

Indholdsfortegnelse

1.	Indledning	3
2.	Centrets organisation mv.	4
3.	Bygningsmæssige forhold.....	5
3.1	Generelt	5
3.2	Afsnit R1	6
3.3	Afdeling R2.....	10
3.4	Afdeling R4.....	14
3.5	ECT-behandling	18
4.	Samtaler med enkelte patienter	19
5.	Andre forhold	19
5.1	Overbelægning mv.	19
5.2	Adgang til frisk luft.....	21
5.3	Handicaptilgængelighed.....	22
5.4	Navneskilte.....	23
5.5	Opbevaring af journaler	23
5.6	Medicin	24
5.7	Forplejning	24
5.8	Beskæftigelse	25
5.9	Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2	26
5.10	Patienternes kontakt med læge mv.....	26
5.11	Behandlingsplaner.....	27
5.12	Anvendelse af tvang, herunder fiksering	28
5.13	Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling mv.	32
5.14	Aflåsning, herunder skærmning, og forholdene for frivilligt indlagte	34
5.15	Tilkald af politi i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger i afdelingen.....	39
5.16	Udslusning, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner.....	41
5.17	Aktindsigt.....	44
5.18	Pårørendekontakt	45
5.19	Besøg, visitation og adgang til telefonering mv.	47
5.20	Rygepolitik.....	54
5.21	Euforiserende stoffer og alkohol.....	57
5.22	Kæresteforhold mellem patienterne	58
5.23	Patientindflydelse	58
5.24	Rekruttering af personale og sygefravær	59
5.25	Vold mod personalet	62

6.	Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen	63
6.1	Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse	67
6.2	Tvangsbehandling	70
6.3	Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt	76
6.4	Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning	82
6.5	Personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse	82
	Opfølgning	83
	Underretning	83

1. Indledning

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

Som et led i denne inspektionsvirksomhed foretog jeg og tre af embedets øvrige medarbejdere den 16. januar 2007 inspektion af Psykiatricenter Vest Ribe.

Inspektionen omfattede en indledende samtale med ledelsen og medarbejderrepræsentanter, rundgang på centrets afsnit, samtaler med de patienter der havde ønsket det, og en afsluttende samtale med ledelsen.

Psykiatricenter Vest Ribe var under inspektionen repræsenteret af konstitueret ledende overlæge Anne Marie Hvidt, ledende oversygeplejerske John Verver, overlæge Niels Ljungberg, overlæge Joan Johansen, 1. reservelæge Berit Nielsen, afdelingssygeplejerske Jane Leth Larsen, afdelingssygeplejerske Sonja Smidt, souschef Charlotte Madsen, sygeplejerske Birte Rann, plejerassistent Poul Henning Feddersen, overassistent Jette Green Sørensen og psykolog Lene Fabricius.

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

ger vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og anvendelse af særlige dørlåse foretaget på centrets afsnit forud for den 8. december 2006, hvor inspektionen blev varslet, og efter den 1. juli 2006. Jeg bad endvidere om at modtage eksempler på behandlingsplaner. Det ønskede materiale blev udleveret af centret under inspektionen.

Forud for og under inspektionen modtog jeg forskelligt informationsmateriale, bl.a. om centrets enkelte afsnit, skitser over bygningerne, oversigt over personaleforholdene, vejledning og instrukser for læger og plejepersonale, et eksemplar af de velkomstpjecer som udleveres til patienterne i forbindelse med indlæggelse, og skriftligt informationsmateriale til patienter i forbindelse med tvangsforanstaltninger.

Nogle af de berørte emner i rapporten bygger hovedsagelig på en efterfølgende gennemgang af det skriftlige materiale som jeg har modtaget fra Psykiatricenter Vest Ribe i forbindelse med inspektionen og fra Region Syddanmarks hjemmeside (www.regionsyddanmark.dk). Det var således ikke alle emner der blev drøftet særskilt under selve inspektionen.

Denne rapport har i en foreløbig udgave været sendt til Psykiatricenter Vest Ribe og Region Syddanmark med henblik på at give myndighederne lejlighed til at fremkomme med eventuelle bemærkninger om de faktiske forhold som beskrevet i rapporten. Psykiatricenter Vest Ribe og Region Syddanmark har ikke fremsat sådanne bemærkninger. Den foreløbige rapport har således ikke givet anledning til at indarbejde ændringer i den endelige rapport.

2. Centrets organisation mv.

Psykiatricenter Vest Ribe hører under Region Syddanmark. Regionens sygehus- og distriktpsychiatri er inddelt i tre centre: Psykiatricenter Vest, Midt og

Øst. I Psykiatricenter Vest er der psykiatrisk behandling på tre sygehuse – Esbjerg, Ribe og Vejle. Sygehuset i Esbjerg varetager både voksenpsykiatri, børne- og ungdomspsykiatri og psykiatrisk skadestue, mens sygehusene i Ribe og Vejle alene omfatter voksenpsykiatri. Ledelsessekretariat og administration er samlet i Esbjerg. Psykiatricenter Vest Esbjerg og Ribe har et tæt samarbejde.

Optageområdet for Psykiatricenter Vest Esbjerg og Ribe er Varde, Esbjerg, Vejen, Billund og Fanø Kommuner – et område med ca. 240.000 indbyggere.

Psykiatricenter Vest Esbjerg har et lukket almenpsykiatrisk afsnit (E3), to åbne almenpsykiatriske afsnit (E1 og E2) og en psykiatrisk skadestue. Psykiatricenter Vest Ribe har to åbne almenpsykiatriske afsnit (R1 og R2) og et lukket retspsykiatrisk afsnit (R4).

Der er distriktspsykiatriske teams i Esbjerg, Varde, Grindsted, Ribe og Brørup.

Den 17. januar 2007 foretog jeg og tre af ombudsmandsembedets øvrige medarbejdere inspektion af Distriktspsykiatri Ribe. Der er udarbejdet en særskilt rapport om denne inspektion.

3. Bygningsmæssige forhold

3.1 Generelt

Psykiatricenter Vest Ribe er beliggende i Hviding få kilometer uden for Ribe. Centret er normeret med 42 sengepladser, fordelt med 15 pladser på hver af de to stamafsnit – R1 og R2, og 12 pladser på det retspsykiatriske afsnit R4. Herudover består centret af et opsøgende psykoseteam (R5) og et psykoterapeutisk ambulatorium.

Ved inspektionen besøgte jeg afsnittene R1, R2 og R4 samt lokalerne for ECT-behandling og et værksted.

3.2. Afsnit R1

Afsnit R1 er et åbent almenpsykiatrisk afsnit. Det er beliggende i den ene halvdel af en meget lang bygning som oprindeligt var stationsbygning ved den gamle dansk-tyske grænse. Der er bygget til i 1999. Afsnittet fungerede tidligere som et lukket psykiatrisk afsnit.

Afsnittet er i ét plan og består af et indgangsparti i midten hvorfra der er adgang til bl.a. et kontor/vagtstue med en stor glastrude mod gangarealet, en telefonboks, en spise- og opholdsstue og et aktivitetsrum. På begge sider af de nævnte lokaler er der et langt gangareal hvor sengestuerne og nogle mindre opholdsstuer er placeret. Der er 6 sengestuer på hver gang, og af disse 12 stuer er 9 enestuer og 3 tosengsstuer.

I den ene ende af afsnittet, som grænser op mod afsnit R2, er der mulighed for at lave en lille skærmet enhed bestående af tre enestuer med eget bad og toilet. Skærmningen sker ved at lukke en stor dobbeltdør på gangarealet mod det øvrige afsnit. Fra det skærmede afsnit er der en dør til R2, men denne holdes altid aflåst. Gangarealet i den skærmede enhed er indrettet som opholdsrum med te-køkken, spisebord, sofa, tv og et bord-fodboldspil. Med hensyn til kriterierne for visitering af patienter til den skærmede enhed henviser jeg til pkt. 5.14 nedenfor.

Jeg besøgte to enestuer som er meget ens. Begge stuer har eget bad og toilet hvortil der er adgang fra selve stuen. Væggene er malet hvide, dog er den ene væg malet i en blå nuance. Der er lyse, mønstrede gardiner, et enkelt billede og en opslagstavle på væggen. Møblementet består af en hospitalsseng (med sengetæppe på den ene stue), et sengebord, en stol og et skab med en lille boks der kan aflåses. På den ene stue er der desuden monteret et lille klapbord på væggen. Belysningen består af en loftslampe og en sengelampe på væggen. I døren ind til begge patientstuer er monteret et lille kighul. Det samme er tilfældet med dørene til de øvrige patientstuer.

Som jeg gjorde opmærksom på under inspektionen, er et kighul i døren til patientstuerne ikke i overensstemmelse med patienternes ret til et privatliv da kighullerne giver både personale og medpatienter mulighed for at iagttage en patient uden dennes vidende. Centret oplyste at hullerne er et levn fra den tid hvor afsnittet fungerede som lukket afsnit, og at centret ikke har været opmærksom på at få dem fjernet. Centerledelsen gav tilsagn om at kighullerne ville blive lakeret over allerede dagen efter inspektionen. Jeg foretager mig derfor ikke mere i den anledning.

Jeg besigtigede endvidere 1 af de 3 tosengsstuer på afsnittet (stue 7). Efter mit skøn er stuen ca. 12 m². Som på de andre stuer er der lyse, mønstrede gardiner og hvide vægge, dog er én væg malet i en blå nuance. Oppe langs med loftet har væggene et gulligt skær, formentlig på grund af tidligere rygning på stuen, og ved den ene seng er tapetet revet af i nogle mindre flager. Ud over to opslagstavler er der ingen udsmykning på væggene. Belysningen i loftet er lysstofrør, og ved hver seng er der en sengelampe på væggen. Møblementet består af to hospitalssenge, to sengeborde, to stole, to skabe med små bokse der kan aflåses, og en håndvask med spejl over. Sengene står parallelt med hinanden i hver sin side af stuen med de to sengeborde imellem, og stuen er så smal at sengebordene står næsten helt op ad hinanden. Der er bad og toilet på gangen. På tidspunktet for inspektionen var der kun én patient indlagt på stuen.

Centerledelsen oplyste at afsnittets tre tosengsstuer tidligere har været enestuer, men for 3 år siden blev de lavet om til tosengsstuer. Centret er på nuværende tidspunkt ikke parat til at nedlægge tre sengepladser da der allerede er skåret rigtig meget ned på centret.

Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 har i forbindelse med tilsynets inspektioner af psykiatriske hospitaler gentagne gange udtalt kritik af psykiatriske afsnit som har stuer med to eller flere senge. Som jeg tilkendegav under inspekti-

onen, bør det efter min opfattelse heller ikke forekomme at enestuer benyttes til dobbeltbelægning.

Tosengsstuen, som jeg besøgte, virker efter min opfattelse meget trang og giver et trist indtryk dels fordi den trænger til istandsættelse, dels på grund af manglende udsmykning på væggene.

Jeg har noteret mig ledelsens oplysninger om de nedskæringer der allerede har været på centret, og at centret derfor på nuværende tidspunkt ikke er parat til at nedlægge tre sengepladser for at gøre tosengsstuerne til enestuer igen. Jeg mener ikke at forholdene på de tre stuer er tilfredsstillende, og de lever ikke op til kravet om god psykiatrisk sygehusstandard som nævnt i psykiatrilovens § 2. Jeg foretager mig imidlertid ikke videre i anledning heraf idet jeg må tillægge det betydning at det i ombudsmandslovens § 8 er bestemt at ombudsmanden ved sin bedømmelse af regionerne skal tage hensyn til de særlige vilkår som disse myndigheder virker under. Det betyder at ombudsmanden ved sin kontrol skal respektere at det er regionsrådet der inden for lovens rammer, fordeler de eksisterende ressourcer.

Jeg går dog ud fra at centret kun anvender de tre tidligere enestuer til dobbeltbelægning når det belægningsmæssigt er påkrævet, og at centret i den forbindelse nøje overvejer – ud fra patienternes sygdomme, symptomer, adfærd og køn – hvilke patienter der lægges på samme stue.

Jeg henstiller til centret at overveje en istandsættelse af den tosengsstue som jeg besøgte (stue 7), og de to øvrige tosengsstuer hvis de også trænger. Jeg henstiller endvidere til centret at overveje en udsmykning af stuerne så de får et mere hyggeligt præg. Jeg beder centret underrette mig om resultatet af overvejelserne.

Jeg går ud fra at den mere langsigtede planlægning af kapaciteten indeholder et ønske om ikke at anvende enestuerne som tosengsstuer.

Alle sengestuer vender ud til gangarealer som er hvidmalede med billeder på væggene, døre i klare farver og gråt linoleum på gulvet. Loftspladerne er hvide. Gangens belysning er lamper placeret i loftets midte hvilket får gangen til at fremstå lys og venlig de steder hvor loftsbelysningen er tændt. Ved døren til den enkelte patientstue er der et lille blå skilt med den pågældende stues nummer.

Afsnittets toilet- og badeværelser er rummelige og indrettet med hvide fliser på væggene og grå på gulvet. Der er hvid sanitet (toilet og håndvask), spejl, brusbad og badestol. Der er endvidere beholder med flydende sæbe, stofhåndklæder til engangsbrug og et stativ til de snavsede håndklæder. I de rum hvor der er vinduer, er glassene matterede så indkig ikke er muligt. Et stort toilet- og badeværelse anvendes som vaske- og tørrerum. Her er vaskemaskine og tørretumbler samt tørrestativer til rådighed. Der er desuden handicapfaciliteter i form af armstøtter ved toilettet og en håndvask med hæve/sænkefunktion. Alle de toilet- og badeværelser som jeg besøgte, fremstod pænt rengjorte.

Den kombinerede spise- og opholdsstue er indrettet i et meget stort rum. I den ene del af rummet er to store ovale spiseborde med grønne duge og 6-7 stole om hver. Bordene er placeret ud for det tilstødende køkken hvor maden anrettes før servering. I den anden del af rummet, hvor der er dagligstue, er der indrettet et tv-hjørne med en grøn sofa og røde og grønne lænestole. Tv-hjørnet er adskilt fra det øvrige rum af en købmandsdisk. Uden for tv-hjørnet er placeret flere andre lænestole. Der står grønne planter i krukker på gulvet, og der er billeder på væggene.

