

Indholdsfortegnelse

Ad punkt 3.3	Afsnit S5 (åbent afsnit)	2
Ad punkt 3.4	Afsnit S6 (lukket intensivt afsnit).....	5
Ad punkt 3.6	Retspsykiatrisk afsnit E1.....	7
Ad punkt 5.1	Overbelægning mv.	7
Ad punkt 5.2	Adgang til frisk luft.....	11
Ad punkt 5.3	Handicaptilgængelighed	13
Ad punkt 5.6	Medicin	14
Ad punkt 5.8	Beskæftigelse	15
Ad punkt 5.9	Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2	15
Ad punkt 5.10	Patienternes kontakt med læge mv.	16
Ad punkt 5.11	Behandlingsplaner	17
Ad punkt 5.12	Anvendelse af tvang, herunder fiksering	18
Ad punkt 5.13	Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvang.....	22
Ad punkt 5.14	Aflåsning, skærmning og forholdene for frivilligt indlagte	23
Ad punkt 5.15	Tilkald af politi i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger i afdelingen.....	24
Ad punkt 5.16	Udslusning, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner	24
Ad punkt 5.17	Aktindsigt	26
Ad punkt 5.18	Pårørendekontakt	29
Ad punkt 5.19	Besøg, visitation og adgang til telefonering mv.....	35
Ad punkt 5.20	Rygepolitik	38
Ad punkt 5.21	Euforiserende stoffer og alkohol.....	39
Ad punkt 5.22	Kæresteforhold mellem patienterne	39
Ad punkt 5.23	Patientindflydelse	39
Ad punkt 5.24	Rekruttering af personale og sygefravær	41
Ad punkt 5.25	Vold mod personalet.....	42
Ad punkt 5.26	Sprogbarrierer mv.....	43
Ad punkt 6.	Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen	44
Ad punkt 6.2	Tvangsbehandling	47
Ad punkt 6.3	Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt	48
Opfølgning.....		51
Underretning		51

Den 26. maj 2008 afgav jeg en endelig rapport om min inspektion af Aalborg Psykiatriske Sygehus den 12. juni 2007. I rapporten bad jeg om oplysninger mv. om nærmere angivne forhold. Jeg bad sygehuset om at sende disse oplysninger gennem Psykiatrien i Region Nordjylland for at give Psykiatrien mulighed for at kommentere det som sygehuset anførte.

Jeg har i den anledning modtaget en udtalelse af 22. august 2008 fra Psykiatrien i Region Nordjylland, Psykiatrilædelserne. Det fremgår at udtalelsen er udarbejdet i samarbejde med afdelingsledelserne på Aalborg Psykiatriske Sygehus. Udtalelsen og min rapport blev (sammen med rapporten om min inspektion af Brønderslev Psykiatriske Sygehus den 13. juni 2007 og Psykiatriens svar vedrørende denne inspektion) forelagt for Forretningsudvalget i Region Nordjylland den 11. august 2008 hvor udvalget tog Psykiatriens svar til efterretning. Forretningsudvalget bemærkede at flere af de forhold der blev påpeget under inspektionen, og som i rapporten har givet anledning til henstillinger, er blevet løst, men at nogle forhold først vil kunne løses når der bygges nyt.

Jeg skal herefter meddele følgende:

Ad punkt 3.3 Afsnit S5 (åbent afsnit)

Afsnittets 18 sengepladser er fordelt på 4 enestuer, 4 tosenngsstuer og 2 firesenngsstuer. Psykiatrien oplyste i brev af 15. maj 2008 at den ene firesenngsstue anvendes som tosenngsstue. På inspektionstidspunktet var der indlagt fire patienter på hver firesenngsstue.

Jeg tilkendegav under inspektionen at det efter min opfattelse ikke mere bør forekomme at der er firesenngsstuer på et psykiatrisk afsnit. I min endelige rapport udtalte jeg at forholdene på de to firesenngsstuer i høj grad er utilfredsstillende, og at de ikke lever op til kravet om god psykiatrisk sygehusstandard som nævnt i psykiatrilovens § 2.

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

- at en firesenngsstue kun anvendes til fem patienter når det belægningsmæssigt er absolut påkrævet, dvs. når andre muligheder – som f.eks. anvendelse af samtalerum som patientstuer – er taget i brug,
- at den femte seng på en firesenngsstue fjernes når der ikke er en ekstra patient indlagt på stuen,

- at sygehuset fortsat nøje overvejer – ud fra patienternes sygdomme, symptomer, adfærd, alder og køn – hvilke patienter der lægges på samme stue, og
- at patienterne ved indlæggelse på en firesengsstue i hvert enkelt tilfælde udtrykkeligt gøres opmærksom på at der er mulighed for opsætning af skærme på stuen.

Jeg udtalte endvidere at det efter min opfattelse ikke er tilfredsstillende at en tosengsstue med begrænset plads anvendes som opbevaringssted for et ekstra (dobbelt) skab. Jeg henstillede derfor til sygehuset at fjerne det ekstra skab fra den tosengsstue som jeg besøgte, og fra afsnittets anden tosengsstue hvis der også blev opbevaret et ekstra skab der.

Jeg henstillede desuden at der ved håndvaskene på stuerne blev opsat beholdere med flydende sæbe og papirhåndklæder.

Endelig udtalte jeg at den manglende eller meget sparsomme udsmykning af afsnittets flersengsstuer fik stuerne til at virke meget bare og gav et indtryk af somatisk hospital. Jeg henstillede derfor til sygehuset at overveje en udsmykning af væggene så stuerne fik et mere hyggeligt udseende.

Jeg bad sygehuset underrette mig om hvad mine henstillinger gav anledning til.

Psykiatrien har oplyst at der inden for en relativ kortere årrække kommer nye fysiske rammer for psykiatrien, og i den forbindelse vil alle sengepladser blive som enestuer. Indtil dette realiseres, har Psykiatrien følgende bemærkninger til de nævnte henstillinger:

- Firesengsstuen anvendes kun til fem patienter når det er absolut påkrævet. Samtalerummene anvendes ikke som patientstue ud fra en faglig vurdering af at der er et væsentligere behov for et enerum hvor der er mulighed for at patienter på flersengsstuer kan trække sig tilbage – alene eller sammen med pårørende – og et enerum hvor patienten kan have samtale med læge/kontaktperson uden at medpatienter kan overvære samtalen.
- Der er ikke en femte seng på firesengsstuen idet der i umiddelbar forlængelse af inspektionen blev strammet op på den "opmagasineringspraksis" som til en vis grad havde vundet indpas.

- Der foretages altid nøje overvejelser ved fordeling af sengestuer. Fordelingen sker ud fra en konkret og faglig vurdering af den enkelte patients sygdom mv.
- Patienterne oplyses om muligheden for opsætning af skærme på firesengsstuen.
- Der bliver ikke opmagasineret et ekstra skab på tosengsstuen.
- Der har ikke været flydende sæbe og papirhåndklæder ved håndvaske på sengestuerne fordi patienterne har eget håndklæde som opbevares ved sengebordet. Der vil imidlertid på baggrund af henstillingen blive taget initiativ til opsætning af flydende håndsæbe og papirhåndklæder ved håndvaskene på sengestuerne.

Jeg tager det oplyste til efterretning. Jeg går ud fra at der nu er opsat beholdere med flydende sæbe og papirhåndklæder ved håndvaskene på sengestuerne.

Med hensyn til udsmykning på afsnittets flersengsstuer har Psykiatrien oplyst at der er opslagstavler på alle sengestuer og billeder på de fleste stuer på de åbne afsnit.

Jeg har forstået Psykiatriens svar som en beskrivelse af de faktiske forhold på stuerne (som de også var på inspektionstidspunktet), og jeg kan ikke heraf udlede at sygehuset på baggrund af min henstilling har overvejet en yderligere udsmykning af sengestuerne på de åbne afsnit. Hvis sygehuset har overvejet spørgsmålet, beder jeg om at få oplyst en nærmere begrundelse for ikke at udsmykke stuerne yderligere. Hvis sygehuset ikke har overvejet spørgsmålet, henstiller jeg på ny at sygehuset overvejer en yderligere udsmykning og beder om underretning om resultatet samt baggrunden for resultatet.

Afsnittets lange gangareal virkede på trods af et lyst farvevalg på vægge, gulv og loft unødigt mørkt. Belysningen på et gangareal har efter min opfattelse en væsentlig betydning for patienternes helhedsindtryk af det enkelte afsnit, og jeg henstillede derfor til sygehuset at forbedre belysningen på gangarealet så gangen kom til at fremstå lysere og venligere. Jeg bad om underretning om hvad min henstilling gav anledning til.

Psykiatrien har oplyst at afsnit S5 er det eneste afsnit med den pågældende loftsbeklædning. I forbindelse med konstatering af at den daværende loftsbeklædning indeholdt asbest, blev afsnittet renoveret som det første. Der blev valgt en renovering med forsegling af loftspladerne, og det betyder at det ikke umiddelbart er muligt at opsætte mere lys i loftet. Det er heller ikke muligt at få yderligere dagslys ind. Ved renovering

af alle de øvrige sengeafsnit blev der valgt en anden renoveringsmetode hvor der blev opsat en anden loftsbeklædning og belysning som giver et bedre lys end på afsnit S5.

Jeg har noteret mig at det ikke umiddelbart er muligt at installere mere lys i loftet. Som jeg tilkendegav i min rapport, har belysningen på gangarealet efter min opfattelse væsentlig betydning for patienternes helhedsindtryk af de fysiske forhold på afsnittet. I forbindelse med en tidligere inspektion af en psykiatrisk afdeling har jeg desuden fået oplyst at belysning i sig selv kan have en vis terapeutisk virkning. Jeg beder derfor sygehuset om at overveje at sætte væglamper op til forbedring af belysningen på det lange gangareal. Jeg beder om underretning om resultatet af sygehusets overvejelser.

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

Psykiatrien har oplyst at der på alle sengeafsnit er blevet opsat beholdere med flydende sæbe og papirhåndklæder på alle fælles baderum og ved alle håndvaske på toiletter.

Jeg har noteret mig det oplyste.

På inspektionstidspunktet var afsnittets to baderum aflåste. Jeg bad sygehuset oplyse baggrunden for at baderummene blev holdt aflåst, og om der er begrænsninger med hensyn til hvornår patienterne kan benytte baderummene.

Psykiatrien har oplyst at den normale praksis er at baderum er åbne, og at der ikke er begrænsninger i brugen af baderum. Hvis et baderum aflåses, vil det være på grund af en faglig vurdering af behandlingsmæssige årsager i forhold til en konkret patient.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 3.4 Afsnit S6 (lukket intensivt afsnit)

Døren til afsnittets tosenngsstue var forsynet med et almindeligt dørhåndtag, en udvendig nøgglelås og et rundt håndtag indvendig. Døren kunne derfor kun låses/låses op udefra. På inspektionstidspunktet var den ene af stuens patienter kommet til at låse sin medpatient inde på stuen.

Som jeg bemærkede under inspektionen, er det meget uheldigt at en patient kan låse en anden patient inde på stuen, når der ikke er mulighed for at låse døren op igen in-

defra. Jeg bad sygehuset om at oplyse hvad der er gjort for at løse problemet og dermed undgå at en lignende situation gentager sig.

Psykiatrien har oplyst at der er skiftet lås og sat en lås i med vrider på den indvendige side.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Med hensyn til den manglende udsmykning af stuerne henviste jeg til det jeg havde anført under pkt. 3.3.

Psykiatrien har oplyst at der ikke er udsmykning på sengestuerne på de lukkede afsnit.

Jeg har forstået Psykiatriens svar som en beskrivelse af de faktiske forhold på stuerne (som de også var på inspektionstidspunktet), og jeg kan ikke heraf udlede at sygehuset på baggrund af min henstilling har overvejet en udsmykning af sengestuerne på de lukkede afsnit. Hvis sygehuset har overvejet spørgsmålet, beder jeg om at få oplyst en nærmere begrundelse for ikke at udsmykke stuerne. Hvis sygehuset ikke har overvejet spørgsmålet, henstiller jeg på ny at sygehuset overvejer en udsmykning på de lukkede afsnit. Jeg beder om underretning om resultatet og baggrunden for det.

Den enestue jeg besøgte, bar tydeligt præg af at det på inspektionstidspunktet var tilladt for patienterne at ryge på deres stuer. Jeg bad om at få oplyst om sygehuset har planer om udskiftning af det møblement og linoleum på gulvet der har mange sorte mærker efter brændende cigaretter, nu hvor det efter den nye rygelov ikke længere er tilladt for patienterne at ryge på deres stuer.

Psykiatrien har oplyst at der løbende foretages udskiftning og vedligeholdelse af møblement, udstyr mv., og at en eventuel udskiftning af gulvbelægning indgår i den almindelige prioritering.

Jeg har noteret mig det oplyste.

