og §§ 43-44 i bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger. Min anmodning omfattede tilførsler for perioden 1. januar 2007 (hvor bekendtgørelsen trådte i kraft) til den 19. december 2007 (hvor inspektionen blev varslet). Hvis antallet af tilførsler oversteg 10 inden for hver kategori, bad jeg alene om udskrift/kopi af de 10 seneste tilførsler.

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 og §§ 48-50 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-nummer 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/kordinationsplaner. 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 bl.a. tvangsbehandling, tvangsfiksering og anvendelse af remme, anvendelse af fysisk magt og indgivelse af beroligende medicin og aflåsning af patientstuer på Sikringsafdelingen.

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

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

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

Alle de skemaer som jeg har modtaget fra Sikringsafdelingen, er udskrifter af tilførsler på Sundhedsstyrelsens elektroniske skema. Sikringsafdelingen anvender elektronisk patientjournal.

Jeg går ud fra at Sikringsafdelingen – ud over at opbevare et eksemplar af et skema i afsnittets tvangsprotokol – også gør notat i patientens journal om at oplysningerne er tilført den elektroniske tvangsprotokol, men for en ordens skyld beder jeg om at få oplysning herom.

Det materiale som jeg har modtaget, indeholder i alt 10 skemaer om tvangsbehandling (skema 2), 11 skemaer om fiksering og fysisk magtanvendelse (skema 3) og 10 skemaer om aflåsning af patientstuer (skema 5). Skemaerne omfatter i alt 16 patienter.

Ved udleveringen af rapportmaterialet blev det oplyst at statistikmodulet ikke virkede i relation til at finde de sager frem der var registreret på skema 3 (fiksering og fysisk magtanvendelse), og at indberetningerne herom derfor var fundet frem på anden vis. På udskevne oversigter over indberetningerne vedrørende anvendelsen af bælte og remme i konkrete tilfælde som jeg har modtaget sammen med rapportmaterialet, er det med håndskrift tillige noteret at der er fejl i disse indberetninger. Der er tillige vedlagt kopi af en e-mail hvoraf det fremgår at dataudtræk fra statistik.sst.dk har vist sig mangelfulde.

Om indhentelse af statistik fra Sundhedsstyrelsen henviser jeg til pkt. 5.11, herunder til torturkomitéens bemærkninger.

De 10 skemaer om tvangsbehandling (skema 2) omfatter behandlinger der er iværksat i perioden 4. januar 2007 til og med 30. oktober 2007. Flere af de øvrige skemaer, både om tvangsfiksering og fysisk magtanvendelse (skema 3) og om aflåsning af patientstuer (skema 5), omfatter tvangsforanstaltninger der er iværksat efter varslingen den 19. december 2007. Selv om min anmodning omfattede skemaer indtil varslingen, jf. mit brev af 24. januar 2008, har jeg dog besluttet ikke at bede om nye skemaer til erstatning for disse skemaer.

Som tidligere nævnt blev det under inspektionen oplyst at der i 2007 havde været 520 bæltefikseringer, og at én patient havde tegnet sig for størsteparten af disse bæltefikseringer. Det blev derfor aftalt at jeg ikke modtog rapporter vedrørende tvangsfiksering af denne patient. Blandt det modtagne materiale er der dog også indberetninger om (bl.a.) fiksering af denne patient. To af skemaerne om fiksering vedrører således denne patient og omfatter fikseringer i henholdsvis 2007 og 2008. Jeg har valgt (kun) at inddrage indberetningerne for 2008 i min gennemgang.

På de oversigter som jeg har modtaget over anvendelsen af bælte og remme i konkrete tilfælde, er det som nævnt med håndskrift påført at der er tale om fejl. På oversig-

terne figurerer også fikseringer som der ikke er vedlagt skemaer om, selv om der er tale om anvendelse af tvang i samme periode.

Jeg beder Sikringsafdelingen om at uddybe de nævnte fejl, herunder for så vidt angår det forhold at der figurerer tvangsfikseringer der ikke er udleveret skemaer om. Jeg vedlægger en kopi af oversigterne.

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 Tvangsbehandling

Ved tvangsbehandling benyttes "Tvangsprotokol – skema 2". De 10 skemaer om tvangsbehandling som jeg har modtaget, omfatter som nævnt tvangsbehandlinger der er iværksat i perioden 4. januar 2007 til og med 30. oktober 2007.

Skemaerne omfatter i alt 5 forskellige patienter. 6 af skemaerne vedrører samme patient over for hvem der blev truffet beslutning om tvangsmedicinering henholdsvis den 4. januar 2007 (ophørt 31. august 2007), 15. januar 2007 (ophørt 26. juni 2007), 15. august 2007 (ophørt 1. oktober 2007), 17. september 2007 (ophørt 16. oktober 2007), 19. september 2007 (uden ophørsdato) og 1. oktober 2007 (også uden ophørsdato). Der er tale om medicinering med forskellige præparater, både i tabletform og som injektion, herunder startende med injektion. Jeg har nedenfor bedt om nærmere oplysninger om behandlingen af denne patient.

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.

Der var i alle 10 tilfælde tale om medicinering.

