

Den 18. februar 2010

FOLKETINGETS
OMBUDSMAND



Inspektion af Sikringsafdelingen den 24. januar 2008

OPFØLGNING

J.nr. 2007-4191-424/PH

Indholdsfortegnelse

Ad punkt 3.3.	Gangarealer	2
Ad punkt 3.4.	Besøgsrum.....	3
Ad punkt 3.5.	Toilet- og badeforhold.....	4
Ad punkt 3.6.4.	Gårdhaverne	4
Ad punkt 5.1.	Belægning mv.	4
Ad punkt 5.4.	Opbevaring af journaler	7
Ad punkt 5.5.	Medicin.....	7
Ad punkt 5.6.	Forplejning	8
Ad punkt 5.7.	Beskæftigelse	9
Ad punkt 5.8.	Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2	10
Ad punkt 5.9.	Patienternes kontakt med læge mv.	11
Ad punkt 5.10.	Behandlingsplaner	13
Ad punkt 5.11.	Anvendelse af tvang	16
Ad punkt 5.12.	Aflåsning af patientstuer	24
Ad punkt 5.13.	Orientering af bistandsværger og patientrådgivere	26
Ad punkt 5.14.	Tilkald af politi i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger	28
Ad punkt 5.15.	Udskrivning/udslusning.....	28
Ad punkt 5.16.	Aktindsigt	30
Ad punkt 5.17.	Pårørendekontakt.....	32
Ad punkt 5.18.	Besøg, visitation og adgang til telefonering mv.	34
Ad punkt 5.19.	Rygepolitik	41
Ad punkt 5.21.	Patientindflydelse.....	42
Ad punkt 5.23.	Personaleforhold.....	43
Ad punkt 5.24.	Vold mod personalet.....	47
Ad punkt 5.25.	Selvmondsforsøg mv.	49
Ad punkt 5.26.	Patienternes økonomiske forhold	49
Ad punkt 6.	Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen.....	50
Ad punkt 6.1.	Tvangsbehandling	54
Ad punkt 6.2.	Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt	59
Ad punkt 6.3.	Aflåsning af patientstuer	64
Opfølgning		65
Underretning		65

Den 9. februar 2009 afgav jeg en endelig rapport om min inspektion den 24. januar 2008 af Sikringsafdelingen. I rapporten bad jeg om oplysninger mv. om nærmere angivne forhold.

Jeg har herefter modtaget en udtalelse af 26. juni 2009 med bilag fra Psykiatrien Region Sjælland der til brug for besvarelsen har indhentet en udtalelse fra afdelingsledelsen, Retspsykiatrisk afdeling, Psykiatrien Nykøbing Sjælland.

Jeg skal herefter meddele følgende:

Ad punkt 3.3. Gangarealer

Under min rundgang 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, og at personalet er opmærksom 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 bad om oplysning om resultatet af denne behandling og om en uddybning af det oplyste om behovet for indkigshuller i dørene. Jeg bemærkede 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 henviste 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 nævnte at jeg er opmærksom på at patienterne på Sikringsafdelingen ikke kan sammenlignes med patienter på (lukkede/retspsykiatriske afsnit på) andre psykiatriske sygehuse.

I brev af 26. juni 2009 har Psykiatrien oplyst at der ikke er foretaget noget vedrørende indkigshullerne til patientstuer og toiletter da det stadigvæk af hensyn til sikkerheden er nødvendigt at have disse indkigshuller.

På grund af de særlige forhold der gør sig gældende på Sikringsafdelingen, foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold.

Jeg har i den forbindelse lagt vægt på det der blev oplyst under inspektionen om at personalet er opmærksom på at andre patienter ikke kigger ind gennem hullerne. Jeg går endvidere ud fra at personalet også kun benytter hullerne hvis der skønnes behov for det.

Under min rundgang bemærkede jeg også at der på P1 var navneskilte med patientens fulde navn på døren. Jeg gengav hvad jeg tidligere har oplyst om skiltning med patienternes fulde navne på steder hvor udefrakommende har adgang. Selv om der kun i særlige tilfælde afvikles besøg på afsnittene, bad jeg Sikringsafdelingen om at overveje at ændre navneskiltene på P1 (og P2 hvis der også dér anvendes det fulde navn) i overensstemmelse hermed. Jeg bad om underretning om resultatet af disse overvejelser.

Psykiatrien har oplyst at Sikringsafdelingen efter inspektionen har ændret skiltningen på patientstuerne så der nu kun står patientens fornavn på alle skilte på alle tre afsnit.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 3.4. Besøgsrum

Besøgsrummet på P1 var blevet renoveret kort tid før inspektionen, men der var endnu ikke kommet udsmykning på væggene. Da det blev oplyst at der ville komme udsmykning, gik jeg ud fra at det nu var opsat. Psykiatrien har oplyst at udsmykning nu er opsat på væggene i besøgsrummet.

Jeg har noteret mig det oplyste.

I telefonrummet på afsnit P1 var der på et af skabene et skilt hvoraf det fremgik at skabet anvendes til bæltter. Ledelsen tilkendegav at ville overveje om det var nødvendigt at det udtrykkeligt fremgår ved skiltning at der opbevares bæltter dette sted. Jeg bad om underretning om resultatet af disse overvejelser.

Psykiatrien har oplyst at ledelsen på P1 efterfølgende har drøftet nødvendigheden af skiltning på skabet i telefonrummet, og da ledelsen har fundet at skiltningen ikke er absolut nødvendig, er den herefter fjernet.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 3.5. Toilet- og badeforhold

Da jeg forstod at Sikringsafdelingen var enig i at der på toiletter og baderum – af hygiejniske grunde – bør være flydende håndsæbe og engangshåndklæder/papirhåndklæder, gik jeg ud fra at Sikringsafdelingen ville udskifte håndsæben og de almindelige håndklæder med flydende håndsæbe og engangshåndklæder/papirhåndklæder på toilet- og baderummene.

I brevet af 26. juni 2009 har Psykiatrien oplyst at det af både plejemæssige og sikkerhedsmæssige hensyn ikke kan lade sig gøre at udskifte håndsæben og de almindelige håndklæder med flydende håndsæbe og engangshåndklæder/papirhåndklæder. Psykiatrien har henvist til at der er patienter der tvangsvasker hænder og stopper toiletterne til med håndklæderne, samt at sæben i sig selv kan sprøjtes enten i ansigtet på personalet eller ud på gulvet så det ikke er muligt at stå fast. Derudover kan sæbe- og håndklædeholdere også bruges som et våben mod personalet.

På grund af de særlige forhold der efter det oplyste gør sig gældende på Sikringsafdelingen, foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold.

Ad punkt 3.6.4. Gårdhaverne

Gårdhaven til afsnit P3 er meget sparsomt indrettet (med kun en pavillon, tre bord og bænke-sæt og to jernstativer der kan fungere som fodboldmål). Jeg bad om at få oplyse hvorfor der ikke er flere aktivitetsmuligheder i denne gård.

Psykiatrien har oplyst at gården på P3 er sparsomt indrettet fordi den bliver brugt til at spille fodbold i to gange om ugen hvor patienter fra alle tre afsnit deltager. Fodboldaktiviteten er den mest pladskrævende aktivitet, og der er derfor ikke plads på P3 til så mange andre tiltag i gården. P3 forsøger at kompensere for dette, specielt i sommerperioden, med blomster, krukker m.m.

Psykiatrien har desuden oplyst at P1 og P2 også tilbyder idræt til patienter på alle afsnit, dog ikke fodbold.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.1. Belægning mv.

Jeg bad om at få oplyst hvordan fordelingen nu var på anbringelsesdømte, patienter med farlighedsdekret, mentalobservander og varetægtssurrogatanbragte.

Psykiatrien har oplyst at de i alt 30 patienter i afdelingen den 11. marts 2009 fordelte sig med 9 patienter der havde dom til anbringelse, 19 patienter med farlighedsdekret og 2 mentalobservander.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Behovet for pladser veksler. Der begyndte at komme venteliste til afdelingen i 2002, og i årene 2002-2004 måtte 2 patienter vente i flere måneder på indlæggelse. På tidspunktet for inspektionen var der 2 patienter, begge med farlighedsdekret, på venteliste til Sikringsafdelingen.

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

Psykiatrien har oplyst at der siden 2005 stort set konstant har været venteliste til Sikringsafdelingen. I 2005 var 7 patienter på venteliste. Den gennemsnitlige ventetid dette år var 6 dage, og den længste ventetid 14 dage. I 2006 var 9 patienter på venteliste. Den gennemsnitlige ventetid var dette år 4 dage, og den længste ventetid 14 dage. I 2007 var der også 9 patienter på venteliste. Den gennemsnitlige ventetid var 13 dage, og den længste ventetid 30 dage. I 2008 var 4 patienter på venteliste. Den gennemsnitlige ventetid var 45 dage og den længste – der endnu ikke var afsluttet – var 78 dage.

Jeg har noteret mig det oplyste, herunder at der var færre patienter på venteliste i 2008 end i årene 2005-2007, men at ventetiden på den anden side var længere (i gennemsnit) for disse patienter end for patienterne i de forudgående år. Jeg beder Psykiatrien om at oplyse om det har givet anledning til tiltag. Jeg beder endvidere om at få oplyst hvordan situationen var i 2009, og hvordan den aktuelle situation er.

Jeg nævnte at jeg er bekendt med at Sundhedsstyrelsens pjece "Tvang i psykiatrien" findes på flere sprog, og jeg gik ud fra at Sikringsafdelingen havde et oplag på forskellige sprog til udlevering til fremmedsprogede patienter ved anvendelse af tvang. Jeg bad Sikringsafdelingen om at oplyse om der udover nævnte pjece findes andet generelt informationsmateriale på andre sprog end dansk.

Psykiatrien oplyst at Retspsykiatrisk Afdeling ikke har Sundhedsstyrelsens pjece om tvang i psykiatrien på andre sprog end dansk, men vil undersøge mulighederne for at få denne pjece på relevante sprog til afdelingen.

Jeg har noteret mig at Sikringsafdelingen ikke – som jeg antog i rapporten – har den nævnte pjece på andre sprog end dansk, men vil (undersøge mulighederne for at) få pjecen på andre sprog til afdelingen. Jeg kan til orientering oplyse at pjecerne på andre sprog kan downloades fra Sundhedsministeriets hjemmeside.

Da Psykiatrien ikke har oplyst om andet informationsmateriale på andre sprog end dansk, forstår jeg tillige det oplyste sådan at Sikringsafdelingen heller ikke har sådant materiale. Da mellem 30 og 45 pct. af patienterne på Sikringsafdelingen er af anden etnisk herkomst end dansk, beder jeg Sikringsafdelingen om at overveje om det vil være hensigtsmæssigt at oversætte f.eks. husordenerne og andet centralt informationsmateriale til f.eks. engelsk. Jeg beder om underretning om resultatet af disse overvejelser.

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

Psykiatrien har oplyst at Sikringsafdelingen flere gange i stillingsopslag har gjort opmærksom på at man meget gerne ser ansøgere med en anden etnisk baggrund end dansk, og at det til dels er lykket. Udover de to medarbejdere med en anden etnisk baggrund end dansk der er nævnt i rapporten, er der i begyndelsen af 2009 ansat en sygeplejerske med afrikansk baggrund.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.4. Opbevaring af journaler

Jeg bad om oplysning om hvordan patientjournalerne føres, og hvem der har adgang hertil.

Psykiatrien har oplyst at patientjournalerne foreligger i papirform og skrives af lægesekretær, samt at de opbevares på personalekontoret i afdelingen. Journalerne findes også elektronisk, og læger og andet personale der har behov for og adgang til det, kan derfor læse journalerne elektronisk fra deres arbejdscomputer.

Journalerne ligger elektronisk på en sikret server. Forholdene omkring de elektroniske journaler er de samme for alle Region Sjællands sygehuse

Jeg har noteret mig det oplyste, men beder om oplysning om hvorvidt papirjournalerne er låst inde, og hvem blandt det øvrige personale der har adgang til journalerne – både de papirbaserede og de elektroniske.

Ad punkt 5.5. Medicin

Det blev oplyst at patienterne indtager deres medicin under opsyn. Jeg bad om at få oplyst hvordan Sikringsafdelingen i øvrigt håndterer medicinen.

Idet jeg gik ud fra at der foreligger en instruks herom, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9429 af 30. juni 2006 om ordination og håndtering af lægemidler, bad jeg om en kopi af denne instruks.

Psykiatrien har vedlagt kopi af en medicininstruks.

Jeg har noteret mig det oplyste om at der foreligger en medicininstruks hvori der er retningslinjer for håndteringen af medicin.

Jeg bad endvidere om at få oplyst om Sikringsafdelingen får en kvittering fra apoteket når der afleveres restmedicin. Jeg oplyste 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 sådan at apoteket kvitterer for modtagelsen på en liste som sygehuset har udfærdiget over den mængde restmedicin som afleveres.

Psykiatrien har oplyst at der ikke modtages kvittering fra apoteket når der afleveres restmedicin. Psykiatrien har henvist til at det ikke er muligt at angive en nøjagtig fortegnelse over restmedicin da denne består dels af medicin hvor holdbarhedsdatoen er overskredet, dels af medicin fra en såkaldt affaldsbeholder. En affaldsbeholder er en beholder til medicin der er hældt op ved en fejl, og til medicin som patienterne ved udleveringen nægter at tage. Denne fremgangsmåde anvendes for at sikre korrekt og sikker medicin håndtering. Retspsykiatrisk afdeling har fuld tillid til at apoteket sikrer korrekt destruktion af den tilbageleverede medicin efter gældende regler.

Det er fortsat min opfattelse at der ud fra kontrolmæssige hensyn bør modtages en kvittering fra apoteket over den restmedicin der afleveres. Efter min opfattelse bør afdelingen således modtage en kvittering hvoraf det fremgår at der er modtaget en affaldsbeholder (uden nærmere specifikation), og hvad der herudover er modtaget af restmedicin. En sådan kvittering bør efter min opfattelse gives af hensyn til personalet på Sikringsafdelingen – og ikke personalet på apoteket som jeg også har tillid til sikrer en korrekt destruktion af den medicin der afleveres.

Jeg beder derfor afdelingen om på ny at overveje at få en sådan kvittering og meddele mig resultatet af disse overvejelser.

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

Jeg bad 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.

Psykiatrien har oplyst at Retspsykiatrisk afdeling siden inspektionen flere gange har drøftet problemet med for lidt mad med Holbæk Sygehus. Det er herefter aftalt at der bestilles flere portioner hjem til patienterne.

Psykiatrien har videre oplyst at maden altid anrettes i portioner og ikke som buffet, og at der altid bliver ophængt menuplaner på opslagstavlen på gangen så patienterne kan orientere sig.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Da maden portionsanrettes, går jeg ud fra at Sikringsafdelingen sikrer sig at patienterne altid er klar over at de kan få mere mad hvis de ikke kan blive mætte af den portion de får.

Ad punkt 5.7. Beskæftigelse

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 gik ud fra at det sigtede til en gammel ansøgning om et udendørs idrætsanlæg som Sikringsafdelingen i sin tid havde indsendt, men som blev trukket tilbage, jf. pkt. 4.2 i rapporten fra min inspektion af afdelingen i 2000. Jeg bad om oplysning om hvorvidt det var korrekt forstået.

Psykiatrien har oplyst at det er korrekt at der sigtes til den gamle ansøgning om et udendørs idrætsanlæg til Sikringsafdelingen.

Jeg har noteret mig det oplyste.

I brev af 15. januar 2009 oplyste Psykiatrien 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.

Jeg bad 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.

Psykiatrien har oplyst følgende:

”Sikringsafdelingens patienter råder over gennemsnitlig 12 individuelle undervisningstimer om ugen. Det er muligt at få udvidet dette timetal, men der har ikke været behov for mere undervisning indtil nu.

Patienterne er generelt blevet dårligere gennem årene, hvilket gør at færre patienter er i stand til at deltage i undervisning.

Ved konferencerne i afsnittene er man opmærksom på muligheden for undervisning. En gang hvert ½ år deltager læger, socialrådgivere og evt. afdelingssygeplejersker i et møde med skolen for at følge op på hvordan det er gået med undervisningen. Man drøfter også her om de fag der undervises i, er de fag som patienterne har interesse i og behov for.

