

## Indholdsfortegnelse

<b>1. Indledning .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Sygehusets organisation mv.....</b>	<b>3</b>
<b>3. Bygningsmæssige forhold.....</b>	<b>4</b>
3.1 Generelt .....	4
3.2 Afsnit N16 .....	7
3.3 Afsnit G18 .....	11
3.4 Afsnit N22 .....	13
<b>4. Samtaler med enkelte patienter .....</b>	<b>15</b>
<b>5. Andre forhold .....</b>	<b>15</b>
5.1 Overbelægning mv. ....	15
5.2 Adgang til frisk luft .....	17
5.3 Handicaptilgængelighed .....	20
5.4 Navneskilte .....	20
5.5 Opbevaring af journaler .....	21
5.6 Medicin.....	21
5.7 Forplejning .....	21
5.8 Beskæftigelse .....	23
5.9 Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2 .....	24
5.10 Patienternes kontakt med læge mv. ....	24
5.11 Behandlingsplaner .....	25
5.12 Anvendelse af tvang, herunder fiksering .....	26
5.13 Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvang.....	32
5.14 Aflåsning, skærmning og forholdene for frivilligt indlagte .....	34
5.15 Tilkald af politi i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger i afdelingen .....	39
5.16 Udslusning, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner .....	40
5.17 Aktindsigt .....	43
5.18 Pårørendekontakt .....	44
5.19 Besøg, visitation og adgang til telefonering mv. ....	45
5.20 Rygepolitik .....	52
5.21 Euforiserende stoffer og alkohol.....	54
5.22 Kæresteforhold mellem patienterne .....	56
5.23 Patientindflydelse.....	56
5.24 Rekruttering af personale og sygefravær .....	57
5.25 Vold mod personalet.....	63
5.26 Sprogbarrierer mv.....	66
<b>6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen.....</b>	<b>67</b>
6.1 Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse.....	70
6.2 Tvangsbehandling .....	73
6.3 Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.....	77
6.4 Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning .....	84
6.5 Personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse .....	86
<b>Opfølgning.....</b>	<b>86</b>
<b>Underretning .....</b>	<b>87</b>

## 1. Indledning

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

Som et led i denne inspektionsvirksomhed foretog jeg og to af embedets øvrige medarbejdere den 13. juni 2007 inspektion af Brønderslev Psykiatriske Sygehus. Denne inspektion skete i forlængelse af en inspektion den 12. juni 2007 af Aalborg Psykiatriske Sygehus, og blev efterfulgt af to inspektioner den 14. juni 2007 af henholdsvis distriktpsychiatrien i Afdeling Syd, Aalborg Psykiatriske Sygehus og den socialpsykiatriske boform Visborggaard der ikke hører under Psykiatrien, men under Specialsektoren i Region Nordjylland. Der er udarbejdet særskilte rapporter om disse inspektioner.

Inspektionen af Brønderslev Psykiatriske Sygehus omfattede en indledende samtale med repræsentanter for ledelsen på sygehuset og en administrativ repræsentant for Psykiatrien i Region Nordjylland, rundgang på sygehusets afsnit, samtaler med de patienter der havde ønsket det, og en afsluttende samtale med repræsentanterne for sygehusledelsen og Psykiatrien.

I forbindelse med inspektionen anmodede jeg om kopi af tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 35 – 42 og §§ 44 – 45 i bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger for perioden 1. januar 2007 (hvor den nævnte bekendtgørelse trådte i kraft) til den 7. maj 2007 (hvor inspektionen blev varslet). Det ønskede materiale blev udleveret af sygehuset under inspektionen.

Forud for og under inspektionen modtog jeg forskelligt informationsmateriale, bl.a. en generel husorden for de psykiatriske sygehuse i Region Nordjylland og husordener for de enkelte afsnit. Jeg modtog endvidere forskelligt generelt materiale der omfatter både Aalborg Psykiatriske Sygehus og Brønderslev Psykiatriske Sygehus.

Nogle af de berørte emner i rapporten bygger hovedsagelig på en efterfølgende gennemgang af det skriftlige materiale som jeg har modtaget fra Region Nordjylland, og på materiale fra Psykiatrien i Region Nordjyllands hjemmeside [www.psykiatri.n.dk](http://www.psykiatri.n.dk). Det er således ikke alle emner der blev drøftet særskilt under selve inspektionen.

Denne rapport har i en foreløbig udgave været sendt til Brønderslev Psykiatriske Sygehus og Psykiatrien i Region Nordjylland med henblik på at give myndighederne lejlighed til at fremkomme med eventuelle bemærkninger om de faktiske forhold som beskrevet i rapporten. Psykiatrien i Region Nordjylland har i brev af 14. maj 2008 fremsat sådanne bemærkninger der er indarbejdet i rapporten. Jeg har ikke modtaget (yderligere) bemærkninger fra Brønderslev Psykiatriske Sygehus.

## **2. Sygehusets organisation mv.**

Brønderslev Psykiatriske Sygehus hører under Psykiatrien Region Nordjylland der organisatorisk er samlet i én enhed med en fælles ledelse. Psykiatrien er opdelt i fem afdelinger – afdeling Syd (almen voksenpsykiatri), afdeling Nord (almen voksenpsykiatri og gerontopsykiatri), afdeling Thy/Mors (almen voksenpsykiatri), afdeling E (retspsykiatri) og afdeling A (børne- og ungdomspsykiatri). Psykiatriens behandlingstilbud omfatter udover sengeafsnit distriktsfunktioner og andre ambulante tilbud, herunder flere specialklinikker. Psykiatriledelsen og administrationen er samlet i Aalborg.

Brønderslev Psykiatriske Sygehus har samlet de fleste af afdeling Nord's funktioner. Afdeling Nord's øvrige funktioner omfatter et åbent sengeafsnit (distriktsafsnit) i Frederikshavn og flere ambulante funktioner herunder fire distriktspsykiatriske teams der har decentrale behandlingssteder i Brovst, Dronninglund, Hjørring og Frederikshavn.

Afdeling Syd, Afdeling A og Afdeling E hører under Aalborg Psykiatriske Sygehus. Patienter fra Thy/Mors der ikke hørte under det tidligere Nordjyllands Amt, men nu er med i Region Nordjylland, behandles primært på Døgns hus Thisted der har 16 sengeplader, men den intensive behandling finder sted på Sønderøparken i Viborg (Regionspsykiatrien Viborg). Pr. 1. januar 2009 hjemtages intensive patienter fra Thy/Mors til Region Nordjylland til behandling på Brønderslev Psykiatriske Sygehus.

Foruden almene voksenpsykiatriske sengeafsnit mv. har Brønderslev Psykiatriske Sygehus tillige en specialafdeling for gerontopsykiatri der dækker hele regionen, bortset fra Thy/Mors (indtil patienter derfra hjemtages). Denne afdeling omfatter både et sengeafsnit og et ambulatorium.

De almene voksenpsykiatriske sengeafsnit på Brønderslev Psykiatriske Sygehus omfatter et lukket intensivt sengeafsnit med akut modtagefunktion (N16), et åbent inten-

sivt psykoseafsnit/rehabiliteringsafsnit (N19) og tre åbne almenpsykiatriske distriktsafsnit (N15, N21 og N22). Hertil kommer som nævnt et gerontopsykiatrisk afsnit (G18) der er et lukket specialafsnit.

Optageområdet for det lukkede afsnit og det intensive åbne psykoseafsnit på Brønderslev Psykiatriske Sygehus er Optageområde Nord der dækker kommunerne Brønderslev, Hjørring, Jammerbugt, Frederikshavn og Læsø. De øvrige åbne afsnit har hver deres kommune som optageområde. Afsnittene på Brønderslev Psykiatriske Sygehus har henholdsvis Brønderslev, Hjørring og Jammerbugt Kommune som optageområde, mens det decentrale åbne psykiatriske afsnit på Frederikshavn Sygehus har Frederikshavn og Læsø Kommune som optageområde. Det gerontopsykiatriske afsnit har som allerede nævnt hele regionen undtagen Thy og Mors som optageområde.

Der er fire distriktspsykiatriske teams som er geografisk inddelt: Østvendssyssel, Nordvendssyssel, Sydvendssyssel og Jammerbugten der har decentrale behandlingskontorer i henholdsvis Frederikshavn, Hjørring, Dronninglund og Brovst og behandler patienter fra henholdsvis Frederikshavn Kommune, Hjørring Kommune, Brønderslev Kommune og Jammerbugt Kommune. Det distriktspsykiatriske team for gerontopsykiatrien er regionsdækkende.

### **3. Bygningsmæssige forhold**

#### **3.1 Generelt**

Brønderslev Psykiatriske Sygehus er beliggende lidt uden for Brønderslev by. Det blev under inspektionen oplyst at der ikke længere går bus helt ud til sygehuset, og at det derfor for nogle er et problem med transport til og fra sygehuset.

*Jeg beder sygehuset om at oplyse nærmere om problemets omfang.*

Sygehuset består af flere separate etplansbygninger i grønne – velplejede – områder. Bygningerne er opført i 1957, dog er en enkelt bygning fra år 2000. Denne bygning indeholder det intensive åbne langtidssafsnit for yngre psykotiske (afsnit N19).

Oprindelig var sygehuset et plejehospital med 350 senge. Midt i 80'erne skiftede sygehuset fra pleje- til behandlingshospital og har siden 1990 haft behandlingsansvar for det nordlige område. Pr. 1. januar 2007 havde sygehuset 77 normerede og 74 disponible sengepladser.

Store dele af Brønderslev Psykiatriske Sygehus har gennemgået en omfattende renovering, og på inspektionstidspunktet var der en renovering i gang og truffet beslutning

om yderligere renovering og udbygning. Seneste gennemgribende renovering fandt sted i år 2000 og omfattede afsnit N22 (som jeg besøgte). På inspektionstidspunktet var afsnit N21 (tidligere afsnit N17) under renovering efter samme princip. Det blev oplyst at når renoveringen af afsnit N21 var færdig, skulle afsnit N16 og det gerontopsykiatriske afsnit (G18) renoveres efter samme princip. Min besigtigelse omfattede også begge disse afsnit.

Det fremgår af Psykiatrien i Region Nordjyllands hjemmeside at det gerontopsykiatriske afsnit pr. 12. juli 2007 flyttede til afsnit N13 på grund af renovering af afsnit N16 som derfor midlertidigt har ophold på gerontopsykiatrisk afsnit G18.

Under inspektionen blev det oplyst at ombygningen af afsnit N16 skulle begynde midt i august 2007 og forventes at være tilendebragt efter ca. et år. Det blev endvidere oplyst at renoveringen af dette afsnit tillige omfatter en udbygning af afsnittet med 10 pladser. Ledelsen viste mig under besøget af dette afsnit tegninger til ombygnings- og renoveringsprojektet, jf. pkt. 3.2.

Renoveringen af Brønderslev Psykiatriske Sygehus fremgår også af Region Nordjyllands psykiatriplan der opstiller rammerne for Psykiatriens udvikling frem mod år 2015, og som blev vedtaget af regionsrådet den 18. marts 2008. I udkastet til psykiatriplanen der er fra oktober 2007, er det nævnt at der dengang aktuelt var to byggeprojekter i gang på Brønderslev Psykiatriske Sygehus, og at der – når de var gennemført – kun manglede renovering og udbygning af de gerontopsykiatriske funktioner.

Den nævnte udbygning af den gerontopsykiatriske afdeling sker som følge af en udvidelse af målgruppen for denne afdeling. Målgruppen er i dag patienter over 65 år med demenstilstand kompliceret af psykiske symptomer. Ifølge psykiatriplanen vil målgruppen senest år 2015 derudover omfatte patienter over 75 år med nyopstået psykisk sygdom og patienter over 80 år med kendt psykisk sygdom.

Det fremgår endvidere af psykiatriplanen at gerontopsykiatrien i kraft af målgruppeændringen forventes at ville have behov for at få tilført omkring 12 ekstra sengepladser sammenlignet med i dag.

Under inspektionen blev det oplyst at antallet af pladser i forbindelse med renoveringen af det gerontopsykiatriske afsnit ville falde fra 12 til 10 hvilket ledelsen forudså ville kunne give anledning til problemer.

Som det fremgår af pkt. 5.1, var belægningsprocenten på det gerontopsykiatriske afsnit 89,9 i 2006 og 89 de første fire måneder af 2007. Ifølge den generelle information

om afsnittet på Psykiatrien i Region Nordjyllands hjemmeside er der som oftest venteliste for indlæggelse på afsnittet.

*Jeg beder sygehuset om at oplyse om den nævnte reducere af pladser fra 12 til 10 pladser alene sigtede til ombygningsfasen. Hvis det ikke er tilfældet, beder jeg sygehuset om at uddybe det oplyste under inspektionen om at ledelsen forudser at reducere vil kunne give anledning til problemer.*

*Hvis reducere af antallet af pladser ikke kun gælder ombygningsfasen, beder jeg endvidere Psykiatrien i Region Nordjylland om at oplyse hvad årsagen til denne reducere er, når det samtidig fremgår at der som oftest er venteliste og på sigt er behov for 12 pladser mere. Jeg beder i den forbindelse Psykiatrien om at oplyse hvornår og hvordan den nævnte udbygning vil finde sted.*

Som nævnt blev det under inspektionen oplyst at renoveringen af afsnit N16 tillige omfatter en udbygning af afsnittet med 10 pladser. Af psykiatriplanen fremgår det at 7 af de nye pladser oprettes som følge af hjemtagelse af patienter fra Thy/Mors (fra Region Midtjylland).

Det blev under inspektionen desuden oplyst at det politisk var besluttet at der (fortsat) skal være en akut modtagelse på sygehuset. Af psykiatriplanen fremgår det også at muligheden for akut modtagelse og indlæggelse beholdes på Brønderslev Psykiatriske Sygehus. Den akutte modtagelse skal stadig være på afsnit N16, men får indgang i en sidefløj (samme sted som ambulancer og personale) og således et andet sted end dér hvor indgangen til patienter og besøgende er.