Tvangsbehandling må kun anvendes over for personer der er indlagt, og som opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, jf. psykiatrilovens § 12, stk. 1, og tvangsbehandlingens § 1, stk. 1. Reglerne om tvangstilbageholdelse i psykiatrilovens § 10 som der henvises til i de nævnte bestemmelser, gælder som tidligere nævnt ikke for Sikringsafdelingen, men de betingelser der skal være opfyldt for at tvangstilbageholde

på andre psykiatriske afdelinger, skal også være opfyldte ved tvangsbehandling af patienter på Sikringsafdelingen.

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 tvangsprotokollen.

I alle skemaerne er datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen angivet.

Datoen for overlægens stillingtagen er ligeledes angivet. Overlægen tog i alle tilfælde stilling samme dag som beslutningen om iværksættelse blev truffet.

Navnet (det fulde navn) på den ordinerende læge er angivet.

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

Begrundelsen for beslutningen var i 4 tilfælde udsigt til væsentlig forringelse af helbredet og i 6 tilfælde nærliggende eller væsentlig fare for patienten eller andre. Begrundelsen for beslutningerne vedrørende den patient der tegner sig for i alt 6 skemaer, var i 3 tilfælde udsigt til væsentlig forringelse af helbredet og i de andre 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 skemaerne er rubrikken "Art og omfang" udfyldt med angivelse af behandlingen. I 1 tilfælde er alene anført dråber/tablet, i 5 tilfælde er injektion angivet som alternativ/subsidiær behandling i forhold til tabletter/kapsler/dråber, og i 4 tilfælde er alene injektion angivet, heraf i 3 tilfælde som depotmedicin.

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 mindstemiddel-princippet indebærer at tvangsbehandling med injektion som udgangspunkt må betragtes som et mere indgribende middel end per oral behandling. Jeg er enig i denne fortolkning af princippet om mindste middel. Det fremgår videre at det er nævnets praksis at der som udgangspunkt bør træffes beslutning om tvangsbehandling primært med tablet/mikstur og sekundært med injektion.

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

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

Uanset om dette sidste er tilfældet, vil de kontrollerende myndigheder; det psykiatriske patientklagenævn, 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. Hospitalet oplyste endvidere 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 Sikringsafdelingen 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 Sikringsafdelingen 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 skemaerne er det i rubrikken ”Tilladt magtanvendelse” anført at der kunne ske fastholdelse.

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

I alle skemaerne er enten navnet eller initialer på den tilstedeværende læge og datoer for behandlingen angivet.

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

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 tvangsanvendelsen angives.

Dette er angivet i 4 af de 10 tilfælde – der alle vedrører den patient der tegner sig for 6 af skemaerne. I 1 af tilfældene er datoen for ophør to dage efter sidste behandling. I de øvrige tilfælde er beslutningen om ophør truffet henholdsvis godt tre måneder efter sidst noterede behandling (en tvangsbehandling der blev iværksat den 4. januar 2007 og ophørte den 31. august 2007), godt to måneder efter sidst noterede behandling (en tvangsbehandling der blev iværksat den 15. januar 2007 og ophørte den 26. juni 2007) og godt en måned efter sidst noterede behandling (en tvangsbehandling der blev iværksat den 15. august 2007 og ophørte den 1. oktober 2007). De 6 skemaer indeholder tilsammen notater om tvangsbehandlinger i perioden fra den 4. januar 2007 til og med den 8. januar 2008, dog er der ikke notat om tvangsbehandlinger i perioden mellem den 24. maj 2007 og 31. august 2007.

Det ene af de 2 skemaer vedrørende denne patient hvor ophørstidspunktet ikke fremgår, drejer sig om en tvangsbehandling der blev iværksat den 19. september 2007.

Sidste behandling er noteret til den 8. januar 2008, og der var på det tidspunkt tale om injektionsbehandling hver 14. dag. Da der kun var gået 16 dage fra sidste behandling indtil jeg modtog udskriften, går jeg ud fra at det manglende notat om ophørstidspunkt kan skyldes at behandlingen ikke var ophørt da jeg modtog denne udskrift.

Jeg beder om oplysning om hvorvidt det forholder sig sådan.

Det andet af de 2 skemaer vedrørende denne patient hvor ophørstidspunktet ikke fremgår, drejer sig om en tvangsbehandling der blev iværksat den 1. oktober 2007. Sidste behandling (efter dette skema) er noteret til den 27. november 2007. Behandlingen bestod i kapsler eller alternativt injektion 2 gange dagligt. Som lige nævnt blev patienten tvangsbehandlet efter et andet skema (og med en anden begrundelse) efter den 27. november 2007, nemlig henholdsvis den 25. december 2007 og 8. januar 2008.

Jeg beder om oplysning om hvornår den behandling der blev iværksat den 1. oktober 2007, ophørte.

I det ene af de 4 øvrige tilfælde uden ophørsdato (der vedrører en af de andre patienter) er sidste notat om behandling den 18. januar 2008. Jeg går ud fra at behandlingen (der var sket ca. en gang om ugen siden den 29. maj 2007) ikke var ophørt da jeg fik udleveret udskrift af skemaet den 24. januar 2008.