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

Psykiatrien har oplyst at der på alle sengeafsnit er blevet opsat beholdere med flydende sæbe og papirhåndklæder på alle fælles baderum og ved alle håndvaske på toiletter.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 3.6 Retspsykiatrisk afsnit E1

Afsnittet har en handicapegnet stue med eget bad og toilet. Jeg bad om at få oplyst om håndvasken på badeværelset er udstyret med hæve-/sænkefunktion, og om sygehuset har overvejet at opsætte armstøtter ved toilettet.

Psykiatrien har oplyst at håndvasken ikke har hæve-/sænkefunktion. Der vil blive taget initiativ til at håndvasken udstyres med denne funktion, og til opsætning af armstøtter ved toilettet.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Der var mulighed for indkig i spisestue, aktivitetsrum og motionsrum fra en mindre parkeringsplads lige uden for afsnittet. Jeg henstillede at der blev sat film på ruderne i de tre fælleslokaler så indkig fra parkeringspladsen ikke er muligt. Jeg bad sygehuset underrette mig om hvad min henstilling gav anledning til.

Psykiatrien har oplyst at der efter inspektionen er blevet sat film på ruderne.

Jeg tager det oplyste til efterretning.

Ad punkt 5.1 Overbelægning mv.

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

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

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

Psykiatrien har oplyst at opgørelsen over sengepladser er blevet gennemgået og rettet, da sengeafsnittet S7 fysisk er placeret i de lokaler der tidligere rummede sengeafsnittet S4. Psykiatrien har samtidig sendt mig den opdaterede opgørelse over sengepladserne.

Jeg har gennemgået opgørelsen over sengepladser fordelt på diverse typer rum pr. 1. januar 2007, og det er stadig ikke helt klart for mig hvor mange sengepladser der er på de forskellige typer af sengestuer. Det fremgår f.eks. af opgørelsen at der på afsnit S7 er 4 enestuer med i alt 5 senge, 5 tosenngsstuer med i alt 8 senge, ingen tresengsstue, men alligevel 3 senge, og en firesengsstue med 0 senge. Jeg beder derfor på ny sygehuset om at redegøre for fordelingen af disponible sengepladser fordelt på enestuer og forskellige typer af flersengsstuer – sådan som fordelingen var pr. 1. januar 2007 og sådan som den er på nuværende tidspunkt.

På inspektionstidspunktet var afsnit S4 med 18 normerede sengepladser midlertidigt lukket. Jeg bad derfor om at få oplyst hvilke planer der er med afsnit S4.

Psykiatrien har oplyst at der ikke er nogen aktuelle planer med sengeafsnit S4.

Jeg har noteret mig det oplyste og henviser til det jeg har anført nedenfor om belægningsprocenten.

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

Psykiatrien har sendt mig en oversigt over den gennemsnitlige liggetid for udskrevne patienter i 2007 fordelt på afsnit og afdelinger. Den gennemsnitlige liggetid for udskrevne patienter i 2007 var 30,7 dage for patienter indlagt på afdeling Syd, 296,8 dage for patienter indlagt på retspsykiatrisk afdeling og 35,9 dage for patienter indlagt på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Samlet set for Psykiatrien i Region Nordjylland var den gennemsnitlige liggetid for udskrevne patienter i 2007 37,0 dage.

For en opdeling af den gennemsnitlige liggetid for udskrevne patienter på de enkelte sengeafsnit har Psykiatrien henvist til oversigten. Det fremgår heraf at den gennemsnitlige liggetid i 2007 var 16,2 dage på de to lukkede afsnit S6 og S8 og henholdsvis

41,8 og 39,4 dage på de to åbne afsnit S5 og S7. På retspsykiatrisk afsnit E1 var den gennemsnitlige liggetid 273,2 dage i 2007.

For afdeling Syds vedkommende er der således sket et fald på 3 dage i den gennemsnitlige liggetid på det lukkede afsnit S6 (fra 19,1 dage i 2006 til 16,2 dage i 2007) og på 5,5 dage på det åbne afsnit S7 (fra 44,9 dage til 39,4 dage), mens liggetiderne på S5 og S8 næsten ikke har ændret sig. På børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling er den gennemsnitlige liggetid faldet til godt en tredjedel (fra 99 dage i 2006 til 35,9 dage i 2007), og på retspsykiatrisk afsnit E1 er liggetiden steget med 68 pct. (fra 185,8 dage til 273,2 dage). For Psykiatrien i Region Nordjylland er der samlet set sket et fald på 2 dage i den gennemsnitlige liggetid for udskrevne patienter (fra 39 til 37 dage).

Jeg beder om muligt om at få oplyst årsagen til det væsentlige fald i den gennemsnitlige liggetid på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling og den store stigning i liggetiden på afsnit E1. Jeg har i øvrigt noteret mig det oplyste.

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

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

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

Psykiatrien har oplyst at den gennemsnitlige belægningsprocent for disponible senge på Aalborg Psykiatriske Sygehus var 95 i 2007. Fordelt på måneder har belægningsprocenten varieret fra 83 i januar 2007 til 101 i såvel april som oktober 2007. For en opdeling på de enkelte afsnit og fordeling på måneder har Psykiatrien henvist til et vedlagt bilag. Det fremgår heraf at de to åbne afsnit S5 og S7 for hele 2007 havde en gennemsnitlig belægningsprocent på henholdsvis 103 og 104. De to lukkede afsnit S6 og S8 havde en gennemsnitlig belægningsprocent på henholdsvis 101 og 100. For retspsykiatrisk afsnit E1 og for børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling var gennemsnittet henholdsvis 98 og 86.

I forhold til 2006 er der tale om en stigning på 3,5 procentpoint for sengeafsnittene i afdeling Syd, en stigning på 0,7 procentpoint for retspsykiatrisk afsnit E1 og en stigning på 4,5 procentpoint for børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

Som nævnt i min rapport, er der i Psykiatriens kontrakt med Regionsrådet indgået aftale om at Psykiatrien i gennemsnit skal have en belægning på 85 pct. Som også nævnt fremgår det af Danske Regioners hjemmeside (rapporten Regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatriområdet i 2006) at den gennemsnitlige belægningsprocent for Region Nordjylland var 95 i 2006. Der foreligger nu en tilsvarende rapport for 2007 hvoraf det fremgår at den gennemsnitlige belægningsprocent for Region Nordjylland var 96 i 2007 – hvilket stadig er det højeste blandt regionerne idet de gennemsnitlige belægningsprocenter i de øvrige regioner var mellem 84 og 94.

Når der ses bort fra børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, har Aalborg Psykiatriske Sygehus fortsat en meget høj belægningsprocent. Jeg foretager mig dog ikke mere vedrørende dette forhold. Jeg henviser til at det er de enkelte regioner (regionsrådene) der har ansvaret for at der er det tilstrækkelige antal pladser på de psykiatriske sygehuse i regionen, og at ombudsmanden ved sin bedømmelse af regionerne skal tage hensyn til de særlige vilkår som disse myndigheder virker under, jf. ombudsmandslovens § 8. Det betyder at ombudsmanden ved sin kontrol skal respektere at det er regionsrådet der inden for lovens ramme, fordeler de eksisterende ressourcer.

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

Jeg bad derfor om at få oplyst hvor ofte det sker at retspsykiatriske patienter indlægges på de to lukkede almenpsykiatriske afsnit, hvor hurtigt disse patienter overflyttes til retspsykiatrisk afdeling, og hvornår sygehuset forventer at afsnit E2 kommer til at fungere som et egentligt retspsykiatrisk afsnit.

Psykiatrien har oplyst at der i 2007 var 57 indlæggelser af retslige patienter på de to lukkede almenpsykiatriske afsnit i afdeling Syd. Indlæggelserne omfattede følgende kategorier: E: indlagt i henhold til andet retsligt forhold, F: retslig patient indlagt "ved tvang" i medfør af retslige forhold (ikke psykiatrilov) og G: retslig patient indlagt frivilligt. Kun to af de 57 patienter blev efterfølgende indlagt på retspsykiatrisk afdeling på Aalborg Psykiatriske Sygehus. Indlæggelsestiden i almenpsykiatrien var 1 til 4 uger før overflyttelsen.

Psykiatrien har endvidere oplyst at afsnit E2 er etableret som et egentligt retspsykiatrisk afsnit fra 1. januar 2008.

Jeg har noteret mig det oplyste. Jeg går ud fra at etableringen af afsnit E2 som et egentligt retspsykiatrisk afsnit har mindsket antallet af retspsykiatriske patienter som indlægges på de almenpsykiatriske afsnit.

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

Psykiatrien har oplyst at det ikke er muligt at give et konkret svar på hvor ofte der er fem patienter indlagt på en firesengsstue, men det sker ikke ofte. Medmindre der er en meget skæv fordeling af mænd og kvinder blandt patienterne, bliver det først nødvendigt med fem patienter på firesengsstuen når der er overbelægning med mere end to patienter. De første to patienter ud over de 18 patienter som afsnittet er normeret til, kan få plads på den tosengsstue der størrelsesmæssigt svarer til firesengsstuen.

Psykiatrien har endvidere oplyst at enestuerne på afsnit S5 og S7 (de to sengeafsnit hvor der findes firesengsstuer) aldrig anvendes som tosengsstuer da de patienter der har en enestue, fagligt er vurderet til at de *skal* have en enestue. Ved overbelægning vælges normalt først den tosengsstue der størrelsesmæssigt svarer til firesengsstuen. Ved yderligere overbelægning er der mulighed for at lægge tre patienter på en tosengsstue eller fem patienter på firesengsstuen.

Jeg har noteret mig at der ikke ofte er fem patienter indlagt på en firesengsstue, og at enestuerne på afsnit S5 og S7 ikke bruges til dobbeltbelægning.

Psykiatrien har ikke oplyst om enestuer på andre afsnit end S5 og S7 benyttes til dobbeltbelægning, eller om det sker at patienter ligger på gangene. Jeg beder på ny om oplysning om dette forhold.

Ad punkt 5.2 Adgang til frisk luft

Det blev under inspektionen af afsnit S6 oplyst at afsnittets store have ikke var flugt-sikker da hegnet omkring haven kun var ca. 1,5 m højt, og at haven derfor ikke blev udnyttet så meget som den kunne. Døren ud til haven var altid aflåst, og kun 2-3 patienter ad gangen fik lov til at benytte haven under ledsagelse af personale. Det blev endvidere oplyst at surrogatanbragte patienter kun kom ud i haven med politiledsagel-

se, da politiet havde meddelt at disse patienter måtte blive inden døre hvis haven ikke var tilstrækkelig flugtsikret.

Jeg bad sygehuset om at oplyse om haverne til afsnit S6 og S8 nu er sikret så tilstrækkeligt at det er muligt for patienterne at benytte haverne i et omfang der lever op til psykiatrilovens § 2. Hvis det ikke er tilfældet, henstillede jeg til sygehuset at sikre haverne. Jeg bad om underretning om hvad sygehuset foretog sig i anledning af min henstilling.

Psykiatrien har hertil anført følgende:

”Spørgsmålet tager udgangspunkt i de oplysninger, som er citeret i rapporten fra personale omkring problemer med at udnytte haven, da haven på tidspunktet for inspektionen ikke var fuldstændig flugtsikret. Psykiatrilæden bemærker hertil, at der efter ledelsens opfattelse ikke på noget tidspunkt har været et problem med hensyn til patienternes mulighed for at benytte haven og dermed leve op til psykiatrilovens § 2. Psykiatrilæden ønsker selvfølgelig sikkerhed for patienterne – men ønsker ikke fængselslignende forhold.

Det kan til orientering oplyses, at der er blevet opsat et højere hegn omkring haven til afsnit S6, og at der aktuelt er planer om modernisering af hegnet omkring afsnit S8. Disse tiltag er primært begrundet i et behov grundet rygerestriktioner indendørs, som har medført et ønske om mulighed for hyppig og uledsaget udgang fra flere patienter.”

Mit spørgsmål var ikke formuleret ud fra en forudsætning om at patienterne på afsnit S6 (generelt) ikke har mulighed for at benytte haven, og jeg beklager at det har givet anledning til denne opfattelse. Jeg måtte imidlertid lægge til grund at haven ikke var tilstrækkelig sikret til at sygehuset kunne leve op til forpligtelsen i psykiatrilovens § 2 i forbindelse med surrogatanbragte patienter da det blev oplyst at disse patienter kun kom i haven med politiledsagelse. Det er min opfattelse (som jeg også tilkendegav i sagen om min inspektion af nu Psykiatrisk Center Hvidovre) at udendørsarealerne til de lukkede afsnit må være indrettet sådan at det er muligt at leve op til psykiatrilovens § 2 også i tilfælde hvor en patient er eller kan være flugttuet.

Jeg har noteret mig at der bortset fra surrogatanbragte patienter ikke har været problemer med at sikre patienterne på afsnit S6 adgang til haven i et omfang der lever op til psykiatrilovens § 2.

Jeg tager desuden til efterretning at der nu er opsat et højere hegn omkring haven til afsnit S6, og at der er planer om modernisering af hegnet omkring haven til afsnit S8.