*Jeg beder sygehuset om at oplyse hvor langt arbejdet med renovering af sygehuset nu er kommet.*

Sygehuset havde som nævnt pr. 1. januar 2007 77 normerede og 74 disponible sengepladser. De er fordelt med 15 (12 disponible) pladser på det lukkede afsnit, henholdsvis 10, 12, 12 og 16 pladser på de åbne afsnit, og 12 pladser på det gerontopsykiatriske afsnit.

Som også allerede nævnt besigtigede jeg ved inspektionen afsnit N16 (det lukkede afsnit), afsnit N22 (et af de åbne afsnit) og afsnit G18 (det gerontopsykiatriske afsnit).

Selv om afsnit N16 og G18 på inspektionstidspunktet skulle ombygges inden for kort tid, og ombygningen nu er iværksat, har jeg valgt at beskrive afsnittene som de så ud

på inspektionstidspunktet, men min vurdering af de fysiske forhold er naturligvis sket på baggrund af den dengang forestående ombygning.

### 3.2 Afsnit N16

Afsnit N16 er som nævnt et lukket intensivt afsnit. Det blev oplyst at afsnittet fungerer som et akut modtageafsnit og har en lille skadestuefunktion. Den akutte modtagelse vil som nævnt få indgang et andet sted.

Nogle patienter møder selv op med henblik på indlæggelse, men det er dog kun et fåtal. Det blev oplyst at den gennemsnitlige indlæggelsestid på afsnittet er 10-12 døgn. Om indlæggelsestid (liggetider) henviser jeg i øvrigt til pkt. 5.1.

Afsnittet huser både tvangsindlagte-/tilbageholdte patienter og frivilligt indlagte. Afsnittet har 12 disponible sengepladser, men har tillige en bufferfunktion idet der i afsnittets skærmede afsnit er 2 ekstra pladser. Disse pladser bruges konstant til almindelig behandling.

Afsnittet har ikke været renoveret siden 1990 og stod som nævnt på inspektionstidspunktet for at skulle ombygges og renoveres. Af bygningstegningerne fremgår det at der skal laves en tilbygning i hver ende med glasparti og etableres ovenlysvinduer. Når ombygningen er færdig – hvilket den forventes at være i efteråret 2008 – vil afsnittet udelukkende have enestuer på 16-17 m<sup>2</sup>, og alle stuer vil få eget toilet og bad på 7,8 m<sup>2</sup>. To stuer vil blive handicapegnede med mulighed for at bruge lift. Der vil desuden blive etableret udendørs rygepavilloner (jf. herom pkt. 5.20).

Selv om renoveringen er sat i værk, har jeg valgt at beskrive afsnittet som det så ud på inspektionstidspunktet.

Afsnittet er bygget som en vinkel. Hovedindgangen er placeret i midten af den ene gang der indeholder fælleslokaler mv., personalefaciliteter og det skærmede afsnit (for enden af gangen til højre for indgangen). Vinkelret på gangen i den anden ende udgår den anden gang der indeholder patientstuer og toilet- og badefaciliteter til patienterne samt et terapilokale/aktivitetsrum.

De to stuer i den skærmede enhed er enestuer der deles om et toilet og et bad der er beliggende inde i dette afsnit. Døren ind til denne enhed har et glasparti, men det er muligt at trække et gardin for. Det blev oplyst at døren normalt ikke låses. Det sker kun meget sjældent, og når det sker, er der personale til stede i afsnittet. Inden for døren og mellem de to stuer er der et fælles opholdsrum med læderlænestole og sofa-

borde. Til toilet- og baderummene hører et fælles forrum. I baderummet er der en brandskade på gulvet som det ikke har været mulig at fjerne.

De øvrige patientstuer omfatter (indtil ombygningen) en enkelt tosengsstue og 10 enestuer hvoraf de 6 er beliggende på den ene side af gangen, og de øvrige sammen med tosengsstuen på den anden side af gangen. Tosengsstuen og 2 enestuer (tidligere tosengsstuer) der er beliggende på samme side af gangen, har eget toilet og bad. 2 enestuer der er beliggende alene, har ligeledes eget toilet og bad, mens de 6 patienter på enestuerne på den anden side af gangen deles om to toiletter og et bad på gangen.

Jeg besigtigede en enestue og tosengsstuen.

Enestuen er ca. 10 m<sup>2</sup>. Husorden er sat op indvendigt på døren (det gælder alle stuerne). Der var ingen udsmykning på væggene i denne stue. Møblementet bestod bl.a. af en hospitalsseng, to lænestole, et sofabord, et sengebord og et skab med lås. Der var tillige en ventilator i rummet. Der er gardiner til at trække for vinduet.

Den besigtigede tosengsstue er efter mit skøn ca. 16 m<sup>2</sup>. Det blev oplyst at denne stue er en gammel firesengsstue. Stuen har en håndvask med koldt og varmt vand. Som tidligere nævnt har stuen eget toilet og bad. Der var to hospitalssenge i stuen – en gammel og en ny der er specielt udviklet til psykiatrien. Den nye seng har buet hovedgærde og fodende i lyst træ, og er noget pænere end de gamle hospitalssenge. Den betjenes elektrisk. Det blev oplyst at der var indkøbt i alt seks nye hospitalssenge, men at sygehuset har nogle problemer med ledningerne som det derfor har været nødvendigt at afmontere. Man forsøger nu at montere en boks til ledningerne.

*Jeg beder sygehuset om at oplyse hvad det videre arbejde med at løse det nævnte problem har resulteret i.*

Møblementet består herudover af to sengeborde, to aflåselige skabe, to stole og et bord. Stuen har to vinduer med lyse gardiner. Håndtaget på det ene vindue var i stykker. Belysningen består både af loftlamper og væglamper. På indersiden af døren er foruden husorden opsat dagsprogram. På tidspunktet for inspektionen var der kun én patient indlagt på stuen.

Det ene af de to toiletter som er fælles for seks af afsnittets beboere, har ikke noget vindue, men der er etableret udsugning. Der var opsat flydende håndsæbe og papirhåndklæder. Der var ingen pose i skraldespanden. Det blev oplyst at det er bevidst og skyldes sikkerhedsmæssige årsager. Lokalerne fremstod pænt rengjorte.



Når ombygningen er færdig, vil afsnittet som nævnt udelukkende have enestuer med eget toilet og bad. Dette er i overensstemmelse med psykiatriplanen der har den målsætning at Psykiatriens fysiske rammer bringes op til standard for god sygehusbehandling, herunder at der sker en renovering og færdigudbygning med hensyn til enestuer med eget bad og toilet på alle sengeafsnit.

*Jeg har noteret mig at afsnittet efter ombygningen udelukkende vil have enestuer med eget toilet og bad. Det bemærkes at Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 i forbindelse med tilsynets inspektioner af psykiatriske hospitaler gentagne gange har udtalt kritik af psykiatriske afsnit der har stuer med to eller flere senge og stuer uden eget bad og toilet.*

Alle vinduerne på afsnittet er med lås, men kan åbnes på klem. Jeg går ud fra at der ikke sker ændringer i dette forhold ved ombygningen.

Der er ikke noget fikseringsrum. Det blev oplyst at fiksering foregår på patientstuerne, og at patienter der ikke har enestue, flyttes til en enestue hvis de skal fikseres. Fikseringsudstyr opbevares i et pudevår i depotrummet og transporteres i dette pudevår når det skal benyttes.

Gangene er smalle og virkede noget mørke. Dette forhold vil blive forbedret ved ombygningen hvor der som nævnt vil blive etableret ovenlysvinduer. Gangenes belysning kommer fra indbyggede lamper i loftet. Der er ingen møbler på gangene. På væggene er der billeder, og i gangen ved hovedindgangen er opsat tavler med forskellig information og med navn og billeder på personalet.

*Jeg beder sygehuset om at oplyse om der ud over etablering af ovenlysvinduer vil komme en bedre belysning på gangarealet så det (også om aftenen) kommer til at fremstå lysere og venligere. Jeg bemærker i den forbindelse at belysningen på et gangareal efter min opfattelse har en væsentlig betydning for patienternes helhedsindtryk af det enkelte afsnit.*

Ved indgangen til afdelingen er der et modtagelsesrum/venteværelse der har dør både ud til vindfanget og ind til afdelingen. Her foregår tillige visitation og indledende samtale. Det er muligt at trække et gardin for glasruden i døren fra vindfanget ind til afdelingen. I modtagelsesrummet der ikke er ret stort, er der en tomandssofa, tre lænestole og to små borde. På væggen hænger hylder med forskellige foldere og et par billeder samt lamper. Der var endvidere en potteplante i vindueskarmen. Rummet fremstod som et typisk venteværelse.

Denne fløj indeholder tillige et kontor/vagtstue, en konferencestue, en telefonboks der kun er afskærmet i begrænset omfang, og to samtalerum. I det ene af disse er der en telefon som patienterne kan låne hvis de ikke har penge til at ringe fra telefonboksen. Det blev oplyst at det andet samtalelokale (der er ca. 6-7 m<sup>2</sup>), kan inddrages som patientstue hvis der er overbelægning. Der er desuden et medicinrum der ikke indeholder aflåste skabe til opbevaring af medicinen, bortset fra et enkelt lille skab der dog ikke låses, men rummet er altid aflåst. Derudover indeholder denne fløj et skyllerum med vaskemaskine som patienterne kan benytte, og et undersøgelsesrum der er et gammelt stort badeværelse med bruser og toilet med armstøtter der tillige kan bruges til handicappede patienter. I dette rum står en briks der benyttes til somatiske undersøgelser af patienterne, og et tørrestativ. Der er desuden et lokale til opbevaring af førstehjælpsudstyr og patienternes effekter, herunder mobiltelefoner og eventuelt cigaretter mv.

Der er endvidere en lille ikke-ryger-opholdsstue der også benyttes som besøgsrum og som udslusning for patienter der har været meget på stuen. Der er tillige en opholdsstue hvor det på inspektionstidspunktet var tilladt at ryge, og hvor der er etableret ud-sugning.

*Med hensyn til rygepolitik henviser jeg til det som jeg har anført nedenfor under pkt. 5.20.*

Fra denne stue er der adgang til en lukket have med en terrasse med plastikhave-møbler og en større græsplæne med store træer mv. Haven er omkranset af et lille trådhegn, og er/var således ikke tilstrækkeligt sikret. Det blev oplyst at udgang til haven altid er ledsaget, og at hegnet som regel respekteres af patienterne.

*Om adgangen til haven henviser jeg til pkt. 5.2.*

I hjørnet hvor de to gange mødes, er der et køkken og en spisestue, bl.a. med læder-spisestuestole.

Møblementet i fælleslokalerne var generelt set i en god stand.

I terapilokalet/aktivitetsrummet er der bl.a. et tv, en pc (uden internetadgang) et bordfodboldspil, et bordtennisbord, en playstation, en kondicykel og forskellige hobbyartikler, bl.a. til maling af billeder. Langs den ene væg er der skabe og en håndvask. Rummet virkede en smule overfyldt.

*På grund af ombygningen af dette afsnit, foretager jeg mig ikke mere vedrørende vedligeholdelsesstanden af dette afsnit som den var på inspektionstidspunktet.*

### **3.3 Afsnit G18**

Dette afsnit er det gerontopsykiatriske afsnit. Yderdøren til afsnittet er altid låst. Afsnittet har 12 enestuer, hvoraf 2 er placeret i et skærmet afsnit. Det blev oplyst at afsnitets patienter i gennemsnit opholder sig ca. 6 uger på afsnittet. Om indlæggelsestid (liggetider) henviser jeg i øvrigt til pkt. 5.1. Flere patienter er svært demente med komplikationer, f.eks. depression eller hallucinationer.

Plejepersonalet på dette afsnit er altid i uniformer – både af hygiejniske årsager og for at patienterne nemmere kan genkende dem.

Som nævnt ovenfor flyttede det gerontopsykiatriske afsnit pr. 12. juli 2007 til et andet afsnit på grund af omrokering i forbindelse med renovering af afsnit N16. Som nævnt har patienterne fra afsnit N16 midlertidigt ophold på afsnit G18. Selv om afsnit G18 snart vil blive renoveret, har jeg valgt at beskrive afsnittet som det så ud på inspektionstidspunktet.

Gangene oplyses af lysstofrør i loftet og lamper på væggene ved de enkelte døre til patientstuerne mv. Ud for hver patientstue er der et navneskilt med patientens fornavn. På væggen hænger der billeder, og der er opsat gelænder på gangen. Der er ingen møbler på gangen bortset fra en enkelt stol og et lille bord. Ligesom på afsnit N16 er gangen mørk.

*Da renovering af afsnit G18 og N16 sker efter samme princip, går jeg ud fra lysforholdene på gangene på afsnit G18 er eller vil blive forbedret ved ombygningen hvor der som tidligere nævnt vil blive etableret ovenlysvinduer og dermed vil komme bedre dagslysindfald på gangene. Jeg beder sygehuset om at oplyse om der samtidig vil komme/er kommet en bedre belysning på gangarealet.*

8 af patientstuerne er ret små – ca. 10 m<sup>2</sup> – mens de øvrige er noget større og primært bruges til patienter der benytter hjælpemidler. En af de to stuer i det skærmede afsnit er lydæmpet. Jeg besøgte både en af de mindre stuer og en større (længere) stue.

Vinduerne på (bl.a.) patientstuerne er aflåste, men kan åbnes på klem. Der er (mønstrede) gardiner for vinduerne – i den ene besøgte stue dog kun i den ene side – og en håndvask med varmt og koldt vand med et spejl over. Møblementet bestod af

en hospitalsseng, en lænestol, et lille bord og to skabe. Ved besigtigelsen af en stue på det skærmede afsnit blev det oplyst at det ene skab skal være låst, mens det andet låses efter behov.