I et andet tilfælde er seneste notat fra den 6. december 2007. Det drejer sig om en behandling der blev iværksat den 7. marts 2007, og hvor den pågældende alternativt skulle have injektion hver 14. dag. Sidste notat forud for den 6. december 2007 var den 25. oktober 2007, og mellem den 31. maj og 4. oktober 2007 er der ingen notater om tvangsbehandling. I de resterende 2 tilfælde er sidste notat sket henholdsvis den 13. september 2007 (iværksat 4. september 2007 og notat om daglige behandlinger i hele perioden) og den 10. december 2007 (iværksat 30. oktober 2007 og notat om fire behandlinger hver 14. dag i overensstemmelse med ordinationen).

Jeg beder om oplysning om hvornår behandlingerne i de 3 sidstnævnte tilfælde ophørte.

Hver enkelt tvangsbehandling skal som nævnt registreres med dato og navn på den tilstedeværende læge.

Den patient der tegner sig for 6 af de 10 skemaer, var som nævnt i behandling både på grund af udsigt til væsentlig forringelse af helbredet og nærliggende eller væsentlig fare. De 6 skemaer som jeg har modtaget, omfatter som også allerede nævnt behandling i perioden fra den 4. januar 2007 til og med den 8. januar 2008, dog er der ikke notat om behandlinger i perioden 24. maj til 31. august 2007 (men en af beslutningerne om behandling blev truffet den 15. august 2007). I skemaet vedrørende den tvangsbehandling der blev iværksat den 4. januar 2007 og ophørte den 31. august 2007, er der notat om i alt tre behandlinger henholdsvis den 4. januar 2007, 30. april

2007 og 24. maj 2007. Behandlingen lød på "tbl zeldox op til 360 mg dgl, alt. inj. zeldox max 20mg x 2". I skemaet vedrørende den tvangsbehandling der blev iværksat den 15. januar 2007 og ophørte den 26. juni 2007, er der notat om behandlinger henholdsvis den 30. januar 2007, 6. februar 2007, 20. februar 2007, 6. marts 2007 og 17. april 2007. Behandlingen lød i dette tilfælde på "Inj Cisordinol Depot 200 mg im hver 14 dag. I skemaet vedrørende den tvangsbehandling der blev iværksat den 15. august 2007 og ophørte den 1. oktober 2007), er alene et notat om behandling den 31. august 2007. Behandlingen lød her på "Kaps. Zeldox 160 mg x 2 dgl. Alternativt inj. Cisordinol Acutard 150 mg im max x 1 hvert 3. døgn". Af de to førstnævnte skemaer fremgår det således at patienten blev behandlet (med hver sin begrundelse) i alt 8 gange i perioden 4. januar 2007 til og med 24. maj 2007. Beslutning om ophør af behandlingen ifølge det førstnævnte skema blev som nævnt truffet den 31. august 2007, dvs. godt 14 dage efter at der ifølge det tredje nævnte skema blev truffet beslutning om at iværksætte en ny behandling (med en anden begrundelse) over for den pågældende patient. Der er som nævnt ikke notat om behandlinger i perioden den 24. maj 2007 til den 15. august 2007.

Jeg beder om at få oplyst om der har været flere behandlinger end dem er gjort notat om.

De øvrige tvangsbehandlinger over for denne patient drejer sig om tvangsbehandlinger som der blev truffet beslutning om at iværksætte henholdsvis den 17. september 2007 (med begrundelsen fare), den 19. september 2007 (med begrundelsen helbred) og den 1. oktober 2007 (med begrundelsen fare), og hvor der som tidligere nævnt ikke er notat om dato for beslutning om ophør i de to sidstnævnte tilfælde. Af skemaet om den tvangsbehandling der blev iværksat den 17. september 2007 og ophørte den 16. oktober 2007, fremgår det at den pågældende blev tvangsbehandlet ud fra dette skema ca. hver tredje dag fra den 17. september 2007 til og med den 14. oktober 2007. Den behandling der blev besluttet iværksat den 19. september 2007, drejede sig om injektion med depotmedicin en gang om ugen i tre uger og herefter hver 2. uge. Første notat om behandling er fra den 16. oktober 2007 (samme dag som der blev truffet beslutning om ophør af den behandling der blev iværksat den 17. september 2007), og der er herefter notat om behandlinger ca. hver 14. dag frem til og med 27. november 2007. Næste notat er fra den 25. december 2007 og næste igen (og sidste notat) fra den 8. januar 2008. Af skemaet vedrørende den tvangsbehandling der blev besluttet den 1. oktober 2007 (som drejede sig om to gange dagligt, alternativt med injektion) er der notat om behandlinger denne dag, den 1. november og 27. november 2007.

Jeg beder om at få oplyst om der ingen tvangsbehandling var af patienten efter det sidste skema i de perioder der ligger mellem de nævnte og efter den 27. november

2007 (jf. i øvrigt min anmodning ovenfor om at få oplyst ophørstidspunkt), og om der ingen tvangsbehandling var af patienten i perioden mellem den 27. november 2007 og 25. december 2007 efter det andet skema der er nævnt forud herfor.