På Sikringsafdelingen er der nogle meget basale behov for at tilegne sig større kompetencer i det danske sprog (patienter med anden etnisk baggrund) eller undervisning i dansk, matematik, engelsk, anvendelse af PC, sædvanligvis på et meget grundlæggende niveau. Der tilbydes også undervisning i guitar-spil og i madlavning. Patienterne på Sikringsafdelingen har tidligere benyttet sig af disse fag også, men musikterapeuter og ergoterapeuter på Sikringsafdelingen dækker nu sædvanligvis disse behov.

Kontaktpersonerne til patienterne gør ofte et stort arbejde for at motivere patienterne til at modtage og følge undervisningen.”

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 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 helbredsstanden. Jeg bad Sikringsafdelingen om at oplyse hvornår og hvordan denne vejledning finder sted.

Psykiatrien har oplyst at den læge der indlægger en patient, skal orientere patienten om formålet med indlæggelsen, om hvordan man forventer at forløbet vil blive og om den forventede indlæggelsestid.

Psykiatrien har videre oplyst at det i indlæggelsesforløbet er naturligt med mellemrum at gøre status over hvordan det går, og hvad der skal til for at den foranstaltning der er

grundlaget for opholdet på Sikringsafdelingen, kan ændres. Det hænder ikke sjældent at patienterne selv spørger til det. Det kommer helt naturligt at lægen i forbindelse med bedring i tilstanden hvor der søges om udgang, først til terrænet, så til skov og strand og siden til byen, drøfter formålet med indlæggelsen, opholdet og behandlingen samt fremtiden med patienten.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.9. Patienternes kontakt med læge mv.

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 rigtigt magter samtale, men derimod har brug for ro og – til tider – store doser medicin.

Jeg bad 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 bad endvidere om oplysning om hvor ofte patienter der ikke rigtigt magter samtale, eller i øvrigt ikke selv tager initiativ til samtaler, får tilbudt en samtale med en læge.

Jeg bad 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 havde modtaget, forstod jeg at patienterne tildeles en kontaktlæge, men for en ordens skyld bad jeg om en bekræftelse på at det var korrekt opfattet.

Desuden bad jeg om oplysning om hvorvidt der i forbindelse med lægesamtaler så vidt muligt fastsættes en dato for en ny lægesamtale så patienten altid ved hvornår den næste samtale skal finde sted.

Endelig bad 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.

Psykiatrien har oplyst følgende som svar herpå:

”For patienterne, der er meget dårlige og som er i gang med en medicinomstilling vil lægen tilse, have kontakt med og vurdere patienten flere gange om ugen. For patienter der har behov for jævnlige samtaler vil dette blive aftalt sædvanligvis en gang om ugen. Afhængig af behovet kan det dog være 2 gange om ugen.

Patienterne hvor der afventes effekt af behandlingen, men hvor den primære behandling består i samtaler med kontaktperson, psykolog eller musikterapeut vil lægen sædvanligvis have en fast samtale med patienten hver 14. dag.

I forbindelse med at antallet af psykologer på Retspsykiatrisk afdeling er blevet øget fra 0 i 1999 til 3 nu er der langt bedre mulighed for at patienterne har et samtaleforløb med psykolog. Sædvanligvis efterkommes patienten i et ønske om at tale med psykolog i en kortere eller en længere periode.

For patienter som ikke selv tager initiativ til samtaler drøftes patienten på konference minimum hver 5. uge, men i praksis ca. hver anden uge. I forbindelse med disse drøftelser er lægerne opmærksomme på at patienten tilbydes samtaler eller at lægen tager samtaler med patienterne, når der skønnes at være behandlingsmæssigt grundlag for dette.

Det er vigtigt i denne forbindelse at være opmærksom på at der kan være tale om patienter som har været på Sikringsafdelingen i mere end 20 år og for hvem det er opholdet på Sikringsafdelingen i de trygge og sikre rammer der er væsentlig og at der ikke er tale om medicinsk behandling der skal justeres.

Når en patient ankommer til Sikringsafdelingen har patienten samtale med læge umiddelbart efter og igen dagen efter indlæggelsen.

På 2 af sikringsafsnittene har patienten afsnittets overlæge som kontaktlæge. På det 3. sikringsafsnit er det den ledende overlæge samt en 1. reservelæge der har behandlingsansvaret for de 10 patienter. Alle patienterne ved hvilken læge der har behandlingsansvaret for dem.

Alle patienter kan bede om lægesamtale, hvorefter de hurtigt får at vide hvornår lægesamtalen kan finde sted. For patienter der ønsker det er der fastsat lægesamtale med faste intervaller, ligesom der er planlagt psykologsamtaler med faste intervaller. Der er dog ikke for alle patienter en fast plan over dato og tid for lægesamtaler. Lægesamtalerne er sædvanligvis efter behov og der kan etableres

lægesamtale stort set akut. Udenfor dagtiden, hvor afdelingens egne læger ikke er til stede, anvendes de eksterne vagtlæger.

Ved lægesamtale deltager sædvanligvis også kontaktpersonen eller dagens kontaktperson. Hvis en patient ønsker samtale med lægen alene kan dette lade sig gøre i de situationer, hvor der ikke er behov for sikkerhedsdækning. Hvis patienter er isolerede vil der altid skulle være 1-2 fra plejepersonalet til stede af sikkerhedsmæssige hensyn.”

Jeg har noteret mig det oplyste.

Jeg bad desuden 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 bad endvidere om at få oplyst hvordan kontaktpersonordningen nærmere fungerer.

Psykiatrien har oplyst at det er muligt for patienterne at skifte kontaktperson. Hvis der bliver tale om dette, vil der altid være en drøftelse på en behandlingskonference med henblik på at vurdere hvorvidt et sådant skift er gavnligt for patienten. Vedrørende spørgsmålet om hvordan kontaktpersonordningen fungerer, har Psykiatrien vedlagt retspsykiatrisk afdelings skriftlige materiale om kontaktpersonordningen.

Jeg har noteret mig det oplyste og har læst materialet om kontaktpersonordningen.

Ad punkt 5.10. Behandlingsplaner

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

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

Psykiatrien har herom oplyst følgende:

”Sædvanligvis evalueres alle behandlingsplaner mindst hvert ½ år. For patienter der har været i mere end 20 år på Sikringsafdelingen, hvor der ikke forventes at

være udsigt til væsentlig ændringer, kan det dog ske, at evalueringen finder sted sjældnere.

I forbindelse med involvering af patienten i forbindelse med udarbejdelse af en behandlingsplan vil det ofte være sådan, at lægen i samarbejde med plejepersonalet udarbejder en behandlingsplan (man kan sige et udkast) som så efterfølgende drøftes med patienten. Nogle patienter er så kaotiske og psykotiske at de ikke kan forholde sig til behandlingsplanen, hvorfor det må være hovedlinjerne som nævnes for patienterne, men hvor det ikke forventes, at patienten skal tage stilling til dette, fordi patienten simpelthen ikke magter det pga. graden af psykose. I de tilfælde, hvor patienten kan medvirke aktivt og forstå indholdet, drøftes dette med patienten. Hvis patienten er uenig noteres dette i journalen. Patienten får udleveret behandlingsplanen, hvis han/hun er interesseret i dette. I de andre tilfælde oplyses det til patienten at behandlingsplanen ligger i journalen og den kan udleveres hvis patienten ønsker det.”

Det fremgår udtrykkeligt af psykiatrilovens § 3, stk. 3, 2. punkt at behandlingsplanen skal udleveres til patienten medmindre patienten frabeder sig det. Med denne bemærkning har noteret mig det oplyste.

Jeg gik ud fra at Sikringsafdelingen i overensstemmelse med reglerne tidligere havde udarbejdet behandlingsplaner vedrørende begge de to patienter hvis seneste behandlingsplaner jeg havde modtaget kopi af. Da det imidlertid ikke fremgik udtrykkeligt af de to udleverede behandlingsplaner, bad jeg Sikringsafdelingen om at oplyse herom, og jeg vedlagde til identifikation kopi af planerne.

Jeg bad desuden Sikringsafdelingen om at oplyse baggrunden for at alle punkter ikke var udfyldt i det ene tilfælde (en behandlingsplan af 7. januar 2008). For så vidt angår punktet om patientens holdning til planen var jeg opmærksom på at planen endnu ikke havde været drøftet med patienten.

Psykiatrien har oplyst følgende:

”Vedr. de 2 udleverede behandlingsplaner kan oplyses følgende:

Vedr. den omtalte plan, udarbejdet 7.1.2008, beklages det, at punkterne 7-11 ikke er udfyldt. Dette er en fejl.

Vedr. pkt. 8, Efterbehandling, skønnes dette dog ikke relevant.

For pkt. 7 er det heller ikke relevant at indhente samtykke, da der ikke aktuelt foregår kommunikation omkring patienten med eksterne samarbejdspartnere.

Vedr. pkt. 9. Patientens holdning til planen er endnu ikke kendt.

Vedr. behandlingsplan for patient født i 1968, hvor behandlingsplanen er udarbejdet den 13.1.2009 [rettelig 2008; min rettelse og jf. Psykiatriens oplysninger nedenfor], beklages det, at pkt. 3, Undersøgelsesplan, samt pkt. 5 C vedr. ergoterapeut/fysioterapeut/diætist ikke er udfyldt. De øvrige pkt. er udfyldt.

Det skal bekræftes, at der tidligere har været udarbejdet behandlingsplaner.

Det har ikke umiddelbart været muligt at finde en behandlingsplan som anført fra den 15.1.2008 på patient indlagt godt 6 år før Ombudsmandens besøg. Såfremt der ønskes yderligere oplysninger desangående, vil det være nødvendigt at få udleveret det omtalte CPR-nr. Det formodes dog, at der sigtes til den ovenfor kommenterede, udarbejdet den 13.1.2008.”

Jeg har noteret mig det oplyste om den behandlingsplan der blev udarbejdet den 7. januar 2008, herunder at Sikringsafdelingen har beklaget at ikke alle punkter er udfyldt. Jeg bemærker i den forbindelse at alle punkter efter min opfattelse bør udfyldes så det kan ses at spørgsmålet har været overvejet. Hvis der er tale om et forhold som (endnu ikke) skønnes relevant, bør det således udtrykkeligt fremgå.

Den anden behandlingsplan som jeg modtog, er udarbejdet den 15. januar 2008 og vedrører en patient der er født i 1981. Jeg havde ingen bemærkninger til denne plan, men kun et spørgsmål om hvorvidt der tidligere var udfærdiget behandlingsplaner om denne patient. Selv om Psykiatriens bekræftelse af at der tidligere er udarbejdet behandlingsplaner sigter til en anden patient, går jeg ud fra at der også tidligere er udarbejdet behandlingsplaner om den patient som behandlingsplanen af 15. januar 2008 vedrører. Jeg vedlægger (på ny) kopi af denne behandlingsplan der som nævnt i rapporten indgår som en del af patientens kontinuerlige journal. Jeg beklager hvis denne behandlingsplan ikke var vedlagt ved fremsendelsen af rapporten som tilsigtet.

Jeg har ikke modtaget nogen behandlingsplan af 13. januar 2008 og har allerede derfor ingen bemærkninger til det som Psykiatrien har anført om denne plan.

Ad punkt 5.11. Anvendelse af tvang

Det blev oplyst at der ikke er mulighed for (fysisk) skærmning på egentlige skærmningsafsnit i afdelingen, men at skærmning anvendes i den daglige omgang med patienterne, f.eks. ved en fast vagt.

Jeg bad Sikringsafdelingen om at uddybe det oplyste om den skærmning der finder sted over for patienterne på Sikringsafdelingen. Jeg bad også om at få oplyst om der er udarbejdet retningslinjer for skærmning/observation og i givet fald om kopi heraf.

Psykiatrien har oplyst følgende:

”Skærmning af patienterne ude i afsnittet på Sikringsafdelingen foregår ikke efter nedskrevne generelle retningslinjer, men ud fra individuelle behov begrundet i patientens farlighed.

Når en patient får fællesskab, får patienten sædvanligvis fællesskab ½ -1 time én til fire gange dagligt. I forbindelse med ordinationen af 'fællesskab' defineres det om patienten skal være skærmet samt graden af skærmning (1, 2 eller 3 personer) samt om det skal være personer med særlige sikkerhedskompetencer. Ligeledes når en patient følges fra egen stue til bad, toilet eller telefon. Patienten ledsages af minimum 2 personer, hvor det i journalen og sygeplejekardex er dokumenteret om denne ledsagelse/skærmning skal være ved personer med særlige sikkerhedskompetencer.”

Jeg forstår det oplyste sådan at det er udgangspunktet at nye patienter ikke har fællesskab med de øvrige patienter, men at det i de konkrete tilfælde vurderes om – og i givet fald i hvilket omfang – de kan få fællesskab. Jeg beder Sikringsafdelingen om at oplyse om det er korrekt forstået, og at oplyse nærmere om hvordan afskæringen af fællesskab for patienter der endnu ikke har fået tildelt fællesskab, foregår.

Jeg beder også om at få oplyst om der i 2008 og 2009 har været tilførsler til tvangsprotokollen om personlig skærmning efter psykiatrilovens § 18 c, stk. 2, jf. § 20, stk. 1.

På et møde i Forum for Psykiatriplanlægning den 26. maj 2008 blev anbefalet at rette henvendelse til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse med anmodning om at psykiatrilovens bestemmelser om tvangsfiksering for Sikringsafdelingens vedkommende ændres. I brev af 15. januar 2009 oplyste Psykiatrien at der ønskes en ændring så der kan ordineres bæltefiksering gentaget ved behov.

Af referatet fra det nævnte møde fremgik det også at det blev anbefalet at rette henvendelse til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse med henblik på en lovændring der lovliggør den fremgangsmåde med fiksering af oppegående patienter som Sikringsafdelingen havde anvendt gennem flere år, men ophørte med at anvende efter at ministeriet havde gjort opmærksom på at Sikringsafdelingen burde ophøre med denne praksis.

Jeg bad om at blive orienteret om udfaldet af disse henvendelser til ministeriet.

I brevet af 29. juni 2009 har Psykiatrien oplyst at sundhedsministeren besøgte Sikringsafdelingen den 22. april 2009 sammen med Folketingets Sundhedsudvalg, Folketingets § 71-udvalg og repræsentanter for Sundhedsstyrelsen. I forlængelse af ministerens besøg har der været korrespondance mellem Psykiatrien Region Sjælland og Sundhedsstyrelsen om anvendelsen af tvangsforanstaltninger på Sikringsafdelingen, herunder særligt anvendelse af hånd- og fodremme som et lægeligt vurderet nødvendigt element i behandlingen af to af afdelingens mest syge og voldelige patienter. I brevet er det også oplyst at Sundhedsstyrelsen var ved at vurdere spørgsmålet.

Jeg er bekendt med at regeringen ifølge lovprogrammet for 2009-2010 i første halvdel af januar 2010 vil fremsætte forslag til lov om ændring af psykiatriloven. Jeg er imidlertid samtidig bekendt med at det forslag der har været sendt i høring, ikke indeholder regler om andre tvangsmetoder end de nugældende i forhold til (visse) patienter på Sikringsafdelingen.

Jeg foretager mig ikke mere vedrørende spørgsmålet om at indføre særlige regler om tvang for visse patienter på Sikringsafdelingen. Jeg bemærker i den forbindelse at ombudsmanden ikke kan tage stilling til lovgivningspolitiske spørgsmål.

Det fremgik endvidere at sundhedsministeren havde bedt Sundhedsstyrelsen om en faglig vurdering af den nævnte fikseringsmetode og ville foranledige en undersøgelse af anvendelsen af tvangsmetoder i lande som Danmark normalt sammenligner sig med. Jeg bad Sundhedsministeriet om at underrette mig om resultatet af denne undersøgelse. Jeg har endnu ikke modtaget svar fra ministeriet, men er bekendt med at Sundhedsstyrelsen i september 2009 har afgivet en rapport med titlen "Tvangsforanstaltninger i psykiatrien – en udredning" der ligger på ministeriets hjemmeside.