*Jeg beder sygehuset om at oplyse om det gælder for patienterne på alle stuerne, og hvad baggrunden for aflåsningen er, samt om patienterne selv har nøgle til (det ene af) skabene.*

De besøgte stuer var meget enkle i indretningen og med begrænset udsmykning på væggene. Det blev oplyst at det er bevidst da patienterne er demente og derfor ikke tåler for meget der kan virke forstyrrende.

Ingen af stuerne har adgang til eget toilet og/eller bad. Der er i stedet fire toilet- og baderum på gangen som stuerne deles om, men det ene bad bruges dog ikke da det er for lille og lokalet ikke har noget vindue. To af toilet- og baderummene er store og har plads til hjælpere. Der er armstøtter mv. På dørene til toilet- og baderummene er det med store bogstaver og tillige med billeder markeret hvilket rum der er tale om.

Det skærmede afsnit består som nævnt af to stuer (stuerne 5 og 6). Der er desuden en opholdsafdeling med et tv. Mellem denne afdeling og resten af afsnittet er der en glasdør med gardiner for. Denne dør låses nogle gange, men højst i nogle timer, og der er så altid personale til stede. Aflåsning sker både for at holde de andre patienter ude fra det skærmede afsnit og for at patienten(-rne) ikke skal forlade afsnittet.

Afsnittet har et særskilt besøgsrum der fremtrådte lyst og venligt. I lokalet var der bl.a. en sofa, et par lænestole, et sofabord og en standerlampe. På væggene var der billeder og pottedplanter i vindueskarmen.

Til afsnittet hører endvidere en opholdsstue med udgang til en lukket have hvor der bl.a. findes en pavillon og et springvand. I haven var der tillige legesager.

Møblementet i dette afsnit var generelt set i en god stand.

*Jeg har noteret mig at renoveringen af det gerontopsykiatriske afsnit sker efter samme princip som afsnit N22, men jeg beder alligevel sygehuset om at oplyse hvad renoveringen af det gerontopsykiatriske afsnit nærmere omfatter. På grund af renoveringen foretager jeg mig i øvrigt ikke mere vedrørende de bygningsmæssige forhold på dette afsnit.*

### 3.4 Afsnit N22

Afsnit N22 er et åbent afsnit og er normeret til 16 pladser. Ved renoveringen blev der indrettet 16 enestuer med eget toilet og bad, heraf 2 stuer med en størrelse der gjorde det muligt at anvende dem som tosengsstuer. Efterfølgende er der foretaget nogle ændringer der gør at afdelingen nu har 14 enestuer og en tosengsstue. I en oversigt over sengepladser fordelt på diverse typer rum pr. 1. januar 2007 der er blandt det materiale som jeg har modtaget fra Psykiatrien i Region Nordjylland, er det anført at der er i alt 16 enestuer.

Afsnittet dækker et optageområde med 70.000 indbyggere, men skulle oprindeligt alene dække et område med 60.000 indbyggere, og af denne grund er der næsten altid overbelægning på afsnittet. Det blev under inspektionen oplyst at det løses ved at placere flere end en patient på de stuer der har en størrelse så de kan anvendes som tosengsstuer.

Afsnittet modtager primært skizofrene, mani-depressive og patienter med spiseforstyrrelser. Patienterne modtages normalt enten via modtagelsen eller direkte via distrikpsykiatrien. Den gennemsnitlige indlæggelsestid er på dette afsnit mellem 35 og 45 dage. Om indlæggelsestid (liggetid) henviser jeg i øvrigt til pkt. 5.1.

Afsnittet blev som tidligere nævnt renoveret i år 2000 hvor der bl.a. blev lavet en tilbygning med en karnap med store glaspartier. Denne karnap anvendes som opholdsstue med tv, og der er herfra udsigt direkte til skoven.

Sengestuerne er fordelt på tre gange. Jeg så to af gangene. Væggene er murstensvægge der er ubehandlet (gule) i den ene gang og er malet hvide i den anden gang. Ved døren til sengestuerne mv. er der opsat væglamper og navneskilt (med fornavn) eller angivelse af hvad rummet benyttes til.

Tre af stuerne kan skærmes fra de øvrige sengestuer, men det sker aldrig da afsnittet ikke har normering hertil. Det blev oplyst at der kan indrettes skærmede afsnit i alt tre steder i afsnittet (i hver fløj).

Jeg besigtigede tosengsstuen der har hvidmalede (murstens)vægge og grønne gardiner. Stuen er møbleret med bl.a. to almindelige sengebrikse, to reoler, bord og stole, store sengeborde og indbyggede skabe. På væggen hænger der en whiteboardtavle. Ved sengene er der monteret sengelamper. På tidspunktet for inspektionen var der to patienter indlagt på stuen.

Vinduerne er monteret med en lås, men kan åbnes helt. Det blev oplyst at låsen er påsat så der kan indrettes skærmede afsnit.

*Jeg henviser om dette forhold til pkt. 5.14.*

Patienterne har nøgle til skabet, men ikke til sengestuen.

*Jeg beder sygehuset om generelt at overveje spørgsmålet om at etablere mulighed for patienterne for at aflåse stuer på (nogle af) de afsnit hvor det ikke er muligt i dag, og meddele mig resultatet af disse overvejelser. Jeg beder om at overvejelserne kommer til at omfatte såvel muligheden for at patienterne kan låse indefra når de er til stede på stuen, f.eks. om natten hvis de ønsker at sove uden at være nervøse for at andre patienter kommer ind på stuen, som muligheden for at låse stuen udefra når patienterne ikke er på stuen.*

Til stuen hører et stort toilet og bad der bl.a. indeholder skabe. Der er opsat flydende sæbe.

Jeg besigtigede endvidere en enestue der er beliggende i et hjørne. Stuen er indrettet med (stort set) samme møblement som ovenfor nævnt blot til en person. Her var gardinerne gule. Der er et enkelt billede på væggen. Der var ingen personlige genstande. Stuen var ryddelig og ren.

Overalt er der linoleumsgulv.

Der er en stor åben opholdstue med udgang til haven der ligger op til en skov. Der er alene vinduer til den ene side, men der er tillige loftsvinduer, og stuen er derfor meget lys. I opholdsstuen er der nye møbler i bøgetræ med blå betræk og bl.a. fladskærms-fjernsyn. Foruden billeder på væggene er der skulpturer og grønne planter. Der var tillige legetøj i stuen. Ved udgangen til haven er der en terrasse med havemøbler mv.

Fra opholdsstuen er der adgang til et samtalerum der har glasparti til opholdsstuen.

Der er desuden et andet opholdsrum med tv hvor det var tilladt at ryge på inspektions-tidspunktet. Også dette rum har glasparti.

Kontorafdelingen på afsnittet har ligeledes glasparti til gangen/stuen.

I hver fløj er der en niche/et rum inden for en glasdør med bl.a. et lille tekøkken. Det blev oplyst at der tillige er et træningskøkken.

Den ene af nicherne er indrettet som aktivitetsrum med klaver, to kondicykler, bobspil og hockeyspil mv. I nichen på den anden fløj som jeg så, er der bl.a. legetøj.

Videre findes der et vaskeri og medicinrum.

Det blev oplyst at afsnittet har få hospitalssenge og en særlig seng til fiksering som dog sjældent sker. Der er ikke et specielt fikseringsrum. Hvis en patient på afsnittet skal fikseres, køres patienten normalt til et andet afsnit. Personalet kører ikke selv med patienten, men ringer til Falck.

*Afsnit N22 fremstod meget indbydende og velholdt. Særligt opholdsstuen gjorde et godt indtryk.*

#### **4. Samtaler med enkelte patienter**

Under inspektionen havde jeg samtaler med fire patienter som alle havde ønsket en samtale med mig. To af patienterne har modtaget separat skriftligt svar som opfølgning på samtalen. Samtalerne vedrørte patienternes egne forhold og i det ene tilfælde tillige nogle generelle forhold – sikring af haven til afsnit N16, adgangen til pc'er med internetadgang og mobiltelefoner. Disse emner er berørt nedenfor under pkt. 5.2, 5.8 og 5.19.

#### **5. Andre forhold**

##### **5.1 Overbelægning mv.**

Samlet set havde Psykiatrien i Region Nordjylland pr. 1. januar 2007 277 normerede og 253 disponible sengepladser. Heraf havde afdeling Nord 93 normerede og 90 disponible sengepladser hvoraf de 77 normerede og 74 disponible pladser findes på Brønderslev Psykiatriske Sygehus og de resterende 16 på det åbne afsnit i Frederikshavn (jf. opgørelse over normerede og disponible sengepladser i Region Nordjylland pr. 1. januar 2007, opdateret 31. maj 2007). De tre pladser der ikke er disponible, findes på det lukkede afsnit N16.

Ifølge Region Nordjyllands psykiatriplan er det som tidligere nævnt planlagt at oprette yderligere 10 sengepladser på Brønderslev Psykiatriske Sygehus, heraf 7 pladser som følge af at patienter fra Thy/Mors hjemtages. Gerontopsykiatrien vil i kraft af målgruppeændringen have behov for at få tilført omkring 12 ekstra sengepladser sammenlignet med i dag. Et forventet samlet fald i antallet af sengedage i Region Nordjylland fremover betyder imidlertid ifølge psykiatriplanen at det på sigt ikke er nødvendigt at opretholde det nuværende antal normerede sengepladser i den almene voksenpsykiatri der samlet forventes at have behov for 45 færre sengepladser i 2015 i forhold til i dag. Af den pressemeddelelse som regionen har udsendt efter regionsrådets vedta-

gelse af psykiatriplanen, fremgår det at der ikke er planer om at nedlægge sengepladser, men at sengekapaciteten løbende vil blive vurderet og på længere sigt kan blive ændret i såvel opadgående som nedadgående retning.

Under inspektionen blev det oplyst at Brønderslev Psykiatriske Sygehus har mellem 500 og 600 indlæggelser om året – hvilket er mere end forventet.

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 74 disponible sengepladser på Brønderslev Psykiatriske Sygehus pr. denne dato fordelt med 72 enestuer og 1 tosengsstue.

Den gennemsnitlige liggetid i Psykiatrien i Region Nordjylland som helhed var på 38 dage i 2006. Det fremgår af psykiatriplanen for Region Nordjylland at regionen har den højeste gennemsnitlige liggetid for psykiatriske patienter i Danmark. Regionens gennemsnitlige liggetid er således otte dage over landsgennemsnittet. En nedbringelse af liggetiden kan ifølge planen ske i to faser hvor der i fase 1 fokuseres på at etablere ambulante alternativer til sengebehandling, mens der i fase 2 fokuseres på at optimere behandlingsforløbene, herunder minimere antallet af flytninger af patienter mellem afsnit/afdelinger.

På Brønderslev Psykiatriske Sygehus var den gennemsnitlige liggetid for udskrevne patienter i 2006 13,5 dage på det lukkede afsnit N16 og 58,7 dage på det gerontopsykiatriske afsnit G18. På et af de åbne afsnit (N19 – det intensive psykoseafsnit) var den gennemsnitlige liggetid 73 dage og på de øvrige åbne afsnit mellem 40,2 og 49,3 dage.

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

Ventetiden for voksne sindslidende med et aktuelt behov for behandling/undersøgelse i den almene voksenpsykiatri i Region Nordjylland er for de flestes vedkommende 1-3 måneder. Det fremgår således af en opgørelse pr. 1. april 2007 at 237 personer havde ventet 0-1 måned på første undersøgelse/behandling, 142 havde ventet 1-3 måneder, mens 50 personer havde ventet 3-6 måneder. 19 personer havde ventet 6-12 måneder, mens 6 personer havde ventet i mere end 1 år.

Under inspektionen blev det oplyst at der stort set ingen ventetid er til Brønderslev Psykiatriske Sygehus, men at der nogle dage er mange akutte patienter hvilket medfører at sygehuset undersøger om nogle patienter kan udskrives.



Belægningsprocenten for disponible senge var i 2006 og i de fire første måneder af 2007 henholdsvis 89,9 og 89 for den gerontopsykiatriske afdeling og 100,1 og 97 for den øvrige del af afdeling Nord (inklusive det åbne afsnit i Frederikshavn).

To af afsnittene på Brønderslev Psykiatriske Sygehus havde en gennemsnitlig belægningsprocent i 2006 på over 100 (henholdsvis 109,4 for det lukkede afsnit N16 og 102,6 for det åbne afsnit N21). I de fire første måneder af 2007 var den gennemsnitlige belægningsprocent for afsnit N16 faldet til 96, mens belægningsprocenten for afsnit N 21 var steget til 108. Også et af de andre åbne afsnit havde de fire første måneder af 2007 en gennemsnitlig belægningsprocent på 108 (afsnit N 22). De to andre åbne afsnit havde en belægningsprocent på henholdsvis 82 og 87. I marts 2007 var belægningsprocenten for afsnit N21 helt oppe på 117.

I Psykiatriens kontrakt med regionsrådet er der indgået aftale om at Psykiatrien i gennemsnit skal have en belægning på 85 pct. Af Danske Regioners hjemmeside (Regionernes økonomi og aktiviteter på psykiatriområdet i 2006) fremgår det at den gennemsnitlige belægningsprocent for Region Nordjylland var 95 i 2006 hvilket var den højeste gennemsnitlige belægningsprocent blandt regionerne det år.