Fra spise- og opholdsstuen er der adgang til aktivitetsrummet hvor der i den ene halvdel er indrettet et køkken med hvide køkkenelementer og spiseplads til 6-8 personer. I den anden halvdel er der motionsredskaber som fx to kondicykler, håndvægte, og måtter til gulvøvelser. Der er desuden et klaver, to guitarer, et bordtennisbord og en computer. Bag døren er en reol med mange forskellige slags spil. Væggene er hvide, og gulvet er belagt med gråt linoleum.

Ud over den store spise- og opholdsstue er der flere mindre opholdsstuer i små nicher i tilknytning til gangarealerne. De er indrettet med sofa og/eller lænestole med ensfarvet grønt eller blåt betræk, sofabord, tv og video. Gardinerne er lyse og mønstrede, og der er grønne planter i vindueskarmen, billeder på væggene og små væglamper.

De bygningsmæssige forhold på R1 giver mig ikke anledning til yderligere bemærkninger end dem jeg har anført ovenfor.

3.3 Afdeling R2

Afsnit R2 er et åbent akut psykiatrisk modtageafsnit. Det er beliggende i forlængelse af R1 i den gamle tidligere stationsbygning. Afsnittet er i ét plan og ca. 117 m langt. Der er 6 enestuer og 6 tosenstuer.

I den ene ende af afsnittet, hvor der er indgangsparti, er 6 af sengestuerne beliggende sammen med et stort kontor, medicinrum og et samtale-/besøgsrum. I den midterste del af afsnittet er der en stor opholdsstue, aktivitetsrum med en lille afskærmet tv-stue, køkken, spisestue og rygerum. Herefter er der yderligere 6 sengestuer placeret sammen med 2 samtale-/besøgsrum, et studierum og en opholdsstue. Den sidste del af afsnittet, som grænser op til R1, er indrettet som personalesektion med et stort konferencerum, rygerum, toilet og baderum, vaskerum samt et lokale til NADA-behandling.

Jeg besigtigede en tosenstue (stue 2) som er hvidmalet og indrettet med to hospitalssenge, to sengeborde, to stole, en håndvask med en hylde og et spejl over og to høje skabe som kan aflåses. Stuen er efter mit skøn ca. 12 m². Gardinerne er lyse med en smal farvet stribe, og på væggene hænger en opslags-tavle og to blå bogkasser. Der er ikke udsmykning på væggene. Der er lyskilder i loftet, men ingen sengelamper.

Jeg besøgte også en enestue (stue 4) som ligger ved siden af den nævnte to-sengsstue. Stuen er efter mit skøn ca. 9 m², og udover en ekstra stol og et lille lavt bord er møblementet og indretningen den samme som på to-sengsstuen.

Ingen af de 6 patientstuer i den sydlige ende af afsnittet har adgang til eget bad og toilet fra stuen. Der er i stedet tre toilet- og baderum på gangen som stuerne deles om. I den anden del af afsnittet, hvor de øvrige sengestuer er beliggende, besøgte jeg en stor enestue (stue 12) som har adgang til eget bad og toilet fra stuen.

Med hensyn til to-sengsstuer henviser jeg til det som jeg har anført ovenfor under pkt. 3.2.

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

Som på R1 vender alle patientstuer ud til gangarealer som er hvidmalede med billeder på væggene, døre i klare farver og lyst linoleum på gulvet. Loftspladerne er hvide, og belysningen består af lamper eller lysstofrør som er placeret i midten af loftet. Enkelte steder er der også små lamper på væggene. Gangarealerne fremtræder godt oplyst. Ved døren til den enkelte patientstue er der et lille blå skilt med den pågældende stues nummer.

Afsnittets toilet- og badeværelser er som på R1 meget rummelige med hvide fliser på væggene, og grå på gulvet. De er indrettet med hvid sanitet (toilet og håndvask), spejl, brusebad og badestol. Der er beholder med flydende sæbe, stofhåndklæder til engangsbrug og et stativ med pose til snavsede håndklæder. Vinduesglassene i baderummene er matterede så indkig ikke er muligt. Ét af toiletterne, som jeg besøgte, er udstyret med armstøtter i hver side.

Den største opholdsstue er indrettet med to sofagrupper med sofaborde, lænestole og tv med video. De tre store vinduespartier med småsprossede glas har lyse mønstrede gardiner, væggene er hvide, dog er to mindre vægflader malet i en varm rød nuance, og der er lyst parketgulv. På væggene hænger billeder, og der er grønne planter på gulvet og i vindueskarmene. Belysningen kommer fra flere mindre lamper rundt omkring i stuen. I tilknytning til hver af de to afdelinger med patientstuer er der en lille opholdsstue indrettet på en del af gangarealet. Den ene består af fire lænestole og et rundt sofabord, den anden af en stor læderhjørnesofa med sofabord og tv.

Aktivitetsrummet ligger ved siden af den store opholdsstue og er indrettet i et stort, lyst lokale med hvide vægge udsmykket med enkelte billeder, lyst parketgulv og store vinduespartier ud mod haven. Der er et bordtennisbord, kondicykel, måtter til gulvøvelser og et klaver. Bag en afskærmning i den ene ende af lokalet er der placeret fire lænestole om et sofabord og en reol med bl.a. spil, puslespil og legetøj til besøgende børn. I en anden del af lokalet er der lavet endnu en afskærmet hygge-krog med to små sofaer, lænestol og tv. Fra aktivitetsrummet er der adgang til et lille, ældre køkken som nu anvendes som rygerum for afsnittets patienter.

Spisestuen er indrettet i forlængelse af aktivitetsrummet med tre spiseborde med rosablomstede duge og seks stole omkring hver. I tilknytning til spisestuen er et køkken som anvendes til anretning af de daglige måltider på afsnittet. Spisestuen er hvidmalet, men væggen ud mod køkkenet er malet rosa rundt om en række hvide luger som kan åbnes ind til køkkenet. Fra spisestuen er der udgang til haven.

Afsnittet har tre samtale-/besøgsrum. Det ene er indrettet i et meget lille rum med lysegule vægge, lyse gardiner og hvide kurvemøbler (sofa, stol og bord). Der er billeder på væggen samt blomster og lysestager for at gøre rummet hyggeligt. De to andre samtale-/besøgsrum er begge indrettet i lidt større rum med et lille bord med spisestuestole ved, en briks og et sengebord. Der er lyse gar-

diner og hvide vægge uden udsmykning. Disse to lokaler kan anvendes som patientstuer hvis der er behov for det.

På afsnittet er der desuden et studierum indrettet med skrivebord og kontorstole samt computer med adgang til internettet og en printer.

Medicinrummet ligger i tilknytning til kontoret i den ene ende af afsnittet. Der er kun adgang til medicinrummet gennem kontoret, og rummet er altid aflåst. Morfinpræparater er yderligere låst inde i et lille skab.

Med hensyn til opbevaring og aflevering af restmedicin henvises til pkt. 5.6 nedenfor.

I personalesektionen, som tidligere var patientafdeling, er der vaskerum, baderum og toilet. Et stort lokale er indrettet til konferencerum, og et mindre lokale anvendes som rygerum for personalet. Herudover er et lille lokale indrettet til NADA-behandling. Her er to polstrede læderlænestole med tilhørende fodskamler og et lille sofabord med to bordlamper imellem. NADA-behandling er øreakupunktur som tilbydes patienterne som alternativ til beroligende medicin eller supplement til psykofarmaka. Patienterne sidder 5 minutter med nåle mens personalet er til stede, og herefter en halv time alene hvor der er mulighed for at høre afslappende musik. Behandlingstilbuddet havde på inspektions-tidspunktet kørt som forsøg i ¾ år, og det blev oplyst at patienterne er meget tilfredse med behandlingen. Der er mindst to patienter om ugen som benytter sig af behandlingstilbuddet. Behandlingen af den enkelte patient foretages hver dag og vurderes efter 3, 6 og 9 behandlinger.

De bygningsmæssige forhold på R2 giver mig ikke anledning til yderligere bemærkninger end dem jeg har anført ovenfor.

3.4 Afdeling R4

Afsnit R4 er et lukket retspsykiatrisk afsnit. Patienterne er surrogat- eller varetægtsfængslede, mentalobservander samt anbringelses- og behandlingsdømte. Patienterne er både mænd og kvinder fra 18 år og opefter. Afsnittet er beliggende i en selvstændig bygning i ét plan og gennemgik i 1996 en større renovering og tilbygning. Der er 12 enestuer hvoraf 9 har eget bad og toilet. Afsnittet består desuden af køkken og spisestue, flere mindre opholdsstuer, tekøkken til patienterne, aktivitetsrum, træningssal, modtage- og besøgsrum, samtalerum, medicinrum, teknikrum og lokaler til personalet. Alle afsnittets rum vender ud til et "T-formet" gangareal.

Da afsnittet er et lukket retspsykiatrisk afsnit er alle døre låste, og vinduerne – som ikke kan åbnes – har panserglass og er belagt med film så indkig ikke er muligt. Der er desuden et alarmsystem og personalet har bærbare alarmer.

Som kompensation for de manglende almindelige udluftningsmuligheder gennem vinduer og døre er afsnittet udstyret med et kraftigt ventilationssystem. Alle vinduer har desuden en smal ventilationsrille.

Under en af mine samtaler med en patient som havde ønsket dette, klagede patienten over manglende udluftning og dårlig ventilation på afsnittet. Patienten oplyste bl.a. at der kommer frisk luft ind gennem ventilationssystemet, men at den dårlige luft ikke bliver suget ud igen.

Centret oplyste at ventilationssystemet er indrettet således at det ikke kun lukker frisk luft ind, men også suger den dårlige luft ud. Ventilationssystemet efterses en gang imellem, og ledelsen gav tilsagn om at det ville blive efterset på ny. Centret oplyste endvidere at ventilationssystemet på grund af støjgener kører på laveste niveau i det lokale som bruges til samtaler ved stuegang. Ledelsen gav samtidig tilsagn om at ville overveje at indstille ventilationssystemet på et højere niveau.

Efter inspektionen har centerledelsen i brev af 5. juni 2007 oplyst at ventilationssystemet er blevet efterset og rensat og indstillet på et højere funktionsniveau.

Jeg foretager mig derfor ikke mere i anledning af klagen over ventilationen på afsnittet.

Afsnittets indgangsparti har en sluse således at man skal gennem to låste døre for at komme ind på afsnittet. Fra slusen er der adgang til et rum som anvendes til modtagelse af patienter og som også bruges som besøgsrum da besøgende ikke har lov til at komme ind på selve afsnittet. Rummet er indrettet med et rundt sofabord med fire store lænestole omkring, en grøn sofa over for to brune lænestole med et lavt bord imellem og en reol. Hele møblementet er af ældre dato. Væggene er malet i gule nuancer og uden udsmykning.

Modtagerrummet er patienternes første møde med afsnittet og det fungerer også som besøgsrum. Som jeg tilkendegav under inspektionen, er det min opfattelse at rummet på den baggrund trænger til istandsættelse. En udskiftning af de store tunge møbler med et lettere møblement, et lysere farvevalg i rummet og billeder på væggene vil efter min opfattelse gøre rummet til et mere rart sted at komme ind både for patienter og besøgende. Jeg beder derfor centret overveje en sådan istandsættelse. Jeg beder om underretning om resultatet af disse overvejelser.

Jeg besigtigede to patientstuer som er meget ens. Den ene stue har ikke eget bad og toilet, men deler med en anden stue bad og toilet på gangen. Stuen, som efter mit skøn er 9-10 m², er indrettet med hospitalsseng, sengebord, skab, håndvask og et lavt bord med en stol. Væggene er lysegule, og der er grønblomstrede gardiner. Den anden stue, som har eget bad og toilet, er indrettet med tilsvarende møblement, men har herudover også et skrivebord, en reol og

et whiteboard. Væggene er ligeledes lysegule, dog er én væg malet grøn og gardinerne er grønblomstrede.

Patientstuen med eget bad og toilet har adgang hertil direkte fra stuen. Toilet- og badeværelset er rummeligt med hvid sanitet (toilet og håndvask), spejl, brusebad og beholder med flydende sæbe ved håndvasken. Der er hvide fliser på væggene og grå på gulvet. Der er et meget lille vindue som ikke kan åbnes, men som har en smal ventilationsrille. Rummet var pænt rengjort.

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

Sammen med patienten besøgte jeg patientens toilet- og baderum og et andet baderum som patienten fremviste. Efter min opfattelse adskiller de mørke pletter i fugerne sig ikke fra de pletter som kan opstå i badeværelser med almindelige udluftningsforhold, og jeg går ud fra at pletterne kan fjernes ved grundig rengøring. Jeg foretager mig derfor ikke noget i anledning heraf, men henviser til det jeg har anført ovenfor om ventilationssystemet.

Jeg besøgte endvidere afsnittets observationsstue. Den er indrettet som de øvrige patientstuer beskrevet ovenfor, bortset fra at sengen står frit ud i lokalet og er boltet til gulvet så den kan anvendes til fiksering når der er behov for det. Stuen har en skydedør ud til et stort toilet- og baderum. På tidspunktet for inspektionen blev stuen anvendt som almindelig patientstue på grund af høj belægning på afsnittet.

Som nævnt ovenfor vender alle afsnittets rum ud mod et "T-formet" gangareal. På tidspunktet for inspektionen var gulvbelægningen (linoleum) ved at blive udskiftet med nyt gråt linoleum, og det blev oplyst at de hvide vægge snart

skulle males da en tidligere patient havde skrevet på væggene mange steder. Væggene er udsmykket med billeder, der er grønne planter i krukke på gulvet, og dørene ind til de forskellige rum er enten gule, blå eller grønne. Belysningen er lysstofrør placeret i midten af loftet, og der er flere steder vinduespartier så dagslyset kommer ind. På gangarealet ud for kontoret er placeret en mobil mønttelefon som bliver låst inde om natten.

I nicher i tilknytning til gangarealet er der tre steder indrettet mindre opholdsstuer. To af dem er indrettet med rødbrune lædersofaer, sofabord og lænestole, mens den tredje er indrettet med blå møbler og tv. Der er desuden indrettet en lille tv-stue i et separat lokale med glaspartier mod gangen. Det blev oplyst at denne opholdsstue kan reserveres eventuelle ikke-rygere da det er tilladt at ryge i hele afsnittet, dvs. både på fællesarealerne og på patientstuerne.