Som nævnt ovenfor indeholder det lovforslag der har været til høring, ikke særlige regler for anvendelse af tvang på Sikringsafdelingen. Jeg har bedt Ministeriet for

Sundhed og Forebyggelse om at oplyse hvilke overvejelser det der er anført i rapporten fra Sundhedsstyrelsen om behovet for yderligere tvangsforanstaltninger over for visse patienter på Sikringsafdelingen, har givet anledning til.

Jeg gengav statistisk materiale og anførte herefter at der således var sket en meget stor stigning i anvendelsen af tvang på Sikringsafdelingen fra 2005 til 2006 og en yderligere stigning fra 2006 til 2007. Jeg bad om oplysning om mulige årsager til det.

Psykiatrien har i den anledning anført følgende:

”Af tallene vedrørende tvangsanvendelse fremgår det, at der er sket en væsentlig stigning i anvendelsen af tvangsforanstaltninger på Sikringsafdelingen.

I 2005 var der i Sundhedsstyrelsen og i Folketinget fokus på lange fikseringer og Sikringsafdelingen blev forespurgt om begrundelsen for specielt en meget lang fiksering til seng. Sikringsafdelingen kunne oplyse, at det drejede sig om en patient som var fikseret dagligt, sædvanligvis 3-4 timer i forbindelse med behandlingsaktiviteter (som tidligere nævnt i ombudsmandens aktuelle rapport) samt kontakt til personalet.

Sundhedsstyrelsen meddelte efterfølgende, at Sikringsafdelingen ikke burde registrere dette forløb som en, lang fiksering, men som en daglig fiksering. Denne ændrede registreringspraksis førte til, at pågældende patient alene tegnede sig for 365 fikseringer om året.

Efterfølgende har Sundhedsstyrelsen gjort opmærksom på, at Sikringsafdelingen skal registrere hver enkelt fiksering særskilt. Når pågældende og andre patienter af sikkerhedsmæssige grunde/behandlingsmæssige grunde fikseres flere gange dagligt i forbindelse med behandlingsaktiviteter, for at det overhovedet er muligt at gennemføre behandlingen, så skal hver enkelt fiksering registreres. Det betyder at en enkelt patient kan tegne sig for flere fikseringer daglig. Som eksempel kan nævnes, at der for en enkelt patient i januar måned 2009 er registreret 140 tvangsindgreb. Disse tvangsforanstaltninger har været anvendt i forbindelse med pleje omkring patientens kolostomi 2 gange dagligt, hvor der ved hver stomipleje, som varer ca. 20 min., er 2 tvangsindgreb, et for bælte og et for remme, idet patienten både er fikseret til seng og har remme på. Dette er nødvendigt fordi patienten på baggrund af svær psykotisk tilstand er uforudsigelig og impulsiv. Derud-

over må patienten holdes under ledsagelse til telefonboks/bad, hvilket giver endnu et tvangsindgreb.

Det er således en ændret registreringsform der er hovedårsagen til det stigende antal fikseringer.

Det kan dog ikke udelukkes, at det faktum at patienterne er blevet dårligere også tegner sig for en mindre del af stigningen i tvangsanvendelsen.

Sikringsafdelingen har haft held til at behandle og udskrive et par langtidsindlagte patienter (indlagt i mere end 20 år). De patienter der nu er indlagt på Sikringsafdelingen er 'mere syge' og endnu ikke tilstrækkeligt velbehandlede til at anvendelsen af tvang har kunnet reduceres.

Det skal dog nævnes at Sikringsafdelingen også arbejder med at sikre, at anvendelsen af tvang sker så kvalitativt som muligt og i så kort tid som muligt. I denne forbindelse dokumenterer man time for time patienternes tilstand med henblik på at der kan og skal gives mere beroligende medicin, hvis patienten er forpint, gives mere antipsykotisk medicin eller anden behandling hvis patienten er svært psykisk mv.”

Jeg har noteret mig at stigningen i anvendelsen af tvang på Sikringsafdelingen især fra 2005 til 2006 hovedsageligt skyldes ændring af måden at registrere tvangsfikseringerne på.

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 udtrykte i rapporten fra besøget bekymring for de langvarige fikseringer og nævnte nogle eksempler herpå. Komitéen bad også de danske myndigheder om at genoverveje reglerne og praksis for fiksering af patienter. Regeringen skulle afgive svar til komitéen i januar 2009, og jeg nævnte at jeg ville følge med i hvad der videre skete vedrørende dette spørgsmål.

Regeringen afgav svar til Torturkomitéen i brev af 23. februar 2009/3. marts 2009. I dette svar er om ovennævnte forhold bl.a. anført følgende:

“Response to paragraph 124 of the CPT’s report

The Ministry of Health and Prevention shares the CPT’s concerns about the use of prolonged physical immobilisation at the Maximum Security Unit. As stated in the response to paragraph 126 of the CPT’s report below, the regional public health medical officers in the National Board of Health check up on the data of the patients subjected to prolonged immobilisation.

It is important to distinguish between measures taken on account of the perceived danger presented by patients and measures prescribed by a course of treatment. Furthermore, there are clear differences in the way in which different countries look upon the use of physical and chemical restraints. Danish forensic psychiatry departments consider physical immobilisation to be significantly less harmful to patients than excessive use of medication and have moreover urged the Danish Psychiatric Society’s Interest Group on Forensic Psychiatry to focus the issue at its national congress with the participation of a representative of the CPT ...

It should be pointed out that the patients referred to in this paragraph of the CPT’s report are but three of thirty patients in all housed by the Maximum Security Unit (under the Section of Forensic Psychiatry). The patients mentioned are considered to be the three most dangerous in the country, and in each of these cases, as in all others, treatment is administered only when deemed necessary on the basis of professional judgement.

Continuous immobilisation over a prolonged period of time is seldom deemed necessary, and all efforts are made to reduce its application. In cases where physical immobilisation does prove necessary, the Maximum Security Unit is keenly alert to the continued well-being of the patients in question.

...

Response to paragraph 126 of the CPT’s report

...

As regards to long-term immobilisation it is the aim of the Ministry of Health and Prevention that the use of this should be reduced.

However, the Ministry of Health and Prevention did not find basis for establishing an absolute legal limit to the duration of immobilisation in connection with the amendment of the Psychiatric Act in 2006, as this might deprive psychiatric de-

partments and staff of the means to undertake necessary measures for the protection of the patient concerned and other patients, should the patient's condition be unaltered at the expiry of the time limit.

In order to ensure high quality in the use of coercive measures and limit the duration of the immobilisations, the Ministry of Health and Prevention instead proposed that clear and uniform rules be laid down stipulating a minimum frequency of medical supervision and simultaneous assessment of whether the immobilisation should cease or continue.”

I svaret er desuden gengivet de ændringer i psykiatriloven som der sigtes til, og som Torturkomitéen også omtalte i sin rapport (efterprøvelse af fikseringer 4 gange i døgnnet og ved en ekstern psykiater når fikseringen har varet mere end 48 timer). I forlængelse heraf er bl.a. anført følgende:

“It is the view of the Ministry of Health and Prevention that, in addition to enhancing the level of professionalism in relation to the application of long-term immobilisation, both initiatives improves the legal protection of patients' rights, as the patient will be guaranteed medical assessment at least four times a day at evenly spaced intervals, and the immobilisation will be evaluated after 48 hours by a doctor who is independent of the department in which the measure is enforced.

...

The Ministry of Health and Prevention is of the opinion that the above-mentioned rules and the surveillance by the public health medical officers will diminish the risk of abuse and give the patients the necessary safeguards.

Furthermore, please be informed that the public health medical officers of the National Board of Health have access to the data concerning coercion, including immobilisation, in every region. According to internal guidelines in the Board these data are controlled at least every three months to see if any patient in the region has been subjected to one of the following:

Immobilisation (uninterrupted) for more than 14 days, immobilisation (cumulated) for more than 30 days, straps (uninterrupted) for more than 5 days, or straps (cumulated) for more than 10 days.

If any one of these criteria is met, the medical officers will check up on the data of the patient in question at the beginning of the next three months to see if the coercive measure in question is continued. If so, the psychiatric ward is asked by the regional office of the National Board of Health to give a written explanation of the case, which may result in an inquiry. Furthermore, the total amount of all coercive measures in the individual ward is also kept under surveillance to see if a particular ward seems to exercise more coercion than the average ward in the region. If so, the ward is asked to explain if there have been any special reasons for this (for example a group of patients who have been unusually difficult to treat).

recommendations

- the Danish authorities to review the legislation and practice of immobilising psychiatric patients as a matter of urgency. In doing so, the authorities should take into consideration the principles and minimum standards set out in paragraph 127 (paragraph 127).

...

General response

The Ministry of Health and Prevention is of the general opinion that Danish legislation already meets CPT's recommendations in this field. Please be informed that the Ministry has asked the National Board of Health to evaluate the use of coercion in psychiatry in Denmark compared to other countries."

Den ovenfor nævnte rapport som Sundhedsstyrelsen har udgivet i september 2009, indeholder en gennemgang af anvendelsen af tvang i Danmark og visse andre lande.

Jeg har bedt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse om at oplyse om der er modtaget nogen reaktion fra Torturkomitéen på regeringens svar.

Det tilføjes for god ordens skyld at Folketinget ikke er omfattet af ombudsmandens kompetence, og at ombudsmanden derfor ikke kan tage stilling til indholdet af love eller, som nævnt ovenfor, beskæftige sig med lovgivningspolitiske spørgsmål.

Det fremgik 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 an-

vendelse af tvang på Sikringsafdelingen, men kun hvor mange der blev behandlet fra Psykiatrihospitalet/Psykiatrisk Center Nykøbing Sjælland (11 i 2006 og 16 i 2007).

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

Psykiatrien har oplyst at der i 2006 blev indgivet 5 klager over brugen af tvang på Sikringsafdelingen til det psykiatriske patientklagenævn. Én af klagerne blev trukket tilbage, og i de 4 andre tilfælde blev foranstaltningen godkendt af nævnet. I 2007 var der 14 klagesager. Nævnte godkendte foranstaltningen i 12 tilfælde, afviste én sag og tilsidesatte én af foranstaltningerne.

Jeg har noteret mig det oplyste.

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

Psykiatrien har oplyst at patienterne får udleveret pjecen "Tvang i psykiatrien – om psykiatriske patienters rettigheder ved tvangsindgreb" når de indlægges på Sikringsafdelingen. Pjecen er også til rådighed i afdelingen. I forbindelse med konkrete tvangsforanstaltninger udleveres pjecen ikke rutinemæssigt til patienterne.

Psykiatrien har videre oplyst at der ikke er udarbejdet andet skriftligt informationsmateriale til udlevering til patienterne om anvendelsen af tvang.

Efter psykiatrilovens § 31 skal patienten inden der anvendes tvang, underrettes – både mundtligt og skriftligt – om den påtænkte tvang, dens nærmere indhold, baggrund og formål. Underretning om anvendelse af tvang i henhold til § 18 b kan dog foretages som generel information til patienten.

Det er således (som også nævnt i rapporten) kun underretning om anvendelse af tvang i henhold til § 18 b – der er en generel bestemmelse om aflåsning af (alle) patientstuer på Sikringsafdelingen om natten mv. – der kan foretages som en generel information til patienten. Ved al anden anvendelse af tvang skal patienten underrettes om anvendelsen af tvang i det konkrete tilfælde. Og denne underretning skal ske inden den påtænkte tvang anvendes, jf. også § 8 i bekendtgørelse nr. 1497 af 14. december 2006 om underretning og klagevejledning i forbindelse med anvendelse af tvang i psykiatrien. Ved tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og aflåsning af patientstue, jf. lovens §§ 14-17 og § 18 a, kan underretningen dog i særlige hastende tilfælde undlades. Begrundelsen (og ifølge bekendtgørelsen tillige oplysning om formålet med tvangen) skal i så fald gives efterfølgende.

Underretning efter psykiatrilovens § 31 skal ske både mundtligt og skriftligt. Da patienten skal underrettes om "den påtænkte tvang, dens nærmere indhold, baggrund og formål" (og ved tvangsbehandling også skal vejledes om udsigten til en bedring af helbredstilstanden og behandlingens virkninger og mulige bivirkninger, jf. bekendtgørelsens § 6, stk. 2), vil det ikke være tilstrækkeligt til at opfylde underretningspligten i § 31 at udlevere folderen "Tvang i psykiatrien – om psykiatriske patienters rettigheder ved tvangsindgreb". Men denne folder kan udleveres i forbindelse med vejledning om klageadgang efter lovens § 32. Der er dog efter denne bestemmelse kun krav om skriftlig klagevejledning hvis patienten begærer det, jf. bekendtgørelsens § 13.

Jeg går ud fra at Sikringsafdelingen fremover i forbindelse med anvendelse af tvang i konkrete tilfælde vil give underretning også skriftligt i overensstemmelse med reglerne i psykiatrilovens § 31. Det bemærkes at der vil kunne anvendes fortrykte (elektroniske) skemaer der så udfyldes i forbindelse med de enkelte anvendelser af tvang. Jeg kan i den forbindelse til orientering oplyse at jeg fra årsberetningen for 2008 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Hovedstaden er bekendt med at komiteen for patientrettigheder og tvang er ved at udarbejde nyt skriftligt informationsmateriale om anvendelse af tvang.

Ad punkt 5.12. Aflåsning af patientstuer

Torturkomitéen bemærkede i sin rapport at der i visse tilfælde har været tale om meget langvarige indelåsninger af patienter på deres egne stuer og nævnte et konkret eksempel herpå. Torturkomitéen bad om at få de danske myndigheders bemærkninger om de terapeutiske grunde for denne praksis.

Jeg nævnte at jeg ville følge med i hvad der videre skete vedrørende dette spørgsmål.

I regeringens svar af 23. februar 2009/3 marts 2009 er herom anført følgende:

“requests for information

- comments of the Danish authorities on the therapeutic grounds for confinement of patients to their rooms for prolonged periods (paragraph 137).

It follows from Section 18 a in the Psychiatric Act that confinement of patients to their rooms can be used on therapeutic grounds in preparation for

- 1. establishing the necessary firm conditions for the treatment of the patient or*
- 2. to shield the patient against to many stimuli.*

Confinement to the room may also be used to the extent necessary in order to prevent a patient from:

- exposing others to immediate risk of bodily harm or health injury,*
- persecuting or in other ways similar to this seriously molesting other patients, or*
- vandalising to a not inconsiderable extent.*

Thus the confinement can be decided due to the security of others.

The decision to confine a patient to his or her room can only be made by a physician. Please be informed that confinement in the instance referred to in paragraph 136 of the CPT’s report occurs due to the patient being highly dangerous. Moreover, as noted, it should be emphasized that highly divergent viewpoints exist as to the use of immobilisation by means of physical restraint as opposed to medication. It should also be noted that the patient in question has tried all available forms of anti-psychotic medication for sufficient periods of time, and that the present treatment amounts to at least 3 times the normal recommended daily dosage. Despite medication, the patient remains psychotic and dangerous. All efforts are being made to improve the patient’s condition, and the Maximum Security Unit is in contact with the patient’s parents, who are divorced, as well as his two siblings who pay regular visits. It is well established, both nationally and internationally, that a small number of psychotic patients do not respond to available psychopharmacological treatment.”

Det anførte giver mig ikke anledning til yderligere spørgsmål mv., men jeg henviser til min anmodning ovenfor om oplysning fra ministeriet om hvorvidt der er modtaget nogen reaktion fra Torturkomitéen på regeringens svar.

Jeg bad 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.

Psykiatrien har anført følgende:

"Med hensyn til notat om tilsyn med døraflåste patienter en gang i timen kan følgende oplyses: Det er den daglige kontaktpersons opgave at føre disse tilsyn med patienterne både dag og aften. Det er kun ved særskilte observationer at der gøres notat efter tilsynene. Om natten påhviler det nattevagterne at gennemføre disse tilsyn og her gælder det samme, at hvis der er særlige og vigtige observationer gøres der notat i kardex vedr. disse."

Der er hverken i psykiatriloven eller i administrative bestemmelser fastsat regler om notatpligt i forbindelse med tilsyn med patienter der er låst inde på deres stuer. Jeg har noteret mig at der gøres notat om særlige og vigtige observationer. Efter min opfattelse vil det være hensigtsmæssigt at der også gøres et kort notat om de øvrige tilsyn som dokumentation for at tilsyn har været ført. Der kan eventuelt blot anføres tidspunkt for tilsynet, navn eller initialer på den der har udført tilsynet, og eventuelt tillige "i.a.b" (intet at bemærke) eller lignende. Da der ikke er krav om et sådant notat, har jeg ikke grundlag for at henstille til Sikringsafdelingen at ændre praksis i overensstemmelse hermed, men jeg beder Sikringsafdelingen om at overveje dette, og at underrette mig om resultatet af disse overvejelser.