*Jeg beder om at få oplyst hvordan belægningsprocenten for disponible senge på Brønderslev Psykiatriske Sygehus har udviklet sig i den resterende del af 2007.*

*Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang under pkt. 3.4 ovenfor, blev det under inspektionen oplyst at der næsten altid er overbelægning på afsnit N22. Det blev endvidere oplyst at det løses ved at placere flere end en patient på de stuer der har en størrelse så de kan anvendes som tosenkstuer. Jeg beder sygehuset om oplyse hvor ofte der er to patienter indlagt på disse stuer, om enestuer (i øvrigt) benyttes til dobbeltbelægning, og om det forekommer at patienter ligger på gangene.*

*Jeg beder endvidere sygehuset om at oplyse hvor ofte samtalerummet på afsnit N16 anvendes som patientstue, og i hvor lang tid ad gangen.*

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

## **5.2 Adgang til frisk luft**

Den 1. januar 1999 trådte bl.a. en ændring af den dagældende psykiatrilovs § 2 i kraft (jf. lov nr. 403 af 26. juni 1998 om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, retsplejeloven og straffeloven). § 2 fik følgende ordlyd:

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

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

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

Brønderslev Psykiatriske Sygehus er som nævnt under den bygningsmæssige gennemgang beliggende lidt uden for Brønderslev og består af etplansbygninger. Til hvert afsnit hører en have og på sygehusets ejendom er der grønne arealer mellem de forskellige bygninger. Omgivelserne kan benyttes af de patienter der frit kan forlade sygehuset, herunder patienter fra det lukkede afsnit som er frivilligt indlagt eller som har lov til at forlade afsnittet. Der er en offentlig vej fra hovedvejen gennem sygehusområdet, men den bliver kun benyttet i begrænset omfang af andre end personer med ærinde til sygehuset, og der er derfor ikke særlige problemer med indkig. Beplantning sikrer at der ikke er indkig fra hovedvejen.

Det lukkede afsnit N16 har sin egen store have der er indhegnet med et lavt hegn, og derfor ikke er/var tilstrækkelig sikret mod flugt, jf. pkt. 3.2. En af de patienter som jeg talte med, klagede over at han af denne grund ikke havde kunnet komme ud i haven det første stykke tid hvor han var indlagt.

I forbindelse med min inspektion af Psykiatrisk Afdeling, Hvidovre Hospital (nu Psykiatrisk Center Hvidovre) den 8. december 2004 blev det oplyst at afdelingen ind imellem havde problemer med at leve op til forpligtelsen om at give adgang til frisk luft til patienter der var surrogatanbragte. Jeg udtalte i den forbindelse følgende (jf. pkt. 5.3 i min opfølgingsrapport af 7. februar 2006):

*"Jeg forstår det oplyste sådan at alle patienter, herunder varetægtsfængslede, får adgang til frisk luft hver dag, enten med eller uden ledsagelse, medmindre politiet - undtagelsesvist - har nedlagt forbud mod adgang til haven i forbindelse med indlæggelsen af en varetægtsarrestant. Jeg er enig med afdelingen i at det er*

meget uheldigt når en patient som følge heraf ikke får adgang til haven. Da der imidlertid ikke er tale om beslutninger som er truffet af hospitalet, foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold i relation til min inspektion af Hvidovre Hospital, Psykiatrisk Afdeling, bortset fra at henvise til kompetencereglerne i bekendtgørelse nr. 200 af 25. marts 2004 om udgangstilladelse mv. til personer der er anbragt i hospital eller institution i henhold til strafferetlig afgørelse eller i medfør af farlighedsdekret. For så vidt angår varetægtsarrestanter fremgår det af bekendtgørelsens §§ 7, stk. 2, og 8, stk. 2, at kompetencen til at tillade varetægtsarrestanter at forlade en lukket afdeling (et lukket afsnit) henhører under retten, dog således at hospitalets ledelse med politiets samtykke kan give tilladelse til udgang med ledsager for et kortere tidsrum fra afdelingens eller hospitalets område når særlige omstændigheder taler derfor, jf. §§ 7, stk. 3, og 8, stk. 3. Jeg er enig med afdelingen i at haverne til de lukkede afsnit må anses som en del af disse afsnit, og at kompetencen til at træffe beslutning om adgang til haven derfor (efter en modsætningslutning fra de nævnte bestemmelser) tilkommer overlægen.

...

Efter (forarbejderne til) psykiatrilovens § 2 skal alle patienter have mulighed for at komme ud i frisk luft hver dag. Udendørsområderne til de lukkede afsnit må derfor efter min opfattelse indrettes således at dette krav kan opfyldes, og så det ikke er nødvendigt at flytte patienter til andre afdelinger for at kunne opfylde kravet. Hvis det undtagelsesvist ikke anses for sikkerhedsmæssigt forsvarligt at give adgang til haven, bør der dog efter min opfattelse ske overførsel til en anden afdeling hvor det er muligt at tilbyde ophold udendørs - medmindre patienten i det konkrete tilfælde foretrækker at blive på afdelingen uden ophold udendørs. ...”

Det er efter min opfattelse meget beklageligt hvis patienter (udelukkende) på grund af de bygningsmæssige forhold ikke kan få adgang til frisk luft hver dag.

Under den afsluttende samtale blev det nævnt at sygehuset i forbindelse med den forestående ombygning ville kunne lave en mere sikret gård/have til afsnit N16.

Det fremgår af referatet af et ordinært møde i Psykiatriens MED-udvalg den 13. november 2007 at to lukkede afsnit får sikrede udearealer for at kunne overholde Region Nordjyllands rygepolitik (jeg henviser til pkt. 5.20 nedenfor om rygepolitik). Det er ikke helt klart for mig om de to lukkede afsnit som er omtalt i referatet, er afsnit S6 og S8 på Aalborg Psykiatriske Sygehus.

*Jeg beder sygehuset om at oplyse om haven til afsnit N16 nu er sikret så tilstrækkeligt at det er muligt for patienterne (når de flytter tilbage til afsnittet) at benytte haven i et omfang der lever op til psykiatrilovens § 2.*

*Jeg beder desuden om at få oplyst om patienterne fra afsnit N16 under deres midlertidige ophold på (det lukkede) afsnit G18 hvor haven også er omkranset af et lavt hegn, kan komme ud i frisk luft hver dag.*

*Jeg beder tillige sygehuset om at oplyse om der er fri adgang til haven for de gerontopsykiatriske patienter på afsnit G18, og hvor ofte de indlagte patienter kommer ud i frisk luft.*

### **5.3 Handicaptilgængelighed**

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang ovenfor, er sygehuset indrettet i bygninger i ét plan. Det blev oplyst at spørgsmål om handicaptilgængelighed er indgået/indgår ved reovering af afsnittene. Som nævnt i afsnit 3.2 vil to stuer i forbindelse med ombygningen af afsnit N16 blive handicapegnede med mulighed for at bruge lift.

Nogle af afsnittene har toilet- og badeværelser mv. der er indrettet med armstøtter mv. På N16 så jeg sådanne faciliteter i et undersøgelseslokale der også anvendes som vaske- og tørrerum.

*Jeg går ud fra at der ikke opstilles tørrestativer eller lignende hvis lokalet benyttes af handicappede patienter på afsnittet. Da afsnittet i øvrigt er i færd med at blive renoveret, og der i den forbindelse etableres to stuer med egne faciliteter til handicappede, foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold.*

*Forholdene giver mig i øvrigt ikke anledning til bemærkninger.*

### **5.4 Navneskilte**

Under min rundgang på Brønderslev Psykiatriske Sygehus observerede jeg at der på skilte ved stuerne kun var angivelse af stuerne numre og eventuelt patienternes fornavne.

Når patienterne får besøg, foregår det på afsnittene – enten på patienternes stuer (hvis de har enestue) eller i afsnittenes fællesrum. På afsnit N16 er der tillige et besøgsrum og samtalerum hvor besøg kan finde sted. Der er ikke adgang til besøgs-

rummet direkte fra indgangspartiet, men fra gangen. Også på afsnit G18 er der et besøgssrum.

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

*På baggrund af det oplyste og det jeg observerede under inspektionen, har jeg ingen bemærkninger til sygehusets anvendelse af navneskilte.*

## **5.5 Opbevaring af journaler**

Det blev oplyst at alle patientjournaler nu føres elektronisk, men at sygehuset har et arkiv i papirform der opbevares på kontoret i det enkelte afsnit hvor de er låst inde. De elektroniske patientjournaler er forsynet med "log". Sygehusets læger har adgang til samtlige patientjournaler, mens plejepersonalet kun har adgang til patientjournalerne på det afsnit hvor den pågældende er ansat.

*Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## **5.6 Medicin**

Min besigtigelse af afsnit N16 omfattede bl.a. afsnittets medicinrum hvor al medicin står fremme, men rummet er altid låst. Der er dog et lille skab der kan aflåses, men ikke bliver det. Det blev ikke drøftet nærmere hvordan sygehuset i øvrigt håndterer medicinen.

*Jeg beder om at få oplyst om sygehuset får en kvittering fra apoteket når der afleveres restmedicin. Jeg kan oplyse at jeg tidligere har udtalt at psykiatriske sygehuse ved aflevering af medicinrester – ud fra kontrolmæssige hensyn – bør modtage en kvittering fra apoteket. Det kan eventuelt foregå således at apoteket kvitterer for modtagelsen på en liste som sygehuset har udfærdiget over den mængde restmedicin som afleveres.*

## **5.7 Forplejning**

Psykiatrien i Region Nordjylland har udformet en kostpolitik på baggrund af kostens store betydning for menneskers trivsel og helbred, og politikken skal afspejle kostens betydning i forhold til sundhedsfremme, sygdomsforebyggelse, behandling, pleje og

omsorg. Formålet med kostpolitikken er at sikre at patienterne tilbydes en kvalitativ ernæring som tilgodeser den enkeltes behov og så vidt muligt den enkeltes ønske og skal ses som en integreret del af behandlingen og plejen.

Ifølge kostpolitikken er det bl.a. vigtigt at sikre en god kommunikation mellem afsnit og centralkøkken. Der skal derfor udpeges en ernæringsansvarlig i det enkelte afsnit, og der skal etableres kontakt mellem en kostvejleder og den ernæringsansvarlige i det enkelte afsnit. Kostpolitikken skal desuden sikre at der formidles information til patienterne via centralkøkkenet og personalet bl.a. ved hjælp af menuplaner. Kostpolitikken understreger endvidere betydningen af kostmiljøet ved at lægge vægt på at der skal skabes et hyggeligt og roligt kostmiljø, hvad enten det er i spisestuen, patientkantin eller på en skærmet enhed.

Kosten på Brønderslev Psykiatriske Sygehus kommer fra sygehusets eget centralkøkken og er således sammensat og tilberedt til psykiatriske patienter. Personale og patienter anretter i fællesskab maden på de enkelte afsnit. Afsnit N16 og G18 får smurt mad til frokost, mens de andre afsnit selv smører deres mad. På afsnit N15 og N19 laver patienterne selv mad én gang om ugen sammen med personalet.

På (bl.a.) afsnit N22 er der som nævnt i den bygningsmæssige gennemgang tillige et træningskøkken.

*Jeg beder om nærmere oplysning om hvad træningskøkkenet (-rne) bruges til, og om patienterne på afsnit N15 og N19 også deltager i planlægning og indkøb til den ugentlige madlavningsdag.*

*Jeg beder endvidere sygehuset om at oplyse om der er ansat en kostvejleder.*

Der udarbejdes menuplaner så patienterne kan se hvad der er på menuen til frokost og til aften hver uge. Under rundgangen bemærkede jeg et sted at der var ophængt en sådan menuplan for normalkost.

Jeg modtog ingen klager over maden på sygehuset.

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

*Forplejningen på sygehuset giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## 5.8 Beskæftigelse

Af den bygningsmæssige gennemgang ovenfor under pkt. 3 fremgår det at der på de enkelte afsnit findes tv, spil, computere og motionsmaskiner som patienterne har mulighed for at holde sig beskæftiget med. På afsnit N16 er der et terapi-/aktivitetsrum hvor det også er muligt at udføre kreative sysler.

For patienterne på samtlige afsnit er der en del aktiviteter som alle udgør en del af behandlingen af den enkelte patient (miljø-, ergo- og fysioterapi) – f.eks. morgen-møder, fysisk træning, madlavning, gåture og sociale aktiviteter.

Under den afsluttende samtale blev det oplyst at der er sket en ændring for så vidt angår beskæftigelsen af patienterne. Så vidt jeg forstod, gives der nu mere individuelt tilpassede aktivitetstilbud til den enkelte patient i afsnittet.

Nogle af de patienter som jeg havde samtaler med dagen før under inspektionen af Aalborg Psykiatriske Sygehus, klagede over manglende aktivitetsmuligheder dette sted.

Psykiatriledelsen oplyste efter inspektionen i brev af 27. august 2007 at de aktiviteter der foregår på afdelingerne, er aktiviteter som har et behandlingssigte, og som tilpasses den enkelte patient som en del af behandlingen. Det fremgik endvidere af brevet at indlæggelser i dag (i modsætning til tidligere) oftest er af kortere varighed hvor patienterne er relativt dårlige/syge, og at det er baggrunden for at der ikke er generelle beskæftigelsestilbud til patienterne.

Det fremgår imidlertid af referatet fra et ordinært møde i Psykiatriens MED-udvalg den 18. december 2007 at der er udarbejdet et udkast til retningslinjer for aktiviteter for indlagte patienter i Psykiatrien. Ifølge udkastet skal der laves individuelle aktivitetsprogrammer til patienterne, og hvert afsnit skal endvidere lave en aktivitetsoversigt som beskriver de aktiviteter som afsnittet kan tilbyde. Baggrunden for dette tiltag er en patienttilfredshedsundersøgelses mindre gode resultater vedrørende patientaktiviteter.

Jeg har i rapporten om inspektionen af Aalborg Psykiatriske Sygehus bedt om at blive underrettet om de nævnte retningslinjer for aktiviteter for indlagte patienter, når retningslinjerne foreligger i endelig form.

Blandt de husordener mv. som jeg har modtaget, er tillige regler for brug af Internet/mailprogrammer på det åbne afsnit N19.

Under besigtigelsen af terapilokalet/aktivitetsrummet på det lukkede afsnit N16 blev det oplyst at sygehuset anser det for et problem at patienterne på grund af manglende adgang til Internettet ikke har mulighed for at tjekke deres mail.