I et af tilfældene vedrørende en af de andre patienter der drejer sig om en behandling der blev iværksat den 7. marts 2007, er der notat om daglige behandlinger fra den 9. til og med den 13. marts 2007 og herefter om i alt 10 behandlinger fra den 15. marts til og med den 6. december 2007. Den pågældende skulle starte med daglig behandling, alternativt injektion først to gange med en uges mellemrum og herefter hver 14. dag. Mellem den 31. maj og den 4. oktober 2007 er der (som tidligere nævnt) ingen notater om tvangsbehandling, men herefter er der notater om behandlinger den 4. og den 25. oktober (to notater) og den 6. december 2007. Der er ikke notat om tidspunkt for beslutning om ophør af behandlingen.

Jeg beder om at få oplyst om der har været flere behandlinger end dem er gjort notat om frem til ophørstidspunktet, jf. min anmodning om oplysning herom ovenfor.

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

6.2 Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

Ved tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt benyttes "Tvangsprotokol – skema 3". De 10 skemaer om tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt der indgår i min gennemgang, omfatter i alt 9 patienter og vedrører tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt i perioden fra den 5. januar 2007 til og med den 23. januar 2008. I 3 tilfælde var der tale om fiksering i forbindelse med indlæggelsen.

De 10 skemaer omhandler i alt 151 tvangsfikseringer og 11 tilfælde af fysisk magtanvendelse. De 151 tvangsfikseringer omfatter 145 fikseringer med bælte, heraf 72 tilfælde hvor bælte blev anvendt i kombination med remme, og 6 tvangsfikseringer med remme uden samtidig anvendelse af bælte. De 11 tilfælde af fysisk magtanvendelse omfatter 9 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin og 2 tilfælde af fastholdelse.

Et af skemaerne omfatter løbende tvangsfikseringer over for samme patient i hele 2007 (fra den 5. januar 2007 til og med den 29. december 2007). Der blev anvendt bælte i alt 67 gange og remme i alt 51 gange over for denne patient. Bælte og remme blev anvendt i kombination enten 48 eller 49 gange, og alle de øvrige bæltfikseringer skete mens den pågældende fortsat var tvangsfikseret med remme, dvs. hvor anven-

delsen af remme var fortsat efter at en bæltefiksering var ophørt. At jeg skriver 48 eller 49 gange skyldes at det er uklart for mig om en samtidig anvendelse af bælte og remme den 29. december 2007 skal anses som en kombineret anvendelse af bælte og remme eller en særskilt anvendelse af bælte og (flere) remme. Det skyldes at den pågældende patient på dette tidspunkt allerede var fikseret med remme – efter en beslutning herom den 17. december 2007 der ophørte den 31. december 2007. I min opremsning ovenfor af det samlede antal tvangsfikseringer og fordelingen heraf, har jeg lagt til grund at der var tale om en kombineret anvendelse af bælte og remme.

Jeg beder dog Sikringsafdelingen om at oplyse hvad der var tale om.

De to skemaer der vedrører samme patient, drejer sig om tvangsfiksering og (i alt 7 tilfælde af) beroligende medicin i henholdsvis 2007 og 2008. Den første fiksering fandt sted i forbindelse med indlæggelsen af patienten den 31. oktober 2007, og patienten har været tvangsfikseret det meste af tiden siden da og (i hvert fald) til og med den 23. januar 2008 hvor sidste notat på skemaet som jeg fik udleveret den 24. januar 2008, er fra. Tvangsfikseringen var uafbrudt indtil den 27. december 2007 og derefter hver dag mellem kl. 07.30 og 22.30.

Et tredje skema vedrører en patient der (omvendt) har været fikseret med bælte og remme stort set hver nat fra den 5. januar 2008 (og indtil da til den 24. januar 2008 hvor jeg fik udleveret udskriften). Begrundelsen for fikseringen er i dette tilfælde som det eneste hærværk.

Et fjerde skema vedrører den patient der som oplyst under inspektionen stort set har været tvangsfikseret hele tiden siden han kom til Sikringsafdelingen (i 2001). Jeg har som nævnt modtaget skemaer for den pågældende for både 2007 og 2008, men det er kun skemaet fra 2008 (der omfatter i alt 26 fikseringer med bælte frem til og med den 23. januar 2008) der er indgået i min gennemgang. Den ene af de to behandlingsplaner som jeg har modtaget, vedrører denne patient, og det fremgår heraf (januar 2008) at den pågældende er iført remme når han ikke er i bælte.

Jeg beder om oplysning om hvorfor dette ikke fremgår af tilførslerne til tvangsprotokolten vedrørende patienten. Jeg er som det fremgår, opmærksom på at det drejer sig om den patient der har været bæltefikseret stort set hver dag og flere gange om dagen siden han kom til Sikringsafdelingen, og hvor det under inspektionen blev oplyst at Sikringsafdelingen nu kun registrerer bæltefikseringen én gang i døgnnet i stedet for hver enkelt fiksering, jf. pkt. 5.11.

Der har som nævnt været anvendt remme uden samtidig anvendelse af bælte, enten således at der alene er truffet beslutning om anvendelse af remme (de 6 tilfælde der indgår i opregningen ovenfor), eller således at anvendelse af remme har været fortsat efter at anvendelsen af bælte er ophørt (4 tilfælde).