Ad punkt 5.13. Orientering af bistandsværger og patientrådgivere

Jeg bad om at få oplyst hvorvidt bistandsværgerne i samme omfang som patientrådgivere er til stede ved behandling af klager i det psykiatriske patientklagenævn.

Psykiatrien har oplyst at det ved behandling af klager i det psykiatriske patientklagenævn tilstræbes at patientens patientrådgiver eller bistandsværge er til stede. Efter at bistandsværgerne i tiltagende grad udpeges inden for den samme kreds som patientrådgiverne og derved varetager hvervet på en meget professionel måde, møder de op til patientklagenævnmøderne lige så hyppigt som patientrådgiverne. Det sker at der er afbud, men ikke i højere grad fra bistandsværgerne end fra patientrådgiverne.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Jeg bad desuden om at få oplyst om Sikringsafdelingen orienterer bistandsværgerne i samme omfang som patientrådgiverne orienteres, det vil sige også i forbindelse med alle tvangsindgreb, bortset fra indgreb efter psykiatrilovens § 18 f og § 19 a.

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

Psykiatrien har oplyst at bistandsværgere orienteres på lige linje med patientrådgivere i forbindelse med tvangsindgreb. Sædvanligvis forsøges bistandsværgen kontaktet umiddelbart efter eller om muligt før et tvangsindgrebs iværksættelse. Det er indtrykket at bistandsværgerne efterfølgende møder op hurtigst muligt på helt samme måde som patientrådgiverne gør det.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Jeg bad 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.

Psykiatrien har oplyst at patientrådgiver kontaktes hurtigst muligt i forbindelse med et tvangsindgreb. Hvis det drejer sig om tvangsmedicinering, vil patientrådgiveren ofte blive kontaktet forud for tvangsindgrebet når lægen har besluttet at der er behov for tvangsbehandling.

I forbindelse med tvangsfiksering, fastholdelse eller døraflåsning er det oftest nødvendigt at foretage indgrebet med det samme. I så fald kontaktes patientrådgiveren umiddelbart efter at indgrebet er iværksat.

Hvornår patientrådgiveren kontakter/besøger patienten efterfølgende er sædvanligvis begrundet i patientens ønske. Nogle patienter ønsker ikke at se deres patientrådgiver. De fleste patientrådgivere besøger patienten på en fast ugedag og hvis denne dag er nært forestående, har patienten ikke noget ønske om at se patientrådgiveren tidligere.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.14. Tilkald af politi i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger

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 bad 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.

Psykiatrien har oplyst at politiet ikke kommer ind på et afsnit i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger.

Jeg har noteret mig det oplyste.

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

Psykiatrien har oplyst at politiet (heller) ikke kommer helt ind i afsnittet i forbindelse med aflevering af ny patient. Patienten bliver afleveret i terminalgangen hvor afsnittets personale kommer ud og henter patienten og fører patienten ind på patientafsnittet.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.15. Udskrivning/udslusning

Under inspektionen blev det oplyst at der er lange sagsbehandlingstider i forbindelse med behandling af ansøgninger om ophævelse af en foranstaltning. Jeg bad Sikringsafdelingen om at oplyse om der hermed sigtes til sagsbehandlingstiden hos anklagemyndigheden, Justitsministeriet eller ved domstolene.

Psykiatrien har oplyst følgende:

”Såvel ved ophævelse af anbringelsesforanstaltninger som ophævelse af farlighedsdekreter er der efter Sikringsafdelingens mening tale om en urimelig lang sagsbehandlingstid.

Det er afdelingens oplevelse, at Retslægerådet i tiltagende grad stiller større krav til dokumentation for Sikringsafdelingens udtalelser. Der er f.eks. flere gange stillet krav om neuropsykologisk undersøgelse af patient for at retslægerådet kunne tage stilling til anmodning om ophævelse af et farlighedsdekret. Dette har givet anledning til nogle meget lange sagsbehandlingstider.

Aktuelt har Sikringsafdelingen indbragt et afslag fra Justitsministeriet på ophævelse af farlighedsdekret for domstolene. I dette tilfælde er der 4 måneders ventetid i byretten.

I forbindelse med anmodning om ophævelse af en anbringelsesdom er det ikke ualmindeligt, at der går 6 måneder før sagen behandles ved domstolen.”

Jeg skal først bemærke at domstolene falder uden for ombudsmandens kompetence, og at jeg derfor ikke kan foretage mig noget vedrørende domstolenes sagsbehandlingstider.

Ombudsmanden kan heller ikke tage stilling til spørgsmål der bygger på (læge)faglige vurderinger, herunder sådanne vurderinger der finder sted i forbindelse med sagsbehandlingen (sagsoplysningen). Jeg vil således ikke kunne tage stilling til de vurderinger som Retslægerådet foretager med hensyn til behovet for yderligere undersøgelser af patienterne mv. til brug for rådets stillingtagen i de konkrete sager.

Inden jeg tager stilling til om jeg i øvrigt har grundlag for at foretage mig noget, beder jeg om at få oplyst om Sikringsafdelingen eller Psykiatrien har rejst problemet med de lange sagsbehandlingstider over for Retslægerådet, anklagemyndigheden og/eller Justitsministeriet.

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.

Jeg bad Sikringsafdelingen om at oplyse om der fortsat opleves problemer med at finde passende tilbud, og i givet fald redegøre nærmere herfor.

Psykiatrien har oplyst at det for så vidt angår udskrivning af patienter der har været indlagt på et farlighedsdekret på Sikringsafdelingen, til tider opleves problematisk at

patienten udskrives til den samme regionale retspsykiatriske afdeling hvorfra patienten blev indlagt. Hvis patienten kommer tilbage til den regionale retspsykiatriske afdeling, har personalet ofte negative forventninger til patienten, ligesom patienten har det dårligt med at komme tilbage til den afdeling hvor problemerne var så store at et farlighedsdekret blev nødvendigt.

Psykiatrien har videre oplyst at det i de tilfælde hvor man har arrangeret en indlæggelse på en retspsykiatrisk afdeling i en anden region, desværre (heller) ikke har været succesfuldt. Det skyldes at patientens problemer med narkotika hurtigt har ført til nye problemer med patienten hvorefter patienten er blevet flyttet til den hjemlige, regionale afdeling.

Jeg har noteret mig det oplyste, og at der ikke er oplyst om problemer med at finde passende botilbud som det også hænder at der sker udskrivning til. Da det i Psykiatriens tidligere brev af 15. januar 2009 blev oplyst at det er yderst sjældent at en patient må genindlægges på Sikringsafdelingen, foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold, men bemærker blot at jeg går ud fra at Sikringsafdelingen og Psykiatrien drøfter eventuelle problemer med de retspsykiatriske afdelinger som patienterne udskrives til.

Ad punkt 5.16. Aktindsigt

Jeg bad 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).

Psykiatrien har oplyst følgende:

"Hvis en patient anmoder om aktindsigt bliver spørgsmålet rejst for lægen, når denne kommer i afdelingen, sædvanligvis førstkommande hverdag, men ellers indenfor en uge. Lægen meddeler sædvanligvis tilsagn til at patienten kan få udleveret kopi af journalen hvis det er det patienten ønsker. Der gives tilbud om, at læge eller kontaktperson kan gennemgå journalen med patienten efter patientens ønske. En patient har haft et stående ønske om at få udleveret journalen løbende. I det tilfælde blev det aftalt, at dette skete ca. en gang hvert halvår (det drejede sig om en langtidsindlagt patient)."

Jeg har noteret mig det oplyste.

Det tilføjes at jeg er bekendt med at reglerne om aktindsigt er ændret ved lov nr. 1521 af 27. december 2009 om ændring af sundhedsloven der trådte i kraft den 1. januar 2010. Ved lovændringen er adgangen til aktindsigt udvidet så patienter, herunder psykiatriske patienter, nu har ubegrænset adgang til egne journaloptegnelser der er foretaget efter lovens ikrafttræden. For optegnelser der er journalført før den 1. januar 2010, kan retten til aktindsigt fortsat 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 (§ 37, stk. 3).

Jeg bad 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.

Psykiatrien har herom oplyst følgende:

"Såfremt anmodning om aktindsigt kommer fra en patient der er så dårlig, at det skønnes uhensigtsmæssigt for patienten aktuelt, så tilbydes patienten at få aktindsigt på et senere tidspunkt."

Jeg kan ikke udlede heraf om Sikringsafdelingen giver et formelt afslag på aktindsigt eller blot udsætter effektueringen af aktindsigten. Jeg går ud fra at Sikringsafdelingen anvender fremgangsmåden i punkt 8 i vejledning nr. 155 af 14. september 1998 om aktindsigt mv. i helbredsoplysninger mv. hvorefter et afslag eventuelt kan begrænses til kun at være midlertidigt. Som det fremgår heraf, forudsætter anvendelsen af nu sundhedslovens § 37, stk. 3, hvorefter aktindsigt kan begrænses (nu kun for journaloptegnelser der ligger før 1. januar 2010), at der træffes en afgørelse om helt eller delvist afslag på aktindsigt. Kan ikke alle oplysninger i journalen undtages fra aktindsigt, skal de dele af journalen som ikke undtages, med det samme stilles til rådighed for patienten. Den ansvarlige sundhedsperson kan i tilfælde af delvis aktindsigt vælge at formidle aktindsigten ved at referere journalen med de fornødne udeladelser. Jeg henviser også til John Vogter, Offentlighedsloven med kommentarer, 3. udgave (1998), s. 327 og Helle Bødker Madsen, Sundhedsret, 1. udgave (2007), s. 119 ff.

Jeg går således ud fra at Sikringsafdelingen giver et formelt afslag på aktindsigt med fornøden begrundelse samt klagevejledning og ikke blot udsætter effektueringen af aktindsigten. Jeg henviser i den forbindelse også til opfølgingsrapporten i sagen om min inspektion af Psykiatricenter Vest med gengivelse af opfølgning i sagen om min inspektion af Psykiatrisk Center Gentofte der findes på ombudsmandens hjemmeside.

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

Psykiatrien har oplyst at der ikke er udarbejdet særligt materiale om patienters adgang til aktindsigt i patientjournaler.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.17. Pårørendekontakt

Jeg bad Sikringsafdelingen om overordnet at oplyse hvordan inddragelsen af pårørende fungerer i praksis. Jeg bad 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, bad jeg om en kopi heraf.

Psykiatrien har oplyst at inddragelse af pårørende sker ved en orientering til patienten om at afdelingen, sædvanligvis lægen, vil tilbyde de pårørende en samtale hvis patienten ikke har noget imod det. Sædvanligvis siger patienten at han/hun vil være glad for det, og at han/hun mener at de pårørende er af samme mening. Der indhentes ikke skriftligt samtykke.

Jeg har noteret mig det (meget overordnede) oplyste om den måde hvorpå inddragelsen af pårørende foregår.

For så vidt angår indhentelse af samtykke til inddragelse af pårørende forstår jeg det oplyste sådan at Sikringsafdelingen anser et mundtligt tilsagn fra patienten for tilstrækkeligt til at inddrage de pårørende i afdelingens samarbejde med patienten. Jeg går endvidere ud fra at det oplyste skal forstås sådan at personalet ikke må videregive oplysninger om patientens tilstand til de pårørende medmindre der foreligger et mundtligt samtykke fra patienten.

Ifølge sundhedslovens § 43, stk. 1, kan sundhedspersoner til andre formål end behandling med patientens samtykke videregive oplysninger om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger til myndigheder, organisationer, private personer mfl. Bestemmelsen omhandler videregivelse af helbredsoplysninger mv. til andre formål end behandling, det vil sige videregivelse til alle andre personer, myndigheder mfl. end de sundhedspersoner der er direkte involveret i undersøgelse, behandling og pleje af patienten. Bestemmelsen omfatter således videregivelse af helbredsoplysninger mv. til en patients pårørende.

Det fremgår af sundhedslovens § 44, stk. 1, at patientens samtykke efter § 43, stk. 1, som udgangspunkt skal være skriftligt, og at det skal indføres i patientjournalen. Kravet om skriftlighed kan dog fraviges når sagens karakter eller omstændighederne i øvrigt taler for det. Sundhedslovens § 44, stk. 3, indeholder en bemyndigelsesbestemmelse hvorefter sundhedsministeren kan fastsætte nærmere regler om det nævnte samtykke. Sundhedsstyrelsen har efter bemyndigelse fra sundhedsministeren udstedt bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 og vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. I den nævnte vejledning er der under punkt 6.4.2 eksempler på hvornår sagens karakter eller omstændighederne i øvrigt taler for at fravige kravet om et skriftligt samtykke. Det oplyses at det f.eks. kan være tilfældet hvis videregivelse af oplysningerne om patienten skal ske meget hurtigt, eller hvis patienten har svært ved at skrive.

Sikringsafdelingens praksis hvorefter der (normalt) ikke indhentes et skriftligt samtykke til at videregive oplysninger om patientens helbredsforhold mv. til de pårørende, er som det fremgår ikke i overensstemmelse med sundhedsloven der som udgangspunkt kræver skriftligt samtykke. Jeg henstiller derfor til Sikringsafdelingen at ændre praksis så samtykke fremover indhentes skriftligt. Jeg beder om underretning om hvad der sker i anledning af min henstilling.

Jeg bad regionen om at oplyse hvor langt arbejdet med at udarbejde en egentlig pårørendepolitik var kommet.

Psykiatrien har oplyst at Psykiatrien Region Sjælland var ved at igangsætte udarbejdelse af en pårørendepolitik. Første møde i den nedsatte arbejdsgruppe skulle afholdes umiddelbart efter sommerferien, og det forventedes på det tidspunkt at en pårørendepolitik for Psykiatrien kunne være klar inden udgangen af 2009.

Psykiatrien har i den forbindelse oplyst at repræsentanter fra de kliniske afdelinger, pårørenderepræsentanter og administrativt personale deltager i udarbejdelsen af pårørendepolitikken.

Jeg har noteret mig det oplyste og beder om underretning når pårørendepolitikken foreligger.

Ad punkt 5.18. Besøg, visitation og adgang til telefonering mv.

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

Psykiatrien har oplyst at husordenen for P3 er revideret (senest) den 20. november 2008, og at den er dateret.

Jeg tager det oplyste til efterretning.

Ifølge forarbejderne til psykiatriloven skal en husorden indeholde oplysning om "konsekvenserne af, at husordenen ikke overholdes". Jeg nævnte at jeg, som regionen var bekendt med fra sagen om min inspektion af Fjorden (nu Psykiatrien Roskilde/Køge), i brev af 17. november 2008 havde bedt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse om at oplyse nærmere om hvad der mere præcist menes med det. Jeg nævnte endvidere at jeg ville orientere Sikringsafdelingen om svaret fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse når det forelå.

Som Psykiatrien er bekendt med fra sagen om Psykiatrien Roskilde/Køge, har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i brev af 25. september 2009 henholdt sig til en udtalelse fra Sundhedsstyrelsen hvori der er anført følgende:

"...

Det primære formål med husordener er, at det bliver klart for alle patienter, hvilke krav der kan stilles til alle under indlæggelse. Derfor bør det også fremgå klart af husordenen, hvilke konsekvenser det vil medføre, hvis husordenen overtrædes.

Det fremgår af svaret fra Region Sjælland til Folketingets Ombudsmand, at regionen har tolket anmodningen om, at husordenen skal indeholde konsekvenserne

af overtrædelse af husorden som, at manglende overholdelse af husordenerne i det konkrete tilfælde vil blive taget op af personalet med henblik på fastlæggelse af konsekvenserne for den aktuelle overtrædelse.

Dette er ikke efter Sundhedsstyrelsens opfattelse korrekt fortolkning af lovgivningen. Der kan ikke ved overtrædelse af reglerne i husordenen foretages en individuel konkret vurdering. Hensigten med husordenen er jo netop, at der skal gælde samme regler for alle.”