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

Fra den ene opholdsstue er der udgang til en stor lukket gårdhave. Den er flisebelagt med nogle få borde og bænke som er boltet fast, og der er anlagt enkelte bede med buske. Se nærmere om gårdhaven nedenfor under pkt. 5.2.

Spisestuen er indrettet ved siden af køkkenet i åben forbindelse med gangarealet. Der er to store spiseborde med ti stole om hver. Det er et lyst og åbent rum med hvide vægge, trægulve og mønstrede gardiner i klare farver. Der er en dobbelt glasdør ud til en lille have med græsplæne og beplantning med et plankeværk omkring. Ud over det store køkken ved spisestuen findes der på afsnittet et lille tekøkken som patienterne kan anvende.

Aktivitetsrummet er indrettet med hvide køkkenelementer i den ene side. I den anden side er en række små aflåselige skabe monteret på væggen til patienternes ejendele. Herunder er placeret en computer med siddeplads, et skrivebord med et tv på og en lænestol. I midten af lokalet står et ovalt spisebord med sto-

le omkring i forskellige farver. Endevæggen med to store vinduer er malet blå, mens de øvrige vægge er hvide.

Træningssalen er et stort rum med loft til kip. Der er trægulv, vægge og loft er lyse/hvide, dog er den ene endevæg, hvor der er opsat et basketballnet, malet i to grønne nuancer. Der er bordtennisbord, boksepude, bolde og en ribbe. Et lille tilstødende rum er indrettet med løbebånd og kondicykel.

Personalets lokaler består af et kontor med et stort glasparti hvorfra der er udsyn over gangarealerne, afdelingssygeplejerskens kontor, et konferencerum og en frokoststue. Herudover er et rum som anvendes til samtaler med patienterne ved stuegang. Rummet er pænt indrettet med en sofa og to lænestole i rødmønstret betræk, et sofabord og to mindre borde. Inden for døren er placeret et skrivebord med en computer. Den ene væg er grøn med et billede på, de øvrige hvide, og der er blomstrede gardiner.

Medicinrummet, hvortil der er adgang fra gangen, er altid aflåst, og medicinen opbevares i aflåste skabe. Det blev oplyst at der kun har været indbrud én gang, og at det var i forbindelse med rengøring.

I teknikrummet er placeret en lang række små aflåselige skabe hvor patienterne kan opbevare værdigenstande.

De bygningsmæssige forhold på R4 giver mig ikke anledning til yderligere bemærkninger end dem jeg har anført ovenfor.

3.5 ECT-behandling

Elektrostimulationsbehandling (ECT) foregår tirsdag og fredag i lokaler i en bygning som ligger adskilt fra de psykiatriske afsnit. Narkosesygeplejersken starter kl. 08.00 om morgenen med behandlinger i Psykiatricenter Vest Esbjerg og kommer herefter til Psykiatricenter Vest Ribe. Der er indrettet et ventevæ-

relse til patienterne. Her er fire stole med lilla betræk og to små lave borde hvor der ligger blade og magasiner, lillamønstrede gardiner, små billeder på væggene og grønne planter.

Det blev oplyst at udstyret til ECT-behandling og narkoseovervågning er det seneste nye på området. Efter behandlingen køres patienten fra behandlingslokalet ind på en tilstødende opvågningsstue hvor der er plads til tre senge som står tæt med forhæng imellem.

De nævnte lokaler giver mig ikke anledning til bemærkninger.

4. Samtaler med enkelte patienter

Under inspektionen havde jeg samtaler med tre patienter som alle havde ønsket en samtale med mig. De tre patienter har modtaget separat skriftligt svar som opfølgning på samtalen. Patienterne rejste bl.a. nogle generelle spørgsmål vedrørende tosengsstuer, indeklima, aktivitetstilbud, undersøgelse af post og rygning. Disse emner er berørt ovenfor under pkt. 3. og nedenfor under pkt. 5.

5. Andre forhold

5.1 Overbelægning mv.

Psykiatricenter Vest Ribe har i alt 27 enestuer og 9 tosengsstuer.

Centret udskrev i 2006 i alt 696 patienter. 314 patienter blev udskrevet fra R1, 292 patienter fra R2 og 90 patienter fra R4.

Den gennemsnitlige liggetid for indlagte patienter var i 2006 17,6 og 18,0 dage på henholdsvis R1 og R2 (de to åbne afsnit), mens den gennemsnitlige liggetid var 39,5 dage på R4 (det retspsykiatriske afsnit).

Belægningsprocenten for de tre afsnit i 2006 var henholdsvis 89,4 (R1), 80,7 (R2) og 92,4 (R4).

Centret har en instruks i forbindelse med overbelægning. Det fremgår heraf at det i weekender og i aften- og nattetimer med stort patientindtag skal tilstræbes at afsnittene så vidt muligt hjælper hinanden for at undgå unødige tvangsudskrivninger. Nyindlagte patienter skal således modtages på naboafsnittet med henblik på overflytning til stamafsnittet førstkommende hverdag eller snarest muligt derefter. Det er stamafsnittets opgave at finde plads til patienten, enten på eget afsnit eller på et andet (hjælpe)afsnit. Hvis alle afsnit er fyldt, må stamafsnittet finde en plads – eventuelt ved at udskrive den mest raske patient.

Det blev oplyst at der generelt ikke er problemer med overbelægning på centret. Der ligger aldrig patienter på gangene og på R4 bliver observationsstuen og modtage-/besøgsrummet, hvor der er en sofa til at sove på, midlertidigt taget i brug i tilfælde af overbelægning.

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang under pkt. 3.2 ovenfor, blev tre enestuer på R1 for 3 år siden lavet om til tosengsstuer. Jeg beder centret om at oplyse hvor ofte der er to patienter indlagt samtidig på de tre tidligere enestuer, og om det i øvrigt forekommer at enestuer benyttes til dobbeltbelægning.

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

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

5.2 Adgang til frisk luft

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

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

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

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

Psykiatricenter Vest Ribe er beliggende i den lille landsby Hviding som er omgivet af landbrugsjorde. På centrets ejendom er der grønne arealer mellem de forskellige bygninger. Omgivelserne kan benyttes af de patienter som frit kan forlade centret. Fra begge de åbne afsnit har patienterne adgang til terrasser og små haver, og patienterne fra disse afsnit kommer på daglige gåture som led i miljøterapi.

Som nævnt ovenfor under pkt. 3.4 har patienterne på det retspsykiatriske afsnit adgang til en lukket gårdhave. Gårdhaven er på tre sider afgrænset af afsnittets bygning, og på den sidste side af et højt, kraftigt plankeværk. På toppen af

plankeværket og langs bygningens tagudhæng er et gitter i en skrå vinkel som gør det svært at komme over. Der er desuden en alarm i tilknytning til gårdhaven. Gårdhaven er således flugtsikker og kan derfor frit benyttes af patienterne på R4. Gårdhaven grænser op til en privat ejendom, men det høje plankeværk hindrer indkig. Fra afsnittets spisestue er der udgang til en lille have med græsplæne og beplantning, men den benyttes ikke da den ikke er flugtsikker.

Nogle patienter fra R4 ledsages på ture uden for afsnittet – fx på indkøb hos den lokale købmand.

Da alle indlagte patienter på centret således har adgang til frisk luft, har jeg ingen bemærkninger.

5.3 Handicaptilgængelighed

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang ovenfor, er centrets tre afsnit – R1, R2 og R4 – indrettet i bygninger i ét plan. Det blev oplyst at spørgsmål om handicaptilgængelighed er indgået ved reovering af afsnittene. Der er således skinner til kørestolsbrugere ved indgangspartierne til R1 og R2 i den gamle tidligere stationsbygning hvor der er nogle få trapper.

Alle tre afsnit har endvidere store, rummelige toilet- og badeværelser, og enkelte af dem er indrettet med handicapfaciliteter (armstøtter ved toilettet, håndvask med hæve/sænkefunktion).

På R1, hvor handicaptolietet også anvendes som vaske- og tørrerum, går jeg ud fra at der ikke opstilles tørrestativer hvis der er en kørestolsbruger blandt patienterne på afsnittet.

Forholdene giver mig i øvrigt ikke anledning til bemærkninger.

5.4 Navneskilte

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang, observerede jeg under min rundgang at der på skilte ved stuerne kun var angivelse af stuerne numre. Det blev oplyst at navneskilt kun anvendes hvis en patient har svært ved at orientere sig.

Når patienter på de to åbne afsnit får besøg, foregår det på afsnittene – enten på patienternes stuer eller i afsnittenes opholds- og besøgsrum. På R4 har besøgende ikke adgang til selve afsnittet, men alene til modtagerrummet som også anvendes som besøgsrum. Der er adgang til dette rum direkte fra indgangspartiet.

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

På baggrund af det oplyste og den anvendelse af skilte jeg observerede under inspektionen, har jeg ingen bemærkninger.

5.5 Opbevaring af journaler

Det blev oplyst at patientjournaler i papirform opbevares på kontoret i det enkelte afsnit hvor de er låst inde. De elektroniske patientjournaler er forsynet med ”log”. Det er kun det relevante personale på afsnittet der har adgang til begge typer af journaler.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.6 Medicin

Under min besigtigelse af medicinrummet på R2 blev det oplyst at medicinrester, som skal kasseres, opbevares (blandet sammen) i en stor bøtte. Centret afleverer beholdningen på apoteket. Der er ikke yderligere kontrol med centrets beholdning af restmedicin. Centret modtager ikke en kvittering i forbindelse med afleveringen.

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

5.7 Forplejning

Kosten på Psykiatricenter Vest Ribe kommer fra Sydvestjysk Sygehus' Centralkøkken. Personale og patienter anretter i fællesskab maden på de enkelte afsnit.

Patienterne har ikke mulighed for selv at lave egentlige måltider på afsnittene. Madlavning foregår som en del af miljø- og ergoterapien. Det blev oplyst at patienter på R4 har mulighed for under ledsagelse af personale at gå til den lokale købmand for at handle og efterfølgende fx bage en kage til der kommer familie eller venner på besøg.

Jeg modtog ingen klager over maden på centret.

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

Forplejningen på centret kan ikke give mig anledning til bemærkninger.

5.8 Beskæftigelse

Af den bygningsmæssige gennemgang ovenfor under pkt. 3. fremgår det at der på de enkelte afsnit findes tv, spil, computere og motionsmaskiner som patienterne har mulighed for at holde sig beskæftiget med. På R2 har patienterne endvidere mulighed for at låne en walkman med beroligende musik.

Der er en del aktiviteter for patienterne på de forskellige afsnit som alle udgør en del af behandlingen af den enkelte patient (miljø-, ergo- og fysioterapi) – fx morgenmøder, morgengymnastik, daglige gåture, fysisk træning, cafébesøg og fredagshygge.

Patienter fra R4 med udgangstilladelse har mulighed for at benytte et værksted som er indrettet i en anden bygning end selve afsnittet. Værkstedet er bemandet med en ansat på halv tid og har åbent mellem kl. 8.30 - kl. 11.30. Her er bl.a. mulighed for at lave træarbejder som fx fuglekasser og reparere cykler.

En kvindelig patient fra R2, som jeg havde en samtale med under inspektionen, efterlyste nogle kreative aktiviteter som fx syning og keramik på afsnittet. Hun oplyste at patienterne har forskellige muligheder for fysiske aktiviteter, og at der tidligere også havde været mulighed for andre (kreative) aktiviteter hver eftermiddag, men at disse tilbud er blevet sparet væk.

Under den afsluttende samtale bekræftede ledelsen at mange af de tidligere aktivitetstilbud er blevet nedlagt af sparehensyn, og at der tidligere var flere terapeuter ansat. Nu har hver afdeling én ergoterapeut. Ledelsen gav samtidig tilsagn om at ville overveje en anden fordeling af aktivitetstilbuddene inden for de eksisterende rammer.

Efter inspektionen har centerledelsen i brev af 5. juni 2007 oplyst at den centrale ergoterapi blev nedlagt i januar 2004 efter politisk beslutning, og ressourcerne blev herefter kanaliseret ud på de enkelte afsnit. Det skete på baggrund af at indlæggelser nu – i modsætning til tidligere – er korte, ofte med en gennem-

snitlig indlæggelsestid på 14 dage. Patienterne er i en mere ustabil tilstand end tidligere, og ud fra faglige overvejelser blev det vurderet at man på den måde kunne give et mere individuelt tilpasset aktivitetstilbud til den enkelte patient i afsnittet.

Centerledelsen har endvidere oplyst at patienter som inden indlæggelsen har været tilknyttet et aktivitetscenter i kommunerne, bliver fulgt af deres kontaktpersoner så snart patienterne er klar til det, så de kan opretholde kontakten til aktivitetscentret i nærmiljøet.

Endelig har centerledelsen oplyst at centret har genetableret et egentligt terapirum på afsnit R2 med mulighed for forskellige former for aktiviteter som maling, syning osv. Der er dog afsnittets opfattelse at disse aktiviteter ikke benyttes.

Jeg har herefter ingen bemærkninger til centrets beskæftigelsestilbud til patienterne.

5.9 Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2

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

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

5.10 Patienternes kontakt med læge mv.

Det fremgår af en velkomstmappe til patienter på R2, som jeg har modtaget, at alle nye patienter modtages af en læge og en sygeplejerske/plejer/social- og sundhedsassistent, og at de første hverdag efter indlæggelsen (eller snarest mu-

ligt) kommer til at tale med afsnittets overlæge. Patienten tildeles endvidere en kontaktperson senest 48 timer efter indlæggelse. Kontaktpersonen skal være ”tovholder” og koordinere de relevante pleje- og behandlingstilbud samt hjælpe patienten med at få formidlet de behov som patienten måtte have under indlæggelsen.

Centret oplyste at der i forbindelse med lægesamtaler så vidt muligt fastsættes en dato for en ny samtale således at patienten ved hvornår den næste samtale skal finde sted.

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

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

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

5.11 Behandlingsplaner

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

Jeg har fra Psykiatricenter Vest Ribe modtaget to behandlingsplaner for patienter på centret.

Behandlingsplanerne giver mig ikke anledning til bemærkninger.