Jeg går herefter ud fra at haverne nu er/bliver sikret så tilstrækkeligt at det muligt også for surrogatanbragte patienter at benytte haverne i et omfang der lever op til psykiatrilovens § 2.

Børne- og ungdomspsykiatrisk afsnit A1d har sin egen overdækkede terrasse i 1. sals højde og en stor have. Jeg bad sygehuset om at oplyse hvor ofte de indlagte børn og unge på afsnit A1d kommer ud i frisk luft, og om der er fri adgang til haven.

Psykiatrien har oplyst at afsnittets store terrasse og den lukkede have bliver benyttet af både børn og personale, og at der er fri adgang for indlagte børn forstået på den måde at hvis der er tale om mindreårige børn der har brug for voksenopsyn, er der personale med på legepladsen til leg, boldspil og andet. Børn og unge indlagt i afsnit A1d har således dagligt mulighed for at komme ud i frisk luft. Det tilskyndes at patienter der ikke har så meget lyst til at komme ud, eventuelt kommer på en ledsaget gåtur i en nærliggende skov eller i Zoologisk Have der ligger umiddelbart i tilknytning til Aalborg Psykiatriske Sygehus. Der lægges fra afdelingens side stor vægt på at børn og unge indlagt i døgnafsnittet kommer ud og får frisk luft dagligt.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Jeg bad sygehuset om at oplyse om alle patienter på retspsykiatrisk afsnit E1 – som ikke har tilladelse til uledsaget udgang uden for afsnittet – dagligt har adgang til at benytte den lille og/eller den store have, og i hvor lang tid den enkelte patient kan opholde sig udendørs.

Psykiatrien har oplyst at alle patienter dagligt kan benytte haveanlæggene.

Jeg har noteret mig det oplyste. Selv om sygehuset ikke har svaret på mit spørgsmål om hvor længe den enkelte patient kan opholde sig udendørs, foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold.

Ad punkt 5.3 Handicaptilgængelighed

Under inspektionen bemærkede jeg at sygehuset er meget lidt handicaptilgængeligt. I min rapport skrev jeg at jeg er opmærksom på at det på grund af de ældre bygninger og det stærkt skrånende terræn ikke er muligt at gøre sygehuset fuldt handicaptilgængeligt, men jeg henstillede til sygehuset at overveje en række tiltag som kunne forbedre handicaptilgængeligheden. Det kunne f.eks. være en forbedring af indgangsforholdene til de enkelte afsnit, vejledning og skiltning om den mest handicaptilgængelige

vej til sygehusets enkelte afsnit mv. Jeg bad om underretning om hvilke overvejelser min henstilling gav anledning til.

Psykatrien er enig i at forholdene for psykiatriens afsnit på Mølleparkvej ikke lever op til almindelige krav om handicaptilgængelighed. Terrænet og de bygningsmæssige forhold giver ikke mulighed for en optimal løsning, men Psykatrien vil tage initiativ til en bedre skiltning og øget handicaptilgængelighed inden for de bygningsmæssige og terrænmæssige begrænsninger. Psykatrien har desuden anført at handicaptilgængeligheden bliver optimal, når det nye hospital opføres.

Jeg har noteret mig at Psykatrien vil tage initiativ til en bedre skiltning og øget handicaptilgængelighed inden for de bygningsmæssige og terrænmæssige rammer. Jeg beder om at få oplyst hvilke tiltag der allerede er gennemført på baggrund af min henstilling, og om sygehuset har planer om yderligere tiltag der kan forbedre handicaptilgængeligheden inden for de givne rammer.

Ad punkt 5.6 Medicin

Jeg bad om at få oplyst om sygehuset får en kvittering fra apoteket når der afleveres restmedicin. Jeg oplyste at jeg tidligere har udtalt at psykiatriske sygehuse ved aflevering af medicinrester – ud fra kontrolmæssige hensyn – bør modtage en kvittering på en liste som sygehuset har udfærdiget over den mængde restmedicin som afleveres.

Psykatrien har oplyst at sygehuset køber en ydelse fra sygehusapoteket i form af en farmakonom som står for bestilling af medicin og sikrer økonomisk håndtering af medicin, hvilket sikrer at der er mindre spild af medicin og færre medicinrester. De få restmængder af medicin som returneres til apoteket, modtager sygehuset (afsnittet) ikke kvittering for.

Psykatrien har endvidere oplyst at ophældt medicin – som af forskellige årsager ikke anvendes – skal i en særlig grå samlebøtte som returneres til sygehusapoteket. Der modtages ikke kvittering på returnering af sådan returmedicin.

Hvis uåbnet medicin går retur til sygehusapoteket, får sygehuset (afsnittet) kvittering herfor.

Jeg har noteret mig at sygehuset får en kvittering for uåbnet medicin der returneres til apoteket, og at der herudover kun er få mængder restmedicin (bl.a. som følge af at det er en farmakonom der står for bestilling af medicin). Selv om der kun er få medicinrester, bør sygehuset efter min opfattelse ved aflevering af medicinrester – ud fra kontrolmæssige hensyn – modtage en kvittering herfor. En mulig løsning kan være at

sygehuset selv skriver op hvad der bliver afleveret, og anmoder om en kvittering herfor, for eksempel i form af et stempel. Jeg beder sygehuset om at overveje at indføre en sådan ordning og meddele mig resultatet af disse overvejelser.

Ad punkt 5.8 Beskæftigelse

Det fremgik af referatet fra et ordinært møde i Psykiatriens MED-udvalg den 18. december 2007 at der var udarbejdet et udkast til retningslinjer for aktiviteter for indlagte patienter i Psykiatrien. Baggrunden for dette tiltag var en patienttilfredshedsundersøgelses mindre gode resultater vedrørende patientaktiviteter. Jeg bad om at blive underrettet om Psykiatriens retningslinjer for aktiviteter for indlagte patienter når retningslinjerne forelå i endelig form.

Psykiatrien har sendt mig kopi af politik for aktiviteter for alle dag- og døgnindlagte patienter i Psykiatrien, Region Nordjylland (dateret 21. april 2008). Det fremgår heraf at alle dag- eller døgnindlagte patienter inden for de første dage efter indlæggelsen skal have udarbejdet en individuel aktivitetsplan der beskriver hvilke behandlings- og plejereettede aktiviteter patienten bør deltage i. Aktiviteterne kan være samtaler med læge, psykolog, socialrådgiver og plejepersonale, miljøterapeutiske aktiviteter, sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter, ergo- og fysioterapi, musikterapi og patientundervisning/psykoedukation. Det angives hvilke aktiviteter alle patienter som minimum skal have tilbudt.

Jeg har noteret mig indholdet af aktivitetspolitikken, og den giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Ad punkt 5.9 Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2

Efter § 3, stk. 2, i psykiatriloven skal lægen vejlede patienten om formålet med indlæggelsen, opholdet og behandlingen samt om udsigterne til en bedring af helbredstilstanden. Jeg bad sygehuset om at oplyse hvornår og hvordan denne vejledning finder sted.

Psykiatrien har oplyst at alle patienter, der indlægges på psykiatrisk sygehus, undersøges af en læge ved indlæggelsen. Under denne indlæggelsessamtale og undersøgelse får patienten den i § 3, stk. 2, nævnte vejledning om formål med indlæggelsen, opholdet og behandlingen samt om udsigterne til en bedring af helbredstilstanden. Denne første vejledning gentages i forbindelse med senere lægesamtaler, herunder i forbindelse med udfærdigelse af behandlingsplan og revisioner af behandlingsplan.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.10 Patienternes kontakt med læge mv.

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

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

Psykiatrien har oplyst at den almindelige praksis på alle sengeafsnit er at den første samtale med en læge finder sted i umiddelbar forlængelse af indlæggelsen, således at forstå at alle patienter taler med en læge på indlæggelsesdagen. Næste dag vil patienten altid blive undersøgt af en speciallæge i psykiatri.

På alle afsnit har patienterne en kontaktlæge som sædvanligvis er den behandlingsansvarlige overlæge som har samtaler med patienterne efter behov ud fra en individuel vurdering og på faste tidspunkter, herunder de i behandlingsplanen fastsatte evalueringstidspunkter.

Patientens kontaktperson (som er et plejepersonale) deltager i lægesamtaler, men ønsker patienten en samtale med lægen alene, vil det normalt blive respekteret. Ene- ste undtagelse vil være i situationer hvor patientens ønske af sikkerhedsmæssige årsager ikke kan imødekommes.

Jeg forstår det oplyste om at kontaktlægen har samtaler med patienten "på faste tidspunkter" sådan at der i forbindelse med lægesamtaler så vidt muligt fastsættes en dato for en ny lægesamtale. Med den bemærkning har jeg noteret mig det oplyste.

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

Psykiatrien har oplyst at det er muligt at skifte kontaktperson.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.11 Behandlingsplaner

Behandlingsplaner skal udarbejdes senest en uge efter indlæggelsen, jf. pkt. 3 i Sundhedsministeriets vejledning nr. 122 af 14. december 2006 om bl.a. behandlingsplaner. Da sygehusets praksis på de to åbne afsnit (S5 og S7) og på retspsykiatrisk afdeling ifølge det oplyste på regionens hjemmeside ikke altid var i overensstemmelse med vejledningens tidsmæssige krav til behandlingsplaners udarbejdelse, bad jeg sygehuset oplyse hvilke tiltag det gav sygehuset anledning til.

Psykiatrien har oplyst at informationen på Psykiatriens hjemmesider for de enkelte afsnit ikke er korrekte da praksis på afsnittene følger gældende regler om at en behandlingsplan skal udarbejdes inden for den første uge. Under indlæggelsesforløbet revideres planen løbende i samarbejde med patienten – alt efter patientens sygdomssituation. Psykiatrien har taget initiativ til at oplysningerne på Psykiatriens hjemmeside bliver revideret så de svarer til gældende praksis på afsnittene.

Jeg har noteret mig det oplyste, og at informationen på hjemmesiden om udarbejdelse af behandlingsplaner på afsnit S5, S7 og retspsykiatrisk afdeling er blevet rettet.

Jeg bad endvidere om at modtage kopi af en behandlingsplan fra hvert afsnit på sygehuset. Jeg bad om at behandlingsplanerne måtte vedrøre patienter som var indlagt på tidspunktet for min inspektion (den 12. juni 2007) hvis det administrativt ikke var besværligt at finde frem.

Psykiatrien har sendt mig kopi af anonymiserede behandlingsplaner fra alle sengeafsnit.

Der er ingen formelle krav til udformningen af en behandlingsplan, men den skal ifølge den nævnte vejledning nr. 122 af 14. december 2006 omfatte følgende forhold:

- a. psykiatriske og somatiske diagnoser samt beskrivelse af de fænomener, der underbygger diagnoserne,
- b. plan for de efterfølgende undersøgelser, der er nødvendige af diagnostiske og behandlingsmæssige grunde,
- c. plan for den påtænkte behandling, omfattende såvel medicinsk behandling som psykoterapeutiske, miljøterapeutiske samt sociale foranstaltninger, under hensyntagen til eventuelt senere indløbne undersøgelsesresultater,
- d. de mål, der søges opnået ved behandlingen og antagelser om behandlingens varighed,
- e. tidspunkt for planlagt opfølgning af behandlingsplanen og
- f. oplysning om patientens holdning til behandlingsplanen

Det fremgår endvidere af vejledningen at behandlingsplaner skal ajourføres ved ændringer i patientens tilstand eller den overordnede behandlingsstrategi.

De modtagne behandlingsplaner er opbygget med overskrifter svarende til de nævnte punkter i opremsningen fra vejledningen, dog afviger planen fra børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling lidt fra de øvrige planer idet den indeholder nogle få ekstra punkter.

Bortset fra at behandlingsplanen fra afsnit S6 ikke indeholder tidspunkt for evaluering, giver behandlingsplanerne mig ikke anledning til bemærkninger.

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

Psykiatrien har oplyst at behandlingsplanen udleveres til patienten når den er skrevet af en sekretær. I børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling A gennemgås behandlingsplanen med forældrene i en familiesamtale, og behandlingsplanen udleveres i kopi til forældrene hvis det ønskes. Man gennemgår ikke den samlede behandlingsplan for barnet, men inddrager barnet i de delelementer der nu er brug for, for at behandlingsplanen kan lykkes.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.12 Anvendelse af tvang, herunder fiksering

Det fremgik af regionens opgørelser over antallet af tvangsforanstaltninger at der på Aalborg Psykiatriske Sygehus i perioden fra 2005 til 2006, hvor psykiatrien deltog i gennembrudsprojektet, var sket et lille fald i antallet af tvangsfikseringer (fra 161 tilfælde i 2005 til 148 i 2006 svarende til et fald på 8 pct.), mens der var sket en fordobling i antallet af tvangsmedicineringer (fra 573 tilfælde i 2005 til 1.147 i 2006). Stigningen i tvangsmedicineringer fandt sted både på afdeling S og på retspsykiatrisk afdeling. Jeg bad om at få oplyst nærmere om årsagen til den markante stigning i antallet af tvangsmedicineringer. Jeg bad endvidere om at få tilsendt en (samlet) opgørelse over antallet af tvangsforanstaltninger i 2007 når en sådan var blevet udarbejdet.