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har tilføjet at ministeriet har anmodet Sundhedsstyrelsen om at orientere regionerne om hvad der nærmere er indeholdt i kravet om at husordener skal angive konsekvenserne af at de ikke overholdes.

Jeg har i sagen om Psykiatrien Roskilde/Køge noteret mig at det er Sundhedsstyrelsens og ministeriets opfattelse at konsekvenserne af overtrædelse af husordenerne klart skal fremgå af husordenerne. Jeg har udtalt at denne opfattelse ikke giver mig anledning til anden bemærkning end at husordener efter min opfattelse bør fremstå overskuelige og ikke for omfattende.

Jeg har desuden udtalt at jeg heller ingen bemærkninger har til styrelsens og ministeriets opfattelse hvorefter hensigten med husordener er at der skal gælde ens regler for alle. Men jeg har bedt Sundhedsstyrelsen og ministeriet om udtalelser om myndighedernes opfattelse hvorefter der (af denne grund) ikke ved overtrædelse af husordenen ”kan” foretages en konkret vurdering. Jeg har bemærket at jeg således forstår at det er styrelsens og ministeriets opfattelse at husordener skal indeholde oplysning om hvilke konsekvenser en overtrædelse af husordenen ”vil” medføre (jf. styrelsens udtalelse) og ikke hvilke konsekvenser en overtrædelse ”kan” medføre, og at der derfor ikke kan tages hensyn til de nærmere omstændigheder ved en overtrædelse i konkrete tilfælde.

Jeg har også noteret mig at ministeriet har bedt Sundhedsstyrelsen om at orientere regionerne om hvad der nærmere er indeholdt i kravet om at husordener skal angive konsekvenserne af at de ikke overholdes. Jeg er gået ud fra at ministeriet har bedt Sundhedsstyrelsen om at underrette sig om denne orientering, og jeg har bedt ministeriet om at underrette mig herom når ministeriet har modtaget en underretning fra styrelsen.

Jeg vil orientere Sikringsafdelingen om myndighedernes svar og min opfølgning herpå.

Det materiale som jeg havde modtaget fra Sikringsafdelingen, omfattede 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. om 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 bad om at modtage et eksemplar af disse regler når de var gennemgået og rettet til. Jeg gik ud fra at Sikringsafdelingen i forbindelse med denne gennemgang ville inddrage det jeg til orientering havde oplyst i rapporten om mine anbefalinger i andre inspektionssager i relation til udarbejdelse af regler om indgreb og begrænsninger.

Psykiatrien har oplyst at sikkerhedsregler og husordener desværre endnu ikke er rettet til. Retspsykiatrisk afdeling er i gang med en proces hvor alle retningslinjer, instrukser, politikker mv. skal lægges ind i et nyt dokumentationssystem, D4, i forbindelse med Region Sjællands akkrediteringsprojekt. Psykiatrien har vedlagt de nuværende instrukser om sikkerhed og undersøgelse af post for narkotiske stoffer. Psykiatrien har i den forbindelse bekræftet min antagelse i rapporten om at der kun iværksættes restriktioner over for patienterne når det anses nødvendigt i det konkrete tilfælde. Det er således på begrundet mistanke og dokumenteret i journalen når der finder restriktioner sted.

Psykiatrien har videre oplyst at retspsykiatrisk afdeling har nedsat et kvalitetsteam der skal gennemgå og revidere samtlige politikker, regler og instrukser så der fremover kun vil findes én elektronisk udgave der revideres med faste tidsintervaller. Reglerne og instrukserne vil blive tilrettet så de svarer til mine tidligere anbefalinger om regler om indgreb og begrænsninger.

Jeg har noteret mig det oplyste og afventer underretning når arbejdet med at revidere reglerne er færdigt.

Under inspektionen blev det nævnt at besøg i særlige tilfælde kan foregå på stuen eller på afsnittet. Jeg bad om at få oplyst hvad sådanne særlige tilfælde kan være, og hvor besøg finder sted hvis det foregår på afsnittet.

Psykiatrien har oplyst at besøg til patienterne sædvanligvis finder sted i besøgsstuen, men at patienterne dog i særlige tilfælde kan modtage besøg på egen stue. Det kan

dreje sig om pårørende der meget gerne vil se hvordan patienten bor på Sikringsafdelingen. Det kan også dreje sig om en patient der har det så dårligt, at han/hun er fikseret og ikke på forsvarlig vis kan modtage besøg i besøgsstuen. I så fald får de pårørende lov til at besøge patienten på fikseringsstuen.

Jeg forstår det oplyste sådan at besøg "på afsnittet" kun sigter til besøg på fikseringsstuen og ikke i fællesrum. Med denne bemærkning har jeg noteret mig det oplyste.

Det var endvidere i husordenen for P3 nævnt at besøgende der overtræder forbuddet mod at medbringe alkohol, medicin eller euforiserende stoffer, vil blive nægtet adgang for altid (understreget og fremhævet). Under inspektionen blev det oplyst at det der var anført i husordenen om besøgsforbud for al fremtid ikke opretholdes, men at det løbende vurderes om der på ny kan gives tilladelse til besøg af de pågældende.

Jeg noterede mig dette og bemærkede at der efter min opfattelse heller ikke er hjemmel til en praksis som beskrevet i husordenen. Jeg henstillede derfor til Sikringsafdelingen at ændre husordenen på dette punkt så den blev i overensstemmelse med praksis. Jeg bad om at blive underrettet om hvad der skete i anledning af min henstilling.

Psykiatrien har oplyst at den nævnte husorden efterfølgende er blevet revideret.

Jeg tager til efterretning at husordenen er ændret, og jeg beder om en kopi af den reviderede husorden.

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

Psykiatrien har oplyst at pårørende kan forbydes at besøge patienten hvis der er fremsat trusler imod sikkerheden på afdelingen. F.eks. meddelte en patient at hans pårørende ville smugle våben med ind på afdelingen for at befri ham. I tilfælde hvor de pårørende direkte har truet personalet på afdelingen eller ødelagt inventar, vil der ligeledes ske en begrænsning i besøg.

Psykiatrien har videre oplyst at der – hvis en patient konkret har fået smuglet stoffer ind på afdelingen i forbindelse med besøg – kan nedlægges forbud mod besøg fra pågældende, men det er ikke sket gennem de sidste år. Der kan eventuelt også være tale om overvåget besøg. Ellers vil overvågning af besøg sædvanligvis kun ske i forbindelse med at patienten eller de pårørende har et ønske om det, sædvanligvis hvis patienten har det meget dårligt eller hvis der tidligere har været impulsive aggressive udfald fra patienten mod de pårørende.

Anvendelsen af overvågede besøg er sædvanligvis en enkeltstående foreteelse. Ingen af de patienter der aktuelt er på Sikringsafdelingen, har generelt overvågede besøg, og det har der ikke været i mange år.

Jeg har noteret mig det oplyste om hvornår der kan blive tale om begrænsninger i adgangen til besøg, og at der – så vidt jeg forstår det oplyste – løbende sker revurdering af sådanne beslutninger. Det bemærkes at jeg går ud fra at der løbende sker revurdering af alle beslutninger om besøgsforbud og overvåget besøg, herunder de forbud der udstedes af sikkerhedsmæssige grunde.

Jeg har endvidere noteret mig at der kun sjældent træffes beslutning om overvåget besøg. Jeg går ud fra at det samme gælder forbud mod besøg.

I husordenen for P3 var 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 kun 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) forholdt sig som angivet i sidstnævnte referat, bad jeg om at få oplyst årsagen til at ikke alle patienter har nøgle til deres stuer, og at døren kun kan låses udefra.

Jeg bad endvidere om en udtalelse om det forhold at nøglen inddrages hvis forbuddet mod at besøge hinanden på stuerne overtrædes - med den virkning at patienten ikke længere har mulighed for at låse sin stue ved fravær fra stuen.

Psykiatrien har oplyst at det ikke længere fremgår af husordenen på P3 at patienterne kan få inddraget deres nøgle, og at det derfor heller ikke praktiseres.

Psykiatrien har videre oplyst at nøglen til patientens stue ikke inddrages i tilfælde af overtrædelse af forbud mod at besøge hinanden på stuen.

Jeg har noteret mig det oplyste, men da Psykiatrien ikke har svaret på mit spørgsmål om hvorvidt det forholder sig som angivet i referatet fra § 71, stk. 7-tilsynets besøg den 8. maj 2002, gentager jeg dette spørgsmål.

Det fremgik af husordenen for P3 at post og pakker bliver gennemset af personalet sammen med patienten, og at der ville kunne udstedes forbud mod at modtage pakker ved forsøg på indsmugling af euforiserende stoffer eller medicin, eller hvis det afsløres af personalet ved rutineprøver. Da jeg i opfølgingsrapporten om inspektionen i 2000 bad amtet om en udtalelse om hjemmelsgrundlaget for kontrol med patienternes post, men aldrig havde modtaget denne udtalelse – og ved en fejl ikke havde fulgt op på dette – bad jeg (på ny) om en udtalelse herom.

Jeg bad i den forbindelse Sikringsafdelingen om at oplyse om den forståelse som jeg lagde til grund i opfølgingsrapporten, og hvorefter et forbud alene sigter til forsendelser fra bestemte personer eller fra personer der ikke angiver afsenderadresse, er korrekt.

Psykiatrien har oplyst at hvis der indsmugles stoffer i pakker eller breve, og det med sikkerhed kan konstateres hvem afsenderen er, vil det altid blive vurderet om der er risiko for fornyet indsmugling. Hvis det er tilfældet, kan der ske indskrænkninger i den fremtidige mulighed for at sende post til patienten. Psykiatrien har samtidig henvist til punkt 17 i afdelingens sikkerhedsregler der er vedlagt.

Af dette punkt fremgår det at patienterne skal åbne breve og pakker under opsyn af personalet. Undtaget er dog breve fra advokat, politi og andre offentlige myndigheder. Der sker således med disse undtagelser kontrol af alle de breve og pakker som patienten modtager.

Jeg går ud fra at de indskrænkninger i den "fremtidige mulighed for at sende post til patienten" der vil kunne komme på tale som følge af indsmugling af stoffer, kun sigter til modtagelse af forsendelser fra den person der har sendt stofferne. Jeg beder dog Psykiatrien om at oplyse om det er korrekt forstået.

Jeg beder endvidere om oplysning om hvorvidt Sikringsafdelingens kontrol af post også, som jeg antog i opfølgingsrapporten fra den tidligere inspektion, i nogle tilfælde fører til at patienter nægtes at modtage forsendelser der ikke angiver afsenderadresse.

Som jeg nævnte i opfølgingsrapporten fra inspektionen i 2000 er jeg opmærksom på at der af sikkerhedsmæssige grunde er behov for kontrol med post til patienterne. Med bestemmelsen i psykiatrilovens § 19 a er der siden hen indført udtrykkelig hjemmel til at overlægen kan træffe beslutning om at en patients post skal åbnes og kontrolleres hvis der i det konkrete tilfælde er en konkret begrundet mistanke om at der er – eller vil blive – indsmuglet f.eks. stoffer. Der er således (fortsat) ikke hjemmel til at fastsætte en generel regel hvorefter der skal ske åbning og kontrol af alle forsendelse til patienterne. Den praksis med visitation af post som Sikringsafdelingen ifølge afdelingens sikkerhedsregler følger, er derfor efter min opfattelse ikke er i overensstemmelse med psykiatrilovens § 19 a.

Medmindre reglen ophæves og praksis ændres i forbindelse med revisionen af sikkerhedsreglerne, beder jeg derfor på ny om en udtalelse om hjemlen til reglen om kontrol af post til patienterne, bortset fra post fra advokater og offentlige myndigheder.

Også denne gang henleder jeg opmærksomheden på at der for Psykiatrien kan være anledning til at kontakte ministeriet i sagen – nu Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse som psykiatriloven nu hører under. Jeg har henledt ministeriets opmærksomhed på forholdet ved fremsendelse af et eksemplar af rapporten til ministeriet.

Jeg gengav reglerne i husordenerne om telefonering og nævnte i den forbindelse at der i husordenen for afsnit P2 ikke var indsat en dispensationsmulighed som i husordenen for P2 ("sædvanligvis"). Der skulle have stået at der i husordenen for afsnit P3 ikke var indsat en dispensationsmulighed som i husordenen for P2. Jeg gik ud fra at der i alle tilfælde kan dispenseres fra de interne regler ud fra en konkret vurdering og anførte at det også burde fremgå af husordenen for P2 (skal være P3).

Psykiatrien har oplyst at det (nu) i husordenerne på alle tre afsnit er anført at der er dispensationsmuligheder vedrørende telefonopkald.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Jeg nævnte at det i husordenerne var anført at telefonsamtaler vil kunne begrænses af personalet, men at det ikke var anført hvornår der vil kunne ske en sådan begrænsning. Det fremgår således ikke om reglen kun sigter til en begrænsning i antal opkald hvis en patient modtager mange opkald udefra, eller om den også sigter til begrænsninger af hensyn til behandlingen eller andre forhold.

Jeg bad om oplysning herom og om at få oplyst om og i givet fald hvor ofte det forekommer at der træffes beslutning om begrænsning i adgangen til telefonering, og på hvilken måde denne begrænsning sker.

Psykiatrien har oplyst at der kan ske begrænsninger hvis der er en lægefaglig begrundelse for det, f.eks. fordi patienten ikke magter at modtage så mange stimuli. Det er sjældent at en sådan begrænsning finder sted, og det vil typisk dreje sig om ganske få meget dårlige patienter – 1-2 patienter i deres dårlige fase.

Jeg har noteret mig det oplyste, men henleder opmærksomheden på at mit spørgsmål om hvordan begrænsningen sker, ikke er besvaret. Jeg gentager derfor dette spørgsmål.

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

Psykiatrien har oplyst at patienterne på de tre afsnit har været inddraget i beslutningen, og at patienterne har haft forskellige syn på hvorvidt der skulle være mulighed for et eller to opkald pr. patient pr. vagt.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.19. Rygepolitik

Af et referat af et møde i MED-hovedudvalget i Region Sjælland den 8. april 2008 fremgår det at der i regionen arbejdedes med at formulere en overordnet rygepolitik for hele regionen, og at det i den forbindelse var nævnt at man skulle være særlig opmærksom på lukkede institutioner/afdelinger i bl.a. psykiatrien.

Jeg bad regionen om at underrette mig om rygepolitikken når den forelå.

Psykiatrien har oplyst at Region Sjællands MED-Hovedudvalg den 9. oktober 2009 vedtog en rygepolitik for hele regionen, og Psykiatrien har vedlagt et eksemplar af denne politik.

Af denne politik fremgår det bl.a. at det ikke er tilladt for bl.a. patienter at ryge indendørs medmindre andet er bestemt i henhold til lov om røgfrie miljøer. De undtagelser der er nævnt i rygelovens §§ 7, 10 og 11 er herefter gengivet. Der er ikke nævnt noget specielt om lukkede afsnit i psykiatrien.

Jeg har noteret mig det oplyste og indholdet af rygepolitikken, herunder at der ikke er nævnt noget specielt om lukkede afsnit i psykiatrien. Da det som nævnt ovenfor fremgik at regionen i forbindelse med udarbejdelsen af rygepolitikken skulle være særlig opmærksom på bl.a. sådanne afsnit, beder jeg om nærmere oplysninger om de overvejelser der har været herom, herunder om der har været særlige overvejelser i forhold til patientstuerne på Sikringsafdelingen der som nævnt i den endelige rapport må betragtes som patienternes hjem for en – ofte meget lang – periode.

Det fremgår endvidere af rygepolitikken at den konkrete udmøntning af retningslinjerne sker lokalt.

Jeg beder om oplysning om Sikringsafdelingens udmøntning af retningslinjerne.

Ad punkt 5.21. Patientindflydelse

Af psykiatriplanen fremgik det at der skulle udarbejdes en pårørendepolitik, men ikke en politik i relation til patienter. Jeg nævnte at jeg i sagen om min inspektion af Dianalund (nu Psykiatrien Dianalund, Almenpsykiatrisk afdeling) er gået ud fra at det fortsat er hensigten at udarbejde kvalitetsstandarder for patientinddragelse, jf. psykiatrilovens § 2. Jeg bad Psykiatrien om at oplyse om det er korrekt forstået.