*Jeg beder om ledelsens bemærkninger hertil.*

*Jeg beder desuden sygehuset om at oplyse om adgangen til at anvende pc og Internet på de øvrige afsnit.*

### **5.9 Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2**

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

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

### **5.10 Patienternes kontakt med læge mv.**

På Psykiatrien i Region Nordjyllands hjemmeside er der informationsmateriale om enkelte af sygehusets afsnit. Det drejer sig om de åbne afsnit N15 og N21 (samt N26 i Frederikshavn) og det gerontopsykiatriske afsnit G18. For så vidt angår afsnit N22 er der alene oplysning om hvem afsnittet modtager, og hvem der kan kontaktes for yderligere oplysninger. For så vidt angår de to sidste afsnit N16 og N19 fremgår det at siderne er under udarbejdelse.

Det fremgår (fremhævet) af oplysningerne om afsnit N15 at det på dette afsnit tilstræbes at patienterne taler med en læge ved indlæggelsen, men at det ikke i alle tilfælde kan lade sig gøre, og at patienten i så fald hurtigst muligt vil få tilbudt en lægesamtale.

*Jeg beder sygehuset om at oplyse nærmere om patienternes kontakt med læge – herunder hvornår patienterne på de øvrige afsnit første gang efter indlæggelse har samtale med en læge, hvor ofte patienterne (fra samtlige afsnit) har samtale med en læge hvis de ikke selv tager initiativ til det, og om patienterne tildes en kontaktlæge.*

*Jeg beder endvidere om oplysning om hvorvidt der i forbindelse med lægesamtaler så vidt muligt fastsættes en dato for en ny lægesamtale således at patienten altid ved hvornår den næste samtale skal finde sted.*

*Desuden beder jeg om oplysning om hvorvidt der normalt deltager andre (f.eks. sygeplejerske, plejepersonale, kontaktperson, studerende) ved lægesamtaler, og i bekræft-*



*tende fald om det er muligt for patienten at få en samtale med lægen alene hvis patienten ønsker det.*

Psykiatrien i Region Nordjylland har udarbejdet retningslinjer for en ordning med kontaktpersoner. Ifølge disse retningslinjer skal alle patienter i løbet af det første indlæggelsesdøgn tildeles en kontaktperson som har særligt ansvar for at sikre sammenhæng i det konkrete patientforløb. Kontaktpersonen skal være en medarbejder der er direkte involveret i patientforløbet, og det vil ofte være en sygeplejerske eller en social- og sundhedsassistent der udpeges. Kontaktpersonen har bl.a. særligt til opgave at formidle kontakt til relevante personer i behandlingsforløbet. Patienten skal i løbet af det første indlæggelsesdøgn have udleveret et kort (kontakt-kort) med oplysninger om kontaktpersonens navn, telefonnummer og træffetid.

Det fremgår tillige af sundhedsaftalerne mellem Region Nordjylland og de nordjyske kommuner (der er indgået efter § 205 i sundhedsloven) at patienter ved indlæggelse skal have en eller flere faste kontaktpersoner som patienten og eventuelt pårørende samt kommunen kan henvende sig til. I forbindelse med overgang til behandling på anden sygehusafdeling eller i distriktpsychiatrisk team orienterer den pågældende afdeling den kommunale kontaktperson om hvem der er patientens nye kontaktperson(er). Det er endvidere udtrykkeligt nævnt at den sindslidende skal oplyses om navne på sine kontaktpersoner og have kendskab til hvor vedkommende kan henvende sig for at få nærmere oplysninger og rådgivning vedrørende sygdommen og behandlingen heraf samt oplysninger om sociale ydelser.

*Jeg beder 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.*

### **5.11 Behandlingsplaner**

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

I den ændrede psykiatrilov (lovbekendtgørelse nr. 1111 af 1. november 2006 om anvendelse af tvang i psykiatrien som trådte i kraft den 1. januar 2007), er det specifikt fastsat at behandlingsplanen skal udleveres til patienten medmindre denne frabeder sig dette (§ 3, stk. 3, 2. pkt.). Herved sikres det at patienten både modtager mundtlig

vejledning om planens indhold (§ 3, stk. 3, 1. pkt.) og samtidig får mulighed for løbende selv at orientere sig i den skriftlige plan.

Behandlingsplanen skal udarbejdes senest en uge efter indlæggelsen. Det fremgår af pkt. 3 i Sundhedsministeriets vejledning nr. 122 af 14. december 2006 til landets psykiatriske afdelinger (vejledning om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, efter samtaler, obligatorisk vurdering ved tvangsfiksering, beskyttelsesfiksering, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner, husordener og klagemuligheder mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger).

Af psykiatriplanen for Region Nordjylland fremgår det at der fremover skal være én struktureret behandlingsplan for patientens samlede behandlingsforløb – ambulante såvel som under indlæggelse – og at behandlingsplanen således skal følge patienten og være grundlaget for behandlingen uanset hvor i psykiatrien denne foregår. Der skal internt i psykiatrien sættes fokus på udarbejdelse og implementering af en sammenhængende behandlingsplan for behandlingsforløbet.

Ifølge Psykiatrien i Region Nordjyllands hjemmeside er det på det åbne afsnit N15 (og N26) praksis at behandlingsplanen udarbejdes inden for de første 14 dage efter indlæggelse.

*Som det fremgår af ovennævnte vejledning til alle landets psykiatriske afdelinger, skal behandlingsplaner udarbejdes senest en uge efter patientens indlæggelse. Sygehusepraksis på afsnit N15 (og N26) er således ikke altid i overensstemmelse med vejledningens tidsmæssige krav til behandlingsplaners udarbejdelse. Jeg beder sygehuset oplyse hvilke tiltag det giver sygehuset anledning til.*

*Jeg beder endvidere om at modtage kopi af en behandlingsplan fra hvert afsnit på sygehuset. Hvis det administrativt ikke er besværligt at finde frem, beder jeg om at behandlingsplanerne vedrører patienter der var indlagt på tidspunktet for min inspektion (den 13. juni 2007).*

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

## **5.12 Anvendelse af tvang, herunder fiksering**

Tvang defineres i psykiatriloven som "anvendelse af foranstaltninger for hvilke der ikke foreligger et informeret samtykke" (psykiatrilovens § 1, stk. 2).

Der er en række grundlæggende betingelser som skal være opfyldt, før tvang kan anvendes. Tvang må ikke benyttes før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Anvendelsen af tvang skal stå i et rimeligt forhold til det som man søger at opnå, og hvis mindre indgribende foranstaltninger er tilstrækkelige, skal disse anvendes. Tvang skal endvidere udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten, og tvang må ikke anvendes i videre omfang end hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål. Disse grundlæggende betingelser fremgår af psykiatrilovens § 4 som indebærer en lovfæstelse af proportionalitetsprincippet, også kaldet "mindste middels princip".

Psykiatrilovens kapitel 3, 4 og 5 indeholder bestemmelser om de forskellige former for tvangsforanstaltninger – tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, aflåsning af døre i afdelingen, personlig hygiejne under anvendelse af tvang og aflåsning af patientstue på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland (nu Psykiatri-hospitalet i Nykøbing Sjælland, Sikringen). Betingelserne for at anvende de nævnte tvangsforanstaltninger fremgår af psykiatrilovens enkelte bestemmelser.

Inden en tvangsforanstaltning iværksættes, skal patienten som udgangspunkt underrettes mundtligt og skriftligt om den påtænkte tvang, dens nærmere indhold, baggrund og formål. Ved tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og aflåsning af patientstue kan underretningen dog i særlig hastende tilfælde undlades, men så skal patienten efterfølgende have en begrundelse for indgrebet (psykiatrilovens § 31). Patienten skal endvidere ved enhver anvendelse af tvang vejledes om adgangen til at påklage tvangsindgrebet (psykiatrilovens § 32, stk. 1). Efter ophør af enhver tvangsforanstaltning skal patienten tilbydes en eller flere samtaler (psykiatrilovens § 4, stk. 5).

Det fremgår af opgørelser fra Psykiatrien i Region Nordjylland som jeg har fået udleveret, at det samlede antal tvangsforanstaltninger på Brønderslev Psykiatriske Sygehus (inklusiv det åbne afsnit i Frederikshavn) i 2006 var 1.027, fordelt med 933 tvangsforanstaltninger på afdeling N og 94 tvangsforanstaltninger på afdeling G. Det er for sygehuset samlet set en stigning på 120 tvangsforanstaltninger i forhold til 2005 hvor tallet var 907, men for afdeling G's vedkommende var der tale om et fald. I 2005 var der således 774 tvangsforanstaltninger på afdeling N og 133 tvangsforanstaltninger på afdeling G. For årene 2002 til 2004 var det samlede tal henholdsvis 960, 854 og 567.

Det samlede antal tvangsforanstaltninger er en opgørelse over antallet af

- 1) frihedsberøvelser (tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse),
- 2) tvangsbehandlinger (tvangsmedicinering, tvangsbehandling med ECT,

tvangsernæring og tvangsbehandling af somatisk lidelse),

- 3) tvangsfikseringer,
- 4) tilfælde af anvendelse af fysisk magt (fastholdelse, beroligende medicin, aflåsning af yderdør og tvangsflytning) og
- 5) beskyttelsesfikseringer.

Der blev i 2006 foretaget 163 frihedsberøvelser på Brønderslev Psykiatriske Sygehus, heraf 76 tvangsindlæggelser (N: 75, G: 1) og 87 tvangstilbageholdelser (N:78, G: 9). Det er i forhold til 2005 samlet set en stigning på 6 tvangsindlæggelser og 2 tvangstilbageholdelser, men på afdeling G var der tale om et fald både for så vidt angår tvangsindlæggelse (fra 5 til 1) og tvangstilbageholdelse (fra 12 til 9). Til sammenligning havde Aalborg Psykiatriske Sygehus samme år 58 tvangsindlæggelser hvilket i forhold til 2005 er et fald på 60 (en halvering).

Der blev foretaget i alt 622 tvangsbehandlinger i 2006. Heraf var 569 tvangsmedicineringer (N: 567, G: 2). De resterende tilfælde var 51 tvangsbehandlinger med ECT (der finder sted på Aalborg Psykiatriske Sygehus), fordelt med 22 på afdeling N og 29 på afdeling G, og 2 tvangsbehandlinger af somatiske lidelser, begge på afdeling N. Antallet af tvangsmedicineringer er samlet set steget med i alt 137 tilfælde i forhold til 2005 hvor antallet var 430, men på afdeling G var der tale om et væsentligt fald (fra 16 i 2005 – hvor tallet dog er højt i forhold til år 2002-2004 hvor der var mellem 0 og 7 tvangsmedicineringer – til 2 i 2006). I 2005 var der således 414 tvangsbehandlinger på afdeling N og 16 på afdeling G. Både for så vidt angår afdeling N og afdeling G er der sket en meget stor stigning i anvendelsen af ECT-behandling fra 2005 til 2006 (fra 2 på hver afdeling i 2005 til henholdsvis 22 og 29 i 2006). Der var således flere ECT-behandlinger på afdeling G end på afdeling N, og der var tale om væsentligt flere ECT-behandlinger på Brønderslev Psykiatriske Sygehus end på Aalborg Psykiatriske Sygehus hvor der i 2005 og 2006 var henholdsvis 13 og 16 ECT-behandlinger.

Antallet af tvangsfikseringer i 2006 var 76 (N: 61, G: 15), mens tallet i 2005 var 102 (N: 73, G: 29). Der er således sket et fald i antallet af tvangsfikseringer på 26 fra 2005 til 2006. For så vidt angår den gerontopsykiatriske afdeling er der tale om næsten en halvering. Tallet i 2005 var dog meget højt idet der i 2002-2004 var mellem 6 og 9 tvangsfikseringer på afdeling G.

Den fysiske magtanvendelse omfattede i 2006 87 tilfælde af fastholdelse (N: 66, G: 21), 59 tilfælde af indgivelse (injektion) af beroligende medicin (N: 58, G: 1) og 1 tilfælde af aflåsning af yderdør (på afdeling N). Der var ingen tilfælde af tvangsflytning. I forhold til 2005 er antallet af tilfælde af fastholdelse og indgivelse af beroligende medicin samlet set faldet med henholdsvis 3 og 38 tilfælde. Der var dog tale om en stigning vedrørende fastholdelse for så vidt angår afdeling N.

Der var i alt 19 tilfælde af beskyttelsesfiksering i 2006 (N: 3, G: 16). Der er tale om en stigning på 1 i forhold til 2005 (N: 4, G: 14).

Det fremgår af Psykiatrien i Region Nordjyllands hjemmeside at afsnit S6 og S8 (de to lukkede afsnit) på Aalborg Psykiatriske Sygehus og afsnit N16 på Brønderslev Psykiatriske Sygehus i løbet af 2005-2007 har deltaget i det nationale kvalitetsprojekt om tvang i psykiatrien, også kaldet "gennembrudsprojektet". Projektets formål har været at forbedre den patientoplevede kvalitet af tvang, at udvikle den faglige og organisatoriske kvalitet når tvang anvendes, og at minimere behovet for og dermed anvendelsen af tvang.

Psykiatrien i Region Nordjylland har oplyst at deltagelsen i projektet har resulteret i at psykiatrien har opbygget solid erfaring med at bruge gennembrudsmetoden til kvalitetsudvikling, og at der på de deltagende afsnit er iværksat flere tiltag som har resulteret i såvel færre som mere kortvarige tvangsanvendelser og i oplevelsen af bedre kvalitet i tvangen hos patienter og ansatte.

*Det fremgår af regionens opgørelser over antallet af tvangsforanstaltninger at der på Brønderslev Psykiatriske Sygehus i perioden fra 2005 til 2006 hvor psykiatrien har deltaget i gennembrudsprojektet, er sket et pænt fald i antallet af tvangsfikseringer (fra 102 tilfælde i 2005 til 76 tilfælde i 2006 svarende til et fald på ca. 25 pct. for sygehuset som helhed), mens der er sket en større stigning i antallet af tvangsmedicineringer (fra 430 tilfælde i 2005 til 569 tilfælde i 2006 svarende til en stigning på ca. 30 pct.). På den gerontopsykiatriske afdeling er der dog tale om et fald, jf. ovenfor. Der er desuden for begge afdelingers vedkommende tale om en meget voldsom stigning i anvendelsen af ECT (fra 2 i 2005 til henholdsvis 22 og 29 i 2006). Jeg beder om at få oplyst nærmere om årsagen til den store stigning i antallet af tvangsmedicineringer på afdeling N og i anvendelsen af tvangsbehandling med ECT på begge afdelinger.*

I rapporten om min inspektion af Aalborg Psykiatriske Sygehus har jeg bedt om at få tilsendt en (samlet) opgørelse over antallet af tvangsforanstaltninger i 2007 når en sådan er udarbejdet.