I den ændrede psykiatrilov (lovbekendtgørelse nr. 1111 af 1. november 2006 om anvendelse af tvang i psykiatrien), som trådte i kraft den 1. januar 2007, er det specifikt fastsat at behandlingsplanen skal udleveres til patienten medmindre denne frabeder sig dette (§ 3, stk. 3, 2. pkt.). Herved sikres det at patienten både modtager mundtlig vejledning om planens indhold (§ 3, stk. 3, 1. pkt.) og samtidig får mulighed for løbende selv at orientere sig i den skriftlige plan.

På Psykiatricenter Vest Ribe findes en instruks om udlevering af behandlingsplaner. Instruksen beskriver hvordan behandlingsplanen skal tilvejebringes i en proces mellem læge og patient. Det foreskrives at behandlingsplanen drøftes mundtligt med patienten og herefter samme dag udskrives elektronisk og udleveres til patienten når der er tale om indlagte patienter.

På baggrund af det anførte har jeg ingen bemærkninger.

5.12 Anvendelse af tvang, herunder fiksering

Det fremgår af årsberetningen for 2005 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn for Ribe Amt at der på Psykiatricenter Vest Ribe (tidligere Amtssygehuset ved Ribe) blev foretaget 27 tvangstilbageholdelser, mens der ingen tvangsindlæggelser fandt sted. Centret har i forbindelse med inspektionen oplyst at tvangsindlæggelser sker på det lukkede afsnit i Esbjerg (E3).

Det fremgår endvidere af årsberetningen for 2005 at der på Psykiatricenter Vest Ribe blev foretaget 10 tvangsbehandlinger, heraf 1 tvangsbehandling med ECT, 7 tilfælde af tvangsmedicinering og 2 tilfælde af tvangsbehandling af

somatiske lidelser. Der blev foretaget 24 tvangsfikseringer og i 27 tilfælde blev der anvendt fysisk magt. Den fysiske magtanvendelse omfattede 10 tilfælde af fastholdelse, 8 tilfælde af aflåsning af dør og 9 tilfælde af injektion af beroligende medicin. Der var ingen tilfælde af beskyttelsesfiksering.

Det Psykiatriske Patientklagenævn i Ribe Amt realitetsbehandlede i 2005 i alt 12 sager vedrørende de psykiatriske afsnit i Esbjerg og Ribe. Der blev i alt indgivet 26 klager hvoraf 7 af klagerne blev afvist, og 7 af klagerne blev trukket tilbage. De 12 realitetsbehandlede sager omfattede 21 klagepunkter. Det psykiatriske patientklagenævn omgjorde 2 af de 21 afgørelser der var klaget over, hvilket svarer til en omgørelsesprocent på 9,5.

Psykiatricenter Vest Esbjerg og Ribe har udarbejdet vejledninger om tvangsindgreb til brug for læger og plejepersonale. Det fremgår generelt af vejledningsmaterialet at tvang skal udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten således at der ikke forvoldes unødigt krænkelser eller ulempe. Princippet om mindste-middel indskærpes, og der gøres opmærksom på at tvangsindgreb skal noteres i journal og tvangsprotokol. Det præciseres endvidere at patienten mundtligt og skriftligt skal orienteres om baggrunden for indgrebet, og at patienten skal have en patientrådgiver, ligesom patienten skal tilbydes mindst én samtale efter indgrebet. Der er vejledninger vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, herunder indgivelse af beroligende medicin, og beskyttelsesfiksering.

Af vejledningen om tvangsfiksering fremgår bl.a. kriterierne for tvangsfiksering, hvem der har beslutningskompetencen, hvilken information patienten skal have, at der skal være en fast vagt samt omfanget af tilsyn med patienten og efterprøvelsen af indgrebet. Det er endvidere beskrevet hvordan udførelsen af en tvangsfiksering skal foregå.

I den ændrede psykiatrilov er der fastsat bestemmelser om øget tilsyn med tvangsfikserede patienter og ekstern efterprøvelse af indgrebet. Efter § 21, stk. 4, skal der således fra tidspunktet for beslutningen om tvangsfiksering foretages en fornyet lægelig vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfikseringen så ofte som forholdene tilsiger det, dog mindst 4 gange i døgnet jævnt fordelt. Efter § 21, stk. 5, skal tvangsfikseringer, som udstrækkes i længere tid end 48 timer, vurderes af en anden speciallæge i psykiatri som ikke er ansat på det pågældende psykiatriske afsnit, og som ikke har ansvaret for patientens behandling, og som ikke står i et underordningsforhold til den behandlende læge. Ved uenighed mellem de to læger er den behandlende læges vurdering afgørende, men patienten skal oplyses om uenigheden så patienten får mulighed for at overveje at klage til det psykiatriske patientklagenævn.

Psykiatricenter Vest Esbjerg og Ribe har udarbejdet en instruks om tilsynet med tvangsfikserede patienter i henhold til de nye regler om øget tilsyn og ekstern efterprøvelse. Heri angives også en standard hvorefter alle tvangsfikserede patienter skal tilses 4 gange i døgnet, 95 pct. af alle tvangsfikserede patienter skal være fikseret i kortere tid end 48 timer, og der skal være 100 pct. enighed mellem den behandlende læge og den eksternt vurderende læge ved fikseringer i længere tid end 48 timer.

I instruksen er desuden anført følgende:

”...

Længerevarende fiksering under patientens protest er at betragte som frihedsberøvelse. Dette selvom patienten ikke ønsker sig udskrevet men alene protesterer mod fikseringen.

I en sådan situation skal betingelserne for tvangstilbageholdelse være opfyldt § 5.

Der skal beskikkes en patientrådgiver alternativt bistandsværge (retspsykiatri).

Der kan klages til det psykiatriske patientklagenævn.”

Det citerede kan efter min opfattelse umiddelbart læses som om der kun skal beskikkes en patientrådgiver i tilfælde hvor tvangsfikseringen må betragtes

som frihedsberøvelse. Som det fremgår nedenfor af pkt. 5.13, skal en tvangsfikseret patient ikke længere selv anmode om en patientrådgiver, men altid have en rådgiver beskikket. Det fremgår af centrets instruks om patientrådgivere at centret er opmærksomt på dette. Jeg skal derfor blot for god ordens skyld bede centret om at overveje at præcisere i instruksen at alle tvangsfikserede patienter skal have beskikket en patientrådgiver.

Jeg har ikke herudover bemærkninger til centrets vejledning og instruks om tvangsfiksering.

Centret har oplyst at tvangsfikseringer sjældent forekommer. Som nævnt ovenfor fremgår det af årsberetningen fra det psykiatriske patientklagenævn at der var 24 tilfælde i 2005.

På det retspsykiatriske afsnit R4 finder fikseringer sted i et rum som er indrettet til observationsstue. Her er en seng som er fastgjort til gulvet. Det er ikke muligt ude fra at se ind på stuen da alle vinduer i afsnittet som nævnt i pkt. 3.4 er beklædt med film som hindrer indkig.

Under rundgangen på R2 blev det oplyst at den seneste tvangsfiksering fandt sted i februar 2006. På dette afsnit foregår fikseringer oftest på en stue som ligger tæt på afsnittets kontor, men det er muligt at foretage fikseringer på alle patientstuer.

Jeg beder centret oplyse hvor tvangsfikseringer foregår på R1.

For alle tre afsnit beder jeg endvidere centret oplyse om praksis for hvordan bælte og eventuelle remme til fiksering transporteres til den stue hvor fikseringen udføres, hvor den faste vagt er placeret, og om der er mulighed for indkig til den fikserede patient ude fra (på R1 og R2) eller fra gangarealet.

Psykiatricenter Vest Ribe har oplyst at Indenrigs- og Sundhedsministeriets pjece ”Tvang i psykiatrien – om psykiatriske patienters rettigheder ved tvangsindgreb” altid udleveres til de patienter der udsættes for tvang.

5.13 Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling mv.

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

Efter ændring af psykiatriloven (lov nr. 534 af 8. juni 2006) skal der efter § 24, stk. 1, beskikkes en patientrådgiver ved ethvert tvangsindgreb, dog bortset fra indgreb efter § 18 f (tvangsmæssig personlig hygiejne) og § 19 a (undersøgelse af post, patientstuer og ejendele, kropsvisitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande mv.). Ændringen er sket for overordnet at styrke de psykiatriske patienters retssikkerhed idet patienten sikres adgang til vejledning og rådgivning ved alle tvangsindgreb (bortset fra indgrebene i §§ 18 f og 19 a) uden selvstændigt at skulle tilkendegive et ønske om en patientrådgiver.

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

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

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

”Hvis patientrådgiveren skal kunne udføre sit hverv, er det nødvendigt, at rådgiveren på den ene side modtager relevante lægelige oplysninger om patienten og ikke må nøjes med, hvad denne selv kan

og vil oplyse. Det er på den anden side også vigtigt at tage hensyn til patientens egne ønsker og lægernes tavshedspligt.”

I § 3, stk. 2, i bekendtgørelse om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger (bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006), er det fastsat at tvangsmedicinering forudsætter at patienten og patientrådgiveren er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger.

Psykiatricenter Vest Ribe har udarbejdet en instruks om patientrådgivere. Heraf fremgår bl.a. at der skal beskikkes en patientrådgiver ved ethvert tvangsindgreb bortset fra tvangshygiejne, undersøgelse af post, patientstuer og ejendele, kropsvsitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande mv. Ved personlig skærmning skal der beskikkes en patientrådgiver når skærmningen uden afbrydelse har varet 24 timer. Det er endvidere præciseret at retslige patienter skal have tildelt en patientrådgiver i de tilfælde hvor der ikke er beskikket en bistandsværge.

Instruksen angiver en procedure for beskikkelse af patientrådgivere. Ifølge denne procedure skal plejepersonalet kontakte en sygeplejerske på afsnit E3 (Psykiatricenter Vest Esbjerg) som oplyser næste patientrådgiver på listen. Herefter kontakter plejepersonalet telefonisk patientrådgiveren og oplyser om beskikkelsen. Hvis plejepersonalet ikke kan komme i kontakt med patientrådgiveren eller denne ikke kan møde frem inden for 24 timer, kontaktes afsnit E3 igen for at finde en ny patientrådgiver.

Psykiatricenter Vest Ribe oplyste at ordningen med patientrådgivere (bistandsværger for så vidt angår patienter på R4) fungerer, og at patientrådgiverne møder frem på centret inden for 24 timer efter beskikkelsen.

Patientrådgiveren skal så vidt muligt være til stede ved klagens behandling i det psykiatriske patientklagenævn (psykiatrilovens § 24, stk. 2, 3. pkt.). Af årsberetningen for 2005 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn for Ribe Amt

fremgår det at patientrådgiveren i 2005 deltog i 11 ud af 13 møder i nævnet, svarende til 85 pct. af møderne i nævnet, mens patienten deltog i 9 af de 13 møder, svarende til 69 pct. af møderne. Der var deltagelse af en læge ved 11 af de 13 møder. Mødedeltagelsen for patientrådgiverne er i årsberetningen opgjort på de to psykiatriske centre – Esbjerg og Ribe. For Psykiatricenter Vest Ribe var mødedeltagelsen for patientrådgiverne 50 pct. (1 ud af 2 møder). I 2004 var mødedeltagelsen for patientrådgiverne 100 pct. (5 ud af 5 møder).

På baggrund af det oplyste går jeg ud fra at centret tildeler patienterne en patientrådgiver ved alle tvangsindgreb, bortset fra indgreb efter psykiatrilovens § 18 f og § 19 a, og at patientrådgiverne orienteres således at de har mulighed for at varetage deres hverv på forsvarlig måde, jf. psykiatrilovens § 27.

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

5.14 Aflåsning, herunder skærmning, og forholdene for frivilligt indlagte

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

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

Efter den seneste revision af psykiatriloven indeholder loven nu i § 18 e udtrykkelig hjemmel til aflåsning af døre over for patienter der er frihedsberøvede

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

Det retspsykiatriske afsnit (R4) på Psykiatricenter Vest Ribe er beliggende i en selvstændig bygning med ét indgangsparti med et ”sluse-rum” hvorfra der er en dør ind til selve afsnittet og en dør ind til afsnittets besøgsrum da besøgende ikke har lov til at komme ind på afsnittet. Hoveddøren, døren til besøgsrummet og døren til selve afsnittet er altid aflåste. Centret anvender ikke særlige låsesystemer, og patienterne låses ikke inde på deres stuer.

Hoveddørene til de to åbne afsnit (R1 og R2) er ikke aflåste.

Som det fremgår ovenfor af pkt. 3.2, er der på det åbne afsnit R1 mulighed for at lave en lille skærmet enhed til tre patienter. Det sker ved at lukke en dør på gangen i den ene ende af afsnittet. Herved ”isoleres” tre patientstuer fra de øvrige patientstuer på afsnittet. De tre stuer har adgang til et lille køkken og en lille opholdsstue som er indrettet på gangarealet. Når den skærmede enhed anvendes, bliver døren mellem enheden og det øvrige afsnit kun lukket, ikke aflåst.

Psykiatricenter Vest Ribe har en instruks for visitering af patienter til de tre senge på R1 hvor der er mulighed for en høj grad af skærmning. Heraf fremgår bl.a. de kriterier der lægges vægt på ved vurdering af hvilke patienter der kan tildeles en seng med skærmningsmulighed. Kriterierne er patientens plejetyngde og behov for skærmning, de aktuelle muligheder for at imødekomme patient-

tens pleje og omsorgsbehov i eget stamafsnit, mindste-middels-princippet og den aktuelle belægning af de tre senge med mulighed for skærmning.

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

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

Som ovenfor nævnt er der sket en revision af psykiatriloven. Lovens § 18 e indeholder bestemmelser om aflåsning af dørene i en afdeling (et afsnit). Denne bestemmelse ophæver den tidligere begrænsning hvorefter der alene kunne ske aflåsning af en afdelings yderdøre. Det fremgår således af bestemmelsen og forarbejderne hertil at "aflåsning af skærmede enheder bør være muligt, under forudsætning af, at der reelt er tale om en enhed, med spise-, bade- og opholdsfaciliteter mv. og med mulighed for socialt samvær med medpatienter, der opholder sig i samme enhed". Der er ikke i loven eller i forarbejderne hertil taget stilling til hvor lille en skærmet afdeling må være, men det fremgår dog som anført at der reelt skal være tale om en enhed hvor der er mulighed for samvær med "medpatienter". En sådan afdeling må således mindst have tre stuer.