De 6 førstnævnte tilfælde omfatter for det første 3 tvangsfikseringer udelukkende med remme af samme patient der for to perioders vedkommende varede henholdsvis knap to og knap tre måneder (mens det ikke fremgår hvor længe den sidste tvangsfiksering der skete den 15. oktober 2007, varede). Dernæst er der tale om en enkelt (meget kortvarig) anvendelse af remme over for en anden patient. De 2 øvrige anvendelser af remme uden samtidig anvendelse af bælte vedrører begge en tredje patient (nævnt ovenfor) der blev bæltefikset adskillige gange, i de fleste tilfælde i kombination med anvendelse af remme, men der blev også truffet to beslutninger om kun at anvende remme. Patienten blev dog i begge tilfælde bæltefikseret igen under anvendelsen af remme, henholdsvis mindre end fire timer efter fikseringen med remme (den 20. maj 2007) og godt et døgn efter anvendelsen af remme (den 17. december 2007). Sidstnævnte anvendelse af remme varede som tidligere nævnt 14 dage, og patienten blev bæltefikseret på ny i alt tre gange i denne periode.

Som også allerede nævnt er en anvendelse af remme i 4 tilfælde fortsat efter at en bæltefiksering er ophørt. I alle tilfælde er der under den efterfølgende fiksering kun med remme dog på ny blevet anvendt bælte (en eller flere gange). Det drejer sig for det første om en anvendelse af bælte og remme den 24. maj 2007 hvor anvendelsen af bælte ophørte den 8. juni 2007, mens tvangsfikseringen med remme fortsatte til 4. september 2007. Patienten blev bæltefikseret adskillige gange af kortere varighed under den fortsatte fiksering med remme frem til den 4. september 2007 (og remme og bælte blev i øvrigt på ny pålagt flere gange igen fra den 6. september 2007).

Dernæst drejer det sig om en fiksering med bælte og remme den 5. december 2007 hvor bæltefikseringen ophørte den 12. december 2007, mens fikseringen med remme fortsatte til den 22. januar 2008. Der skete dog fornyet bæltefiksering allerede 5 timer efter ophøret den 12. december og til den 13. december 2007.

Endelig drejer det sig om 2 tilfælde hvor der ikke er notat om ophørstidspunktet for anvendelsen af remme. Det ene tilfælde drejer sig om en anvendelse af bælte og remme den 31. oktober 2007 hvor bælte ophørte den 27. december 2007, mens der ikke er notat om beslutning om ophør af remme. Da patienten hver dag fra den 28. december 2007 til og med den 23. januar 2008 (mellem kl. 07.30 og 22.30) på ny blev pålagt bælte, er jeg gået ud fra at remme er opretholdt i hele denne periode, men jeg henviser i øvrigt til min anmodning nedenfor om oplysning om ophørstidspunkt. Det sidste tilfælde drejer sig om en samtidig anvendelse af bælte og remme den 4. sep-

tember 2007 hvor bælte ophørte den 19. september 2007, mens der reelt ikke er oplysning om tidspunktet for ophør af remme; det er anført at remme ophørte den 10. oktober 2007, men da remme ifølge et andet notat blev pålagt igen på nøjagtigt samme tidspunkt, er remme reelt ikke ophørt på dette tidspunkt. Efter den 19. september 2007 blev patienten på ny bæltefikseret henholdsvis den 10. oktober 2007 og 10. december 2007 (i henholdsvis 8 og 10 dage).

I opfølgingsrapporten af 6. februar 2001 om inspektionen af Sikringsafdelingen i 2000 nævnte jeg (under punktet om 0-stuen) bestemmelsen i psykiatrilovens § 15, stk. 2, hvorefter beslutning om at der foruden bælte skal anvendes hånd- eller fodremme, skal træffes af overlægen. Jeg anførte at bestemmelsen primært er en kompetenceregel, 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.

Den fiksering af oppegående patienter der er nævnt under pkt. 5.11, skete som nævnt ved fastgørelse af remme til et bælte som patienten havde om maven, men under inspektionen omtalte ledelsen denne form for fiksering som fiksering med remme uden samtidig bæltefiksering. Det ene af de tvangsskemaer som jeg har fået, omfatter som nævnt fiksering udelukkende med remme i længere perioder (fra 19. marts 2007 til 10. maj 2007 og igen fra 16. maj 2007 til 6. august 2007). Et af de andre skemaer vedrører en fortsat anvendelse af remme efter ophør (henholdsvis den 19. september, 18. oktober og 20. december 2007) af bælte. Under inspektionen havde jeg samtale med denne patient der var fikseret oppegående, og han oplyste at han havde været fikseret sådan stort set hele tiden siden han kom syv måneder tidligere.

Jeg går ud fra at der er tale om fiksering af en oppegående patient i begge tilfælde, og at fiksering af oppegående patienter (således) er registreret som en fiksering udelukkende med remme. Jeg henviser i den forbindelse også til det oplyste under inspektionen om Sikringsafdelingens henvendelse til embedslægen om daglig efterprøvelse af beslutningen om anvendelse af denne form for fiksering, jf. pkt. 5.11 og nedenfor om bestemmelsen i psykiatrilovens § 21, stk. 4. Som anført dette sted er det ifølge Sundhedsstyrelsens brugervejledning alene tidspunktet for vurdering fire gange i døgnet af "bæltefiksering" der skal indberettes (og det er således også kun ved markering i bælte at der åbnes en speciel indtastningstabel til notater om denne efterprøvelse).

Jeg beder Sikringsafdelingen om at oplyse om det er korrekt forstået.