Psykiatrien har oplyst at det er korrekt at Psykiatrien påtænker at udarbejde kvalitetsstandarder for patientinddragelse. Det vil ske som et led i forberedelserne til at kunne leve op til kravene i – og dermed blive akkrediteret til – Den Danske Kvalitetsmodel.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Jeg gik ud fra at der på P1 – ligesom på P2 og P3 – holdes morgenmøder. Jeg bad 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.

Psykiatrien har bekræftet at der også holdes morgenmøder på P1.

Psykiatrien har videre oplyst at alle tre afsnit holder "patient-personalemøder" en gang om måneden, og at der inden møderne bliver udarbejdet et opslag med forslag til dagsordenen hvor patienterne kan komme med ønsker til dagsordenen. Typiske emner vil være orientering fra personalet til patienterne og drøftelse af dagligdags emner. Derudover har patienterne mulighed for at komme med forslag og ønsker til ændring af husordenen, dagsrytme, aktiviteter mv. Der udarbejdes altid referat fra møderne, men de sendes ikke i kopi til sygehusledelsen.

Jeg har noteret mig det oplyste.

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

Psykiatrien har herom henvist til besvarelsen af forrige spørgsmål.

Jeg forstår denne henvisning sådan at den ikke kun sigter til det oplyste om at patienterne har mulighed for at komme med forslag til ændring af husordenen, men også til det oplyste om orientering fra personalet. Jeg går således ud fra at den orientering som personalet giver på de nævnte møder, også omfatter eventuelle forslag fra ledelsens side om ændringer af husordenen med henblik på at give patienterne mulighed for at komme med bemærkninger hertil, jf. psykiatrilovens § 2 a, stk. 3. Med den bemærkning har jeg noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.23. Personaleforhold

Der er indgået en aftale med et privat vagtfirma (Group 4 Securicor) hvor sikkerhedsvagter fra dette firma indgår som den ene af de tre mænd der skal være på vagt på et afsnit (i dagtimerne) samtidig. Jeg er indrede om min anmodning under inspektionen om en kopi af den beskrivelse der var udfærdiget, af hvilke opgaver medarbejderne fra Group 4 Securicor kan udføre.

Psykiatrien har vedlagt kopi af beskrivelser af arbejdsopgaverne for sikkerhedsmedarbejderne der er udfærdiget eller godkendt henholdsvis i april/maj 2007, november 2007 og august/september 2008. Arbejdsopgaverne er opdelt i opgaver i afsnittet (hvor den pågældende bl.a. kan deltage som 2. person i forskellige sammenhænge), som fast vagt (hos bæltefikserede), i salen, ved alarm og "som rolle" i afdelingen. I de to sidstnævnte beskrivelser er det anført at beskrivelsen skulle revideres efter ½ år.

Jeg har noteret mig det der fremgår om arbejdsopgaverne for sikkerhedsmedarbejderne i disse beskrivelser. Da der er gået mere end ½ år siden udfærdigelsen af den nyeste beskrivelse, og der ikke er vedlagt en nyere beskrivelse, går jeg ud fra at den ikke er blevet revideret yderligere. Jeg beder om at få oplyst om beskrivelsen er i færd med eller vil blive revideret.

Umiddelbart tolkede jeg det anførte på regionens hjemmeside om status på vagtpersonale sådan at erfaringerne med ordningen med de medarbejdere der er tilknyttet fra Group 4 Securicor, fortsat var positive, men jeg bad 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 dengang allerede havde, skulle rekrutteres yderligere 8 sikkerhedsmedarbejdere, bad jeg endvidere om at få nærmere oplysninger om den aktuelle personalemæssige situation på Sikringsafdelingen.

Psykiatrien har oplyst at Sikringsafdelingen pr. 1. oktober 2008 indgik kontrakt med G4S om i alt 21 sikkerhedsmedarbejdere til brug for sikkerhedsarbejdet på afdelingen frem til udgangen af 2010.

Psykiatrien har videre oplyst følgende:

"Der er fortsat knyttet 7 sikkerhedsmedarbejdere til hvert afsnit. Der er fortsat meget positive erfaringer med sikkerhedspersonalet. Aftalen har gjort det muligt at starte med at opkvalificere 7 af de ikke sundhedsuddannede faste personaler på afdelinger til social- og sundhedsassistenter, en ca. 18 mdr. lang uddannelse udenfor afdelingen, ligesom en enkelt af de fastansatte falckreddere har kunnet gå i gang med en sygeplejerskeuddannelse. Disse medarbejdere kunne frigøres fra arbejdet på afdelingen ved at arbejdet på afdelingen er blevet opdelt i de plejemæssige opgaver som fortsat varetages af det sundhedsuddannede personale

og i sikkerheds- og servicefunktionerne som varetages af sikkerhedsmedarbejderne.

Den personalemæssige situation på afdelingen ser bedre ud nu end den har gjort gennem mange år. Søgningen til afdelingen er blevet bedre, specielt med hensyn til sygeplejersker. For 4 år siden var der mellem 3 og 5 sygeplejersker ansat på afdelingen, hvor der i dag er ansat 12 sygeplejersker foruden 4 ansvarshavende aften- natsygeplejersker, der kun har Sikringsafdelingen som arbejdsområde. Sidstnævnte funktion blev indført pr. 1.1.2009 for at sikre den sygeplejefaglige tilstedeværelse i afdelingen døgnet rundt i forbindelse med dels at patienterne er blevet dårligere, såvel på det psykiske som på det somatiske plan, men også fordi man har fået flere ikke-sundhedsfaglige medarbejdere i plejegruppen.

De iværksatte tiltag med kompetenceudvikling samt mulighed for store tillæg i forbindelse med opnåede kompetencer samt udførelse af funktioner har ligeledes givet en større søgning til social- og sundhedsassistentstillingerne i afsnittet.”

Jeg har noteret mig det oplyste.

Af artikler fra Holbæk Amts Venstreblad fra slutningen af 2007 fremgik det bl.a. at Region Sjælland ikke havde annonceret efter personale til Sikringsafdelingen på jobcentrets portal fordi tidligere erfaringer havde vist at jobcentrene ikke kunne skaffe de folk som Sikringsafdelingen skulle bruge. Jeg bad om at få uddybet disse erfaringer.

Psykiatrien har oplyst at der har været annonceret efter sundhedsfagligt og pædagogfagligt personale igennem flere år, hvor der kun har været ganske få ansøgere til stillingerne. Ved en rundspørge til jobcentrene har der heller ikke vist sig egnede kandidater til stillingerne.

Jeg har noteret mig det oplyste. På baggrund af det oplyste om den forbedrede personalemæssige situation på Sikringsafdelingen foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold.

Spørgsmålet om sygefravær blandt medarbejderne på Sikringsafdelingen blev ikke berørt under inspektionen, og jeg bad derfor i rapporten Sikringsafdelingen om at oplyse nærmere herom.

Jeg bad endvidere om at få oplyst om der findes en sygefraværspolitik der følger op på sygdomsforløb, herunder ved afholdelse af sygefraværssamtaler.

Psykiatrien har oplyst at afdelingens lokale MED-udvalg på hvert møde, der sædvanligvis finder sted én gang om måneden, men i hvert fald seks gange årligt, behandler sygefraværet i afdelingen. Udvalget ser på og diskuterer udviklingen og mulige initiativer med henblik på at nedbringe sygefraværet. Det har på denne måde været muligt at påvirke sygefraværet i positiv retning.

Psykiatrien har desuden oplyst at der foreligger en sygefraværspolitik både for afdelingen og for Psykiatrien i Region Sjælland. Psykiatrien har vedlagt en kopi af afdelingens sygefraværspolitik hvori det bl.a. er anført at der skal afholdes sygefraværssamtaler.

Afdelingens politik er fra november 2003, er revideret i november 2004, og skulle ifølge politikken revideres igen i 2006. Politikken er en del af den personalepolitik der var gældende for psykiatrien i det tidligere Vestsjællands Amt.

Jeg har noteret mig at der foreligger en sygefraværspolitik for både Psykiatrien og afdelingen, og ud fra det oplyste må jeg forstå at afdelingens politik ikke er revideret siden 2004. Jeg beder om at få oplyst om der er aktuelle planer om at revidere politiken (i lyset af Psykiatriens politik).

Det fremgår bl.a. af afdelingens politik at det ved den første sygefraværssamtale ved korttidssygdom vil være væsentligt at få afdækket "hvad der har været årsagen til sygefraværperioderne, herunder om der er faktorer i arbejdsmiljøet, der har indflydelse på sygefraværet". Hvis der på grund af fortsat hyppige sygefraværperioder indkaldes til en ny samtale, skal "sygefraværets karakter" afklares med henblik på at vurdere om det er samme sygdom. Ved første sygefraværssamtale ved langtidssygdom skal det også afklares "hvad fraværet skyldes".

Jeg går ud fra at Sikringsafdelingen er bekendt med lov nr. 286 af 24. april 1996 om brug af helbredsmæssige oplysninger på arbejdsmarkedet mv. der bl.a. regulerer arbejdsgiverens mulighed for (i forbindelse med ansættelsen eller) under ansættelsen at stille spørgsmål om en lønmodtagers helbred, jf. lovens § 2. Med hensyn til en arbejdsgivers adgang til helbredsoplysninger under ansættelsen henviser jeg i den forbindelse til beskæftigelsesministerens svar af 2. september 2004 på spørgsmål nr. S 5110 hvor følgende er anført:

“En arbejdsgiver kan under ansættelsen alene anmode om helbredsoplysninger med det formål at få belyst om lønmodtageren lider af en sygdom, der har væsentlig betydning for arbejdsdygtigheden. En sygdom i udbrud har selvsagt konkret betydning for arbejdsdygtigheden. Det giver imidlertid ikke arbejdsgiver adgang til at spørge om sygdommens navn, diagnosen, mens arbejdsgiver selvsagt kan spørge til udsigterne til at arbejdet kan genoptages, prognosen.

Loven indeholder omvendt ikke noget forbud mod, at lønmodtageren af sig selv oplyser en diagnose, og der er heller ikke noget til hinder for, at arbejdsgiver eller en tredjemand, der handler på vegne af arbejdsgiver, efterfølgende gør brug af en sådan oplysning, fx ved at iværksætte foranstaltninger på arbejdspladsen, som kan nedbringe sygefraværet. Endvidere vil en generel opfordring til åbenhed omkring årsager til sygefravær, eksempelvis i en sygefraværspolitik for den pågældende arbejdsplads, utvivlsomt kunne fremsættes uden at § 2, stk. 1 overtrædes derved.”

Jeg går som nævnt ud fra at Sikringsafdelingen er opmærksom på de regler der gælder efter lov nr. 286 af 24. april 1996 om brug af helbredsoplysninger, og jeg går således også ud fra at disse regler overholdes ved sygefraværssamtalerne. Jeg anbefaler at det ved (en eventuel) revision af politikken tydeliggøres at medarbejderne ikke har pligt til at oplyse om sygdommens karakter (diagnosen), men alene om de funktionsbegrænsninger som sygdommen medfører i forhold til arbejdet.

Jeg går endvidere ud fra at Sikringsafdelingen er bekendt med at der den 5. oktober 2009 (som led i forliget om nedbringelse af sygefraværet) trådte nye regler om lægeerklæringer i kraft, og at Sikringsafdelingen som følge heraf vil revidere det anførte i politikken om indhentelse af sådanne erklæringer. Efter de nye regler er den lægeerklæring der hidtil har været anvendt, erstattet af en såkaldt mulighedserklæring. Nærmere information om det findes på Beskæftigelsesministeriets og Arbejdsmarkedsstyrelsens hjemmesider.

Jeg beder Sikringsafdelingen om at oplyse hvordan sygefraværet var i henholdsvis 2008 og 2009.

Ad punkt 5.24. Vold mod personalet

Jeg bad om at få nærmere oplysninger om et besøg som Arbejdstilsynet ville aflægge den 9. april 2008 på grund af en stigning i antallet af arbejdsskader, og hvad besøget måtte have givet anledning til.

Psykiatrien har i den anledning oplyst følgende:

”Arbejdstilsynet har foretaget en undersøgelse på Sikringsafdelingen. Den handlingsplan, som Sikringsafdelingen har iværksat med kompetenceudvikling på det sikkerhedsmæssige felt er nu godt i gang. Arbejdstilsynet var godt tilfreds med dette arbejde, men påpegede behovet for regelmæssig supervision, som nu er iværksat. Afdelingen skal rapportere til Arbejdstilsynet inden d. 1.10.2009 omkring de igangsatte initiativer. Umiddelbart har Arbejdstilsynet ikke fundet anledning til at komme med øvrige henstillinger eller påbud.”

Jeg har noteret mig det oplyste og beder om kopi af opfølgningen til Arbejdstilsynet og Arbejdstilsynets svar herpå samt af tilsynets tidligere brev til Sikringsafdelingen.

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

Jeg henviste i øvrigt til min tidligere anmodning til Sikringsafdelingen om at modtage kopi af instrukser som jeg gik ud fra også omfattede instrukser om håndtering af vold mv. Medmindre det fremgik heraf, bad jeg om at få oplyst i hvilke tilfælde der indgives politianmeldelse, og hvem der i givet fald træffer en sådan beslutning.

Psykiatrien har oplyst at Sikringsafdelingen har udarbejdet instrukser om håndtering af vold og om procedure for politianmeldelse. Psykiatrien har vedlagt kopi af disse instrukser.

Det fremgår bl.a. af instruksen om ”politik for anmeldelse til politiet af voldsepisoder i retspsykiatrisk afdeling” at vold eller overgreb over for en medarbejder altid hurtigst muligt skal drøftes i sikkerhedsudvalget, bl.a. med henblik på eventuel politianmeldelse. Hvis volden er udøvet af en ikke-psykotisk patient, vil der normalt være grundlag for politianmeldelse, mens det kræver flere overvejelser hvis der er tale om en psykotisk patient.

Psykiatrien har videre oplyst at det – hvis afdelingen finder grundlag for at indgive politianmeldelse i henhold til retningslinjen – er overlægen ved Sikringsafdelingen der kontakter politiet og står som anmelder.

Jeg har noteret mig det oplyste og indholdet af de vedlagte instrukser.

Jeg beder Psykiatrien om at oplyse om der er planer om at udarbejde en generel voldspolitik.

Jeg bad endvidere Sikringsafdelingen om at oplyse i hvilket omfang der er sket politianmeldelse i forbindelse med vold og trusler i 2007.

Psykiatrien har oplyst at det sædvanligvis sker et par gange om året at ledelsen ved Sikringsafdelingen indgiver politianmeldelse i forbindelse med voldelige overgreb fra patienter mod personale.

Selv om jeg ikke har fået oplyst det præcise tal for de anmeldelser der er indgivet i 2007, foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold. Jeg går i den forbindelse ud fra at antallet af anmeldelser i 2007 ikke har adskilt sig fra andre år.

Ad punkt 5.25. Selvmordsforsøg mv.

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 bad om at få oplyst om der var udarbejdet nye instrukser og i givet fald om en kopi heraf.

Psykiatrien har oplyst at der ikke udarbejdet nye instrukser om selvmordsforsøg mv.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.26. Patienternes økonomiske forhold

Jeg gengav oplysninger fra inspektionen i 2000 og bad Sikringsafdelingen om at oplyse om der siden da var sket nogen ændringer på dette område.

Jeg nævnte også at det af den generelle information om Sikringsafdelingen fremgår at det ofte kræver et stort udredningsarbejde af socialrådgiverne for at de mange patienter med anden etnisk baggrund end dansk kan få de daglige fornødenheder dækket.

Psykiatrien har oplyst at der sædvanligvis ikke er nogle problemer i forbindelse med patienternes økonomiske situation, og at der ikke er større problemer for patienter

med anden etnisk baggrund end dansk end for danske patienter. Psykiatrien har desuden oplyst at Sikringsafdelingen ikke har haft asylansøgere indlagt siden min inspektion i 2000.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

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

Psykiatrien har oplyst at alle tvangsprotokoller indberettes elektronisk til Sundhedsstyrelsen. Baggrunden for tvangsindgrebet og omstændighederne ved tvangen dokumenteres i journalen, men der gøres ikke notat i journalen om at tvangsprotokollen er indberettet elektronisk. Det skyldes at det anses som overflødigt da det sker for alle tvangsprotokoller.