Psykiatrien har oplyst at Psykiatrien ikke finder at der overordnet er en problemstilling i forhold til anvendelsen af tvang. Ved sundhedsstyrelsens årlige rapporter (hvor 2005 er den seneste) ligger Region Nordjylland generelt under landsgennemsnittet for ni-

veauet af tvang set under ét. Der arbejdes med forskellige kvalitetsprojekter på området (information, mindske tiden for hver tvangsforanstaltning mv.).

Psykiatrien har endvidere oplyst at opgørelsen og registreringen af tvangsmedicinering har store variationer hvilket primært er begrundet i at det er hver enkelt tvangsmedicinering der registreres (medicin to gange dagligt til en enkelt patient registreres som to tvangsmedicineringer dagligt). Store udsving kan derfor skyldes enkelte patienter der tvangsmedicineres over en periode.

Psykiatrien i Region Nordjylland gør normalt antallet af tvangsbehandlinger op, men det er ikke en opgørelse der findes ved Sundhedsstyrelsens opgørelser over anvendelse af tvang. Det skyldes at behandlingsformerne medicinering og ernæring kan forekomme som længerevarende behandlingsforløb.

Psykiatrien har sendt mig en oversigt over udviklingen i tvangsmedicinering 2002-2007 på Aalborg Psykiatriske Sygehus og en kopi af årsberetning 2007 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen Nordjylland.

Jeg har noteret mig at antallet af tvangsmedicineringer på Aalborg Psykiatriske Sygehus i perioden 2002-2007 har været over 1000 hvert år med undtagelse af 2005 hvor tallet var nede på 573. Det fremgår af oversigten at de 573 tvangsmedicineringer i 2005 berørte 22 patienter. I 2006 var der 1.361 tvangsmedicineringer som berørte 26 patienter, og i 2007 var der 1.137 tvangsmedicineringer som berørte 25 patienter. Jeg har derfor også noteret mig at stigningen i antallet af tvangsmedicineringer fra 2005 til 2006 må skyldes at nogle/enkelte patienter er blevet tvangsmedicineret over en periode.

Det tilføjes at Sundhedsstyrelsen i oktober 2008, dvs. efter Psykiatriens udtalelse, har udgivet statistik om anvendelse af tvang for både 2006 og 2007.

I forbindelse med inspektionen modtog jeg ikke informationsmateriale om tvangsbehandling, herunder tvangsmedicinering. Jeg bad om at modtage et eksemplar af en sådan skriftlig information hvis den fandtes i standardiseret form. Hvis materialet ikke fandtes, bad jeg om at få oplyst årsagen hertil og hvilken skriftlig information patienten så i givet fald modtager.

Psykiatrien har sendt mig kopi af den skriftlige information til patienten om tvangsbehandling.

Jeg har noteret mig at der også findes skriftligt informationsmateriale om tvangsbehandling. Materialet giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Den skriftlige information om tvangsfiksering med håndremme/fodremme indeholder bl.a. oplysning om at patienten vil blive tilset af en læge mindst 4 gange i døgnet. En sådan oplysning om lægeligt tilsyn mente jeg også burde fremgå af informationen om tvangsfiksering med bælte, og jeg henstillede til Psykiatrien i Region Nordjylland at tilføje denne oplysning. Jeg bad om underretning om det reviderede informationsmateriale.

Psykiatrien er enig i at den skriftlige information til patienter om tvangsfiksering med bælte skal indeholde den samme oplysning om lægetilsyn mindst 4 gange i døgnet som den skriftlige information om tvangsfiksering med håndremme/fodremme indeholder. Psykiatrien har sendt mig en kopi af det reviderede informationsmateriale.

Jeg tager det oplyste til efterretning.

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

På afsnit S5 opbevares den mobile fikseringsseng i et ellers tomt rum hvorfra der er nødudgang fra afsnittet. Rummet har glaspartier til gangen. Sygehuset oplyste at der normalt er gardiner for glaspartiet til gangen, men at gardinerne var til vask på inspektionstidspunktet.

På inspektionstidspunktet blev den mobile fikseringsseng på afsnit E1 opbevaret i et lille depotrum hvor der også er aflåste opbevaringsbokse til patienternes værdigensstande og et køleskab med sodavand som patienterne kan købe. På børne- og ungdomsafsnittet stod den mobile fikseringsseng på en tom patientstue, men det blev oplyst at sengen på grund af pladmangel i afsnittet normalt blev opbevaret på gangen.

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

Jeg bad endvidere om at få oplyst hvor fikseringssengene opbevares på sygehusets øvrige afsnit og hvor fikseringer finder sted hvis patienten ikke har enestue.

Psykiatrien har oplyst at ledelsen er enig i det uhensigtsmæssige i opbevaring af fikseringssenge et sted hvor patienterne færdes eller har indkig. På alle sengeafsnit søges de bedst mulige løsninger. Psykiatrien har sendt mig en oversigt over fikseringssengenes placering på sygehusets enkelte afsnit.

Det fremgår bl.a. af oversigten at fikseringssengen på børne- og ungdomspsykiatrisk afsnit A1d nu opbevares i et lille aflukket rum – overdækket med et klæde og placeret i en lille niche bag nogle skabe så den ikke kan ses udefra når man går forbi rummet. På afsnit E1 opbevares fikseringssengen – overdækket med et lagen – i et lille depotrum hvor der indimellem færdes patienter f.eks. i forbindelse med tøjvask, men den overvejende del af tiden er rummet aflåst. Ledelsen har overvejet andre opbevaringssteder, men det er ikke fundet muligt.

Med hensyn til hvor fiksering finder sted hvis patienten ikke har enestue, har Psykiatrien oplyst at det i en akut situation kan blive nødvendigt at foretage selve tvangsfikseringen der hvor situationen opstår. De åbne voksenpsykiatriske sengeafsnit (de tre afsnit på Brandevej og S5 og S7) har ikke tvangsfikserede patienter. I de situationer hvor det er blevet nødvendigt at tvangsfiksere en patient på åbent sengeafsnit, vil patienten straks blive overført til lukket sengeafsnit med ophold på enestue.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Endelig bad jeg om at få oplyst hvor den faste vagt er placeret i forhold til den fikserede patient, og om der er mulighed for indkig til den fikserede patient fra gangarealet eller ude fra.

Psykiatrien har oplyst at den faste vagt opholder sig på stuen så patienten har vagten ved sig/kan se vagten. Hvis patienten ikke kan klare tætheden, foretages der en afvejning af behov for nærhed og behov for afstand. Denne faglige vurdering kan medføre at vagten placeres uden for stuen. Hvis vagten undtagelsesvis er uden for sengestuen, står døren på klem.

Jeg har noteret mig det oplyste. I de tilfælde hvor vagten er placeret uden for sengestuen, går jeg ud fra at døren aldrig står så meget på klem at medpatienter (eller andre) har mulighed for indkig til den tvangsfikserede patient. Jeg går også ud fra at sygehuset sørger for at eventuelt indkig til fikseringsstuen fra udendørsarealer heller ikke er muligt.

Ad punkt 5.13 Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvang

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

Psykiatrien har oplyst at patientrådgiveren bliver beskikket i umiddelbar forlængelse af instituering af et tvangsindgreb som kræver beskikkelse af patientrådgiver. Ved tvangsindgreb iværksat om natten kontaktes patientrådgiveren om morgenen og orienteres om tidspunktet for tvangsindgrebet sådan at patientrådgiveren får mulighed for at besøge patienten inden for 24 timer som krævet i psykiatriloven.

Jeg har noteret mig det oplyste.

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

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

Psykiatrien har oplyst at bistandsværger i lighed med patientrådgivere informeres om alle tvangsindgreb (bortset fra indgreb efter § 18 f og § 19 a).

Jeg har noteret mig det oplyste.

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

Psykiatrien har oplyst at bistandsværgerne – på samme måde som patientrådgivere – orienteres umiddelbart efter tvangsindgrebet medmindre tvangsindgrebet foregår om natten. I disse tilfælde tages der kontakt om morgenen. Hvis bistandsværgerne af forskellige grunde ikke kan træffes, vil patienten sædvanligvis i stedet blive tildelt en patientrådgiver.

Jeg har noteret mig det oplyste. Selv om sygehuset ikke har svaret på mine spørgsmål om i hvilket omfang og hvornår bistandsværgerne (sammenlignet med patientråd-

giverne) aflægger besøg hos patienterne, foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold.

Ad punkt 5.14 Aflåsning, skærmning og forholdene for frivilligt indlagte

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

Psykiatrien har oplyst at hoveddøren til børne- og ungdomspsykiatrisk afsnit A1d er åbent i dagtiden og således kun aflåst i tidsrummet kl. 22.00 - 07.00.

Jeg har noteret mig det oplyste.

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

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

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

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

Psykiatrien har oplyst at det indimellem forekommer at døren til den lille opholdsstue aflåses i forbindelse med en skærmning. Det sker med henblik på at udvide patientens opholdsområde i skærmningssituationen. Døren til patientens sengestue bliver ikke låst.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Jeg forstod et afsnit om udgang i husordenen for afsnit S5 sådan at patienterne på det åbne afsnit ikke umiddelbart måtte forlade sygehuset når de ønskede det. Jeg bad derfor Aalborg Psykiatriske Sygehus om en redegørelse for de frivilligt indlagte og ikke

tvangstilbageholdte patienters mulighed for at forlade et åbent afsnit når de ønsker det, herunder om det også kræver aftale med læge og kontaktperson når patienterne på S5/S7 gerne vil forlade afsnittet på 3. sal/4. sal for at få frisk luft i haven neden for højhuset.

Psykiatrien er enig i at formuleringen i den tidligere husorden kunne være uklar, og har oplyst at formuleringen ikke findes i den opdaterede husorden fra februar 2008.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Jeg bad sygehuset om at oplyse i hvilket omfang sygehuset anvender personlig skærmning i lavere grader end reguleret i psykiatrilovens § 18 c.

Psykiatrien har oplyst at skærmning anvendes som en metode i psykiatrisk sygepleje efter aftale med patienten. Hvis patienten ikke ønsker eller kan acceptere en skærmning, vil det kun ske efter reglerne i psykiatriloven.

Jeg har noteret mig det oplyste.

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

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

Psykiatrien har oplyst at Psykiatrien har en aftale om regelmæssige møder med statsadvokatur og politi hvor forefaldende problematikker og samarbejdsrelationer drøftes.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.16 Udslusning, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner

Under inspektionen blev det oplyst at Aalborg Psykiatriske Sygehus havde et antal færdigbehandlede patienter som ventede på at blive "taget hjem" af kommunerne.

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

Psykiatrien har svaret således:

"Psykiatrilæden må opfatte spørgsmålet som i hvor mange tilfælde, vi har en færdigbehandlet patient, og kan oplyse følgende:

Færdigbehandlede patienter i 2007 på Aalborg Psykiatriske Sygehus: i alt 32 patienter var i løbet af 2007 indlagt som færdigbehandlede (25 patienter fra afdeling Syd – 5 patienter fra retspsykiatrisk afdeling – 2 patienter fra børne-ungdomspsykiatrisk afdeling).

Færdigbehandlede patienter pr. 1. juni 2008 på Aalborg Psykiatriske Sygehus: i alt 8 færdigbehandlede patienter (5 patienter fra afdeling Syd og 3 patienter fra retspsykiatrisk afdeling)."

Det fremgår af rapporten på Danske Regioners hjemmeside om regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatriområdet 2007 at der i Region Nordjylland under ét i 2007 var 5 patienter der havde ventet i under tre måneder, og 5 patienter der havde ventet i over tre måneder på et tilbud i socialpsykiatrien. Pr. 1. april 2008 var der 3 patienter der havde ventet i under to måneder, og 3 patienter der havde ventet i over to måneder på et tilbud i socialpsykiatrien.

Jeg har noteret mig det som Psykiatrien har oplyst om antallet af færdigbehandlede patienter, herunder at der i 2008 umiddelbart ser ud til at være sket et betydeligt fald i antallet af indlagte færdigbehandlede patienter. Jeg beder sygehuset om at oplyse det samlede antal indlagte færdigbehandlede patienter på Aalborg Psykiatriske Sygehus i 2008 der ikke umiddelbart kunne udskrives fordi kommunerne ikke kunne hjemtage dem til egne socialpsykiatriske tilbud eller andre socialpsykiatriske foranstaltninger. Jeg beder endvidere om oplysning om hvor mange af disse patienter der har ventet i mere end to måneder på at blive hjemtaget.

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 sundhedsperso-

ner m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.”

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

Psykiatrien har oplyst at der ikke er udarbejdet udskrivningsaftaler og koordinationsplaner for afdelinger på Aalborg Psykiatriske Sygehus i 2007. Psykiatrien vil i efteråret 2008 tage initiativer til at benytte disse aftaler.