Vedrørende det generelle spørgsmål om fiksering af oppegående patienter, henviser jeg til pkt. 5.11 ovenfor. Som også nævnt dette sted foretager jeg mig på det foreliggende grundlag ikke mere vedrørende den praksis som Sikringsafdelingen har haft med fiksering af oppegående patienter. Af samme grund foretager jeg mig heller ikke mere vedrørende anvendelsen af remme uden samtidig anvendelse af bælte i de konkrete tilfælde som jeg har nævnt. Hvis nogle af de øvrige anvendelser af remme uden samtidig anvendelse af bælte ikke omfatter oppegående patienter, beder jeg Sikringsafdelingen om en udtalelse om hvorvidt disse tvangsfikseringer har været i overensstemmelse med psykiatrilovens regler.

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. 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. Der er ikke skemaer med registrering af fastholdelse i forbindelse med gennemførelsen af en fiksering.

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.

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

Tidspunktet for iværksættelse af fiksering eller fysisk magtanvendelse skal angives med dato og klokkeslæt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 38, nr. 4, og § 39, nr. 4. Efter Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller gælder det også ved anvendelse af beroligende medicin.

I alle tilfælde er iværksættelsestidspunktet angivet med dato og klokkeslæt.

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

Der blev som allerede nævnt truffet i alt 78 beslutninger om anvendelse af remme, heraf 72 i kombination med beslutning om anvendelse af bælte. Overlægen har i 66 af tilfældene taget stilling til beslutningen samme dag som eller dagen efter at beslutningen blev truffet. I 9 tilfælde har overlægen taget stilling til beslutningen to dage efter at den blev truffet, i 2 tilfælde har overlægen taget stilling til beslutningen tre dage efter at den blev truffet, og i det sidste tilfælde har overlægen taget stilling til beslutningen fire dage efter at den blev truffet.

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 beslutningen. De kontrolhensyn der ligger bag reglerne om attestation, tilsiger imidlertid efter min opfattelse at attestationen skal ske snarest muligt.

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 or-

dinerende læge/tilstedeværende læge og navnene på det implicerede personale skal anføres i tvangsprotokollen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 39, nr. 5 og 6.

Navn (eller i 2 tilfælde initialer) på den ordinerende læge er angivet i alle tilfælde af tvangsfiksering og/eller anvendelse af fysisk magt, bortset fra ét hvor der – ved en fejl går jeg ud fra – i stedet er anført dato og klokkeslæt (en anvendelse af remme den 3. december 2007, kl. 20.10).

Jeg går som tidligere nævnt ud fra at lægens initialer er tilstrækkelige til at Sikringsafdelingen entydigt kan fastslå hvem der har ordineret tvangsforanstaltningen, men har i øvrigt noteret mig at det kun er ved to af de mange beslutninger at der er anvendt initialer.

I alle de 9 tilfælde hvor der blev indgivet beroligende medicin, er navn på den tilstedeværende læge angivet, og i samtlige disse tilfælde er den ordinerende læge også den tilstedeværende læge.

I de fleste – men langt fra alle – tilfælde af tvangsfiksering og/eller anvendelse af fysisk magt er der angivet enten initialer eller navn på det implicerede personale, i de fleste tilfælde initialer. Ved anvendelsen af navn er det med nogle få undtagelser alene fornavnene på personalet der er angivet. I visse tilfælde er tillige angivet forbogstavet i efternavnet.

Jeg går ud fra at anvendelse af forbogstav i efternavnet kan skyldes at der blandt personalet er flere med samme fornavn, og at anvendelse af fornavn alene i øvrigt er tilstrækkeligt til at Sikringsafdelingen entydigt kan fastslå hvilke medarbejdere der har medvirket ved tvangsforanstaltningerne.

To af skemaerne indeholder ikke ved en eneste af de mange bæltefikseringer der er sket i disse tilfælde, oplysning om det implicerede personale. Det drejer sig om bæltefikseringer i 2008 af de to patienter som jeg har modtaget skemaer om for både for 2007 og 2008, og hvor det i det ene tilfælde alene er indberetningerne for 2008 der indgår i min gennemgang.

Jeg beder om at få oplyst hvorfor der ikke er angivet impliceret personalet ved en eneste af de bæltefikseringer der er angivet på disse skemaer.

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

Jeg beder Sikringsafdelingen om at redegøre for sygehusets 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 mv.). Der er tale om en indirekte henvisning i stikordsform til bestemmelserne i bl.a. psykiatrilovens § 14 og § 17. Ved hver form for fiksering eller fysisk magtanvendelse åbnes der kun felter med de begrundelser der er tilladte for den pågældende tvangsform.

I alle tilfælde er såvel tvangsindgrebets art som begrundelsen for indgrebet anført. Ved alle tvangsfikseringer over for en af patienterne er hærværk angivet som begrundelse, mens farlighed var begrundelsen ved alle de øvrige tvangsfikseringer. Urolig tilstand er begrundelsen for alle beslutningerne om indgivelse af beroligende medicin. 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. Ved den elektroniske indberetning af indgivelse af beroligende medicin ved urolig tilstand – der er en engangsforanstaltning med en tidsmæssig udstrækning af injektionen på få sekunder – er det dog ikke muligt at indberette dato for ophør/beslutning om ophør.