Under inspektionen blev det oplyst at anvendelsen af tvang på Brønderslev Psykiatriske Sygehus normalt ligger under landsgennemsnittet.

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside findes statistik om anvendelse af tvang i psykiatrien der stammer fra "Register over anvendelse af tvang i psykiatrien". Der er dog kun tal til og med 2005. Der er statistik for hele landet og de enkelte amter, men ikke for de enkelte sygehuse, og det er derfor ikke muligt at foretage en sammenligning mellem

anvendelsen af tvang på Brønderslev Psykiatriske Sygehus og sammenlignelige sygehuse. Tallene omfatter ikke tvangsmedicinering, tvangsernæring og tvangsbehandling af legemlig lidelse der er udeladt på grund af forskelle i forståelsen af hvor detaljeret der skulle indberettes, men tallene findes i selve registeret. Ingen af tallene i tabellen for tvangsforanstaltninger i 2005 i Nordjyllands Amt stemmer helt overens med tallene i den opgørelse som jeg har fået udleveret af Psykiatrien i Region Nordjylland. For så vidt angår tvangstilbageholdelser er der stor forskel i tallene, mens forskellene er små vedrørende de øvrige tvangsforanstaltninger. I tabellen er det således angivet at der var 156 tvangstilbageholdelser i 2005, mens det i den opgørelse som jeg har fået udleveret er angivet at der var 211 tvangstilbageholdelser dette år.

Sundhedsstyrelsen har tillige udgivet publikationen "Anvendelsen af tvang i psykiatrien 2005" der indeholder statistisk materiale om anvendelsen af tvang dette år. Denne publikation er revideret i 2006. Tallene heri stemmer heller ikke overens med den opgørelse jeg har fået udleveret (og heller ikke med tallene fra registeret).

*Jeg beder om oplysning om årsagen til denne uoverensstemmelse i tallene for anvendelsen af tvang i Nordjyllands Amt.*

*Jeg foretager mig ikke mere vedrørende spørgsmålet om anvendelse af tvang på Brønderslev Psykiatriske Sygehus i sammenligning med andre sygehuse. Det skyldes at sammenligninger på tværs af sygehuse som anført i Sundhedsstyrelsens publikation "Anvendelsen af tvang i psykiatrien 2005" skal foretages med varsomhed. Der er i denne publikation henvist til at behandling og pleje af psykiatriske patienter ikke er organiseret ens på tværs af sygehuse, at afdelingerne på nogle sygehuse er underopdelt i specialområder, og at der er forskelle i patientsammensætningen.*

Det fremgår af årsberetningen for 2006 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn for Nordjyllands Amt at nævnet i 2006 realitetsbehandlede i alt 54 sager – 35 sager vedrørende beslutninger om anvendelse af tvangsmæssige foranstaltninger på Aalborg Psykiatriske Sygehus og 19 sager vedrørende Brønderslev Psykiatriske Sygehus. (I 2005 realitetsbehandlede nævnet i alt 75 sager heraf 38 sager vedrørende Brønderslev Psykiatriske Sygehus). Der blev indgivet i alt 67 klager til nævnet i 2006, men 3 af klagerne blev afvist, og 9 af klagerne blev trukket tilbage.

De 54 sager som nævnet realitetsbehandlede i 2006, omfattede 76 klagepunkter. Nævnet traf flest afgørelser om tvangstilbageholdelse (30 afgørelser) og tvangsbehandling (27 afgørelser). Herudover traf nævnet 13 afgørelser om tvangsindlæggelse, 3 afgørelser om tvangsfiksering og 3 afgørelser om indgivelse af beroligende medicin.

Nævnet tilsidesatte 6 af de tvangsmæssige foranstaltninger der var klaget over, hvilket svarer til en omgørelsesprocent på 7,9.

Af en oversigt der er blandt det materiale som jeg har modtaget, fremgår det at patientklagenævnet indtil den 5. juni 2007 havde realitetsbehandlet 24 sager og i alle tilfælde havde godkendt foranstaltningen.

Psykiatrien i Region Nordjylland har udarbejdet skriftligt informationsmateriale som udleveres til patienter ved anvendelse af tvang. Jeg har modtaget kopi af materiale om tvangstilbageholdelse/tvangsindlæggelse, tvangsfiksering med bælte, tvangsfiksering med håndremme/fodremme, fastholdelse og tvangsflytning, beroligende medicin med tvang, personlig skærmning som tvangsforanstaltning og personlig hygiejne under anvendelse af tvang.

Informationen om hver af de nævnte tvangsforanstaltninger er kort og overskuelig og fylder ikke mere end et A4-ark. Det fremgår øverst at der er tale om skriftlig information til patienten i forbindelse med en nærmere angivet tvangsforanstaltning, og herunder er der plads til at angive patientens navn, cpr.nr. og afsnit. Der informeres først om begrundelsen for tvangsforanstaltningen. I noget af informationsmaterialet skal lægen vælge og sætte kryds ved den begrundelse som er relevant i det konkrete tilfælde. Herefter oplyses patienten om retten til at klage over tvangsforanstaltningen og om besøg af patientrådgiver eller kontakt til bistandsværge. Der henvises endvidere til informationspjecen "Tvang i psykiatrien", og det oplyses til sidst at patienten efter tvangsforanstaltningens ophør vil blive tilbudt en eller flere eftersamtaler. Nederst er der plads til at angive dato og tidspunkt og til lægens underskift.

Jeg har ikke modtaget informationsmateriale om tvangsbehandling, herunder tvangsmedicinering. I rapporten om min inspektion af Aalborg Psykiatriske Sygehus har jeg bedt om at modtage et eksemplar af en skriftlig information hvis en sådan findes i standardiseret form. Hvis materialet ikke findes, har jeg bedt om at få oplyst årsagen hertil og hvilken skriftlig information patienten i givet fald så modtager.

Informationen om tvangsfiksering med håndremme/fodremme indeholder bl.a. oplysning om at patienten vil blive tilset af en læge mindst fire gange i døgnet. I rapporten om min inspektion af Aalborg Psykiatriske Sygehus har jeg udtalt at en sådan oplysning om lægeligt tilsyn efter min mening også bør fremgå af informationen om tvangsfiksering med bælte. Jeg har derfor henstillet til Psykiatrien i Region Nordjylland at tilføje denne oplysning.

Jeg har desuden tilkendegivet at jeg herudover ingen bemærkninger har til det skriftlige informationsmateriale om anvendelse af tvang.

Under inspektionen af Brønderslev Psykiatriske Sygehus blev det oplyst at sygehuset som regel kun anvender bælte når en patient fikseres hvilket altid foregår på stuerne. Det blev endvidere oplyst at der er meget få frivillige fikseringer – og færre nu end tidligere. Sygehuset bruger kugledyner.

Det blev endvidere oplyst at folderen "Tvang i psykiatrien" udleveres til patienterne ved anvendelse af tvang.

*Jeg går ud fra at det altid sikres at der ikke er mulighed for indkig til den fikserede patient ude fra eller fra gangarealet. Jeg beder sygehuset om at oplyse hvor den faste vagt er placeret i forhold til den fikserede patient.*

*Jeg har noteret mig at patienter der udsættes for tvangsforanstaltninger på Brønderslev Psykiatriske Sygehus, altid får udleveret Sundhedsministeriets pjece "Tvang i psykiatrien – om psykiatriske patienters rettigheder ved tvangsindgreb".*

### **5.13 Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvang**

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

Efter ændring af psykiatriloven (lov nr. 534 af 8. juni 2006, jf. nu lovbekendtgørelse nr. 1111 af 1. november 2006) skal der efter § 24, stk. 1, beskikkes en patientrådgiver ved ethvert tvangsindgreb, dog bortset fra indgreb efter § 18 f (tvangsmæssig personlig hygiejne) og § 19 a (undersøgelse af post, patientstuer og ejendele, kropsvsitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande mv.). Ændringen er sket for overordnet at styrke de psykiatriske patienters retssikkerhed idet patienten sikres adgang til vejledning og rådgivning ved alle tvangsindgreb (bortset fra indgrebene i §§ 18 f og 19 a) uden selvstændigt at skulle tilkendegive et ønske om en patientrådgiver.

Patientrådgiverens opgaver er at vejlede og rådgive patienten med hensyn til alle forhold i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på den psykiatriske afdeling samt bistå patienten med eventuelle klager. Patientrådgiveren skal så vidt muligt være til stede ved en klages behandling i det psykiatriske patientklagenævn (psykiatrilovens § 24, stk. 2).

Patientrådgiveren skal aflægge besøg hos patienten inden 24 timer efter beskikkelsen (psykiatrilovens § 26, stk. 1).



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

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

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

”Hvis patientrådgiveren skal kunne udføre sit hverv, er det nødvendigt, at rådgiveren på den ene side modtager relevante lægelige oplysninger om patienten og ikke må nøjes med, hvad denne selv kan og vil oplyse. Det er på den anden side også vigtigt at tage hensyn til patientens egne ønsker og lægernes tavshedspligt.”

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

Patientrådgiveren skal som nævnt ovenfor så vidt muligt være til stede ved en klages behandling i det psykiatriske patientklagenævn (psykiatrilovens § 24, stk. 2, 3. pkt.). Af årsberetningen for 2006 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn for Nordjyllands Amt fremgår det at patientrådgiverne i 2006 deltog i 16 ud af 19 sager der blev behandlet på nævnsmøder afholdt på Brønderslev Psykiatriske Sygehus, svarende til en mødedeltagelse på 84,2 pct.

Den samlede mødedeltagelsesprocent for patientrådgivere på Aalborg Psykiatriske Sygehus og Brønderslev Psykiatriske Sygehus var på 85,2. Nævnet har betegnet denne deltagelsesprocent som tilfredsstillende. Til sammenligning var patientrådgivernes samlede mødedeltagelsesprocent i 2005 på 77,3. Den samlede deltagelsesprocent for patienterne var 81,5 i 2006 og 77,3 i 2005.

Under inspektionen blev det oplyst at patientrådgiverne generelt set er flinke til at komme og inden for rette tid. En af patientrådgiverne er specielt god og tager ekstra patienter.

*Jeg går ud fra at Brønderslev Psykiatriske Sygehus tildeler patienterne en patientrådgiver ved alle tvangsindgreb, bortset fra indgreb efter psykiatrilovens § 18 f og § 19 a,*

*og at patientrådgiverne orienteres således at de har mulighed for at varetage deres hverv på forsvarlig måde, jf. psykiatrilovens § 27.*

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

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 bistandsværge efter straffelovens § 71. Jeg henviser til § 2 i bekendtgørelse nr. 892 af 14. december 1998 om personer indlagt på psykiatrisk afdeling i henhold til strafferetlig afgørelse. Jeg henviser ligeledes til omtalen af reglerne om bistandsværger i rapporten om inspektionen af Aalborg Psykiatriske Sygehus (der har en egentlig retspsykiatrisk afdeling).

#### **5.14 Aflåsning, skærmning og forholdene for frivilligt indlagte**

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

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

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

Afsnit N16 og det gerontopsykiatriske afsnit G18 er henholdsvis et egentligt lukket afsnit og en lukket specialafdeling, og hoveddørene til disse afsnit er derfor altid aflåste.

Sygehuset anvender ikke særlige låsesystemer. Hoveddørene til de åbne afsnit er ikke aflåste.

Psykiatrien i Region Nordjylland har udarbejdet en pjeces om (personlig) skærmning i psykiatrien i regionen, jf. nærmere nedenfor. Det fremgår heraf at patienten eventuelt kan blive flyttet til en del af afsnittet hvor han eller hun sammen med et personalemedlem er skærmet fra det øvrige afsnit.

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang, er der en lille skærmet enhed til to patienter på afsnit N16 og G18. Den fysiske skærmning sker ved at lukke en dør på gangen i den ene ende af afsnittet ind til den skærmede enhed. Herved "isolerer" de to patientstuer fra de øvrige patientstuer på afsnittet. De to stuer deles om et toilet- og baderum og har adgang til en lille fælles opholdsstue. Når den skærmede enhed anvendes, bliver døren mellem enheden og det øvrige afsnit normalt ikke aflåst, men kun lukket. Hvis døren låses, er det kun i nogle få timer, og der er altid personale til stede.

På det åbne afsnit N22 er der desuden mulighed for at lave en sådan enhed til tre patienter, men under rundgangen på dette afsnit blev det oplyst at der aldrig sker fysisk skærmning på dette afsnit da afsnittet ikke har normering hertil.

Under inspektionen blev det desuden oplyst at sygehuset skærmer unge patienter, og at der er tre pladser i et af de (andre) åbne afsnit til unge under 25 år. Sygehuset har sjældent unge under 18 år.

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

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

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

Da det er oplyst at de skærmede enheder i N16 og G18 normalt kun aflukkes og ikke aflåses, og på grund af renoveringen af disse afsnit, går jeg i denne rapport ikke nærmere ind på den fysiske indretning af de skærmede enheder disse steder som de så ud på tidspunktet for min inspektion. Selv om det under inspektionen blev oplyst at disse afsnit skal renoveres efter samme principper som afsnit N22 (hvor der er mulighed for skærmede enheder med tre stuer), beder jeg dog om nærmere oplysninger om renoveringen af disse afsnit i relation til de skærmede enheder på afsnittene.

Jeg beder endvidere om at få oplyst i hvilke situationer døren til de skærmede enheder på afsnit N16 og G18 aflåses, og hvor ofte det sker.