Jeg har forstået Psykiatriens svar sådan at Aalborg Psykiatriske Sygehus ikke har anvendt udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i 2007 og første halvdel af 2008 selv om betingelserne i psykiatrilovens §§ 13 a og 13 b har været opfyldt. Det anser jeg for meget kritisabelt.

Da Psykiatrien har oplyst at man i efteråret 2008 vil tage initiativer til at benytte udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, går jeg ud fra at Aalborg Psykiatriske Sygehus fremover i alle tilfælde hvor der er behov for det, anvender udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Det tilføjes at jeg er bekendt med at ministeren for sundhed og forebyggelse – ifølge ministerens svar af 16. juli 2008 på spørgsmål nr. 431 af 10. juni 2008 fra Folketingets Sundhedsudvalg – ville rette henvendelse til regionerne og (på ny) indskærpe vigtigheden af brugen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Endvidere er jeg bekendt med at Sundhedsstyrelsen i sin beretning af 26. august 2008 vedrørende undersøgelse af psykisk syge kriminelles forløb i det psykiatriske system, 2007, anbefaler at overgangene mellem forskellige sektorer forbedres, herunder at der gøres øget brug af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Jeg beder sygehuset om at oplyse hvor mange udskrivningsaftaler og koordinationsplaner sygehuset har udarbejdet og indberettet til Sundhedsstyrelsen siden efteråret 2008.

Ad punkt 5.17 Aktindsigt

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

Psykiatrien har oplyst at psykiatrien følger gældende regler i sundhedsloven og vejledning nr. 155 af 14/9 1998 om aktindsigt mv. i helbredsoplysninger.

Jeg har noteret mig at sygehuset følger reglerne om aktindsigt i sundhedsloven og den nævnte vejledning.

Da sygehuset imidlertid ikke har svaret på mine spørgsmål om 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), beder jeg på ny om oplysning herom.

Om behandlingen og gennemførelsen af anmodninger om aktindsigt kan jeg i øvrigt til orientering henvise til opfølgingsrapporten af 29. januar 2009 i sagen om min inspektion af Psykiatricenter Vest Ribe der findes på Folketingets Ombudsmands hjemmeside.

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

Psykiatrien har oplyst at patienten ved meddelelse af afslag på aktindsigt vil blive orienteret om at der er tale om et midlertidigt afslag, og at patienten på et senere tidspunkt, når helbredstilstanden er bedret, vil kunne få aktindsigt.

Jeg forstår det oplyste sådan at sygehuset i tilfælde hvor en meget syg person begære aktindsigt, anvender fremgangsmåden i punkt 8 i ovennævnte vejledning nr. 155 af 14. september 1998 om aktindsigt mv. i helbredsoplysninger mv. hvorefter et afslag eventuelt kan begrænses til kun at være midlertidigt.

Da sygehuset har anført at der gives et midlertidigt "afslag", går jeg ud fra at sygehuset giver et formelt afslag på aktindsigt med fornøden begrundelse og klagevejledning, og at sygehuset således ikke blot udsætter effektueringen af aktindsigten. Jeg kan også i den forbindelse henvise til opfølgingsrapporten i sagen om min inspektion af Psykiatricenter Vest med gengivelse af opfølgning i sagen om min inspektion af Psykiatrisk Center Gentofte.

Jeg går endvidere ud fra at sygehusets afgørelser om midlertidigt afslag træffes i overensstemmelse med sundhedslovens § 37, stk. 2, og det der er anført i vejledningen (punkt 8). Som det fremgår heraf, forudsætter anvendelse af sundhedslovens §

37, stk. 2, hvorefter aktindsigt kan begrænses (midlertidigt), at der træffes en afgørelse om helt eller delvist afslag på aktindsigt. Kan ikke alle oplysninger i journalen undtages fra aktindsigt i medfør af § 37, stk. 2, skal de dele af journalen som ikke undtages, med det samme stilles til rådighed for patienten. Den ansvarlige sundhedsperson kan i tilfælde af delvis aktindsigt vælge at formidle aktindsigten ved at referere journalen med de fornødne udeladelser. Jeg henviser ud over til punkt 8 i vejledningen også til John Vogter, Offentlighedsloven med kommentarer, 3. udgave (1998), s. 327. Det er samme sted anført at begrundelsen for et afslag på aktindsigt kan begrænses til en henvisning til hjemmelsgrundlaget og de overordnede hensyn hvis en konkret begrundelse i sig selv vil kunne skade patienten. Om reglerne om aktindsigt henviser jeg tillige til Helle Bødker Madsen, Sundhedsret, 1. udgave (2007).

Til orientering kan jeg desuden oplyse at Sundhedsvæsenets Patientklagenævn den 20. marts 2007 har offentliggjort en afgørelse (sagsnummer 0658817) på sin hjemmeside (www.pkn.dk) om anvendelsen af § 20, stk. 2, i lov om patienters retsstilling som nu er afløst af sundhedslovens § 37, stk. 2, der svarer hertil. Nævnet havde ikke grundlag for at kritisere at en overlæge og en afdelingslæge gav en paranoid psykotisk patient afslag på aktindsigt i sin journal på psykiatrisk afdeling. Patienten blev samtidig med afslaget informeret om at han kunne få aktindsigt på et senere tidspunkt hvor han var mindre paranoid psykotisk. Nævnet udtalte dog at selv om patienten ikke senere havde genfremsat sit ønske om aktindsigt, så havde det været hensigtsmæssigt at afdelingslægen havde foranlediget at det blev tilbudt patienten at få gennemgået journalen inden udskrivning eller på et senere planlagt tidspunkt.

Jeg bad desuden om at få tilsendt kopi af eventuelt skriftligt, generelt materiale om patienters adgang til aktindsigt i patientjournaler mv. som regionen og/eller sygehuset måtte have udarbejdet.

Psykiatrien har oplyst at regionen har udgivet en folder om patientrettigheder som i kort form indeholder oplysning om aktindsigt. Psykiatrien har sendt mig et eksemplar af folderen og oplyst at den også findes på Region Nordjyllands hjemmeside. Det er denne folder som anvendes i psykiatrien som generel information om patientrettigheder, herunder aktindsigt.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.18 Pårørendekontakt

Ifølge pårørendepolitikken skal der for alle afsnit/behandlingstilbud udarbejdes informationsmateriale til pårørende. Materialet skal som minimum indeholde nærmere angivne oplysninger og skal udleveres til de pårørende ved det første møde. Jeg bad sygehuset om at sende mig det informationsmateriale som de enkelte afsnit skal udarbejde til de pårørende.

Psykiatrien har oplyst at der er vedtaget en ny patient- og pårørendepolitik som består af to produkter, dels en patient- og pårørendepolitik med en fyldestgørende information som offentliggøres elektronisk og er tilgængelig via Psykiatriens hjemmeside, dels en pjece i trykt form som med korte informationer giver læseren et indtryk af samarbejdet omkring behandling i psykiatrien. Denne udleveres til patienter og pårørende i mødet med Psykiatrien og pjecen refererer til patient- og pårørendepolitikken i elektronisk form. Afsnittene på Brandevej har en velkomstfolder til pårørende (ens for de 3 afsnit på Brandevej), og på samtlige afsnit er der opslag om tilbud om psykoedukation til pårørende.

Psykiatrien har sendt mig eksemplarer af det nævnte materiale (patient- og pårørendepolitik, velkomstfolder og opslag).

Jeg har noteret mig det oplyste og indholdet af det tilsendte materiale.

Det fremgår af den nye patient- og pårørendepolitik (der ifølge Psykiatriens hjemmeside blev vedtaget i august 2008) at psykiatrien skal udlevere særskilt informationsmateriale til henholdsvis patienter og pårørende, og at dette informationsmateriale skal indeholde oplysninger om nærmere angivne forhold der omfatter både generelle forhold og oplysninger om afsnittet. Det fremgår endvidere et andet sted på hjemmesiden at alle sygehuse/sectorer i Region Nordjylland i 2009 går i gang med at anvende fælles retningslinjer for hvordan pjecer til patienter/pårørende skal se ud, og hvilke oplysninger de skal indeholde.

Jeg går således ud fra at der også efter den nye pårørendepolitik skal udarbejdes informationsmateriale for alle afsnit til de pårørende. Jeg beder om at få kopi af de pjecer som Aalborg Psykiatriske Sygehus herefter udfærdiger til de pårørende.

Jeg bad endvidere sygehuset om overordnet at oplyse hvordan det i praksis fungerer med inddragelse af pårørende.

Psykiatrien har hertil anført følgende:

"Psykiatrilæden kan oplyse, at inddragelse af pårørende sker ud fra patientens definition af hvem/hvilke pårørende, der ønskes inddraget. Dette gælder fra behandlingens start og løbende gennem forløbet. Det er generelt erfaringen, at inddragelse af pårørende hjælper patienten i sygdomsforløbet."

Jeg har noteret mig det oplyste som jeg forstår sådan at sygehuset fra og under hele indlæggelsen inddrager pårørende i videst muligt opfang ud fra patientens ønsker herom. Jeg henviser også til den nye patient- og pårørendepolitik hvori denne inddragelse er nærmere beskrevet.

Jeg bad om at sygehusets oplysninger om praksis med hensyn til inddragelse af pårørende tillige omfattede oplysning om hvad der foretages for at sikre at det (eventuelt) fornødne samtykke foreligger fra patientens side. Hvis der anvendes en standard samtykkeblanket, bad jeg om en kopi heraf.

Psykiatrien har hertil anført følgende:

"Vedrørende patientsamtykke til pårørendepsykoedukation o.l. anvendes ikke en skriftlig standard samtykkeblanket, idet inddragelse af pårørende, hvor der drøftes fortrolige oplysninger, kun sker som patientsamtaler, hvor der – efter patientens ønske – samtidig er tilstedeværelse af pårørende. Pårørende har således samtidig en bisidderfunktion, og patientens samtykke er utvivlsomt."

I sagen om min inspektion af distriktspsykiatrien i Afdeling Syd, Aalborg Psykiatriske Sygehus, har Psykiatrien (som svar på min anmodning om at det blev overvejet at udarbejde en samtykkeblanket til brug for videregivelse af fortrolige oplysninger til pårørende) uddybet sin opfattelse i en udtalelse af 8. december 2008 hvor følgende er anført:

"...

Af bekendtgørelse nr. 665 af 14/9 1998 § 12, stk. 1 fremgår, at det skriftlige samtykke skal afgives i forbindelse med det aktuelle behov for videregivelse. Samtykket skal være konkretiseret, så det klart og tydeligt fremgår, hvad det er, der meddeles samtykke til. Det skal således fremgå af samtykket, hvilke typer oplysninger, der må videregives, til hvem og til hvilke formål (vejledningen afsnit 6.3). Et skriftligt samtykke på en standardblanket, afgivet af patienten på indskrivningstidspunktet, kan ikke stå alene, men sikrer, at spørgsmålet er overvejet og drøftet med patienten – og patientens umiddelbare holdning konstateres.

...

Som tidligere beskrevet sker inddragelse af pårørende ud fra patientens klare og utvetydige tilkendegivelse – og sker som patientsamtaler, hvor den pårørende

kun er til stede, såfremt det er patientens ønske, og hvor den pårørende dermed samtidig har en bisidderfunktion.

Psykiatrilædelserne overvejer ikke aktuelt en mere fast formaliseret form for indhentelse af skriftligt samtykke ifm inddragelse af pårørende – ej heller i form af en samtykkeblanket, idet vi har opmærksomheden rettet mod, at et forhåndssamtykke på en samtykkeblanket ikke pr. automatik sikrer et konkretiseret samtykke, og at en ændring af praksis omkring samtykke ifm inddragelse af pårørende kan være forbundet med en vis risiko for at brugen af en standardblanket kan virke som en sovepude, så der ikke lige så aktivt som i dag sikres patientens utvetydige samtykke til inddragelse af pårørende.

Samtidig kan det være mistillidsvækkende for den psykiatriske patient og virke påtrængende/anmassende på patient og pårørende, at afkræve patienten et skriftligt konkretiseret samtykke i hver enkelt situation, herunder en nærmere beskrivelse af hvilke oplysninger, der kan drøftes under samtalen.

Det kan oplyses, at der aldrig har været klager relateret til psykiatriens håndtering af samtykkereglerne i forhold til inddragelse af pårørende.

Vi hører gerne fra Dem, hvis De har kommentarer til ovenstående.”

a. Retsgrundlag

Det fremgår af sundhedslovens § 43 at der som hovedregel skal indhentes samtykke til at videregive oplysninger om en patients helbredsforhold mv. til andre formål end behandling, herunder til pårørende. Efter sundhedslovens § 44, stk.1, skal et sådant samtykke være skriftligt, og det skal indføres i patientens journal.

Kravet om skriftlighed kan dog fraviges når sagens karakter eller omstændighederne i øvrigt taler for det, jf. sundhedslovens § 44, stk. 1, 2. punktum. Se nærmere nedenfor under pkt. c.

Efter sundhedslovens § 44, stk. 2, bortfalder et samtykke senest et år efter at det er givet.