Også fordi det er oplyst at enheden kun aflukkes og ikke aflåses, går jeg i denne rapport ikke nærmere ind på den fysiske indretning af det skærmede afsnit.

Psykiatricenter Vest Ribe oplyste endvidere at der på de åbne afsnit kan være indlagt patienter som er tvangstilbageholdt. Det kan fx være patienter som har været tvangsindlagt/tvangstilbageholdt på det lukkede afsnit E3 i Esbjerg, men herefter er blevet overført til et af de åbne afsnit i Hviding. Efter overflytningen til det åbne afsnit opretholdes tvangstilbageholdelsen 2-3 dage efter aftale med patienten. Disse patienter låses ikke inde på deres stuer, og afsnittets yderdøre bliver ikke låst i anledning af disse patienters tilstedeværelse på afsnittet. Hvis tvangstilbageholdte patienter forlader centret, bringes de tilbage med politiets hjælp.

Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 har i forbindelse med tilsynets inspektioner af psykiatriske hospitaler og afdelinger beskæftiget sig med spørgsmålet om afdelinger hvor der både er frivilligt indlagte og tvangsindlagte/tvangstilbageholdte patienter. I overensstemmelse med det som tilsynet har tilkendegivet, er det min opfattelse at en patient der indlægges på et psykiatrisk hospital, og hvor der ikke er tale om at den pågældende er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, bør tilbydes en plads på en uaflåst del af det psykiatriske hospital. Det er ligeledes min opfattelse at en patient der overgår fra at være tvangsindlagt/tvangstilbageholdt til at være frivilligt indlagt, bør tilbydes anbringelse på en uaflåst del af hospitalet, og at det kun undtagelsesvist bør forekomme at en frivilligt indlagt patient af kapacitetsmæssige grunde ikke tilbydes en plads på en uaflåst del af hospitalet. Sker det, bør patienten hurtigst muligt tilbydes en plads på et uaflåst afsnit.

Når der på et afsnit både er frivilligt indlagte og tvangsindlagte/tvangstilbageholdte patienter, er det endvidere min opfattelse at det bør være helt klart for den enkelte patient hvilken retlig status han/hendes indlæggelse har (frivillig eller tvangsmæssig), at afsnittet bør være meget opmærksom på

at der sker ophævelse af en beslutning om tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse straks når betingelserne herfor ikke længere er til stede, og at patienten i den forbindelse informeres om at indlæggelsen nu er frivillig, og at de frivilligt indlagte patienter umiddelbart har mulighed for at forlade sygehuset når de måtte ønske det.

Jeg har forstået Psykiatricenter Vest Ribes oplysninger således at man i de tilfælde hvor en tvangstilbageholdt patient er indlagt på et åbent afsnit, informerer vedkommende om den retlige status af indlæggelsen, og at centret ikke anvender fysisk skærmning i form af aflåste døre. De frivilligt indlagte patienter har således umiddelbart mulighed for at forlade centret når de ønsker det.

Det blev ikke under inspektionen oplyst i hvilket omfang Psykiatricenter Vest Ribe anvender personlig skærmning.

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

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

efter at eventuelle retningslinjer for lavere grader af observation/overvågning derfor kan fastsætte af sygehusmyndighederne.

Psykiatricenter Vest Ribe har udarbejdet en instruks om personlig skærmning.

Jeg foretager mig derfor ikke noget vedrørende spørgsmålet om personlig skærmning i psykiatrilovens forstand i relation til min inspektion af centret.

Jeg beder imidlertid centret oplyse i hvilket omfang centret anvender personlig skærmning i lavere grader end reguleret i psykiatrilovens § 18 c, og om centret har overvejet at fastsætte retningslinjer for anvendelse af disse lavere grader af observation/overvågning. Jeg henviser i øvrigt til det jeg har anført nedenfor under pkt. 5.19 om interne retningslinjer.

Under inspektionen blev det oplyst at vinduerne på patientstuerne på R2 kan åbnes af patienterne selv. Af et af mine billeder fra rundgangen på R1 fremgår det at vinduerne på en patientstue (nr. 7) er forsynet med nøglelåse.

Jeg kan til orientering oplyse at jeg i forbindelse med tidligere inspektioner har tilkendegivet at det umiddelbart forekommer mig uforståeligt at patienter (som ikke er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt) på et åbent afsnit ikke selv kan åbne vinduerne helt på deres stuer hvis de ønsker det.

Jeg beder centret oplyse om alle patientstuer på R1 har vinduer som patienterne selv kan åbne (helt op).

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

Jeg har tidligere rejst spørgsmålet om politiets medvirken ved udførelse af tvangsforanstaltninger i psykiatrien over for Justitsministeriet. Ministeriet har ved brev af 23. juli 2001 fremsendt en kopi af ministeriets svar af samme dato

til Sundhedsministeriet til brug for besvarelsen af spørgsmål nr. 11 af 22. februar 2001 til Tilsynet i henhold til grundlovens § 71. I Justitsministeriets svar til Sundhedsministeriet er bl.a. anført følgende:

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

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

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

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

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

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

Psykiatricenter Vest Ribe har en instruks om indlæggelse af patienter med dom til psykiatrisk behandling. Det fremgår heraf at det er politiet i Esbjerg/Varde der sørger for at patienten bliver bragt til R4 når der er truffet beslutning om indlæggelse.

Centret har oplyst at politiet kun medvirker på afsnittet i forbindelse med indlæggelser hvor patienten optræder voldsomt, og at der er et godt samarbejde med politiet.

Blandt det materiale som jeg har modtaget fra centret, er en samarbejdsaftale indgået den 16. juni 2004 mellem det tidligere Amtssygehus i Esbjerg og politiet i Esbjerg og Varde (jf. instruks nr. 12). Det er i en note til aftalen tilføjet at der vil være nogle få ændringer i aftalen i forbindelse med politireformens ikrafttræden den 1. januar 2007, men at de eksisterende samarbejdsaftaler fortsætter. Det oplyses endvidere at afdelingsledelsen vil afholde møde med politiet i løbet af foråret 2007 med henblik på at drøfte aftalegrundlaget.

Jeg beder om at få oplyst om Psykiatricenter Vest Ribe er omfattet af den nævnte samarbejdsaftale eller om centret har indgået en lignende aftale med politiet. Jeg beder i givet fald om at få tilsendt en kopi af aftalen.

5.16 Udslusning, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner

Mellem det tidligere Ribe Amt og kommunerne i amtet gjaldt en aftale vedrørende varsling om færdigbehandling. Aftalens indhold er videreført i sundhedsaftalen mellem Region Syddanmark og kommunerne i det tidligere Ribe Amt for 2007. Dette fremgår af Psykiatricenter Vest Ribes instruks vedrørende varsling om færdigbehandling og Region Syddanmarks hjemmeside.

Aftalen indeholder regler om hvem sygehuset skal varsle/orientere i forbindelse med udskrivning af patienter og med hvilke frister. Der skelnes mellem ukomplicerede, komplicerede og uvarslede udskrivninger.

Ved ukomplicerede udskrivninger (dvs. situationer hvor patienten har behov for kommunale tilbud, men patientens sundhedstilstand ikke medfører væsentlige ændringer set i forhold til patientens situation i hjemmet før indlæggelse) skal sygehuset varsle hjemmesygeplejen senest ét hverdagsdøgn før udskrivning, og hjemmeplejen, sagsbehandleren og sociale institutioner senest to hverdagsdøgn før udskrivning.

Ved komplicerede udskrivninger (dvs. situationer hvor patientens tilstand medfører væsentlige ændringer i patientens/familiens situation i hjemmet eller i patientens funktionsniveau, væsentlige ændringer vedrørende bopælskommunens indsats, og hvor patienten ikke må antages selv at ville søge den nødvendige behandling eller sociale tilbud) skal sygehuset aftale tidspunkt for udskrivningsmøde med samarbejdspartnerne så tidligt som muligt.

For både ukomplicerede og komplicerede udskrivninger gælder at udskrivning fra sygehuset på fredage, i weekender eller på helligdage kun kan finde sted hvis det er aftalt med social- og sundhedsforvaltningen og/eller pårørende.

Ved uvarslet udskrivning (dvs. situationer hvor patienten forlader afdelingen uden varsel, og hvor sygehuset ikke anbefaler udskrivning, men ikke efter psykiatrilovens regler kan modsætte sig udskrivning) skal sygehusmyndigheden orientere samarbejdspartnerne, telefonisk kontakte patientens praktiserende læge, og så vidt mulig informere bopælskommunen hvis patienten kan være voldelig.

Under inspektionen blev det oplyst at afsnit R4 aldrig udskriver patienter ”til gaden”, men beholder færdigbehandlede patienter indtil de har et sted at blive udskrevet til. Jeg fik indtryk af at kommunerne generelt er rimelig gode til at tage færdigbehandlede patienter ”hjem”, men at enkelte kan være meget sene til det. På tidspunktet for inspektionen var der 2-3 færdigbehandlede patienter på R4 som ventede på at blive udskrevet.

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

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

...

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

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

Det fremgår endvidere af forarbejderne at ordningen med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner retter sig mod patienter med alvorlige sindslidelser der udsættes for betydelig helbredsforringelse ved ikke at modtage nogen form for behandlingsmæssig eller social støtte. Det kan fx være patienter der lider af skizofreni og samtidig har misbrugsproblemer eller store sociale problemer.

Spørgsmålet om udarbejdelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner blev ikke drøftet nærmere under inspektionen. Psykiatricenter Vest Ribe har imidlertid en instruks herom. Det fremgår af instruksen hvad formålet med udskrivningsaftaler/koordinationsplaner er, hvilken personkreds der er tale om, fremgangsmåden over for patienten, hvilke myndigheder der skal involveres, hvilke punkter udskrivningsaftalen/koordinationsplanen som minimum skal indeholde samt oplysninger om opfølgning og tavshedspligt.

Centrets praksis med hensyn til udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, som den fremgår af instruksen, giver mig ikke anledning til bemærkninger.

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

Jeg beder centret om at oplyse i hvor mange tilfælde der blev udarbejdet udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner i 2006.

5.17 Aktindsigt

Psykiatricenter Vest Ribe har en instruks om aktindsigt. Heri anføres det at afgørelser om aktindsigt i sygehusjournaler og sygeplejefaglige optegnelser træffes af henholdsvis den pågældende afdelings overlæge (eller en anden sundhedsperson som overlægen har bemyndiget hertil) og den pågældende afdelings oversygeplejerske. Det præciseres at det er afdelingsledelsen der har det

overordnede ansvar for at reglerne om aktindsigt overholdes, og at afdelingsledelsen derfor straks skal orienteres i alle sager hvor det påtænkes at give afslag på en patients anmodning om aktindsigt. Desuden gøres der opmærksom på at hvis en anmodning om aktindsigt ikke bliver imødekommet eller afslået inden 10 dage efter modtagelsen, skal patienten underrettes med en begrundelse for det forsinkede svar og besked om hvornår en afgørelse kan forventes.

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

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

5.18 Pårørendekontakt

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

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

Af det informationsmateriale, som udleveres til patienter ved indlæggelse på afsnit R2 på Psykiatricenter Vest Ribe, fremgår det at patientens familie og andre pårørende vil blive inddraget i behandlingsforløbet i den udstrækning pati-

enten ønsker det. Der henvises i den forbindelse til en vedlagt folder om pårørende-politik.

Det fremgår af folderen at pårørende-politikken er vedtaget som en del af Udviklingsplanen for det Samlede Tilbud til Sindslidende i det tidligere Ribe Amt, og at den er revideret i marts 2006. Det anføres bl.a. at pårørende udgør en vigtig ressource og samarbejdspartner for de professionelle behandlere. Det er den sindslidende selv der afgør hvem der er pårørende, og hvem der skal inddrages. Efter indlæggelse skal patientens kontaktperson udrede patientens relationer til pårørende med henblik på at skabe eller vedligeholde kontakten med nære pårørende. Med patientens accept informeres de nære pårørende om hvem der er patientens kontaktperson, og de pårørende informeres og medinddrages så vidt muligt ved væsentlige ændringer og beslutninger angående patienten. De pårørende tilbydes efter konkret vurdering personlig vejledning i hvordan de kan støtte patienten. Det præciseres at samarbejdet mellem nære pårørende og behandlere skal respektere patientens selvbestemmelsesret og reglerne om tavshedspligt, og at formidling af personlige oplysninger til nære pårørende derfor kun kan ske i forståelse med patienten.

Psykiatricenter Vest Esbjerg og Ribe har en vejledning om informeret samtykke. Det fremgår heraf at videregivelse af helbredsoplysninger til pårørende kræver patientens skriftlige samtykke, og at patienten skal oplyse hvilke pårørende der må gives oplysninger til, og hvilke oplysninger der er tale om. Det fremgår endvidere at kravet om skriftlighed kan fraviges når sagens karakter eller omstændighederne taler for det.

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

5.19 Besøg, visitation og adgang til telefonering mv.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Samtidig med indførelsen af bestemmelsen om obligatoriske husordener, ophæves bemyndigelsesbestemmelsen i § 30, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om patientind-

flydelse på psykiatriske afdelinger. Bemyndigelsesbestemmelsen er udmøntet i bekendtgørelse nr. 1337 af 15. december 2004 om patientindflydelse på psykiatriske sygehuse og afdelinger, som hermed vil bortfalde. Der henvises i øvrigt til lovforslagets § 1, nr. 24.”

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

” ...

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

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

Jeg har tidligere i forbindelse med inspektioner af psykiatriske hospitaler anbefalet at hospitalerne udfærdiger både husordener der regulerer det almindelige daglige liv på en afdeling og som gælder generelt for alle afdelingens patienter, og retningslinjer om de begrænsninger og indgreb der kan ske i den enkelte pa-

tients personlige frihed under indlæggelsen, herunder angivelse af hvem der har kompetence til at træffe afgørelse om indgrebene/begrænsningerne, og hvornår beslutningerne om indgreb/begrænsninger skal revurderes.