Som nævnt under pkt. 3.2 kan der være frivilligt indlagte patienter på det lukkede afsnit. Det samme gør sig gældende for det gerontopsykiatriske afsnit hvor langt de fleste indlæggelser er frivillige. Jeg går endvidere ud fra at der på de åbne afsnit kan være patienter som er tvangstilbageholdt. Tvangsindlæggelse sker normalt på de intensive afsnit.

Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 har i forbindelse med sine inspektioner af psykiatriske hospitaler og afdelinger beskæftiget sig med spørgsmålet om afdelinger hvor der både er frivilligt indlagte og tvangsindlagte/tvangstilbageholdte patienter. I overensstemmelse med det som tilsynet har tilkendegivet, er det min opfattelse at en patient der indlægges på et psykiatrisk hospital, og hvor der ikke er tale om at den pågældende er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, bør tilbydes en plads på en uaflåst del af det psykiatriske hospital.

Det er ligeledes min opfattelse at en patient der overgår fra at være tvangsindlagt/tvangstilbageholdt til at være frivilligt indlagt, bør tilbydes anbringelse på en uaflåst del af hospitalet, og at det kun undtagelsesvist bør forekomme at en frivilligt

*indlagt patient af kapacitetsmæssige grunde ikke tilbydes en plads på en uaflåst del af hospitalet. Sker det, bør patienten hurtigst muligt tilbydes en plads på et uaflåst afsnit.*

*Når der på et afsnit både er frivilligt indlagte og tvangsindlagte/tvangstilbageholdte patienter, er det endvidere min opfattelse at det bør være helt klart for den enkelte patient hvilken retlig status hans/hendes indlæggelse har (frivillig eller tvangsmæssig). Det er ligeledes min opfattelse at afsnittet bør være meget opmærksom på at der sker ophævelse af en beslutning om tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse straks når betingelserne herfor ikke længere er til stede, og at patienten i den forbindelse informeres om at indlæggelsen nu er frivillig. Frivilligt indlagte patienter skal umiddelbart have mulighed for at forlade sygehuset når de måtte ønske det.*

*Jeg går ud fra at Brønderslev Psykiatriske Sygehus altid orienterer frivilligt indlagte patienter der indlægges på et aflåst afsnit, om at anbringelsen er frivillig, og at der gælder de samme vilkår som hvis afsnittet var åbent mv. Jeg går endvidere ud fra at der altid er personale til stede til at låse frivilligt indlagte patienter ud hvis de beder om det, og at anbringelsen af frivilligt indlagte patienter i øvrigt så vidt muligt administreres i overensstemmelse med det ovenfor anførte. På denne baggrund, har jeg ikke yderligere bemærkninger til spørgsmålet om frivilligt indlagte patienter på de lukkede afsnit.*

*Jeg går desuden ud fra at sygehuset i de tilfælde hvor en tvangstilbageholdt patient er indlagt på et åbent afsnit, informerer vedkommende om den retlige status af indlæggelsen.*

Det blev ikke under inspektionen oplyst i hvilket omfang Brønderslev Psykiatriske Sygehus anvender personlig skærmning.

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

§ 18 c definerer personlig skærmning i psykiatrilovens forstand som foranstaltninger hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten (nogle gange benævnt "fast fodfølge"). Bestemmelsen fastsætter endvidere i hvilke situationer personlig skærmning må anvendes. Af lovforslagets bemærkninger til bestemmelsen fremgår det at lavere grader af observation/overvågning ikke er omfattet af bestemmelsen idet sådanne foranstaltninger efter regeringens opfattelse ikke

udgør så stort et indgreb i den personlige integritet at regulering i psykiatriloven er påkrævet. Det bemærkes herefter at eventuelle retningslinjer for lavere grader af observation/overvågning derfor kan fastsættes af sygehusmyndighederne.

Psykiatrien i Nordjylland har som nævnt udarbejdet en pjece om (personlig) skærmning. Pjecen der findes på regionens hjemmeside, er revideret i december 2006 hvor bl.a. den nye psykiatrilov (der trådte i kraft den 1. januar 2007), er indarbejdet. Det fremgår endvidere at nyt materiale er under udarbejdelse. Jeg har i sagen vedrørende min inspektion af Aalborg Psykiatriske Sygehus bedt om at få tilsendt en kopi af det nye materiale om skærmning når det foreligger.

Den nævnte pjece indeholder dels en introduktion til nyansatte og opfriskning til allerede ansatte om metoden skærmning, dels retningslinjer for tilrettelæggelsen af skærmingsarbejdet. Pjecen beskriver hvad skærmning er og hvorfor og hvordan psykiatrien i Region Nordjylland arbejder med skærmning. Der er omtale af den nye bestemmelse i § 18 c i psykiatriloven om personlig skærmning, herunder bestemmelsens stk. 2 om tvangsmæssig anvendelse af personlig skærmning, og oplysning om de skærmningsniveauer der anvendes.

*Jeg foretager mig derfor ikke noget vedrørende spørgsmålet om personlig skærmning i psykiatrilovens forstand i relation til min inspektion af Brønderslev Psykiatriske Sygehus. Jeg beder imidlertid sygehuset om at oplyse i hvilket omfang sygehuset anvender personlig skærmning i lavere grader end reguleret i psykiatrilovens § 18 c.*

Som det fremgår af gennemgangen af de bygningsmæssige forhold er vinduerne monteret med en lås. Det gælder også vinduerne på (bl.a.) det åbne afsnit N22, men de kan åbnes helt. Det blev oplyst at låsen er sat på vinduerne på (bl.a.) afsnit N22 så der kan indrettes skærmede afsnit i alt tre steder i afsnittet. På afsnit N16 og G18 kan vinduerne åbnes på klem.

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

*Jeg beder sygehuset om at oplyse om låsemekanismerne kan indstilles på åben (ulåst) position så vinduerne frit kan åbnes og lukkes af patienterne. I givet fald går jeg ud fra at sygehuset lader vinduerne være uaflåste således at patienter der ikke er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, selv kan åbne og lukke vinduet når de ønsker det.*

*Jeg anmoder desuden om oplysning om hvorvidt låsemekanismerne på vinduerne på afsnit N22 og G18 kan indstilles således at patienterne selv kan åbne vinduerne på klem på deres stuer uden at skulle kontakte personalet.*

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

Jeg har tidligere rejst spørgsmålet om politiets medvirken ved udførelse af tvangsforanstaltninger i psykiatrien over for Justitsministeriet. Ministeriet sendte mig den 23. juli 2001 en kopi af sit svar af samme dato til Sundhedsministeriet til brug for besvarelsen af spørgsmål nr. 11 af 22. februar 2001 til Tilsynet i henhold til grundlovens § 71. I Justitsministeriets svar til Sundhedsministeriet er bl.a. anført følgende:

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

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

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

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

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

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

Under inspektionen blev det oplyst at Brønderslev Psykiatriske Sygehus har haft tilkaldt politiet en enkelt gang inden for de seneste år.

Under inspektionen blev det endvidere oplyst at patienter der ledsages af politiet, normalt afleveres ved indgangen, men det hænder at patienter kommer til sygehuset fikseret på en bære under ledsagelse af politiet der i så fald kan komme med helt ind på afsnittet (N16).

Jeg går ud fra at politiet også vil kunne komme med ind på afsnittet i forbindelse med indlæggelse af patienter der optræder voldsomt uden at det har givet anledning til fiksering.

*Jeg beder sygehuset om at oplyse hvor ofte det sker at politiet kommer med helt ind på selve afsnittet ved indlæggelser af patienter der er fikserede/optræder voldsomt.*

Jeg har i sagen om min inspektion af Aalborg Psykiatriske Sygehus bedt om at få oplyst om regionen har indgået en samarbejdsaftale eller lignende med politiet. Jeg har bedt om i givet fald at få en kopi af aftalen.

*Jeg beder sygehuset om at oplyse hvordan sygehusets samarbejde med politiet er.*

#### **5.16 Udslusning, udskrivningsaftaler, koordinationsplaner**

Det fremgår af sundhedsaftalerne mellem Region Nordjylland og de nordjyske kommuner at udskrivning skal forberedes løbende sammen med patienten og de involverede samarbejdspartnere, og at tidspunktet for udskrivning skal aftales så tidligt som muligt. Den psykiatriske afdeling sørger for at alle involverede parter er orienteret om tidspunktet for udskrivning, og de orienteres hvis tidspunktet ændres.

Det fremgår endvidere at der med patientens samtykke afholdes en udskrivningskonference med deltagelse af relevante samarbejdspartnere. Formålet er at drøfte og planlægge hvad der skal iværksættes for patienten efter udskrivningen.

Udover udskrivningskonferencen afholdes der en udskrivningssamtale med patienten inden udskrivningen hvori den ansvarlige læge og den primære kontaktperson deltager. Det er målsætningen at der inden fem hverdage efter udskrivning fremsendes et udskrivningsbrev til den praktiserende læge.



Hvis patienten forlader den psykiatriske afdeling uden at det er aftalt, orienterer den psykiatriske afdeling kontaktpersonen fra kommunen og de pårørende herom hvis det efter en individuel vurdering skønnes at være nødvendigt af hensyn til patienten.

Det fremgår i øvrigt af aftalerne at der vil blive etableret en samlet samarbejdsaftale mellem kommunerne i Region Nordjylland og regionens sygehuse, herunder Psykiatrien. Jeg går ud fra at denne aftale vil blive lagt ud på regionens hjemmeside.

Under inspektionen blev det oplyst at det hænder at kommunerne ikke kan tage patienter hjem når de er færdigbehandlede, men at det ikke er et stort problem. På det gerontopsykiatriske afsnit var det på inspektionstidspunktet et problem at kommunerne ikke hjemtog færdigbehandlede patienter. Afsnittet havde på dette tidspunkt én færdigbehandlet patient og havde indtil da haft i alt tre i 2007.

*Jeg beder sygehuset om at oplyse hvor mange færdigbehandlede patienter sygehuset havde i 2007, og hvordan situationen er i dag, herunder på det gerontopsykiatriske afsnit.*

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

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

...

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

Det fremgår af forarbejderne til psykiatrilovens §§ 13 a, stk. 1, og 13 b, stk. 1, at udskrivningsaftalerne og koordinationsplanerne indholdsmæssigt er ens. De skal indeholde en beskrivelse af patientens aktuelle og forventede fremtidige behov for behandling og sociale tilbud, de behandlingsmæssige tilbud som vil være relevante for

patienten, angivelse af dato og tidspunkt for det første møde hos vedkommende myndighed mfl., dato for udløb af aftalen, angivelse af hvornår aftalen skal tages op til vurdering, hvem der er ansvarlig for revurdering af aftalen, hvem der er ansvarlig for opfølgning således at patienten får de nævnte tilbud, og hvem der skal reagere hvis aftalen ikke overholdes.

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

Sundhedsstyrelsen har udsendt en vejledning der bl.a. omhandler udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, jf. vejledning nr. 122 af 14. december 2006.

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

Under inspektionen blev det oplyst at Brønderslev Psykiatriske Sygehus har få udslusningsaftaler og koordinationsplaner idet der sjældent er behov for at udarbejde sådanne aftaler/planer. Det blev endvidere oplyst at sygehuset har en aftale med en praktiserende læge der har ansvaret for opfølgning. Denne læge orienteres hvis patienten ikke tager sin medicin hvorefter lægen tager ud og kigger til patienten og vurderer om der eventuelt skal ske tvangsindlæggelse.

*Med den bemærkning at jeg går ud fra at sygehuset udfærdiger udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i overensstemmelse med reglerne herom, har jeg noteret mig det oplyste om at der kun udarbejdes få sådanne aftaler/planer. Jeg beder sygehuset om at oplyse i hvor mange tilfælde der blev udarbejdet udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner i 2007.*

## 5.17 Aktindsigt

Reglerne om aktindsigt i patientjournaler mv. findes i kap. 8 i sundhedsloven (nu lov-bekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008). §§ 37-38 indeholder følgende bestem-melser:

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

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

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

**§ 38.** Afgørelser om retten til aktindsigt træffes af den myndighed, institution eller sundhedsperson, der har patientjournalerne m.v. i sin besiddelse.

*Stk. 2.* Vedkommende myndighed, institution eller sundhedsperson afgør snarest, om en anmodning om aktindsigt kan imødekommes, og om aktindsigten skal gennemføres ved, at der gives adgang til gennemsyn af patientjournalen m.v. på stedet, eller ved, at der udleveres en afskrift eller kopi.

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

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

Spørgsmålet om patienternes adgang til aktindsigt i patientjournaler mv. blev ikke be-rørt under inspektionen. Der er ikke blandt det generelle materiale som jeg har modta-get fra Psykiatrien i Region Nordjylland, en instruks eller lignende om aktindsigt. Den generelle husorden og de foreliggende husordener for de enkelte afsnit indeholder heller ikke information om adgangen til aktindsigt. (Det fremgår af husordenerne for de enkelte afsnit at der på alle patientstuer findes en omfattende informationsmappe – som jeg også fik forevist på et af afsnittene – men det fremgår ikke om der heri også er information om adgangen til aktindsigt). På hjemmesiden for Psykiatrien i Region Nordjylland er der under punktet "For borgere" og "Indflydelse og rettigheder" en mid-lertidig henvisning til Region Nordjyllands hjemmeside om patientrettigheder hvor pa-tienters adgang til aktindsigt omtales.

*Jeg beder 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).*

*Jeg beder endvidere sygehuset om at 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.*

I sagen vedrørende min inspektion af Aalborg Psykiatriske Sygehus har jeg bedt 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.

*Hvis regionen ikke har udarbejdet sådant materiale, men Brønderslev Psykiatriske Sygehus har udarbejdet sådant materiale, beder jeg om at få tilsendt en kopi heraf.*

## **5.18 Pårørendekontakt**

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

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

Af det informationsmateriale der udleveres til patienter ved indlæggelse på afsnit N15 og G18 på Brønderslev Psykiatriske Sygehus, fremgår det at der tilstræbes et tæt samarbejde med de pårørende. I informationsmaterialet vedrørende afsnit N15 er det nævnt at det sker under hensyntagen til reglerne om tavshedspligt.