Det fremgår endvidere af § 12, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. at samtykke til videregivelse til andre formål skal gives i forbindelse med det aktuelle behov for videregivelse.

Det fremgår af indledningen til vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. at bestemmelserne i patientretsstillingsloven (nu sundhedsloven) om bl.a. betingelserne for sundhedspersoners videregivelse af helbredsoplysninger mv. i forbindelse med behandling eller til

andre formål er blevet smidiggjort i forhold til tidligere lovgivning. Det anføres at patienten således ikke løbende skal give sit samtykke i forbindelse med f.eks. videregivelse af helbredsoplysninger mv. Det forudsætter imidlertid at patienten er fuldt informeret om at patienten altid vil kunne nægte en given undersøgelse, behandling eller videregivelse af helbredsoplysninger mv., medmindre andet fremgår af lovgivningen.

Efter bekendtgørelsens § 8, stk. 2, og vejledningens pkt. 6.3 skal samtykket være informeret i den forstand at den der afgiver samtykke, skal være klar over hvad det er der gives samtykke til. Samtykket skal endvidere være konkretiseret således at det klart og utvetydigt fremgår hvad det er der meddeles samtykke til. Det skal fremgå hvilke typer af oplysninger, der må videregives, til hvem og til hvilke formål.

I punkt 6 i vejledning nr. 9494 af 4. juli 2002 om sundhedspersoners tavshedspligt, dialog og samarbejde med patienters pårørende er det anført at en patients samtykke til videregivelse af fortrolige oplysninger til pårørende skal forsøges indhentet som et naturligt led i de rutiner der benyttes ved indlæggelse, behandling, udskrivning mv. Det er videre anført at indhentelse af samtykke bør ske i dialog med patienten og på grundlag af en tilstrækkelig information af patienten i dennes konkrete situation.

b. Hvornår skal samtykke indhentes?

Samtykke skal som nævnt ovenfor indhentes i forbindelse med "det aktuelle behov for videregivelse" (§ 12, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.)

Hvis patienten er fuldt informeret om at patienten altid vil kunne nægte videregivelse af helbredsoplysninger mv., medmindre andet fremgår af lovgivningen, skal patienten (dog) ikke løbende give sit samtykke i forbindelse med videregivelse af helbredsoplysninger mv. (indledningen til vejledning nr. 161 af 16. september 1998).

Patientens samtykke til videregivelse af fortrolige oplysninger til pårørende skal endvidere som nævnt ovenfor forsøges indhentet som et naturligt led i de rutiner der benyttes ved indlæggelse, behandling, udskrivning mv. (punkt 6 i vejledning nr. 9494 af 4. juli 2002).

Kravet i § 12, stk. 1, i bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., hvorefter samtykke skal gives i forbindelse med det "aktuelle behov" for videregivelse, indebærer således efter min opfattelse ikke at patienten skal give samtykke hver gang der videregives helbredsoplysninger mv. om patienten. Hvis der er indhentet et (informeret og nærmere

konkretiseret) samtykke, f.eks. ved indlæggelsen, vil det kunne gælde i op til et år, jf. sundhedslovens § 44, stk. 2.

c. Samtykkets form

Et samtykke til at videregive oplysninger om patientens helbredsforhold mv. til andre formål end behandling, herunder til pårørende, skal som nævnt være skriftligt og skal indføres i patientens journal (sundhedslovens § 44, stk.1).

Kravet om skriftlighed kan dog fraviges når sagens karakter eller omstændighederne i øvrigt taler for det, jf. sundhedslovens § 44, stk. 1, 2. punktum og afsnit 6.4.2 i vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.

Nævnte sted i vejledningen er der eksempler på hvornår sagens karakter eller omstændighederne i øvrigt taler for at fravige kravet om et skriftligt samtykke. Det oplyses at det f.eks. kan være tilfældet hvis videregivelse af oplysningerne om patienten skal ske meget hurtigt, eller hvis patienten har svært ved at skrive.

Psykatrien har i udtalelsen af 22. august 2008 oplyst at der ikke anvendes en "skriftligt samtykkeblanket" da videregivelse af fortrolige oplysninger til pårørende (kun) sker under samtaler hvor patienten også er til stede. Jeg forstår det sådan at Aalborg Psykiatriske Sygehus (normalt) ikke indhenter et skriftligt samtykke fra patienterne til at videregive helbredsoplysninger mv. til de pårørende – hverken ved indlæggelsen eller i øvrigt. Jeg forstår endvidere at det skyldes at der kun videregives fortrolige oplysninger om patienten under samtaler med patienten hvor den pårørende er til stede efter ønske fra (og som bisidder til) patienten, og at patientens samtykke til videregivelsen derfor anses for utvivlsomt.

Jeg beder om oplysning om hvorvidt det er korrekt forstået, og om der således aldrig (efter samtykke fra patienten) gives fortrolige oplysninger til pårørende der kontakter personalet f.eks. før eller efter besøg hos patienten eller telefonisk.

Jeg er enig i at det må kunne anses for utvivlsomt at der foreligger et (stiltiende) samtykke fra patienten til at videregive fortrolige oplysninger til den pårørende under en samtale hvor pårørende er til stede efter patientens eget ønske. Jeg henviser i den forbindelse også til Ellen Margrethe Basse og Knud Kristensen, Håndbog for psykiatribrugere og pårørende (2004), s. 51. Jeg forudsætter herved at det enten i forbindelse med indhentelse af samtykke til inddragelse af pårørende ved indlæggelsen eller forud for de samtaler hvori de pårørende deltager, gøres klart for patienten hvad det er der kan/skal drøftes, og dermed hvad der kan fremkomme af fortrolige oplysninger,

således at patienten har mulighed for at begrænse samtykket til visse oplysninger hvis det ønskes. Jeg henviser til at et samtykke efter sundhedsloven skal være informeret og konkretiseret (punkt 6.3 i vejledning nr. 161 af 16. september 1998), og at det ikke altid vil kunne udelukkes at der kommer fortrolige oplysninger frem som patienten ikke ønsker at de(n) pårørende gøres bekendt med.

Spørgsmålet er herefter om det forhold at et samtykke er utvivlsomt, er en sådan omstændighed at hovedreglen om skriftligt samtykke i sundhedslovens § 44, stk. 1, til videregivelse af fortrolige oplysninger kan fraviges.

Jeg er enig i at det kan virke påtrængende (eller kunstigt og formelt) at afkræve patienten et skriftligt (konkretiseret) samtykke i forbindelse med patientsamtaler hvor der deltager pårørende efter ønske fra patienten, og hvor der (således) ikke er tvivl om at patienten er indforstået med at der videregives fortrolige oplysninger om patienten til de(n) pårørende.

Kravet om skriftligt samtykke fra patienten til at videregive oplysninger om helbreds-mæssige forhold mv. til pårørende, kan på denne baggrund efter min opfattelse fraviges i sådanne tilfælde. Jeg har således ingen bemærkninger til at der – under den forudsætning som jeg har angivet ovenfor (om information og konkretisering) – ikke indhentes et skriftligt samtykke fra patienten i forbindelse med patientsamtaler hvor der deltager pårørende efter ønske fra patienten.

Derimod er det efter min opfattelse ikke på samme måde påtrængende at bede om et skriftligt samtykke i forbindelse med en samtale om (bl.a.) inddragelse af pårørende i forbindelse med indlæggelsen. Og som nævnt vil et samtykke der er indhentet, f.eks. under en sådan samtale, kunne gælde i op til et år. Det er således ikke nødvendigt at indhente et nyt samtykke hver gang der finder en videregivelse sted, når der ikke er tvivl om at denne videregivelse er omfattet af et samtykke der allerede er givet.

Jeg går ud fra at sygehuset ved indlæggelsen oplyser patienten om betydningen af at inddrage og informere de pårørende og om reglerne om tavshedspligt. Jeg anbefaler at sygehuset i den forbindelse forsøger at indhente et skriftligt (nærmere konkretiseret) samtykke fra patienten til at videregive oplysninger til de pårørende som led i samarbejdet med dem.

Jeg beder om oplysning om hvad der sker i anledning af min anbefaling.

Om anvendelse af en særlig blanket henviser jeg til opfølgingsrapporten i sagen om min inspektion af distriktspsykiatrien i Afdeling Syd, Aalborg Psykiatriske Sygehus. Som anført heri kan det efter min opfattelse være hensigtsmæssigt at anvende en

særlig blanket ved indhentelse af et skriftligt samtykke, bl.a. for at sikre at et samtykke i alle tilfælde opfylder de krav der stilles ved indhentelse af samtykke (jf. bl.a. punkt 6.3 i vejledning nr. 161 af 16. september 1998).

Det tilføjes at jeg er bekendt med at de teams der deltager i det nationale kvalitetsprojekt Pårørende i Psykiatrien bl.a. skal arbejde med samtykkeerklæringer.

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

Det blev oplyst at sygehuset havde påbegyndt en revidering af de enkelte afsnits husordener så de ville komme til at stemme overens med den generelle husorden og få et mere ensartet udseende. Jeg bad om at modtage kopi af husordenerne for de enkelte afsnit når de var revideret i overensstemmelse med den generelle husorden.

Psykiatrien har oplyst at alle husordener er blevet revideret i 2008 og har sendt mig eksemplarer af husordener for alle afsnit.

Jeg har noteret mig indholdet af de reviderede husordener.

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

Psykiatrien har henvist til at alle de reviderede husordener er daterede.

Jeg har noteret mig det oplyste. Jeg bemærker dog at den tilsendte husorden for afdeling A ikke er dateret.

Sammen med den generelle husorden modtog jeg en instruks der gælder for det kliniske personale på de psykiatriske sygehuse i regionen. Det fremgår heraf at afdelingsledelsen skal fastlægge principper for hvordan og hvornår der kan træffes beslutning om begrænsninger og indgreb over for den enkelte patient på de områder der er nævnt i den generelle husorden. Jeg bad om at modtage kopi af de principper som afdelingsledelserne har fastsat i henhold til instruksen.

Psykiatrien har oplyst at der ikke af afdelingsledelserne er fastlagt supplerende principper for beslutningsprocessen, men at instruksens anvisninger er fulgt. Psykiatrien vil på baggrund af min rapport foranledige en opfølgning, herunder en vurdering af

behovet for at fastlægge specifikke principper for beslutningsprocessen ved siden af det der er fastsat i gældende lovregler og instruksen.

Jeg har noteret mig det oplyste og beder Psykiatrien underrette mig om resultatet af denne vurdering.

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

Psykiatrien har oplyst at det ikke er muligt at give et præcist tal for hvor ofte der træffes beslutning om besøgsforbud eller overvåget besøg, men at det kun sker yderst sjældent (få gange om året). Også på retspsykiatrisk afdeling er besøgsforbud og overvåget besøg sjældent forekommende, men hyppigheden afhænger af patientpopulationen.

Psykiatrien har endvidere oplyst at overlægens beslutning om besøgsforbud eller overvåget besøg typisk vil være begrundet i hensynet til orden og sikkerhed (f.eks. erfaring med indsmugling af stoffer) samt behandlingsmæssige hensyn. Som fastsat i instruksen skal det i journalen dokumenteres hvad baggrunden for beslutningen er, varigheden af begrænsningen, resultater af vurderinger og en begrundelse for det videre forløb. Som ved enhver indskrænkning i patientens frihed/udfoldelsesmuligheder vurderes nødvendigheden af en restriktion løbende, og i forhold til besøgsforbud og overvåget besøg vurderes det stort set fra gang til gang om besøgsforbuddet kan ophæves. For varetægtsarrestanter kan der være besøgsforbud fastsat af politiet.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Det fremgår af den generelle husorden at det enkelte afsnit kan udfærdige retningslinjer for medpatienters besøg på andre patienters stuer. Jeg bad sygehuset oplyse om der på nogle afsnit er et generelt forbud mod at patienter besøger hinanden på stuerne.

Psykiatrien har under henvisning til afsnittenes husordener oplyst at der på ingen sengeafsnit er et generelt forbud mod besøg på medpatienters stuer.

Jeg har noteret mig det oplyste.

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

Det fremgår af forarbejderne til psykiatrilovens § 19 a, og § 3, stk. 2, i 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 udtalte jeg at jeg gik ud fra at den generelle husorden ville blive revideret så den blev i overensstemmelse med psykiatrilovens § 19 a. Jeg bad om underretning når det var sket.

Psykiatrien har oplyst at den generelle husorden er under revision og vil blive fremsendt, når revision er sket.

Jeg har noteret mig det oplyste og afventer modtagelse af den reviderede generelle husorden.

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

Psykiatrien har oplyst at det er yderst sjældent at der træffes beslutning om begrænsning i adgangen til at telefonere. Psykiatrien har henvist til at det som anført i instruksen, er afsnittets overlæge der er ansvarlig for en beslutning om iværksættelse af begrænsning i patienters adgang til telefon i afsnittet, og at en sådan beslutning skal revideres med højst 14 dages mellemrum.