Psykiatrien har videre oplyst at der i visse tilfælde ikke har ligget en papirkopi af tvangsprotokollen i patientens journal. Hos visse af patienterne som der måske anvendes tvang over for flere gange dagligt, blev tvangsprotokollen meget hurtigt temmelig umfangrig, og det var ikke muligt via SEI kun at udskrive de sidst tilkomne sider, men kun hele protokollen. Derfor blev der i nogle tilfælde kun udskrevet en ny protokol med måneders mellemrum.

Psykiatrien har endelig oplyst at afdelingen i andre tilfælde har henholdt sig til Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller og har citeret følgende afsnit heri (som jeg også gengav i rapporten): "Tvangsprotokollen kan foreligge elektronisk, idet indberetningsprogrammets oversigt kan udgøre afdelingens tvangsprotokol. I en elektronisk patientjournal skal der ligge notat om at oplysninger er tilført den elektroniske tvangsprotokol i (Sundhedsstyrelsens elektroniske indberetningssystem) SEI og kan læses heri".

Af Psykiatriens svar på mit spørgsmål under pkt. 5.4 fremgår det at patientjournaler findes både i papirform og elektronisk. Jeg forstår det sådan at der findes både en papirbaseret og en elektronisk journal for alle patienter og ikke enten en papirbaseret eller en elektronisk journal.

Jeg har noteret mig Psykiatriens oplysning om at baggrunden for tvangsindgrebet og omstændighederne ved tvangen dokumenteres i journalen. Da jeg som nævnt lægger til grund at der foreligger en elektroniske journal for alle patienterne, har jeg samtidig noteret mig at der i alle tilfælde gøres notat i journalen (herunder den elektroniske) om anvendelsen af tvang.

Hvis tvangsprotokollen findes elektronisk som det er tilfældet på Sikringsafdelingen, skal der (som anført i citatet) ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller ligge et notat i den elektroniske patientjournal om at oplysningerne om tvang er tilført den elektroniske tvangsprotokol og kan læses heri. Når der er anvendt tvang og oplysning herom er tilført den elektroniske tvangsprotokol, skal der således gøres notat i den elektroniske patientjournal om at disse oplysninger er tilført tvangsprotokollen. Der er ikke krav om at notatet skal angive at tvangsprotokollen (skemaet) er indberettet til Sundhedsstyrelsen, men kun at oplysningerne om anvendelse af tvang er tilført den elektroniske tvangsprotokol og kan læses heri. Når oplysningerne om anvendelse af tvang fremgår af den elektroniske tvangsprotokol, er det også tilstrækkeligt at der i den elektroniske patientjournal gøres notat om at oplysningerne om tvang er tilført den elektroniske tvangsprotokol og kan læses heri. Der behøver med andre ord ikke at være nærmere oplysninger om tvangen også i journalen.

Jeg har noteret mig at Sikringsafdelingen i "andre tilfælde", det vil sige i nogle tilfælde, har fulgt den fremgangsmåde der fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning. Jeg ud fra at Sikringsafdelingen fremover vil følge denne fremgangsmåde i alle tilfælde.

Til det som Psykiatrien har anført om at der i visse tilfælde ikke har ligget en papirkopi af tvangsprotokollen i patientens journal, bemærker jeg at jeg læser Sundhedsstyrelsens vejledning sådan at der kun behøver at være et papirbaseret eksemplar af de udfyldte skemaer i en papirbaseret journal hvis der ikke anvendes elektronisk journal. Da jeg som nævnt lægger til grund at der for alle patienterne på Sikringsafdelingen findes (både en papirbaseret og) en elektronisk journal, har jeg ingen bemærkninger til at der ikke (i alle tilfælde) er et eksemplar af alle skemaerne i patientens papirbaserede journal.

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 derfor var fundet frem på anden vis. På udskrevne oversigter over anvendelse af bælte og remme i konkrete tilfælde var det med håndskrift også noteret at der var fejl. På oversigterne figurerede også fikseringer som

der ikke var vedlagt skemaer om, selv om der er tale om anvendelse af tvang i samme periode som de skemaer som jeg modtog, drejede sig om.

Jeg bad Sikringsafdelingen om at uddybe de nævnte fejl, herunder for så vidt angår det forhold at der figurerede tvangsfikseringer der ikke var udleveret skemaer om. Jeg vedlagde en kopi af oversigterne.

Psykiatrien har hertil anført følgende:

”Det er ikke ganske klart for Retspsykiatrisk afdeling, hvilke fejl der hentydes til i de anførte oversigter. Dette beror til dels på manglende viden om, hvilke protokoller der er udleveret til Ombudsmanden, og en detaljeret sammenligning har derfor ikke været mulig. Hertil kommer, at det elektroniske system på det omhandlede tidspunkt var relativt nyt, hvorfor registreringspraksis endnu ikke var kørt ind i en sikker gænge.

Det kan i øvrigt oplyses, at der er regulære uoverensstemmelser mellem afdelingens manuelle optællinger, og dem som fremgår af de nævnte oversigter fra SEI's statistikmodul. At der figurerer tvangsfikseringer, der ikke er udleveret skemaer om, kan skyldes ovennævnte forhold, men i og med at der foreligger en registrering på oversigten findes der også et skema (i elektronisk udgave). Endvidere kan der være nogle tidsmæssige faseforskydelser, således at nogle af tvangsindgrebene er påbegyndt inden de perioder som oversigterne dækker.”

Min anmodning om uddybning af fejlene sigtede (kun) til oplysning om hvad påførslen ”fejl” på de to oversigter sigtede til.

For så vidt angår det forhold at der på oversigterne figurerer tvangsfikseringer som der ikke var udleveret skemaer om, beklager jeg at jeg ikke præciserede hvilke tvangsfikseringer det drejede sig om. Jeg vedlægger nye kopier af oversigterne hvorpå jeg med et flueben har markeret de tvangsfikseringer som jeg har modtaget skemaer om. Som jeg også har anført på oversigterne, ligger nogle af de tvangsfikseringer der figurerer på oversigterne, uden for den periode som min anmodning om tilførsler til tvangsprotokollen omfattede (1. januar 2007 til 19. december 2007, dog kun de seneste 10 tilførsler hvis der var flere end 10 i perioden).

Det må, som det også er anført af Psykiatrien, lægges til grund at der foreligger skemaer om alle de registreringer der fremgår af oversigten, og jeg ønskede derfor med mit spørgsmål om dette forhold at få afklaret hvorfor jeg ikke havde modtaget skemaer om alle de tvangsforanstaltninger der fremgik af oversigten, og som (vel at mærke) var omfattet af min anmodning. Som det fremgår af oversigten over bæltefikseringer, modtog jeg skemaer om anvendelse af bælte den 6. juni 2007 og 4. september 2009 (over for den samme patient), men ikke et skema om en mellemliggende anvendelse af bælte den 20. juli 2007 (over for en anden patient). For så vidt angår anvendelse af remme modtog jeg skemaer om anvendelse af remme den 6. juni 2007 og 4. september 2009 (over for samme patient som også er den samme som bæltefikseringerne de samme to dage angik), men ikke et skema om mellemliggende anvendelser af remme den 20. og 24. juli 2007 (over for en anden patient som er den samme patient som anvendelsen af bælte den 20. juli 2007 angik).

De skemaer som jeg modtog og gennemgik i rapporten, omfattede som nævnt i rapporten i alt 151 tvangsfikseringer over for i alt 9 patienter i perioden 5. januar 2007 til 23. januar 2008. Foruden de nævnte tvangsfikseringer den 20. og 24. juli 2007 figurerer der også på oversigterne andre tvangsfikseringer inden for samme periode som der ikke var skemaer om blandt det materiale som jeg modtog. Disse tvangsfikseringer er alle – på nær én – sket over for samme patient som tvangsfikseringerne den 20. og 24. juli 2007 angik. På den ene oversigt er der en markering (##) under "ud" som jeg umiddelbart er gået ud fra betyder at den pågældende var udkrevet, og at det kunne være baggrunden for at jeg ikke havde modtaget skemaer om denne person.

8 af de 151 tvangsfikseringer der er omfattet af de skemaer som jeg har gennemgået, er med i de 2 oversigter, og disse 8 tvangsfikseringer omfatter 2 patienter. Det drejer sig om 4 fikseringer med bælte og 3 fikseringer med remme over for den ene af disse patienter og 1 fiksering med bælte over for den anden patient.

Jeg har således også modtaget skemaer med registrering af anvendte tvangsfikseringer der ikke fremgår af de 2 oversigter, men ligger inden for samme periode som de fikseringer der er nævnt i oversigterne.

Med andre ord er der således oplysning om tvangsfikseringer på de 2 oversigter som ikke er blandt det materiale som jeg modtog, selv om de ligger inden for samme periode, og de fleste af de tvangsfikseringer som jeg har modtaget skemaer om, er ikke med i oversigterne.

Jeg beder om Psykiatriens bemærkninger til det jeg har anført.

Ad punkt 6.1. Tvangsbehandling

I 5 tilfælde var injektion angivet som alternativ/subsidiær behandling i forhold til tabletter/kapsler/dråber, og i 4 tilfælde var kun injektion angivet, heraf i 3 tilfælde som depotmedicin.

Jeg gengav oplysninger fra rapporten om min inspektion af Sct. Hans Hospital og opfølgning herpå. Jeg tilkendegav at jeg gik ud fra at Sikringsafdelingen ved medicinering efterlever princippet om mindste middel som det er beskrevet i det gengivne.

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

Psykiatrien har hertil anført følgende:

”Vedr. det rent sproglige har Retspsykiatrisk afdeling valgt fremover at erstatte ordet alternativ med subsidiært, idet man mener at ordet subsidiært netop dækker meningen: At alternativ 2 træder i kraft hvis alternativ ikke kan gennemføres.

Patientklagenævnet har i 2 tilfælde indenfor de sidste par år godkendt tvangsbehandling med depotinjektion fordi det tidligere havde været umuligt at komme igennem med tvangsbehandling med peroral behandling eller jævnlige injektionsbehandlinger.

I forbindelse med at Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har behandlet patientens anke over beslutningen om tvangsbehandling med depot og idet Sundhedsvæsenets Patientklagenævn har givet patienten medhold i, at der ikke bør anvendes depotbehandling, har patienten nægtet at modtage medicinen, hvorefter det ikke er muligt at behandle patienten.

I det første tilfælde er patienten klart blevet dårligere og en indstilling til ophævelse af anbringelsesdommen har måttet trækkes tilbage, fordi patienten ikke lænere var i en tilstand, efter ophør med medicinen, hvor overlægen skønnede det forsvarligt at ophæve foranstaltningen. Sikringsafdelingen har således store pro-

blemer med at behandle de patienter, der ikke kan acceptere behovet for at tage den fornødne medicinske behandling. Det er et problem for Sikringsafdelingen, når det ikke er muligt at give den fornødne medicin regelmæssigt, hvilket er tilfældet når patienten nægter at modtage den.

Det er kun ganske få typer medicin der kan gives som injektion, idet de fleste antipsykotiske præparaters injektionsformuleringer er udgået. Det er derfor ikke længere muligt at behandle patienter med frit antipsykotisk injektionspræparat (daglige injektioner), hvorimod der stadig forefindes depotformuleringer.”

Jeg har noteret mig at afdelingen fremover har valgt at skrive subsidær i stedet for alternativ og er enig i at denne formulering er bedre.

Min anmodning drejede sig om udarbejdelse af 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 at få oplyst om Sikringsafdelingen har overvejet at udfærdige sådanne retningslinjer så det sikres at der i alle tilfælde anføres subsidær i stedet for alternativ.

I alle skemaerne er enten navnet eller initialer på den tilstedeværende læge og datoer for behandlingen angivet. Jeg nævnte i den forbindelse at jeg gik ud fra at lægens initialer er tilstrækkelige til at Sikringsafdelingen entydigt kan fastslå hvem der har ordineret tvangsforanstaltningen.

Psykiatrien har oplyst at den ordinerende læge altid er nævnt med fulde navn på tvangsprotokolskema 2, mens tilstedeværende læge af hensyn til en mere smidig arbejdsgang oftest blot nævnes med initialer som altid efterfølgende vil kunne identificeres.

Jeg har noteret mig det oplyste og beklager at jeg ved en fejl har sammenblandet tilstedeværende og ordinerende læge. Der skulle have stået at jeg gik ud fra at lægens initialer er tilstrækkelige til at afdelingen entydigt kan fastslå hvem den tilstedeværende læge var.

I ét tilfælde hvor ophørstidspunktet ikke fremgik, var der på det pågældende tidspunkt tale om injektionsbehandling hver 14. dag, og sidste behandling var noteret til den 8.

januar 2008. Da der kun var gået 16 dage fra sidste behandling indtil jeg modtog udskriften, gik jeg ud fra at det manglende notat om ophørstidspunkt kunne skyldes at behandlingen ikke var ophørt da jeg modtog denne udskrift. Jeg bad om oplysning om hvorvidt det forholdt sig sådan.

Psykiatrien har bekræftet min antagelse og anført at det nu af skemaet fremgår at næste injektionsbehandling var den 22. januar 2008. Psykiatrien har, som det fremgår nedenfor, vedlagt et nyt skema om denne beslutning hvorpå der er påført behandlinger efter den 8. januar 2008.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Et andet af 2 skemaer om denne patient hvor ophørstidspunktet ikke fremgik, drejede sig om en tvangsbehandling der blev iværksat den 1. oktober 2007. Sidste behandling (efter dette skema) var noteret til den 27. november 2007. Behandlingen bestod i kapsler eller alternativt (subsidiært) injektion to gange dagligt. Patienten blev tvangsbehandlet efter det andet skema (og med en anden begrundelse) efter den 27. november 2007, nemlig henholdsvis den 25. december 2007 og 8. januar 2008 (og den 11. december 2007, jf. Psykiatriens oplysninger nedenfor).

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

Psykiatrien har oplyst at den anførte behandling ophørte den 10. marts 2008.

Jeg har noteret mig det oplyste og henviser for så vidt angår øvrige behandlinger til det der er oplyst af Psykiatrien nedenfor og mine spørgsmål hertil.

Jeg bad desuden om oplysning om hvornår behandlingerne i 3 andre nærmere angivne tilfælde ophørte. Det drejede sig om behandlinger der blev iværksat henholdsvis den 7. marts 2007, 4. september 2007 og 30. oktober 2007, og hvor sidste notat om behandling var henholdsvis den 6. december 2007, 13. september 2007 og 10. december 2007.

Psykiatrien har oplyst at de anførte behandlinger ophørte henholdsvis den 22. januar 2008, 18. februar 2008 og 22. januar 2008.

Jeg har noteret mig det oplyste, men beder om at få oplyst om det forhold at der ikke er notat om tvangsbehandlinger i disse 3 tilfælde i tiden mellem henholdsvis den 6. december 2007, 13. september 2007 og 10. december 2007 og henholdsvis den 22. januar 2008 for det førstnævnte og sidstnævnte tilfælde og den 24. januar 2008 (hvor udskrifterne blev udleveret til mig), for det andet tilfælde skyldes at der ikke var nogen tvangsbehandlinger i denne periode, eller at der ikke er gjort notat om det. Hvis der ikke var flere tvangsbehandlinger, beder jeg om at få oplyst hvorfor behandlingen ikke ophørte tidligere end på de angivne tidspunkter.

Jeg gengav oplysninger fra notater om behandling af en patient der tegnede sig for 6 af de 10 skemaer, og hvoraf det blandt andet fremgik at der ikke var noget notat om behandlinger i perioden fra den 24. maj 2007 til den 15. august 2007. Jeg bad om at få oplyst om der havde været flere behandlinger end dem der er gjort notat om.

Psykiatrien har oplyst at der ikke har været flere behandlinger i relation til tvangsprotokol skema 2.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Vedrørende samme patient bad jeg om at få oplyst om der ingen tvangsbehandling var efter det skema hvorefter der blev truffet beslutning om tvangsbehandling den 1. oktober 2007, i de perioder der lå mellem denne dag og den 1. november 2007, mellem den 1. november 2007 og den 27. november 2007 og efter denne dag.