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

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

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

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

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

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

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

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

Psykiatricenter Vest Esbjerg og Ribe har den 29. december 2006 udarbejdet en husorden. Det fremgår af centrenes vejledning for læger og plejepersonale at husordenen er udarbejdet af afdelingsledelsen, og at hvert afsnit herefter må udarbejde egen husorden som skal godkendes af afdelingsledelsen. Husordenen indledes med en henstilling til alle patienter om at følge afsnittets retningslinjer af hensyn til det terapeutiske miljø og de sikkerhedsmæssige forhold. Husordenen indeholder herudover regler om bl.a. besøg, udgang, påklædning og adfærd, anvendelse af mobiltelefoner, alkohol og stoffer, visitation, post, rygning, opbevaring af værdigenstande og indbyrdes handel mellem patienter.

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

Jeg beder Psykiatricenter Vest Ribe oplyse om der er udarbejdet lignende informationsmateriale, herunder husordener, for R1 og R4. I givet fald beder jeg om at modtage et eksemplar af materialet.

Centrets husorden af 29. december 2006 indeholder ud over de regler som gælder generelt for alle patienter, også bemærkninger om muligheden for begrænsninger og indgreb i den enkelte patients frihed. Det er således anført at besøg af behandlingsmæssige grunde kan begrænses midlertidigt, at begrænset udgang kan komme på tale afhængig af patientens sygdom, at der ved begrundet mistanke om stoffer, våben eller våbenlignende effekter kan foretages undersøgelse af patientstue og ejendele, kropsvisitation, urinprøve og test med alkometer, at mistanke om ind- og uds mugling af stoffer kan medføre begrænset adgang for en patient til at sende og modtage breve og pakker, og at personalet i visse situationer vil være til stede når patienten åbner breve og pakker.

Det fremgår imidlertid ikke af det materiale som jeg har modtaget før og under inspektionen at Psykiatricenter Vest Ribe – udover instruks nr. 21 om undersøgelse af post m.m. – har et selvstændigt sæt skrevne regler (retningslinjer) om de begrænsninger og indgreb der kan ske i den enkelte patients personlige frihed under indlæggelsen, herunder kompetenceregler.

På baggrund af ovenstående anbefaler jeg at centerledelsen udfærdiger skriftlige retningslinjer om de begrænsninger og indgreb der kan ske i den enkelte patients personlige frihed under indlæggelsen, herunder angivelse af hvilke indgreb der kan blive tale om, hvem der har kompetence til at træffe afgørelse om indgrebene/begrænsningerne, og hvornår beslutningerne om indgreb/begrænsninger skal revurderes. Jeg henviser i øvrigt til det jeg har anført ovenfor under pkt. 5.14 om retningslinjer for anvendelse af personlig skærmning i lavere grader end reguleret i psykiatrilovens § 18 c. Jeg beder centret om at underrette mig om hvad min anbefaling har givet anledning til.

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

Efter min opfattelse er det mest hensigtsmæssigt at de generelle regler som gælder for alle patienter, og reglerne om indgreb og begrænsninger i den enkelte patients frihed opdeles i to selvstændige dokumenter (henholdsvis husorden og retningslinjer).

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

Det kan imidlertid ikke give mig anledning til bemærkninger at der i centrets husorden af 29. december 2006 også er indføjet oplysninger om muligheden for indgreb og begrænsninger i den enkelte patients frihed. Jeg har i den for-

bindelse lagt vægt på at husordenen stadig fremstår overskuelig og ikke for omfattende, og at patienten herved orienteres om at det i særlige tilfælde kan være nødvendigt at træffe beslutning om begrænsninger i den sædvanlige livs-udfoldelse af hensyn til patienten selv, medpatienter, personale og/eller omverdenen.

Det fremgår af centrets husorden af 29. december 2006 at der som hovedregel er fri besøgstid på alle afsnit for pårørende, men at afsnittene kan fastlægge lokale besøgstider af hensyn til afsnittenes aktiviteter for patienterne. Ifølge husordenen for R2 har afsnittet besøgstider på hverdage kl. 15.30-17.30 og kl. 18.30-21.00, og i weekenden kl. 10.00-11.30, kl. 14.00-17.00 og kl. 19.00-22.00. Der er mulighed for andre besøgstider efter aftale med personalet.

Som nævnt ovenfor fremgår det af centrets husorden af 29. december 2006 at besøg kan begrænses midlertidigt af behandlingsmæssige grunde. Det blev ikke i forbindelse med inspektionen oplyst om det hænder at pårørende eller andre får forbud mod at komme på besøg på centret.

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

Centret har oplyst at mange besøg på det retspsykiatriske afsnit er overvågede, fx hvis patienten er stofmisbruger eller hvis patienten har udsat sin ægtefælle/samlever for vold eller forsøgt at tage livet af vedkommende.

Jeg beder centret oplyse nærmere om i hvilke tilfælde der træffes beslutning om overvåget samvær, og om praksis for revurdering af beslutninger om overvåget samvær.

Det fremgår af centrets husorden af 29. december 2006 at sengestuerne er private, og at socialt samvær mellem patienterne skal foregå i fællesarealerne.

Jeg har tidligere i forbindelse med inspektion af en psykiatrisk afdeling udtalt at det er min umiddelbare opfattelse at et egentligt forbud mod at patienter besøger hinanden på stuerne er meget vidtgående. Jeg beder derfor centret om at overveje om forbudet kan erstattes af vurderinger af om besøgsforbud på stuerne er nødvendige i konkrete tilfælde. Jeg beder centret meddele mig resultatet af disse overvejelser.

Psykiatricenter Vest Esbjerg og Ribe har udarbejdet en instruks om undersøgelse af post, patientstuer, ejendele og kropsvisitation. Heraf fremgår bl.a. at de nævnte indgreb skal bygge på en helt individuel vurdering i den aktuelle situation, og at der således ikke må etableres faste rutiner. Det fremgår endvidere at det skal anføres i patientens journal hvilke konkrete forhold mistanken om indsmugling af medikamenter, rusmidler eller farlige genstande bygger på, at undersøgelse af patientens post, stue eller ejendele så vidt muligt skal foretages i patientens nærvær (kun hvis patientens tilstand ikke muliggør det, kan undtagelse ske), at lægen skal informere patienten om begrundelsen for og formålet med undersøgelsen, og at der skal være to personalemedlemmer til stede ved undersøgelsen. I forbindelse med åbning og kontrol af patientens post er det anført at der ikke er hjemmel til at læse det skriftlige indhold af patientens post, og at adgangen til undersøgelse kun omfatter forsendelser til patienten – ikke breve/pakker som patienten sender.

I centrets husorden af 29. december 2006 er det anført at patienter normalt har ret til at sende og modtage breve og pakker, men at det kan være nødvendigt at begrænse denne adgang for patienter hvor der er mistanke om ind- og udsmugling af stoffer.

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

På den baggrund går jeg ud fra at centrets husorden af 29. december 2006 bliver revideret således at den er i overensstemmelse med psykiatrilovens § 19 a.

Brug af mobiltelefoner er tilladt på de åbne afsnit. Mobiltelefoner skal være indstillet på lydløs og må kun benyttes på egen stue og udendørs. Eventuelt kamera/video i mobiltelefonen må ikke benyttes på afsnittene, og overtrædelse heraf medfører inddragelse af telefonen. På det retspsykiatriske afsnit er det ikke tilladt at anvende mobiltelefoner. Her findes i stedet en mobil mønttelefon.

Centret har oplyst at centret i tilfælde hvor en patient på et af de åbne afsnit anvender sin mobiltelefon for hyppigt ud fra en behandlingsmæssig synsvinkel, indgår aftaler med patienten om begrænset anvendelse eller inddragelse af telefonen.

Det oplyste om adgangen til at anvende mobiltelefoner kan ikke give mig anledning til bemærkninger. Som jeg oplyste under inspektionen er problemet med kameraer i mobiltelefoner på andre psykiatriske afdelinger søgt løst på den måde at kameranlinsen klistres over, eller ved tilbud om at sim-kortet fra patienternes mobiltelefoner flyttes over i mobiltelefoner uden kamera.

5.20 Rygepolitik

Ifølge § 2 i lov nr. 436 af 14. juni 1995 om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende skulle de tidligere amtsråd med virkning senest fra den 1. januar 1996 fastsætte bestemmelser om røgfri miljøer på amternes syge-

huse mv. Fastlæggelsen af rygepolitikken kan delegeres til de enkelte institutioner mv.

Indenrigs- og sundhedsministeren fremsatte den 21. marts 2007 et forslag til lov om røgfri miljøer (L191) i Folketinget. Lovforslaget blev vedtaget i Folketinget den 29. maj 2007, og loven træder i kraft den 15. august 2007. Formålet med loven er at udbrede røgfri miljøer med henblik på at forebygge sundhedsskadelige effekter af passiv rygning og forebygge at nogen ufrivilligt kan udsættes for passiv rygning (§ 1). Ifølge § 6, stk. 1, er det ikke tilladt at ryge på indendørs arbejdspladser medmindre andet fremgår af lovens øvrige bestemmelser (§ 4, stk. 1). Sygehuse er omfattet af § 6. Den enkelte arbejdsplads kan beslutte at indrette særlige rygelokaliteter i form af rygerum og rygekabiner (§ 6, stk. 3). Et rygerum er et særligt lokale med gode udluftningsmuligheder eller ventilation, og det må ikke tjene som gennemgangsrum eller indeholde funktioner som anvendes af andre (§ 3, stk. 1). Sygehuse og lignende institutioner kan i ganske særlige tilfælde tillade patienter og pårørende at ryge (§ 10). Ifølge bemærkningerne til § 10 i lovforslaget er der tale om en konduitebestemmelse som kun bør anvendes i ganske særlige tilfælde som fx når en patient bliver orienteret om at den pågældende har fået diagnosticeret en meget alvorlig og livstruende sygdom, eller når en pårørende opholder sig på sygehuset i forbindelse med at en nærtstående befinder sig i en livstruende tilstand eller terminal fase.

Psykiatricenter Vest Ribe har formuleret en røgpolitik som er godkendt i MED-udvalget og som jeg forstår det, er gældende fra den 1. januar 2007. Der må herefter kun ryges i rygerum på afsnittene, og kantinen for medarbejderne skal være røgfri. Røgpolitikken skal evalueres efter tre måneder med henblik på en eventuel justering.

Centrets husorden af 29. december 2006 og husordenen for R2 fastsætter i overensstemmelse med røgpolitikken at der kun må ryges i de afmærkede rygerum.

Det blev under inspektionen oplyst at der på hver af de to åbne afsnit er et rygerum med mekanisk udsugning til patienterne og et rygerum med mulighed for udluftning til personalet. Patienter og personale ryger ikke sammen. På R4 er rygning tilladt overalt, dvs. både på fællesarealerne og på patientstuerne – dog må patienterne ikke ryge i sengen på grund af brandfare. På tidspunktet for inspektionen var alle patienter på R4 rygere. Hvis der indlægges en eller flere patienter som er ikke-rygere, kan et fællesrum (en lille opholdsstue med tv) på afsnittet holdes røgfri. Det blev ikke oplyst hvor stor en andel af personalet på R4 der er rygere/ikke-rygere.

Under inspektionen havde jeg en samtale med en patient fra R2 som gav udtryk for bekymring for rygerens vilkår på centret i fremtiden. Patienten anførte at det er et dårligt tidspunkt for psykiatriske patienter at gennemføre et rygestop under indlæggelse, og at det vil være dårligt for patienternes fysiske helbred at ryge udenfor da psykiatriske patienter ofte har et svagt immunforsvar. Patienten oplyste endvidere at kun én patient ud af 13 patienter på tidspunktet for inspektionen var ikke-ryger, og at det sociale samvær i høj grad foregår i forbindelse med rygning.

I et skriftligt svar til patienten efter inspektionen oplyste jeg om indenrigs- og sundhedsministerens udkast til lovforslag om røgfrie miljøer. Jeg gjorde samtidig opmærksom på at Folketinget ikke hører under området for ombudsmandens virksomhed, og at jeg derfor ikke kan behandle klager over indholdet af de love som Folketinget har vedtaget, eller i øvrigt beskæftige mig med lovgivningspolitiske spørgsmål.

Jeg beder Psykiatricenter Vest Ribe om at sende mig en kopi af de bestemmelser om røgfri miljøer som amtsrådet (nu regionsrådet) har fastsat i henhold til § 2 i lov om røgfri miljøer mv., og som centret er omfattet af.

Jeg beder endvidere centret oplyse om der er sket en evaluering af røgpolitikken, og i givet fald beder jeg om en kopi af den reviderede politik.

Endelig beder jeg centerledelsen oplyse om der fortsat – i strid med den i MED-udvalget vedtagne røgpolitik – ryges på både fællesarealer og patientstuer på R4, og i givet fald hvad ledelsen foretager sig i den anledning.

5.21 Euforiserende stoffer og alkohol

Det er ikke tilladt at medbringe og indtage alkohol og euforiserende stoffer på centret. Et sådant forbud fremgår af centrets husorden af 29. december 2006 og husordenen for R2. Af førstnævnte husorden fremgår det endvidere at fund af euforiserende stoffer medfører beslaglæggelse og videregivelse til politiet. Af husordenen for R2 fremgår det at indtagelse af alkohol og stoffer under indlæggelsen vil medføre en samtale med overlægen med henblik på vurdering af hvilke konsekvenser den manglende overholdelse af forbudet skal have, herunder eventuelt udskrivelse.

Centret oplyste at euforiserende stoffer smugles ind på R4 af pårørende når de kommer på besøg. Centret forsøger at begrænse stoffer på afsnittet så godt som det kan lade sig gøre. Der foretages således jævnligt razziaer på patientstuerne. Nogle gange fremsætter politiet ønske om undersøgelse af stuerne.

Jeg går ud fra at centret i forbindelse med undersøgelse af patientstuer overholder reglerne i psykiatrilovens § 19 a. Jeg henviser til pkt. 5.19 ovenfor vedrørende visitation.

Det fremgår endvidere af de to husordener at indbyrdes handel mellem patienter og lån af penge mv. under indlæggelsen ikke er tilladt.

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

5.22 Kæresteforhold mellem patienterne

Det blev ikke under inspektionen oplyst om kæresteforhold mellem patienterne generelt frarådes eller accepteres.