Psykiatrien har desuden oplyst at det på de almindelige sengeafsnit er vanskeligt at håndhæve en beslutning om begrænsning i en patients adgang til at telefonere da mange medpatienter har mobiltelefon. På retspsykiatrisk afdeling kan en beslutning om begrænsning i adgangen til at telefonere være truffet af politiet, og her kan pålægget håndhæves idet patienterne ikke har deres mobiltelefon, og personalet i en sådan situation kan låse for afsnittets korttelefon.

Jeg har noteret mig det oplyste.

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

en anmodning fra patienten om en billigere telefonordning. Ledelsen lovede at overveje alternative løsninger.

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

Psykiatrien har oplyst at det ikke har været muligt at finde en anden og billigere løsning.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.20 Rygepolitik

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

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

Psykiatrien har henvist til at den generelle husorden er under revision.

Som nævnt ovenfor, afventer jeg modtagelse af den reviderede generelle husorden.

Referatet af et ordinært møde i Psykiatriens MED-udvalg den 13. november 2007 vedrørte bl.a. rygepolitikken på alle 19 sengeafsnit i regionen. Det var ikke helt klart for mig hvilke af oplysningerne i referatet der vedrørte Aalborg Psykiatriske Sygehus. Jeg bad derfor sygehuset om at oplyse hvordan forholdene er på de enkelte afsnit med hensyn til overholdelse af lov om røgfri miljøer og regionens rygepolitik.

Psykiatrien har oplyst at alle sygehusets afsnit er røgfrie, men at implementeringen på enkelte afsnit havde været langsom på grund af hensyn til patientsikkerheden. Psykiatrien forventede at en fuldstændig implementering på afsnit E1 og S8 ville være gennemført inden udgangen af 2008.

Jeg har noteret mig det oplyste idet jeg går ud fra at afsnit E1 og S8 også er helt røgfrie nu.

Ad punkt 5.21 Euforiserende stoffer og alkohol

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

Psykiatrien har oplyst at Psykiatrien er enig i at der er tale om et væsentligt fokusområde. Psykiatrien i Region Nordjylland har en fast målsætning om et stoffrit sygehus, og de enkelte afsnit har det som et planlagt indsatsområde. Den enkelte afdelingsledelse har konstant fokus på området.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.22 Kæresteforhold mellem patienterne

Under inspektionen blev det på retspsykiatrisk afsnit E1 oplyst at kæresteforhold mellem patienterne ikke er tilladt. Jeg bad om at få oplyst hvordan holdningen til kæresteforhold mellem patienter er på de øvrige afsnit.

Psykiatrien har oplyst at Aalborg Psykiatriske Sygehus ikke har fastsat regler om kæresteforhold mellem patienter. Der er således heller ikke på afsnit E1 en fast regel om at kæresteforhold mellem patienter ikke er tilladt på dette sengeafsnit.

Psykiatrien har endvidere oplyst at almindelige ordensmæssige forhold og behandlingsmæssige beskyttelseshensyn af svage/syge patienter kan medføre at der konkret fastsættes regler for besøg mellem patienter, eller at det i den konkrete situation vurderes mest hensigtsmæssigt at to patienter placeres på hver sin afdeling.

Jeg har noteret mig det oplyste som ikke giver mig anledning til bemærkninger.

Ad punkt 5.23 Patientindflydelse

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

Psykiatrien har oplyst at der på de åbne afsnit i afdeling Syd er patientmøder mindst 4 gange årligt. Der udarbejdes referat som sendes i kopi til afdelingsledelsen. På de lukkede afsnit har der i en længere periode ikke været afholdt patientmøder hvilket skyldes patientflowet og patienternes sygdomssituation der gør det vanskeligt at holde et meningsfuldt møde. Der er dog taget initiativ til at få etableret patientmøder også på de lukkede afsnit i efteråret 2008. På alle afsnit holdes der morgenmøde med patienterne.

Psykiatrien har desuden oplyst at der på retspsykiatrisk afsnit E1 og E2 holdes patientmøder en gang om ugen. I begge afsnit udarbejdes der referat af møderne som dog ikke sendes i kopi til sygehusledelsen. I forbindelse med ændring af husordenen informeres og høres patienterne på disse patientmøder.

Endelig har Psykiatrien oplyst at der på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling holdes gruppemøder ugentligt med deltagelse af de indlagte børn og unge samt plejepersonalet. På møderne gennemgås strukturer i afsnittet, og det drøftes hvad der skal foregå i fællesskabet. Da der kun er 8 sengepladser i afsnittet og ofte en stor aldersspredning blandt de indlagte patienter, er der ofte behov for at holde individuelle møder med patienterne om den enkelte patients dagligdag. Der udarbejdes ikke referater af disse møder, men hvis det er relevant, noteres der i plejekardeks og journal.

Jeg har noteret mig det oplyste, herunder at der er taget initiativ til få etableret patientmøder også på de lukkede afsnit fra efteråret 2008. Selv om sygehuset ikke har svaret på mit spørgsmål om hvilke emner der typisk drøftes på møderne for så vidt angår møderne i afdeling Syd og på retspsykiatrisk afdeling, foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold.

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

Psykiatrien har oplyst at patientforeninger inddrages ved større ændringer af husordenerne for de enkelte afsnit, da kortvarige indlæggelser ofte vanskeliggør enkeltpatienters inddragelse. Dog vil patienter på afsnit E 1 og E 2 blive hørt på patientrådsmøder i forbindelse med ændring af husordenerne.

Efter psykiatrilovens § 2 a, stk. 3, skal patienterne inddrages inden der træffes beslutning om (udformning eller) ændring af den skriftlige husorden. Det fremgår af forarbejderne til bestemmelsen at sygehusmyndigheden konkret tilrettelægger hvordan proceduren, herunder inddragelsen, skal ske. I vejledningen om bl.a. husordener (nr. 122 af 14. december 2006) er det anført at det er overlægen der med udgangspunkt i for-

holdene på den enkelte afdeling, herunder patientsammensætningen, tilrettelægger hvordan inddragelsen skal ske.

Jeg har noteret mig det oplyste og har (naturligvis) ingen bemærkninger til at patientforeninger inddrages ved større ændringer af husordenerne for de enkelte afsnit. Efter min opfattelse bør de indlagte patienter i afdeling Syd og på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling imidlertid også inddrages i fornødent omfang, f.eks. ved at de på patientmøderne får mulighed for at komme med bemærkninger til forslag til ændringer af husordenerne.

Ad punkt 5.24 Rekruttering af personale og sygefravær

Jeg noterede mig at regionen har iværksat en række tiltag med henblik på bedre at kunne tiltrække og fastholde personale til bl.a. psykiatrien. Jeg bad om at få nærmere oplysninger om den aktuelle personalemæssige situation med hensyn til normerede og besatte lægestillinger på Aalborg Psykiatriske Sygehus, herunder hvor mange udenlandske læger der er ansat.

Psykiatrien har henvist til en fremsendt opgørelse over personale pr. 10.000 indbyggere. Psykiatrien har samtidig oplyst at der pr. 1. juni 2008 er 69,25 normerede lægestillinger i de kliniske afdelinger på Aalborg Psykiatriske Sygehus, og heraf er 45,27 stillinger besat. Desuden er der 3 lægestillinger inden for forskningsområdet, og de er alle besat.

Med hensyn til antallet af ansatte udenlandske læger har Psykiatrien oplyst at medarbejdernes nationalitet/etniske baggrund ikke registreres. Antallet af udenlandske medarbejdere kendes således ikke umiddelbart, men som følge af et særligt rekrutteringsinitiativ er der ultimo 2007/primo 2008 fastansat fem litauiske speciallæger i voksenpsykiatrien. Fra tidligere rekrutteringsinitiativ vedrørende polske speciallæger er der ansat én polsk speciallæge. Der er ikke kendskab til andre fastansatte udenlandske læger end disse seks. Alle speciallægevikarer er svenske. Reservelægevikarerne afspejler befolkningssammensætningen i almindelighed, og nogle af disse vil derfor have anden baggrund end dansk.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Jeg bad også om at få oplyst om det har været muligt at udvide kapaciteten på afdeling A.

Psykiatrien har oplyst at børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har fået tildelt midler til udbygning i forbindelse med udrednings- og behandlingsgarantien samt til spiseforstyrrelsesområdet.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Det fremgik af referatet af et møde i Psykiatriens MED-udvalg den 12. februar 2008 at Psykiatrien havde det højeste sygefravær inden for regionen, og at det derfor blev besluttet at nedsætte en arbejdsgruppe der skulle vurdere sygefraværet generelt. Jeg bad regionen om at underrette mig om resultatet af de nævnte undersøgelser om årsagerne til det høje sygefravær og om de tiltag der eventuelt ville blive iværksat for at nedbringe sygefraværet.

Psykiatrien har oplyst at man er enig i at der er et højt sygefravær i psykiatrien i forhold til øvrige sektorer, men at det ikke ud fra tallene kan konstateres hvorvidt sygefraværet i psykiatrien i Region Nordjylland er højt i forhold til psykiatrien andre steder. En nærmere afklaring af årsagerne til sygefravær kan ifølge Psykiatrien være vanskelig da der ofte ikke er oplysninger om hvorfor en medarbejder er syg. Psykiatrien anfører at det kan konstateres at medarbejdere i psykiatrien har en højere gennemsnitsalder, hvilket giver højere sygefravær. Endvidere anvendes delvis tilbagevenden til arbejdet og endelig har enkelte medarbejders sygefravær på mellem 6-10 måneder medført et forholdsmæssigt stort sygefravær.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.25 Vold mod personalet

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

Psykiatrien har oplyst at der fra retspsykiatrisk afdeling i 2006 og 2007 blev indgivet 3 politianmeldelser, og fra afdeling Syd blev der indgivet 2 politianmeldelser i 2007.

Med hensyn til omfanget af vold og trusler om vold mod personalet har Psykiatrien henvist til en fremsendt opgørelse over arbejdsskader i Psykiatrien i henholdsvis det tidligere Nordjyllands Amt og Region Nordjylland i de enkelte kvartaler i 2006 og 2007. Som nævnt i den endelige rapport hvor jeg har omtalt opgørelserne over arbejdsskader i 2006 og 2007, fremgår det ikke af opgørelserne hvor mange af de arbejdsskader som Aalborg Psykiatriske Sygehus havde, der vedrørte vold og trusler om vold.

Jeg gentager derfor min anmodning om at modtage oplysning om omfanget af vold og trusler om vold mod personalet på Aalborg Psykiatriske Sygehus, men jeg beder denne gang om at disse oplysninger omfatter år 2007 og 2008.

Det fremgik af referatet af et møde i Psykiatriens MED-udvalg den 18. december 2007 at der fra januar til november 2007 var forholdsvis flere alvorlige arbejdsulykker med efterfølgende sygefravær. En analyse havde vist at ulykkerne var koncentreret om fem skadevoldere hvor alene én skadevolder i ét hændelsesforløb havde forårsaget 4 alvorlige voldsulykker med tilsammen 178 dages sygefravær. Det blev på mødet besluttet at nedsætte en arbejdsgruppe til at gå dybere ned i analysen om de sikkerhedsmæssige og faglige elementer. Gruppen skulle herefter stille forslag til forebyggende tiltag. Jeg bad regionen om at underrette mig om resultatet af arbejdsgruppens arbejde vedrørende forslag til forebyggelse af arbejdsskader.

Psykiatrien har oplyst at arbejdsmiljøgruppen ikke har fremsat forslag til forebyggelse af arbejdsskader.

Hvis arbejdsgruppen fremsætter et forslag til forebyggelse af arbejdsskader, beder jeg om at modtage en kopi af forslaget.

Ad punkt 5.26 Sprogbarrierer mv.

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

Jeg bad sygehuset oplyse om husordener og andet generelt informationsmateriale, herunder Psykiatriens skriftlige informationsmateriale til patienter om anvendelse af tvang, findes på andre sprog end dansk.

Psykiatrien har oplyst at husordener og Psykiatriens skriftlige informationsmateriale ikke er oversat til andre sprog. Der anvendes tolkebistand i nødvendigt omfang, herunder til vejledning og information til patienter der ikke forstår dansk.

Jeg beder Psykiatrien om at oplyse et skøn over hvor mange patienter med anden etnisk herkomst end dansk der er indlagt om året. Hvis det er et forholdsmæssigt højt antal, beder jeg Psykiatrien om at overveje om det vil være hensigtsmæssigt at oversætte f.eks. den generelle husorden og andet centralt informationsmateriale til f.eks. engelsk. Jeg beder i givet fald om underretning om Psykiatriens overvejelser.

Jeg skrev i min rapport at jeg gik ud fra at ansættelsen af udenlandske læger kan give anledning til kommunikationsvanskeligheder mellem læger og patienter, og jeg bad derfor om at få oplyst hvad sygehuset gør for at mindske disse vanskeligheder.

Psykiatrien har oplyst at der er megen opmærksomhed på vigtigheden af intensive sprogkurser til udenlandske læger. Ved rekruttering af udenlandske læger er der således fastlagt et forløb hvor alle de rekrutterede udenlandske læger gennemgår introduktion til psykiatrispecialet i Danmark og gennemfører sprogkurser både inden ansættelsen og løbende i introduktionsperioden.