Psykiatrien har oplyst at patienten "i den pågældende periode" fik Zeldox kapsler i henhold til tvangsprotokollen og har vedlagt en (ny) udskrift af tvangsprotokollen om den beslutning der blev truffet den 1. oktober 2007 (hvor ophørstidspunktet den 10. marts 2008 er påført). Psykiatrien har videre oplyst at der ikke var en læge til stede ved behandlingen da patienten udtrykkeligt frabad sig det. Det virkede stærkt provokerende på patienten hvis afdelingens læger trodsede hans ønske, og det kunne resultere i at patienten enten slet ikke fik medicinen, eller at han blev så korporlig at andre tvangsindgreb blev nødvendige. Efterfølgende har man drøftet i afdelingen hvordan indgrebene skulle registreres af hensyn til korrekt statistik.

Jeg har noteret mig det oplyste, og at det forhold at der ikke er notat om flere tvangsbehandlinger på skemaet frem til udleveringen af udskriften af skemaet den 24. januar 2008 til mig, skyldes at patienten frabad sig at der var en læge til stede. Jeg beder

Sikringsafdelingen om at oplyse hvordan (det kunne sikres at) behandlingen blev gennemført i overensstemmelse med beslutningen herom når der ikke var en læge til stede, og om underretning om resultatet af de nævnte overvejelser om registrering.

Jeg bad også om at få oplyst om der ingen tvangsbehandling var af samme patient i perioden mellem den 27. november 2007 og 25. december 2007 efter et andet skema hvorefter der blev truffet beslutning om tvangsbehandling den 19. september 2007.

Psykiatrien har oplyst at patienten fik depotinjektion den 11. december 2007, men at det var blevet fejlnoteret på et forkert skema og efterfølgende er føjet på det korrekte. Psykiatrien har vedlagt en ny udskrift af skemaet om denne behandling (der blev iværksat den 19. september 2007), hvorpå der nu er notat om dels behandlingen den 11. december 2007 og dels behandlinger efter den 8. januar 2008 hvor sidste notat på det skema som jeg havde modtaget, var fra.

Jeg har noteret mig at der var en mellemliggende behandling den 11. december 2007 der nu er påført skemaet sammen med behandlinger efter den 8. januar 2008. Jeg har endvidere noteret mig det oplyste om årsagen til at behandlingen den 11. december 2007 ikke var tilført det skema som jeg fik udleveret.

I et af tilfældene om en af de andre patienter der drejer sig om en behandling der blev iværksat den 7. marts 2007, var der ingen notater om tvangsbehandling mellem den 31. maj 2007 og den 4. oktober 2007, men herefter er der notater om behandlinger den 4. og den 25. oktober 2007 samt den 6. december 2007.

Jeg bad om at få oplyst om der havde været flere behandlinger end dem der er gjort notat om, frem til ophørstidspunktet som jeg ovenfor havde anmodet om at få oplyst.

Psykiatrien har oplyst at den pågældende patient fra den 31. maj 2007 og frem til den 28. august 2007 fortsat fik depotmedicin hver anden uge i henhold til tvangsprotokol-len og derefter hver 3. uge, i alt 7 gange frem til den 4. oktober 2007. Psykiatrien har videre oplyst at der ikke var en læge til stede i perioder, og at baggrunden for det er den samme som ved den anden patient der er nævnt ovenfor. Som nævnt ovenfor ophørte behandlingen den 22. januar 2008.

Jeg har noteret mig det oplyste. Selv om det ikke er oplyst om der var behandlinger fra den 25. oktober 2007 til ophørstidspunktet den 22. januar 2008 ud over den registrerede behandling den 6. december 2007, foretager jeg mig ikke mere om dette forhold.

Ad punkt 6.2. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

Et af de skemaer som jeg modtog, omfattede løbende tvangsfikseringer over for samme patient i hele 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. At jeg skrev 48 eller 49 gange skyldes at det var uklart for mig om en samtidig anvendelse af bælte og remme den 29. december 2007 skulle 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 af det samlede antal tvangsfikseringer og fordelingen heraf, lagde jeg til grund at der var tale om en kombineret anvendelse af bælte og remme, men jeg bad dog Sikringsafdelingen om at oplyse hvad der var tale om.

Psykiatrien har oplyst at der er tale om en fejlagtig dobbeltnotering af brug af remme, og at den registrerede brug af remme den 29. december 2007 efterfølgende er slettet. Psykiatrien har vedlagt en ny udskrift.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Et af de skemaer som jeg gennemgik, vedrørte en patient hvis behandlingsplan jeg også havde modtaget. Den pågældende var tvangsfikseret stort set hver dag og flere gange om dagen og havde været det siden han kom til Sikringsafdelingen. Jeg modtog skemaer for både 2007 og 2008 om denne patient, men det var kun skemaet for 2008 der indgik i min gennemgang. Det fremgik af behandlingsplanen (januar 2008) at den pågældende var iført remme når han ikke var i bælte, og jeg bad om oplysning om hvorfor dette ikke fremgik af tilførlserne til tvangsprotokollen vedrørende patienten. Jeg nævnte i den forbindelse at det under inspektionen var blevet oplyst at Sikringsafdelingen kun registrerede bæltefiksering én gang i døgnet i stedet for hver enkelt fiksering, jf. pkt. 5.11.

Psykiatrien har oplyst at patienten har været pålagt remme fra den 27. september 2007 og til efter mit besøg, og at indgrebet derfor ikke figurerer i tvangsprotokollen fra

januar 2008. Psykiatrien har vedlagt udskrift af en side fra skemaet for 2007 hvoraf det fremgår at remme ophørte den 26. november 2008.

Psykiatrien har videre oplyst at det må skyldes en fejl at jeg er oplyst om at bæltefikseringer flere gange i samme døgn er blevet registreret som én fiksering. Psykiatrien har henvist til protokollen for januar 2008 hvori det kan ses adskillige gange at patienten har været fikseret flere gange dagligt.

Jeg har noteret mig det oplyste og beklager hvis jeg har misforstået de oplysninger der blev givet om registrering af fikseringer af denne patient under inspektionen. Som jeg også skrev i parentes i forlængelse af min gengivelse af samme oplysninger under pkt. 5.11 i rapporten, var jeg opmærksom på at der faktisk i skemaerne for 2007 og (januar) 2008 nogle dage var mere end én registrering.

Der havde været anvendt remme uden samtidig anvendelse af bælte, enten sådan at der alene var truffet beslutning om anvendelse af remme, eller sådan at anvendelse af remme havde været fortsat efter at anvendelsen af bælte var ophørt.

Jeg gik ud fra at der i 2 tilfælde var tale om fiksering af oppegående patienter, og at fiksering af oppegående patienter (således) var registreret som en fiksering udelukkende med remme. Jeg bad Sikringsafdelingen om at oplyse om det var korrekt forstået.

Psykiatrien har oplyst at det er korrekt forstået.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Hvis nogle af de øvrige anvendelser af remme uden samtidig anvendelse af bælte ikke omfattede oppegående patienter, bad jeg Sikringsafdelingen om en udtalelse om hvorvidt disse tvangsfikseringer havde været i overensstemmelse med psykiatrilovens regler.

Psykiatrien har oplyst at brug af remme kun er sket til oppegående patienter og ikke i forbindelse med fiksering til seng hvor der altid også bliver brugt mavebælte.

Jeg har noteret mig det oplyste.

2 af skemaerne indeholdt ikke ved en eneste af de mange bæltefikseringer der skete i disse tilfælde, oplysning om det implicerede personale. Jeg bad om at få oplyst hvorfor der ikke var angivet impliceret personale ved en eneste af de bæltefikseringer der var angivet på disse skemaer.

Sikringsafdelingen har beklaget at der ikke er angivet navne på personalet i de anførte tvangsprotokoller, og har oplyst at der er rettet op på det. I tilslutning hertil er anført følgende:

”Begrundelsen for, at der ikke er anført hvilke personaler, der har deltaget i tvangsfikseringerne, er formentlig at det desværre var blevet rutinemæssigt at pågældende patient blev fikseret i forbindelse med behandlingsaktiviteterne. Beslutningen om bæltefikseringen blev taget af afdelingens overlæge af behandlingsmæssige grunde.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er tidligere gjort opmærksom på denne praksis, og Psykiatrien har i denne forbindelse anmodet ministeriet om at overveje mulighederne for en ændring af loven, således at der tages hensyn til Sikringsafdelingens helt særlige patientgruppe.

I alle andre situationer, hvor plejepersonalet finder grundlag for tvangsfiksering med bælte tilkaldes den vagthavende læge, der kommer tilstede hurtigst muligt for at vurdere om der er grundlag for tvangsindgreb eller andet.

På Sikringsafdelingen er det desværre ofte meget hastende, idet patienterne, når de bliver dårlige og har behov for fiksering, har behov for at dette sker hurtigt.”

Jeg har noteret mig det oplyste og Sikringsafdelingens beklagelse.

Det fremgår af psykiatrilovens § 15, stk. 3, 2. punktum, at lægen i de tilfælde hvor plejepersonalet har besluttet at fikse en patient med bælte, straks skal tilkaldes og træffe afgørelse om anvendelsen af tvangsfiksering med bælte. Jeg bad Sikringsafdelingen om at redegøre for sygehusets praksis med hensyn til at tilkalde læge i forbindelse med tvangsfiksering med bælte, herunder hvor lang tid det efter ledelsens opfattelse er acceptabelt og forsvarligt at der går fra tvangsindgrebets påbegyndelse og til lægen kommer til stede.

Psykiatrien har oplyst at den vagthavende læge sædvanligvis kommer til stede inden for få timer og ofte inden for 1 time.

Som nævnt fremgår det af psykiatrilovens § 15, stk. 3, 2. punkt at lægen i de tilfælde hvor plejepersonalet har besluttet at fiksere en patient med bælte, "straks" skal tilkaldes og træffe afgørelse om anvendelsen af tvangsfiksering med bælte. Jeg har tidligere (i opfølgingsrapporten om min inspektion den 14. januar 1999 af Psykiatrisk Afdeling på Holstebro Sygehus) udtalt at jeg for så vidt kunne være enig i at det er acceptabelt at der kan gå op til et kvarter inden lægen kommer til stede, men at det forudsætter at der er særlige hindringer for at lægen kan komme tidligere, f.eks. at lægen ved tilkaldet er optaget af en anden helbredsfarlig situation med en anden patient. I opfølgingsrapporten om min senere inspektion den 26. november 2001 af Psykiatrisk Afdeling på Vejle Sygehus har jeg efter oplysning om at der kun var én vagthavende, noteret mig at der undtagelsesvis kunne gå op til 30 minutter før lægen kom.

Efter min opfattelse følger det således af bestemmelsen i § 15, stk. 3, 2. punkt at den læge der (straks) tilkaldes, umiddelbart efter tilkaldet skal begive sig til afsnittet medmindre lægen ved tilkaldet er optaget af en anden situation med en anden patient der må prioriteres højere.

Ved 3 tvangsfikseringer med remme manglede angivelse af ophørstidspunkt. Jeg bad Sikringsafdelingen om at oplyse om det manglende ophørstidspunkt i (alle) disse 3 tilfælde skyldtes at de pågældende på tidspunktet for udleveringen af udskrifterne til mig (den 24. januar 2008) fortsat var iført remme.

Psykiatrien har bekræftet at de pågældende på tidspunktet for udleveringen af udskrifterne til mig stadig var iført remme. Psykiatrien har vedlagt nye udskrifter af tvangsprotokollen for de 3 patienter hvoraf det fremgår hvornår anvendelsen af remme ophørte.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Der skal nu efter psykiatriloven og tvangsbekendtgørelsen 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. Da der ikke i alle tilfælde var sket efterprøvelse mindst fire gange i døgnet, bad jeg Sikringsafdelingen om at oplyse hvordan

det sikres at kravet om efterprøvelse fire gange i – og jævnt fordelt over – døgnet overholdes.

Psykiatrien har oplyst at Sikringsafdelingen har en retningslinje for efterprøvelse af bæltefikseringer fire gange i døgnet, og at kopi heraf er vedlagt. Psykiatrien har videre oplyst at det fremgår af denne retningslinje at afdelingens egne læger skal foretage efterprøvelse to gange i dagtiden, og at de eksterne vagtlæger kan foretage de øvrige efterprøvelser. Afdelingens personale skal kontakte vagtlægerne kl. 17.00 for at advisere om der er en patient der skal tilses to gange i vagten.

Jeg har noteret mig det oplyste, men bemærker at den nævnte retningslinje ikke som anført var vedlagt. Jeg vil sætte pris på at modtage den.

Der skal ske en ekstern efterprøvelse af tvangsfikseringer der udstrækkes i længere tid end 48 timer. I skemaet om 1 af de 6 tvangsfikseringer der varede ud over 48 timer (fra den 5. december 2007 til den 12. december 2007) var det anført at ekstern vurdering ikke havde været mulig. Jeg bad Sikringsafdelingen om at oplyse hvorfor det ikke var muligt.

Psykiatrien har oplyst følgende:

"Det er en fejl, at der ikke har været 48-timers tilsyn ved ekstern læge.

Dette blev først opdaget da indgrebet skulle afsluttes og protokollen skulle færdigregistreres. Det kan ikke teknisk lade sig gøre, uden at der i det elektroniske skema er anført tidspunkt (som skal ligge før afslutningstidspunktet) og navn på ekstern læge (i dette tilfælde 'ingen')."

Jeg har noteret mig at det skyldes en fejl at der ikke var en ekstern vurdering i dette tilfælde, og det oplyste om baggrunden for at der i skemaet er noteret tidspunkt for en sådan vurdering og "ingen" ud for ekstern læge. Da det skyldes en fejl at der ikke var en ekstern vurdering, er det efter min opfattelse misvisende i rubrikken om eventuel uenighed mellem den eksterne læge og den behandlende læge at skrive at ekstern vurdering ikke havde været mulig. Der burde have stået at en sådan vurdering ved en fejl ikke havde fundet sted.

Ad punkt 6.3. Aflåsning af patientstuer

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

Jeg bad endvidere om at få oplyst om årsagen til at der ikke var angivet ophørstidspunkt i 2 andre tilfælde (hvor aflåsningen ikke skete efter et fast skema), også var at aflåsningen ikke var ophørt den 24. januar 2008. Jeg nævnte at det drejede sig om aflåsninger af patientstuer der blev iværksat henholdsvis den 7. og 9. januar 2008.

Psykiatrien har oplyst følgende:

"Af de nævnte protokoller har det ikke været muligt [at] identificere den sidste, iværksat 9. januar 2008. Der er fundet 2 protokoller med døraflåsning efter skema og starttidspunkt 3. januar 2008. Den ene af disse er afsluttet 14. januar 2008. Alle de andre nævnte protokoller er afsluttet efter Ombudsmandens besøg.

At afslutningstidspunktet 14. januar 2008 ikke fremgik af den udleverede protokol kan skyldes flere forhold. Når en protokol oprettes, ændres eller afsluttes, sker det på papir i kladdeform. Selve indtastningen i det elektroniske system, SEI, varetages kun af ganske få personer, hvorfor der af og til kan gå nogle dage inden en udprintet tvangsprotokol bliver ajourført."

Jeg beklager at jeg ved en fejl har omtalt det ene tilfælde som en aflåsning den 9. januar 2008. Der er rettelig tale om en aflåsning den 19. januar 2008. Jeg går ud fra at døraflåsningen enten ikke var afsluttet da jeg fik udleveret skemaerne, eller at ophør heraf endnu ikke var registreret i protokollen, jf. det som Psykiatrien har oplyst om at der kan gå nogle dage før en tvangsprotokol bliver ajourført. Jeg foretager mig herefter ikke mere vedrørende dette tilfælde.

Jeg er i besiddelse af begge de skemaer som Psykiatrien har omtalt om aflåsninger af patientstuer den 3. januar 2008. Af det ene skema fremgår det at aflåsningen ophørte den 14. januar 2008, mens dette felt ikke var udfyldt i det andet tilfælde som er blandt de 6 tilfælde med aflåsning efter et fast skema jeg spurgte til. Jeg har noteret mig at protokollen i sidstnævnte tilfælde først blev afsluttet efter mit besøg.

Opfølgning

Som det fremgår af de enkelte afsnit ovenfor, har jeg nogle steder bedt om nærmere oplysninger mv. om forskellige forhold. Jeg beder om at Sikringsafdelingens 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.

Lenart Frandsen
Inspektionschef