I alle tilfælde af anvendelse af beroligende medicin er der (således) kun angivet begyndelsestidspunkt.

I de øvrige tilfælde af fysisk magtanvendelse (fastholdelse) og ved tvangsfikseringerne mangler angivelse af ophørstidspunkt ved tre fikseringer der alle var fikseringer med remme. Det drejer sig om fikseringer med remme der blev påbegyndt henholdsvis den 10., 15. og 31. oktober 2007. Anvendelsen af remme den 10. oktober 2007 skete på

nøjagtig samme tidspunkt som en tidligere anvendelse af remme (den 4. september 2007) ophørte. Fikseringen den 10. oktober 2007 omfattede også bælte som ophørte den 18. oktober 2007, men var pålagt på ny i perioden 10.-20. december 2007. Denne fiksering der også er omtalt ovenfor, skete over for en patient som jeg havde samtale med under inspektionen, hvor han (fortsat) var iført remme.

Jeg beder Sikringsafdelingen om at oplyse om det manglende ophørstidspunktet i (alle) disse 3 tilfælde skyldes at de pågældende på tidspunktet for udleveringen af udskrifterne til mig (den 24. januar 2008) fortsat var iført remme.

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

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

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

Hvis der ved tvangsfikseringen foruden bælte anvendes handsker, hånd- eller fodremme, skal der ved vurderingerne i forbindelse med intern og ekstern efterprøvelse tages særskilt stilling til den fortsatte anvendelse af disse tvangsmidler, jf. tvangsbekend-

kendtgørelsens § 16, stk. 3. Hvis der over for en tvangsfikseret patient senere i forløbet anvendes remme eller handsker, regnes 48-timers fristen fra den først iværksatte foranstaltning, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 122 af 14. december 2006 om bl.a. obligatorisk vurdering ved tvangsfiksering.

Ifølge Sundhedsstyrelsens brugervejledning skal tidspunktet for vurdering fire gange i døgnet indberettes ved bæltefiksering, og det er (således) som allerede nævnt kun ved markering i bælte at der åbnes en speciel indtastningstabel til notater herom. Sikringsafdelingen har som nævnt under pkt. 5.11, tidligere rettet henvendelse til embedslægen om anvendelsen af denne bestemmelse i relation til fiksering af oppegående patienter.

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

Tvangsfikseringerne med bælte har varet mellem 35 minutter og knap to måneder. Der er (således) notat om efterprøvelser i flere tilfælde. Generelt set er der foretaget fire efterprøvelser i og jævnt fordelt over døgnet (dog ikke om natten). I visse tilfælde er der dog kun notat om tre efterprøvelser og i enkelte tilfælde kun om to efterprøvelser inden for et døgn. Som et eksempel kan nævnes en bæltefiksering der begyndte den 24. maj 2007 og ophørte den 8. juni 2007 hvor der den 29. maj 2007 kun var to efterprøvelser – som i øvrigt fandt sted med kort tids mellemrum (kl. 09.00 og 10.30). Et andet eksempel er en bæltefiksering der begyndte den 4. september 2007 og ophørte den 19. september 2007, hvor der den 7. september 2007 kun var to efterprøvelser (kl. 09.30 og 13.00).

Der skal som nævnt være "mindst" fire efterprøvelser i døgnet, og de skal være jævnt fordelt efter at beslutningen om anvendelse af tvang er truffet. Det er derfor beklageligt at der i flere tilfælde ikke er sket efterprøvelse mindst fire gange i døgnet, jævnt fordelt efter at beslutningen om anvendelse af tvang er truffet. Da der dog forholdsmæssigt set er tale om enkeltstående tilfælde ud af mange efterprøvelser, foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold, men jeg beder Sikringsafdelingen om at oplyse hvordan det sikres at kravet om efterprøvelse fire gange i – og jævnt fordelt over – døgnet overholdes.

Der skal som nævnt ske en ekstern efterprøvelse af tvangsfikseringer der udstrækkes i længere tid end 48 timer. Den behandlende læge skal umiddelbart efter udløbet af de 48 timer sikre sig at der tilkaldes en læge der kan foretage den eksterne vurdering, jf.

vejledning om bl.a. obligatorisk vurdering ved tvangsfiksering. Hvis de 48 timer udløber sent om aftenen eller om natten, kan tilkaldelsen af den eksterne læge foretages den følgende morgen, men yderligere udsættelse kan ikke ske.

Der er alene pligt til at foretage en ekstern vurdering første gang der er gået 48 timer af en tvangsfiksering der ønskes opretholdt.

I 6 tilfælde varede tvangsfikseringen mere end 48 timer. Foruden den ovenfor nævnte fiksering den 24. maj 2007 drejer det sig om tre fikseringer af en anden patient der fandt sted henholdsvis den 4. september 2007 til den 19. september 2007, fra den 10. oktober 2007 til den 18. oktober 2007 og fra den 10. december 2007 til den 20. december 2007, og om fikseringer af to andre patienter der fandt sted henholdsvis fra den 31. oktober 2007 til den 27. december 2007 og fra den 5. december 2007 til den 12. december 2007.