Under rundgangen på R4 blev det oplyst at man accepterer kæresteforhold mellem patienterne på afsnittet, og at et kærestepar kan besøge hinanden på deres stuer med døren stående åben. Det blev samtidig understreget at personalet ser det som en vigtig opgave at støtte alle patienter i at have deres stuer for sig selv og finde deres egne grænser.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger. Jeg beder om at få oplyst hvordan holdningen er til kæresteforhold mellem patienter på de øvrige afsnit.

5.23 Patientindflydelse

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

Af Psykiatricenter Vest Ribes vejledning for læger og plejepersonale fremgår det at der skal afvikles patientrådsmøder i form af husmøder afsnitsvis. På disse møder skal der mindst én gang i kvartalet drøftes følgende emner:

1. Retningslinjer for det almindelige omsorgsarbejde.
2. Meningsfyldt beskæftigelse.

3. Husorden i afsnittet.
4. Planer og funktionsbeskrivelse for bygningsmæssige forhold, større ændringer i disse.

Det fremgår endvidere af vejledningen at der efter patientrådsmøderne skal udarbejdes et mødereferat som skal sendes til afdelingsledelsen.

Psykiatricenter Vest Ribe oplyste at centret ikke har et patientråd, men at der på hvert afsnit holdes morgen- og ugemøder med patienterne.

Jeg beder centret oplyse hvilke emner der typisk drøftes med patienterne på henholdsvis morgenmøderne og ugemøderne, og i hvilke tilfælde der udarbejdes referat til (afsnits)ledelsen.

5.24 Rekruttering af personale og sygefravær

Psykiatricenter Vest Ribe oplyste at centret ikke har problemer med rekruttering af sygeplejersker og plejepersonale, men at det er svært at skaffe speciallæger og oversygeplejersker.

Af en artikel publiceret den 16. marts 2007 på hjemmesiden www.sundhed.dk under Region Syddanmark, Psykiatricenter Vest, fremgår det at der er permanent mangel på speciallæger inden for Psykiatricenter Vest. Det oplyses at der siden slutningen af 2002 ikke har været ansøgere til opslåede speciallægestillinger i Hviding. Det fremgår endvidere at psykiatrichef Anders Meinert Pedersen (Psykiatricenter Vest) har udtalt at der på grund af den permanente speciallægемangel må tænkes og handles i utraditionelle organisatoriske former for at udnytte den kvalificerede arbejdskraft maksimalt. Det er hans opfattelse at der skal tyndes ud i vagtbelastningen for speciallægerne således at speciallægerne arbejder maksimalt i dagarbejdstiden og bruger et minimum af arbejdstiden i vagtperioderne. Samtidig skal rekrutteringsindsatsen og indsatsen for at fastholde ældre medarbejdere, fx gennem seniorordninger, skærpes.

Jeg er gennem Region Syddanmarks hjemmeside bekendt med at Psykiatricenter Vest Ribe i januar 2007 søgte to overlægestillinger besat.

Jeg beder centret oplyse om de to overlægestillinger er blevet besat, og om centret på nuværende tidspunkt mangler speciallæger i psykiatri. Jeg beder endvidere centret oplyse om der allerede nu er sket en omlægning af speciallægernes dagarbejdstid og vagtperioder som omtalt i den ovenfor nævnte artikel.

Ifølge en udleveret opgørelse over det samlede sygefravær på Psykiatricenter Vest Ribe var der i 2006 (til og med oktober 2006) et sygefravær på 5,6 pct. svarende til 89,5 sygetimer pr. medarbejder. Fra 2002 til 2004 faldt sygefraværet fra 3,7 pct. (73,2 sygetimer pr. medarbejder) til 2,8 pct. (55 sygetimer pr. medarbejder) hvorefter det i 2005 steg til 4,2 pct. (80,1 sygetimer pr. medarbejder).

Udviklingen i sygefraværet i 2006 blev behandlet på et møde den 8. december 2006 i den fælles ad-hoc-sikkerhedsgruppe på psykiatriområdet i det tidligere Ribe Amt. Det fremgår af det udleverede referat fra mødet at det er langtidssygemeldinger der fylder mest. Gruppen kan ikke finde en entydig forklaring på stigningen i sygefraværet på Psykiatricenter Vest Ribe, men peger på at antallet af medarbejdere på centret er faldende med deraf følgende følelse af utryghed om fremtiden, at centret har en forholdsvis ældre medarbejdergruppe, og at centret har medarbejdere med en høj anciennitet og slitage (både fysisk og psykisk) efter et langt arbejdsliv i psykiatrien. Gruppen har derfor bl.a. anbefalet at der satses målrettet på seniorpolitik, at personalegrupperne på de forskellige afsnit drøfter sygefravær og hvordan centret bedst kan hjælpe i forbindelse med sygdom, og at der udarbejdes en liste over alternative løsningsforslag så medarbejdere ikke behøver at have et fravær på 100 pct. i forbindelse med sygdom.

Psykiatricenter Vest Esbjerg og Ribe har en skriftlig sygefraværspolitik som er godkendt i det tidligere amtssygehus' fælles MED-udvalg den 21. december 2000. Heri anføres at formålet med sygefraværspolitikken er at fastholde medarbejderen og skabe en socialt engageret, sund og tryk arbejdsplads hvor trivsel og driftssikkerhed er i orden. Formålet er endvidere at have kendte, konkrete retningslinjer for håndtering af sygefravær. Sygefraværspolitikken skal således være med til at sikre at korttidsfraværet mindskes, og at medarbejdere der er langtidssyge, får bedre mulighed for at vende tilbage til arbejdspladsen og derved undgå afskedigelse på grund af sygdom.

Sygefraværspolitikken indeholder retningslinjer for procedurene ved korttidsfravær og langtidsfravær. Medarbejdere med flere gentagne kortvarige fraværsperioder (3-4 perioder eller enkelte dage på sammenlagt 14 dage) inden for 6 måneder indkaldes til en kontaktsamtale med arbejdslederen, og hvis årsagen til fraværet er arbejdsbetinget, iværksættes afhjælpning af forholdene. Ved langtidsfravær (mere end 14 sammenhængende dage) har medarbejderen mulighed for at kontakte arbejdslederen eller tillidsrepræsentanten med henblik på at få råd og vejledning. Hvis dette ikke sker, har arbejdslederen ansvar for at indlede en dialog med medarbejderen efter 2-3 ugers sygefravær. Efter 4 ugers sygefravær skal der indledes en kontaktsamtale for at få afklaret hvornår medarbejderen kan vende tilbage til arbejdet. Efter 8 ugers fravær skal der indledes en statussamtale med henblik på afklaring af sygdommens arbejdsmæssige konsekvenser og hvordan de eventuelt kan afhjælpes.

Oplysningerne om centrets sygefraværspolitik giver mig ikke anledning til bemærkninger.

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

5.25 Vold mod personalet

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

Det fremgår af det udleverede referat fra mødet den 8. december 2006 i den fælles ad-hoc-sikkerhedsgruppe på psykiatriområdet i det tidligere Ribe Amt at der i 2006 blev indgivet tilsammen 17 skadesanmeldelser i Psykiatricenter Esbjerg og Ribe. 8 af skadesanmeldelserne indeholdt elementer af vold og trusler om vold fra patienterne. Det anføres at alle 8 anmeldelser blev behandlet seriøst og professionelt af de lokale sikkerhedsgrupper.

Psykiatricenter Vest Ribe oplyste at afdelingsledelsen anmelder de fleste tilfælde af vold mod personalet til politiet. Et eksempel på vold som ikke blev anmeldt, var en 80-årig dement kvinde som slog på personalet.

Jeg beder centret oplyse nærmere om omfanget af vold og trusler om vold mod personalet. Jeg beder endvidere oplyst om centret har en (skriftlig) voldspolitik, og hvad centret gør for at ruste personalet bedst mulig til at håndtere eventuelle situationer hvor patienter optræder voldeligt eller truer med vold.

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

På baggrund af det ovenfor oplyste går jeg ud fra at det er den lokale sikkerhedsgruppe der har ansvaret for at sikre udarbejdelse af skadesanmeldelser.

6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

Som nævnt i indledningen anmodede jeg under inspektionen om at modtage udskrift/kopi af sygehusets tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 32-39 i bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og anvendelse af særlige dørlåse. Min anmodning omfattede tilførsler foretaget på centrets afsnit forud for den 8. december 2006 (hvor inspektionen blev varslet), men efter den 1. juli 2005. Hvis antallet af tilførsler (skemaer/udskrifter) oversteg 10 inden for hver kategori, ønskede jeg alene at modtage kopier af de 10 seneste tilførsler (skemaer/udskrifter).

Tvangsbekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 er nu afløst af bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006, men den nye bekendtgørelse trådte først i kraft den 1. januar 2007. De registreringer i tvangsprotokollen, som jeg har modtaget fra centret, er foretaget forud for denne dato, og min gennemgang af det udleverede materiale vil derfor ske i henhold til den dagældende tvangsbekendtgørelse (bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004).

Efter tvangsbekendtgørelsens § 44, stk. 1 og 2, skal overlægen på afdelingen løbende foretage elektronisk indberetning til Sundhedsstyrelsen – og til den ansvarlige sygehusmyndighed – af de i §§ 33-36 omhandlede tilfælde af tvang, de i § 37 omhandlende tilfælde af beskyttelsesfiksering og de i §§ 38-39 omhandlede tilfælde af anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer. Det fremgår af bestemmelsens stk. 3 at Sundhedsstyrelsen leverer elektronisk indberetningsprogram til brug for denne indberetning (Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem).

Bekendtgørelsens §§ 33-40 indeholder bestemmelser om hvilke oplysninger der skal ske tilførsel af i afdelingens tvangsprotokol. Indberetningen efter § 44, stk. 1, skal indeholde de i §§ 33-40 krævede oplysninger, jf. bekendtgørelsens

§ 45, stk. 1, 1. pkt. Indberetningen til Sundhedsstyrelsen skal dog ikke indeholde oplysninger om den ordinerende læges navn eller navne på det implicerede personale. Ligeledes skal indberetningen til den ansvarlige sygehusmyndighed hverken indeholde oplysninger om patientens navn og cpr-nummer eller den ordinerende læges og det implicerede personales navne.

I tilknytning til tvangsbekendtgørelsen har Sundhedsministeriet udarbejdet en vejledning af 21. december 2004 om udfyldelse af tvangsprotokoller (registrering af anvendelse af tvang i psykiatrien) samt registrering af anvendelse af udskrivningsaftaler/koordinationsplaner. Det fremgår af denne vejledning at de psykiatriske afdelinger efter retningslinjerne i vejledningen løbende skal foretage elektronisk indberetning til Sundhedsstyrelsen ved anvendelse af det elektroniske indberetningsprogram Sundhedsstyrelsen har udarbejdet.

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

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

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

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

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

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

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

Alle de skemaer som jeg har modtaget, er udskrifter af tilførsler på Sundhedsstyrelsens elektroniske blanketter.

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

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

Det materiale som jeg har modtaget, indeholder i alt 10 skemaer vedrørende frihedsberøvelse (skema 1), 10 skemaer vedrørende tvangsbehandling (skema 2) og 21 skemaer vedrørende fiksering og fysisk magtanvendelse (skema 3). Jeg har også modtaget kopi af de relevante dele af patientjournalerne.

Jeg har ikke de lægelige forudsætninger for at vurdere om anvendelsen af tvangsforanstaltningerne i de enkelte tilfælde har været berettiget. Ved min gennemgang af materialet har jeg derfor navnlig koncentreret mig om hvorvidt proceduren i forhold til de (da)gældende regler om udfyldelse af tvangsprotokoller og indberetning er blevet fulgt.

Jeg skal dog gøre opmærksom på at jeg ved min gennemgang har bemærket at der i enkelte patientjournaler ikke er foretaget notat om samtlige tvangsmedicineringer. I henhold til tvangsbekendtgørelsens § 42 er tilførsler i tvangsprotokollen journalpligtige (stk. 1), og ved udfærdigelse af tvangsprotokoller skal der i journalen henvises til at der er indført notat i tvangsprotokollen (stk. 2). Jeg foretager mig imidlertid ikke noget i anledning heraf da min undersøgelse som nævnt er koncentreret om udfyldelse af tvangsprotokollerne og indberetning til Sundhedsstyrelsen.

Min gennemgang af det modtagne materiale giver mig anledning til nedenstående bemærkninger:

6.1 Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

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

Alle 10 skemaer, som jeg har modtaget, vedrører tvangstilbageholdelse. Frihedsberøvelserne er iværksat i perioden fra den 19. september 2005 til og med den 12. oktober 2006, og vedrører i alt 10 patienter.

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

Der er i alle skemaer angivet en begrundelse (i henhold til lovens § 5). Begrundelsen er i 1 tilfælde farlighed og i de øvrige 9 tilfælde helbredsmæssige grunde.

Tvangsindlæggelse sker på grundlag af en lægeerklæring der er udarbejdet af den læge som har undersøgt den pågældende med henblik på indlæggelse. Erklæringen må ikke være udstedt af en læge der er ansat på den psykiatriske afdeling hvor indlæggelsen skal finde sted, og lægen må ikke være inhabil (psykiatrilovens § 7). Det er dog overlægen på den psykiatriske afdeling der træffer

den endelige administrative afgørelse om hvorvidt betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, jf. psykiatriloven § 9, stk. 2, og § 14, stk. 1, i Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 880 af 10. december 1998 om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser (tvangsindlæggelsesbekendtgørelsen). (Bekendtgørelsen er med virkning fra 1. januar 2007 afløst af bekendtgørelse nr. 1498 af 14. december 2006). Af psykiatrilovens § 4 a og § 14, stk. 1, 2. punktum, i tvangsindlæggelsesbekendtgørelsen, fremgår det videre at afgørelsen i overlægens fravær kan træffes af en anden læge på den psykiatriske afdeling, og at overlægen i sådanne tilfælde snarest skal tage stilling til beslutningen.

For så vidt angår tvangstilbageholdelse gælder tilsvarende – efter lovens § 10, stk. 1, jf. § 4 a – at overlægen træffer afgørelsen, og at afgørelsen kan træffes af en anden læge i overlægens fravær. Også i disse tilfælde skal overlægen snarest tage stilling til beslutningen.