Jeg har noteret mig det oplyste.

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

Psykiatrien har oplyst at eventuelle kommunikationsvanskeligheder afhjælpes ved at dansk plejepersonale er med til samtaler i de situationer hvor der kan forudses kommunikationsvanskeligheder begrundet i den udenlandske læges sprogkundskaber. Det faste plejepersonale og her i særlig grad patientens kontaktperson følger løbende op og vil – som altid – gentage given information da der er et generelt behov for gentagelse af information og løbende dialog om sygdom, behandling mv.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

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

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

I den forbindelse bad jeg sygehuset redegøre for hvordan den elektroniske indberetning finder sted i de tilfælde hvor tvangsansværelsen først er anført på et papirskema som så efterfølgende danner grundlag for den elektroniske indberetning. Jeg tænkte her på at de elektroniske skemaer er opdaterede og indeholder flere muligheder for markering/afkrydsning end papirskemaerne (det elektroniske skema 3 om fiksering og fysisk magtanvendelse indeholder f.eks. flere begrundelser end papirudgaven).

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

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

Psykiatrien har herom anført følgende:

”Psykiatriledelsen kan oplyse, at den fastsatte fremgangsmåde/procedure om udfærdigelse af tvangsprotokoller og indberetning til Sundhedsstyrelsen er baseret på en hurtig elektronisk indberetning. Rundt på sengeafsnittene udfyldes i forbindelse med den konkrete tvang papirskemaer, som opbevares på afsnittet i en tvangsprotokolmappe med tvangsskemaer. Det er fastsat, at der senest næstkommende hverdag foretages indberetning til Sundhedsstyrelsen af en sekretær.

Psykiatriledelsen kan oplyse, at principielt foretages ikke notat om at indberetning til Sundhedsstyrelsen er sket, men i reglen vil den enkelte registreringsansvarlige sekretær ved signatur eller lignende markere på papirprotokollen, at indberetning er sket.

Når patienten udskrives efter indlæggelse, lægges en eventuel tvangsprotokol i bilagsmappen i patientens journal.”

Psykiatrien har ikke svaret på den del af mit spørgsmål om proceduren ved elektronisk indberetning af oplysninger fra papirskemaer der sigtede til det forhold at de elektroniske skemaer er opdaterede og indeholder flere muligheder for markering/afkrydsning end papirskemaerne. Det fremgår imidlertid af Psykiatriens svar under pkt. 6.3 at der er udarbejdet et skema 3 a til notat om løbende vurdering ved tvangsfiksering (obligatorisk efterprøvelse) og revurdering ved tvangsfiksering over 48 timer (ekstern efterprøvelse).

I sagen om min inspektion af Psykiatrisk Center Gentofte spurgte jeg hvad centret gjorde for at sikre en korrekt og fyldestgørende registrering og indberetning til Sundhedsstyrelsen hvis centret fortsat anvendte papirskemaer. Region Hovedstadens Psykiatri oplyste som svar herpå at der er udarbejdet nye papirskemaer der har tilsvarende rubrikker til udfyldelse som Sundhedsstyrelsens (elektroniske) skemaer. Psykiatrien sendte mig kopi af de opdaterede (papir)skemaer.

I en opfølgingsrapport nr. 2 af 24. november 2008 noterede jeg mig det som Region Hovedstadens Psykiatri havde oplyst.

Sundhedsstyrelsens opdaterede elektroniske indberetningsskemaer indeholder som nævnt flere muligheder for markering/afkrydsning end de gamle papirskemaer. Det elektroniske skema 3 om fiksering og fysisk magtanvendelse indeholder således f.eks. flere begrundelser end den gamle papirudgave, og skemaet indeholder felter til registrering af den obligatoriske efterprøvelse der skal foretages i forbindelse med tvangsfikseringer.

Da det skema 3 a som Psykiatrien i Region Nordjylland anvender ved siden af det gamle skema 3, kun indeholder felter til notat om efterprøvelse (herunder ekstern efterprøvelse), beder jeg om at få oplyst hvad Aalborg Psykiatriske Sygehus gør for at sikre en korrekt og fyldestgørende registrering og indberetning til Sundhedsstyrelsen.

Til orientering og eventuel inspiration sender jeg Psykiatrien i Region Nordjylland en kopi af de skemaer som jeg har modtaget fra Region Hovedstadens Psykiatri. Jeg vedlægger også en kopi til orientering for Aalborg Psykiatriske Sygehus.

Jeg har i øvrigt noteret mig det oplyste. For så vidt angår mit sidste spørgsmål henviser jeg til Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2006 om udfyldelse af tvangsprotokoller (registrering af anvendelse af tvang i psykiatrien) samt registrering af anvendelse af udskrivningsaftaler/koordinationsplaner. Det fremgår heraf at der skal være et eksemplar af hvert skema om anvendelse af tvang både i afdelingens tvangsprotokol og i patientens journal. I en elektronisk patientjournal skal der ligge et notat om at oplysningerne er tilført den elektroniske tvangsprotokol i Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem (SEI) og kan læses heri.

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

Psykiatrien har oplyst følgende:

"På tidspunktet for inspektionens besøg havde der i en periode været tekniske problemer med den elektroniske indberetning til Sundhedsstyrelsen. På baggrund af disse vanskeligheder (den tekniske opkobling mv.) var sengeafsnittene i 2007 nødsagede til at fortsætte den hidtidige procedure baseret på registrering af tvang på papirprotokoller.

De tekniske problemer er nu overvundet, og Psykiatrilædelser har i 2008 kunnet konstatere store forbedringer med hensyn til løbende elektronisk indberetning til Sundhedsstyrelsen – herunder efterlevelse af 10 dages fristen for indberetning.

Den aktuelle status er – som anført under ovenstående spørgsmål – en procedure, hvor tvang indberettes elektronisk til Sundhedsstyrelsen senest ét døgn efter den udøvede tvang - dog i weekends og på helligdage den førstkommande hverdag.”

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 6.2 Tvangsbehandling

Jeg skrev i min rapport at jeg gik ud fra at Aalborg Psykiatriske Sygehus ved medicinerung efterlever princippet om mindste middel sådan som det var beskrevet i rapporten. Under henvisning til nogle principielle overvejelser om den sproglige præcision der kan forlanges, bad jeg dog Psykiatrien i Region Nordjylland om at overveje at give retningslinjer for udfyldelsen af tvangsprotokollen sådan at det sikres at udfyldelsen sker på en sådan måde at det – også for udenforstående – tydeliggøres hvilken ordinationsform der skal forsøges først. Jeg bad om underretning om resultatet af disse overvejelser.

Psykiatrien har oplyst følgende:

”Det er Psykiatrilædens vurdering, at der i gældende regler og i Sundhedsvæsenets Patientklagenævns praksis er klare retningslinjer, ligesom det altid klart i en erklæring til brug for Det Psykiatriske Patientklagenævns behandling af tvangsmedicinering fremgår, at tabletbehandling skal forsøges før eventuel injektionsbehandling. Psykiatrilæden har på denne baggrund ikke planer om at udarbejde yderligere retningslinjer om den sproglige formulering af tvangsmedicineringsordinationerne – men denne rapport er formidlet til alle afdelingsledelser, som herved er orienteret om inspektionens betragtninger om sproglig præcision.”

Jeg har noteret mig det oplyste.

I 1 tilfælde af tvangsmedicinering var datoen for beslutning om ophør den 23. marts 2007, mens datoen for sidste behandling var den 25. marts 2007. Sidste behandling havde således fundet sted to dage *efter* beslutningen om ophør af tvangsbehandlingen. (Det drejede sig om tvangsmedicinering iværksat den 13. februar 2007 på afsnit S6). Jeg bad sygehuset om en udtalelse herom.

Psykiatrien har anført at den behandlingsansvarlige overlæge har oplyst at der er tale om en fejlskrivning da datoen ser ud til at være rettet (23 og 25) – og der er givet medicin to gange dagligt.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 6.3 Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

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

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

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

Psykiatrien har oplyst at remme ikke anvendes uden samtidig anvendelse af bælte. Den omhandlede registrering af fiksering med remme den 1. april 2007 fra kl. 01.45 til 08.45 er ved en allerede bæltefikseret patient – en patient som der ligeledes er sendt skema med registrering af bæltefiksering på (bæltefikseringen er registreret på selvstændigt skema – fra den 31/3 til den 6/4 2007).

Jeg har noteret mig det oplyste og beklager at jeg ikke har været opmærksom på at fikseringen med remme vedrørte en allerede bæltefikseret patient. Det skyldes til dels at patientens navn på de skemaer som jeg har modtaget, er blevet streget over.

Jeg bad sygehuset om at redegøre nærmere for hvorfor der ikke var anført navne på det implicerede personale i en række nærmere angivne tilfælde.

Psykiatrien har oplyst at der er sket fejl i forbindelse med registreringen. Personalet er indskærpet at der skal journalføres (og skemaføres) korrekt.

Jeg har noteret mig det oplyste.

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

Psykiatrien har oplyst at lægen generelt altid skal være til stede før et tvangsindgreb finder sted, medmindre den tilkaldte læge er optaget andet sted af akutte opgaver af tilsvarende karakter. Undtagelsesvis kan situationen være så akut at plejepersonalet har været nødsaget til at foretage bæltefiksering før lægens ankomst. Det er Psykiatriens vurdering at den acceptable ventetid på lægetilsyn og vurdering af patienten maksimalt er 15 minutter.

Jeg har noteret mig det oplyste som ikke giver mig anledning til bemærkninger.

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

I 2 tilfælde af fiksering/fysisk magtanvendelse manglede angivelse af ophørstidspunkt. Det drejede sig om en tvangsfiksering med bælte og remme den 26. april 2007 på afsnit S8 og en fastholdelse den 8. april 2007 ligeledes på afsnit S8. Jeg bad sygehuset om at oplyse nærmere om årsagen til den manglende angivelse af ophørstidspunkt i de to tilfælde.

Psykiatrien har oplyst at der i forbindelse med fastholdelse af en patient den 8. april 2007 er sket en forglemmelse mht. udfyldelse af skema. Der var tale om en fastholdelse i forbindelse med at patienten blev ført til egen sengestue. Ved tvangsfiksering med bælte og remme den 26. april 2007 er der sket en fejlskrivning i forbindelse med registreringen.

Jeg har noteret mig det oplyste.

De 19 tilfælde af tvangsfikseringer med bælte og/eller remme (der burde have stået 18 tilfælde), som jeg gennemgik, var alle registreret på Sundhedsstyrelsens papirskemaer som ikke indeholder felter til angivelse af tidspunkterne for efterprøvelse og navnet på den læge der har foretaget vurderingen.

Jeg bad sygehuset om at oplyse om der i de 18 tilfælde af tvangsfikseringer er foretaget den obligatoriske efterprøvelse af fikseringerne, og i givet fald hvorvidt tidspunkterne herfor og navnene på de læger der har foretaget vurderingerne, er indberettet til Sundhedsstyrelsen.

Psykiatrien har oplyst at efterprøvelse sker i henhold til reglerne i psykiatrilovens § 21 stk. 4, og noteres på skema 3 a for efterfølgende elektronisk indberetning. Psykiatrien

har sendt mig en kopi af skema 3 a og i et bilag nærmere redegjort for efterprøvelsen i de omhandlede 18 tilfælde af tvangsfiksering.

Det fremgår af bilaget at det oprindelige skema 3 a i et tilfælde af tvangsfiksering som varede 6 døgn og 12 timer, er bortkommet før indberetning til Sundhedsstyrelsen. Indberetning af revurderingerne er derfor sket ud fra journaltilførslerne. Det oplyses endvidere at der i den samlede fikseringsperiode har været to døgn (3. og 5. april 2007) hvor det af journalen fremgår at der kun er foretaget to revurderinger i døgnet.

Jeg anser det for beklageligt at skema 3 a er bortkommet inden indberetning til Sundhedsstyrelsen, og at der ifølge journalen kun er sket to revurderinger i døgnet den 3. og 5. april 2007. Jeg har noteret mig det i øvrigt oplyste.

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

I 1 tilfælde hvor tvangsfikseringen varede mere end 48 timer, bad jeg sygehuset om at oplyse om der var foretaget den foreskrevne eksterne efterprøvelse af fikseringen, og i givet fald hvorvidt tidspunktet for efterprøvelsen, navnet på den eksterne læge og information om eventuel uenighed mellem den eksterne og den behandlende læge var indberettet til Sundhedsstyrelsen.

Psykiatrien har oplyst at der er foretaget ekstern efterprøvelse af tvangsfikseringen efter reglerne, og at der er foretaget indberetning til Sundhedsstyrelsen.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Opfølgning

Som det fremgår af de enkelte afsnit ovenfor, afventer jeg svar på enkelte spørgsmål. Jeg beder om at sygehusets svar sendes gennem Psykiatrien i Region Nordjylland.

Underretning

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