Det fremgår af notaterne i sagerne at der er foretaget ekstern vurdering ved 5 af de 6 tvangsfikseringer. I det sidste tilfælde (fra den 5. december 2007 til den 12. december 2007) er det i skemaet anført at ekstern vurdering ikke havde været mulig.

Jeg beder Sikringsafdelingen om at oplyse hvorfor det ikke var muligt.

I de 5 tilfælde hvor der er notat om ekstern vurdering, er tidspunktet for efterprøvelsen og navnet på den eksterne læge anført. I 1 tilfælde skete vurderingen ½ time før udløbet af de 48 timer, og i de andre tilfælde mellem ½ time og knap 4½ time efter udløbet af de 48 timer.

Jeg har ingen bemærkninger til tidspunkterne for ekstern efterprøvelse.

I et tilfælde (den 24. maj 2007) er det udtrykkeligt anført at der ingen uenighed var mellem den eksterne og den behandlende læge, mens feltet til information om eventuel uenighed mellem den eksterne og den behandlende læge ikke er udfyldt i de øvrige tilfælde.

Selv om det af manglende udfyldelse kan udledes at der ikke har været uenighed, er det efter min opfattelse hensigtsmæssigt udtrykkeligt at anføre dette som det også er sket i det ene tilfælde. Det bemærkes at jeg er opmærksom på at selve vurderingen ikke skal noteres i tvangsprotokollen, men i patientens journal, jf. tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 4.

6.3 Aflåsning af patientstuer

Ved beslutning om aflåsning af patientstuer (der kun kan finde sted på Sikringsafdelingen) anvendes "Tvangsprotokol – skema 5". De 10 skemaer som jeg har modtaget om aflåsning af patientstuer, omfatter 10 forskellige patienter, og hvert skema omfatter de aflåsninger af deres patientstuer der har fundet sted under deres indlæggelse, herunder aflåsninger både før og efter 2007. De aflåsninger der har fundet sted forud for 2007, indgår ikke min gennemgang der herefter omfatter aflåsninger i perioden 11. januar 2007 til og med 19. januar 2008.

De 10 skemaer omfatter herefter i alt 27 beslutninger om aflåsning af patientstuer i perioden fra den 11. januar 2007 til og med den 19. januar 2008. 15 af disse beslutninger er beslutninger om aflåsning efter et fast skema (i alle tilfælde på nær ét i mere end otte timer om dagen).

For så vidt angår betingelserne for at aflåse patientstuer på Sikringsafdelingen efter psykiatrilovens § 18 a, stk. 2, henviser jeg til pkt. 5.12.

Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 43, nr. 2-4, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af begrundelsen for aflåsningen, tidspunktet for aflåsningens iværksættelse og ophør og navnet på den ordinerende overlæge. Efter Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. kan der kun vælges én type begrundelse. Hvis døraflåsningen sker efter et fast skema, skal der sættes et "flueben" i feltet hertil og angives antallet af timer om dagen. Der kan tilføjes nye indberetninger inden for samme indlæggelsesperiode.

Begrundelsen er angivet i alle tilfælde og var i 1 af de 27 gennemgåede tilfælde forulempelse. I 2 andre tilfælde var begrundelsen faste rammer i behandlingen og i de øvrige tilfælde farlighed.

Tidspunktet for iværksættelsen af aflåsningen er ligeledes anført i alle tilfælde.

Ophørstidspunktet mangler i 8 tilfælde. I 6 af disse tilfælde er det noteret at der var tale om aflåsning af døren efter et fast skema (i mere end otte timer om dagen). De 6 tilfælde drejer sig om beslutninger om iværksættelse af døraflåsning henholdsvis den 7. november 2007, den 28. november 2007, den 27. december 2007, den 28. december 2007, den 3. januar 2008 og den 8. januar 2008. I de 4 førstnævnte tilfælde havde der tidligere været truffet beslutninger om døraflåsning efter et fast skema. I det første tilfælde blev døren låst efter et fast skema (på mere end otte timer om dagen) i mere end tre år og syv måneder, og i det sidste tilfælde efter et tilsvarende skema i 5 timer. I begge de 2 øvrige tilfælde var der tale om mere end én tidligere aflåsning efter et fast skema med varigheder på mellem fire dage og to måneder.

I de tilfælde hvor der ikke er notat om at aflåsning er sket efter et fast skema, og hvor ophørstidspunktet er angivet, varede døraflåsningen mellem et par timer og godt tre måneder, i de fleste tilfælde mellem en halv til en hel dag.

Jeg beder om at få oplyst om den manglende angivelse af ophørstidspunktet i de 6 tilfælde hvor aflåsningen skete efter et fast skema, skyldes at det faste skema fortsat var gældende på det tidspunkt da jeg modtog udskrifterne (den 24. januar 2008).

Jeg beder endvidere om at få oplyst om årsagen til at der ikke er angivet ophørstidspunkt i de 2 andre tilfælde, også skyldes at aflåsningen ikke var ophørt den 24. januar 2008. Det drejer sig om aflåsninger af patientstuer der blev iværksat henholdsvis den 7. og 9. januar 2008.

Navnet på den ordinerende læge er anført i alle tilfælde.

Opfølgning

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

Underretning

Denne rapport sendes til Sikringsafdelingen, Psykiatrien Region Sjælland, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 og Sikringsafdelingens patienter og pårørende.

Lennart Frandsen
Inspektionschef