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

I alle skemaer er der angivet en dato for overlægens stillingtagen. I 9 af de 10 tilfælde har overlægen taget stilling til frihedsberøvelsen samme dag som iværksættelsen af frihedsberøvelsen og i 1 tilfælde dagen efter iværksættelsen.

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

Det påhviler til stadighed overlægen at påse at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magt, beskyttelsesfiksering, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse samt aflåsning af patientstue (Sikringsafdelingen) ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 1. For så vidt angår frihedsberøvelse, skal resultatet af denne efterprøvelse tilføres tvangsprotokollen henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage efter at frihedsberøvelsen blev iværksat, og herefter mindst hver fjerde uge så længe frihedsberøvelsen opretholdes, jf. lovens § 21, stk. 2, 1. og 2. punktum, og tvangsbekendtgørelsens § 33, nr. 4. Efterprøvelsen udregnes ifølge vejledningen fra den dag hvor den første frihedsberøvelse blev iværksat (dag 0). Efterprøvelsesdatoerne ændres således ikke når en tvangsindlagt patient senere tvangstilbageholdes. Datoerne for efterprøvelser samt dato for overlægens stillingtagen i denne forbindelse anføres i rubrikkerne under overskriften ”Efterprøvelse af frihedsberøvelse”.

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

Jeg beder centret om en udtalelse herom.

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

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

I de tilfælde hvor der er sket efterprøvelse, er datoen for overlægens attestation i alle tilfælde på nær ét samme dag som efterprøvelsen. I det ene tilfælde, hvor det ikke er samme dag, er overlægens attestation sket 2 dage senere.

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

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

6.2 Tvangsbehandling

Ved tvangsbehandling benyttes ”Tvangsprotokol – skema 2”. Jeg har modtaget i alt 10 skemaer vedrørende tvangsbehandling. De omhandlede tvangsbehandlinger er iværksat i perioden fra den 18. oktober 2005 til og med den 16. november 2006 og vedrører i alt 7 patienter.

9 af de 10 skemaer vedrører tvangsmedicinering, og 1 skema vedrører ECT-behandling.

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

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

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

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

Det fremgår af § 12, stk. 3, i psykiatriloven, at afgørelse om tvangsbehandling træffes af overlægen, der samtidig træffer bestemmelse om i hvilket omfang der om fornødent kan anvendes magt til behandlingens gennemførelse. Beslutning om tvangsbehandling kan i overlægens fravær træffes af en anden læge. I sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen, jf. lovens § 4 a.

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

Datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen er angivet i alle tilfælde ligesom datoen for overlægens stillingtagen.

I 9 tilfælde er datoen for overlægens stillingtagen angivet som samme dag som beslutningen om iværksættelse, og i 1 tilfælde er det dagen efter beslutningen om iværksættelse.

Navnet på den ordinerende læge er angivet i alle tilfælde.

Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 34, nr. 3, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af begrundelsen for tvangsbehandlingen. Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning afkrydses (markeres) den konkrete begrundelse for iværksættelse af den pågældende tvangsbehandling i rubrikken ”Begrundelse”. Der henvises i den pågældende rubrik i skemaet til psykiatrilovens § 12 og § 13. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type begrundelse – enten § 12 (udsigt til væsentlig forringelse af helbredet) eller § 13 (nærliggende eller væsentlig fare for patienten eller andre). I papirskemaet skal det afkrydses hvilken af de to begrundelser der er tale om.

Begrundelsen for beslutningen er angivet i alle tilfælde og var i alle tilfælde udsigt til væsentlig forringelse af helbredet (§ 12).

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

I alle skemaer er rubrikken ”Art og omfang” udfyldt med angivelse af behandlingen. I de 9 skemaer der vedrører medicinering, er injektion i 4 tilfælde angivet som alternativ behandling i forhold til tabletter, i 1 tilfælde er smeltetablet angivet som alternativ til mikstur, og i 4 tilfælde er alene injektion angivet. De sidste 4 tilfælde vedrører depotmedicin.

Til orientering kan jeg oplyse at jeg i rapport af 26. maj 2004 vedrørende min inspektion af Sct. Hans Hospital den 18. og 24. februar 2004 har udtalt følgende:

”Af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns sammenfatning af nævnets praksis vedrørende psykiatriske ankesager 1997-2002 fremgår på side 15 f at det er nævnets praksis at mindste middel-princippet indebærer at tvangsbehandling med injektion som udgangspunkt må betragtes som et mere indgribende middel end peroral behand-

ling. Jeg er enig i denne fortolkning af princippet om mindste middel. Det fremgår videre at det er nævnets praksis at der som udgangspunkt bør træffes beslutning om tvangsbehandling primært med tablet/mikstur og sekundært med injektion.

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

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

Uanset om dette sidste er tilfældet, vil de kontrollerende myndigheder; det psykiatriske patientklagenævn, Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og til dels embedslægeinstitutionen og Sundhedsstyrelsen samt Folketingets Ombudsmand, være henvist til at kontrollere sygehusets beslutninger på en i skriftlig henseende ufuldstændig baggrund.

Jeg beder hospitalet om en udtalelse herom”

Sct. Hans Hospital anførte i en udtalelse af 12. juli 2004 bl.a. at princippet om anvendelse af mindste-middel hyldes overalt i psykiatrien og således også ved tvangsbehandling. Det blev i udtalelsen videre oplyst at alle læger ved introduktionsundervisningen undervises i brugen af tvang og reglerne herfor, herunder at medicin skal forsøges givet oralt som det første, og at injektionsbehandling kun må anvendes hvis dette afslås, og at det også i det medicinmodul der hører til den elektroniske patientjournal, udførligt er beskrevet hvordan

medicinen skal gives, og at den per orale ordination skal forsøges først. Hospitalet oplyste tillige at der efterfølgende skal gøres notat i journalen om hvorvidt den per orale eller intramuskulære indgivelse er anvendt, og hvis den per orale medicinering måtte opgives, skal omstændighederne der førte hertil, beskrives. Hospitalet anførte endvidere at bemærkningerne i inspektionsrapporten havde givet sygehuset anledning til at overveje retningslinjer for udfyldelse af tvangsprotokollen som gør det tydeligt, også for udenforstående, hvilken ordinationsform der skal forsøges først. Dette noterede jeg mig i en opfølgingsrapport af 26. juli 2004.

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

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

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

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

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

I alle 10 skemaer er navnet på den tilstedeværende læge angivet.

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

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

Endelig skal datoen for beslutning om ophør af tvangsanvendelsen angives.

Dette er sket i alle tilfælde. I 3 tilfælde er datoen for sidste behandling og datoen for beslutning om ophør den samme, og i 4 tilfælde er beslutningen om ophør truffet 1-2 dage efter datoen for sidste behandling.

I 1 tilfælde af depotmedicinering hver 14. dag er datoen for sidste behandling den 10. januar 2006, mens datoen for beslutning om ophør først er den 7. februar 2006. Det fremgår imidlertid af patientjournalen at der er holdt pause med medicineringen på grund af bivirkninger (udslet) hos patienten, og at medicineringen herefter er ophørt på grund af fortsatte bivirkninger.

Det nævnte tilfælde kan derfor ikke give mig anledning til bemærkninger.

I de to resterende tilfælde, som vedrører den samme patient, er der i det ene tilfælde 14 dage og i det andet tilfælde en måned mellem datoen for sidste behandling og datoen for beslutningen om ophør. (Det drejer sig om tvangsmedicineringer iværksat henholdsvis den 26. oktober 2006 og 16. november 2006).

Jeg beder centret om en udtalelse herom.

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

6.3 Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

Ved tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt benyttes ”Tvangsprotokol – skema 3”. De 21 skemaer som jeg har modtaget, dækker perioden fra den 18. oktober 2005 til og med den 27. oktober 2006. Tvangsforanstaltningerne vedrører i alt 16 patienter.

De 21 skemaer omhandler i alt 44 tilfælde af tvangsfiksering og/eller fysisk magt, herunder indgivelse af beroligende medicin. Der er tale om i alt 11 tilfælde af anvendelse af bælte, heraf 10 tilfælde hvor bælte blev anvendt i kombination med remme, 19 tilfælde af anvendelse af beroligende medicin, 3 tilfælde af fastholdelse og 1 tilfælde af døraflåsning.

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

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 at hvis fastholden er et nødvendigt middel til at gennemføre tvangsbehandling eller fiksering/fysisk magtanvendelse, er det ikke at betragte som en selvstændig magtanvendelse og skal derfor ikke registreres på blanket 3.

De tre tilfælde af fastholdelse, som centret har foretaget, er alle sket i forbindelse med enten bæltefiksering eller indgivelse af beroligende medicin. Jeg gør

derfor blot opmærksom på at disse tilfælde af fastholdelse ikke skulle have været registreret i tvangsprotokollen.

Af psykiatrilovens § 14, stk. 1, fremgår det at der som midler til tvangsfiksering alene må anvendes bælte, hånd- og fodremme samt handsker. Af stk. 2, fremgår det videre at tvangsfiksering kun må anvendes i det omfang det er nødvendigt for at afværge at en patient:

- 1) udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred,
- 2) forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller
- 3) øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Under de samme betingelser kan en indlagt person fastholdes og om fornødent med magt føres til et andet opholdssted på sygehuset, jf. psykiatrilovens § 17, stk. 1. Er det af afgørende betydning for bedring af en meget urolig patients tilstand, kan lægen bestemme at patienten skal have et beroligende middel, om fornødent med magt, jf. lovens § 17, stk. 2.

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

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

I alle 44 tilfælde er iværksættelsestidspunktet angivet ved dato og klokkeslæt.

Ifølge lovens § 15, stk. 1, skal tvangsfiksering besluttes af en læge efter at denne har tilset patienten. Beslutning om at der foruden bælte skal anvendes hånd eller fodremme, skal dog træffes af overlægen, jf. stk. 2. Bestemmelsen er ikke til hinder for at en beslutning i overlægens fravær træffes af en anden læge. I sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen, jf. lovens § 4 a og tvangsbekendtgørelsen § 12, stk. 5.

I alle 10 tilfælde hvor der er truffet beslutning om anvendelse af remme, har overlægen taget stilling til beslutningen samme dag som beslutningen om anvendelsen blev truffet.

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

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

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

Navnet på den ordinerende læge er angivet i alle 44 tilfælde af tvangsfiksering og/eller anvendelse af fysisk magt, og kun i et tilfælde er det alene sket med initialer.

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

I alle de 19 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin, er navnet på den tilstedeværende læge angivet, og i samtlige tilfælde er den ordinerende læge også den tilstedeværende læge.

I samtlige tilfælde af tvangsfiksering er også navnet på den tilstedeværende læge angivet, og der er i alle tilfælde tale om at den ordinerende læge også er den tilstedeværende læge.

Jeg gør – blot for god ordens skyld – opmærksom på at der efter tvangsbehandlingens § 35 ikke er pligt til at oplyse navnet på den tilstedeværende læge.

Af de 44 tilfælde af tvangsfiksering og/eller anvendelse af fysisk magt er der i 41 tilfælde angivet navne/initialer på det implicerede personale. I 1 tilfælde er der blot anført "R2" i rubrikken impliceret personale, og i 2 tilfælde mangler der helt angivelse af personale idet der er sat spørgsmålstegn i rubrikken. I de tilfælde hvor navnene på det implicerede personale er angivet, er der i langt de fleste tilfælde alene anført fornavnene på personalet. I 3 tilfælde er der anført initialer.

Da det kun er i et enkeltstående tilfælde der er henvist generelt til personale i afsnittet ("R2"), foretager jeg mig ikke noget i den anledning.

De to tilfælde, hvor der er sat spørgsmålstegn i rubrikken impliceret personale, drejer sig om anvendelse af bælte og remme den 27. oktober 2006 på afdeling 014. Jeg beder centret redegøre nærmere for hvorfor der ikke er anført navne på det implicerede personale.

Som anført ovenfor, går jeg ud fra at initialer er tilstrækkelige til at centret entydigt kan fastslå hvilke medarbejdere der har medvirket ved tvangsforanstaltningerne. Jeg går endvidere ud fra at det samme gør sig gældende ved anvendelse af fornavn alene.

Efter tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 1, må fiksering af patienter der af tryghedsgrunde selv anmoder om det, kun ske med samtykke fra en læge. Anmodningen og den eventuelle fiksering skal noteres i tvangsprotokollen, jf. § 16, stk. 2.

Der er ikke blandt de gennemgåede skemaer foretaget notat af at en fiksering var frivillig. Under inspektionen blev det oplyst at centret har gode erfaringer med at anvende kugledyner i stedet for frivillige fikseringer af tryghedsgrunde.

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

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

Efter tvangsbekendtgørelsens § 35, nr. 2 og 3, og § 36, nr. 2 og 3, skal der for så vidt angår tvangsfiksering og fysisk magtanvendelse ske tilførsel i tvangsprotokollen af indgrebets art og omfang tillige med begrundelsen for indgrebet. Skemaet indeholder særlige rubrikker til dette formål. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type begrundelse (farlighed, forulempelse, hærværk, urolig tilstand, frivillig bæltfiksering eller sikre

den frihedsberøvede patients fortsatte tilstedeværelse på afdelingen – en indirekte henvisning i stikordsform til bestemmelserne i psykiatrilovens § 14 og § 17). I papirskemaet er der rubrikker til afkrydsning heraf, dog ikke for så vidt angår sikring af den frihedsberøvede patients fortsatte tilstedeværelse.

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

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

I alle 44 tilfælde er tvangsindgrebets art og begrundelsen for indgrebet anført.

Tidspunktet for ophør af fikseringen eller den fysiske magtanvendelse skal angives med dato og klokkeslæt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 35, nr. 4, og § 36, nr. 4, samt Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004. Efter den tidligere vejledning af 20. december 2002 skulle der dog kun angives tidspunkt for iværksættelse når det drejede sig om fysisk magtanvendelse i form af fastholdelse og indgivelse af beroligende medicin.

I alle tilfælde – med undtagelse af de 19 tilfælde af anvendelse af beroligende medicin – er ophørstidspunktet angivet med dato og klokkeslæt. I tilfældene vedrørende beroligende medicin er der således kun angivet påbegyndelsestidspunktet.

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

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

6.4 Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning

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

6.5 Personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse

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

Opfølgning

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

Underretning

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

Lennart Frandsen

Inspektionschef