Af Psykiatrien i Region Nordjyllands hjemmeside fremgår det at Psykiatrien har en pårørendepolitik der senest er revideret i 2006 og vil blive udgivet som pjece når Psykiatriens brugerpolitik/patientpolitik foreligger i en revideret udgave. Den forventes at foreligge i foråret 2008.

I informationen på hjemmesiden og i selve pårørendepolitikken er det bl.a. anført at patientens nære pårørende udgør vigtige samarbejdspartnere gennem hele behand-

lingsforløbet, og at de tilbydes støtte og vejledning undervejs. Der arbejdes ud fra et fælles værdigrundlag som er nærmere beskrevet og uddybet i pårørende-politikken.

Det fremgår af pårørendepolitikken at Psykiatrien altid respekterer patientens ret til selv at bestemme hvem der skal inddrages i behandlingsforløbet, og reglerne om tavshedspligt. Personlige oplysninger videregives således (med enkelte undtagelser) kun til de pårørende med patientens samtykke. Pårørende vil dog altid kunne forvente en generel information om psykiske lidelser, behandlingsmuligheder mv. og vil få tilbudt undervisning/psykoedukation. Der tilstræbes et højt informationsniveau, og der udarbejdes derfor løbende informationsmateriale. For alle afsnit/behandlingstilbud skal der udarbejdes informationsmateriale til pårørende. Materialet skal som minimum indeholde nærmere angivne oplysninger og skal udleveres til de pårørende ved det første møde. Pårørende opfordres desuden til at gøre brug af frivillige organisationers tilbud om information, vejledning og støtte. Det er Psykiatriens personale der har hovedansvaret for at etablere og opretholde et godt samarbejde og en god dialog med de pårørende. Der lægges vægt på at pårørende inddrages mest muligt fra det tidspunkt hvor den sindslidende første gang kommer i kontakt med et af Psykiatriens behandlingstilbud.

*Jeg beder sygehuset om at sende mig det informationsmateriale som de enkelte afsnit skal udarbejde til de pårørende.*

*Jeg beder endvidere sygehuset om overordnet at oplyse hvordan det i praksis fungerer med inddragelse af pårørende. Jeg beder herunder om oplysning om hvad der foretages for at sikre at det (eventuelt) fornødne samtykke foreligger fra patientens side. Hvis der anvendes en standard samtykkeblanket, beder jeg om en kopi heraf.*

### **5.19 Besøg, visitation og adgang til telefoning mv.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Samtidig med indførelsen af bestemmelsen om obligatoriske husordener, ophæves bemyndigelsesbestemmelsen i § 30, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger. Bemyndigelsesbestemmelsen er udmøntet i bekendtgørelse nr. 1337 af 15. december 2004 om patientindflydelse på psykiatriske sygehuse og afdelinger, som hermed vil bortfalde. Der henvises i øvrigt til lovforslagets § 1, nr. 24.”

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

”...

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

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

Jeg har tidligere i forbindelse med inspektioner af psykiatriske hospitaler anbefalet at hospitalerne udfærdiger både husordener der regulerer det almindelige daglige liv på en afdeling og som gælder generelt for alle afdelingens patienter, og retningslinjer om de begrænsninger og indgreb der kan ske i den enkelte patients personlige frihed under indlæggelsen. Retningslinjerne bør angive hvem der har kompetence til at træffe afgørelse om indgrebene/begrænsningerne, og hvornår beslutningerne om indgreb/begrænsninger skal revurderes.

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

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

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

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

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

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

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

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

Psykiatrien i Region Nordjylland har udarbejdet en generel husorden som gælder for alle afsnit på de psykiatriske sygehuse i regionen. Den generelle husorden er dateret april 2007 og indeholder regler om adgang til telefon, herunder mobiltelefoner, post, rygning og brug af åben ild, besøg, værdigenstande, handel og bytte mellem patienter, visitation og ransagning, fotografering, forplejning, påklædning og besøg af medpatienter på andre patienters stuer. For de tre sidstnævnte forhold er der alene oplysning om at afsnittene kan udfærdige retningslinjer herom.

Jeg har sammen med den generelle husorden modtaget husordener mv. for de enkelte afsnit. For så vidt angår afsnit G18 har jeg dog kun modtaget s. 2 af en meddelelse. Sygehuset har i den forbindelse oplyst (brev af 1. juni 2007) at de individuelle husordener er eller vil blive tilpasset den generelle husorden.

Det fremgår af husordenen for afsnit N15 at den er revideret den 4. januar 2007. Den nævnte meddelelse for afsnit G18 er desuden påført datoen 8. februar 2007, men så vidt ses er der tale om en udskriftsdato. Ingen af de andre husordener/regler er dateret.

*Jeg beder om at modtage kopi af husordenerne for de enkelte afsnit når de er revideret i overensstemmelse med den generelle husorden.*

*Jeg henstiller samtidig til sygehuset at datere husordenerne så det altid fremgår hvornår den enkelte husorden senest er blevet revideret. Jeg beder om underretning om hvad min henstilling giver anledning til.*

Den generelle husorden indeholder – ud over de regler som gælder generelt for alle patienter – også bemærkninger om muligheden for begrænsninger og indgreb i den enkelte patients frihed. Det er således anført at det kan være nødvendigt at begrænse adgangen til at telefonere af hensyn til såvel behandlingen og medpatienter som retssikkerhedsmæssige forhold for visse rettlige patienter, at begrundet mistanke om ind eller udsmugling af medikamenter, rusmidler eller farlige genstande kan medføre begrænset adgang for en patient til at sende og modtage breve og pakker, f.eks. ved at personalet i visse situationer vil være til stede når patienten åbner breve og pakker, at det i særlige tilfælde kan være nødvendigt at begrænse adgangen til besøg, og at der ved begrundet mistanke om at en patient er i besiddelse af medikamenter, rusmidler



eller farlige genstande, kan foretages undersøgelse af patientens stue og ejendele, kropsvsitation, urinprøve og test med alkometer.

Jeg har sammen med den generelle husorden modtaget en instruks som gælder for det kliniske personale på de psykiatriske sygehuse i regionen. Formålet med instruksen er at sikre en ensartet fremgangsmåde over for patienterne i forhold til overholdelse af sygehusenes regler.

Det fremgår af instruksen 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. Det fremgår endvidere hvem der har kompetence til at træffe beslutning om de pågældende begrænsninger, hvornår en beslutning om begrænsning skal revurderes, og hvilke forhold der skal dokumenteres i patientens journal (f.eks. baggrunden for beslutningen, varigheden af begrænsningen, resultater af vurderinger og begrundelse for det videre forløb).

*Jeg beder om at modtage kopi af de principper som afdelingsledelserne i henhold til instruksen skal fastlægge.*

*Jeg kan oplyse at jeg tidligere har udtalt at det efter min opfattelse er mest hensigtsmæssigt at de generelle regler som gælder for alle patienter, og reglerne om indgreb og begrænsninger i den enkelte patients frihed opdeles i to selvstændige dokumenter (henholdsvis husorden og retningslinjer). Det er endvidere min opfattelse at de skrevne retningslinjer for indgreb og begrænsninger i den enkelte patients frihed kun bør rettes til personalet, men at alle patienter i det informationsmateriale som udleveres ved indlæggelsen, informeres om retningslinjernes eksistens og muligheden for at få dem udleveret.*

*Det kan ikke give mig anledning til bemærkninger at der i regionens generelle husorden også er indføjet oplysninger om muligheden for indgreb og begrænsninger i den enkelte patients frihed. Jeg har i den forbindelse lagt vægt på at husordenen stadig fremstår overskuelig og ikke for omfattende, og at patienterne blot orienteres om at det i særlige tilfælde kan være nødvendigt at træffe beslutning om begrænsninger i den sædvanlige livsudfoldelse af hensyn til patienten selv, medpatienter, personale og/eller omverdenen.*

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

Det fremgår af den generelle husorden at der som hovedregel er fri besøgstid på alle afsnit for pårørende, men at afsnittene kan fastlægge lokale besøgstider af hensyn til afsnittenes aktiviteter for patienterne.

Besøgstiderne på de enkelte afsnit varierer lidt. På afsnit N15 er der ifølge husordenen besøgstid efter kl. 15.00 medmindre andet er aftalt. Af orienteringen om dette afsnit på hjemmesiden, fremgår det at der er besøgstid på hverdage mellem kl. 15.00 og 21.00 og i weekenden mellem kl. 10.00 og 22.00 – eller efter aftale med kontaktpersonen. Ifølge velkomstfolderen for N16 har afsnittet besøgstid alle dage mellem kl. 9.00 og 21.00. I en notits er det oplyst at husordenen og velkomstfolderen er under revision, og at revisionen bl.a. omfatter besøg af pårørende. Ifølge meddelelsen vedrørende afsnit G18 og orienteringen om dette afsnit på hjemmesiden, er der på dette afsnit besøgstid dagligt mellem kl. 14.30 og 20.30 eller efter aftale med personalet. I husregler vedrørende afsnit N22 er det nævnt at der er besøgstid på hverdage mellem kl. 15.00 og 21.30.

Det fremgår af instruksen til personalet at besøgsforbud efter en konkret vurdering bl.a. kan forekomme hvis besøgende tidligere har været voldelige eller udvist en truende adfærd over for patienter og personale, hvis den besøgende indsmugler euforiserende stoffer eller hvis den besøgende er beruset eller på anden måde påvirket. I sidstnævnte tilfælde bør den pågældende som hovedregel opfordres til at komme igen i upåvirket tilstand. Hvis patienten er surrogatvaretægtsfængslet, kan der være helt eller delvis besøgsforbud bestemt af politiet eller retten.

Af den generelle husorden fremgår det at besøg kan overvåges af hensyn til orden og sikkerhed.

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

Som nævnt ovenfor fremgår det af den generelle husorden at det enkelte afsnit kan udfærdige retningslinjer for medpatienters besøg på andre patienters stuer.

Af velkomstfolderen og husreglerne for afsnit N16 fremgår det at patienterne ikke må besøge hinanden på stuerne. Husordenerne mv. for de andre afsnit indeholder ikke noget herom.

Under inspektionen blev det oplyst at patienterne som udgangspunkt kan besøge hinanden på stuerne.

*Jeg har tidligere i forbindelse med inspektion af en psykiatrisk afdeling udtalt at det er min umiddelbare opfattelse at et egentligt forbud mod at patienter besøger hinanden på stuerne er meget vidtgående. Jeg beder derfor sygehuset om at overveje om forbuddet på afsnit N16 kan erstattes af vurderinger af om besøgsforbud på stuerne er nødvendige i konkrete tilfælde. Jeg beder sygehuset meddele mig resultatet af disse overvejelser.*

*Jeg anmoder endvidere om nærmere oplysninger om adgangen for patienterne til at besøge hinanden på stuerne på de øvrige afsnit.*

Psykiatriloven indeholder som nævnt nu regler om undersøgelse af post, patientstuer, ejendele og kropsvisitation (§ 19 a). Den generelle husorden omfatter også disse spørgsmål. Heraf fremgår bl.a. at de nævnte indgreb skal bygge på en begrundet mistanke, dvs. en konkret vurdering i den aktuelle situation.

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. Under inspektionen blev det oplyst at sygehuset kan bede en patient om at lukke en pakke op i personalets påsyn hvis der er mistanke om at pakken indeholder f.eks. stoffer.

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

*På denne baggrund har jeg i rapporten om inspektionen af Aalborg Psykiatriske Sygehus tilkendegivet at jeg går ud fra at den generelle husorden bliver revideret så den er i overensstemmelse med psykiatrilovens § 19 a. Jeg har anmodet om underretning når det er sket.*

Det fremgår af den generelle husorden at det som hovedregel er tilladt for alle sygehusets patienter at benytte mønttelefon og egen mobiltelefon. Der kan dog være begrænsninger af hensyn til såvel behandlingen og medpatienter som retssikkerhedsmæssige forhold for visse retslige patienter. Ifølge husordenen opbevares mobil-

telefoner i de lukkede afsnit for patienter med en retslig foranstaltning i patientens efektskab, og anvendelse af telefonen sker efter aftale med personalet. Kameraer i mobiltelefoner må ikke benyttes i afsnittene. I de lukkede afsnit kan personalet låse mønttelefonen hvis der er indlagt patienter med begrænset adgang til telefon. De øvrige patienter må i så fald henvende sig til personalet hvis de ønsker at benytte telefonen.

Ifølge husordenerne for afsnit N15 og N16 skal mobiltelefoner med kamera opbevares i personalets varetægt/effektskab. Af velkomstfolderen for afsnit N16 fremgår det at telefonen kan udleveres efter aftale til telefonering i enerum. I husordenerne for afsnit N19 er det anført at der ikke må tages billeder af patienter under indlæggelsen, og i husordenerne for afsnit N21 er det anført at mobiltelefoner (kun) må benyttes på egen stue.

*Det oplyste om adgangen til at anvende mønttelefon og mobiltelefoner giver mig ikke anledning til bemærkninger. Til orientering kan jeg oplyse at problemet med kameraer i mobiltelefoner på andre psykiatriske afdelinger er søgt løst på den måde at kamera-linsen klistres over, eller ved tilbud om at sim-kortet fra patienternes mobiltelefoner flyttes over i mobiltelefoner uden kamera.*

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

## **5.20 Rygepolitik**

Ifølge § 2 i lov nr. 436 af 14. juni 1995 om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende skulle de tidligere amtsråd med virkning senest fra den 1. januar 1996 fastsætte bestemmelser om røgfri miljøer på amternes sygehuse mv. Fastlæggelsen af rygepolitikken kunne delegeres til de enkelte institutioner mv.

Den nævnte lov er nu afløst af lov nr. 512 af 6. juni 2007 om røgfri miljøer der trådte i kraft den 15. august 2007. Formålet med loven er at udbrede røgfri miljøer med henblik på at forebygge sundhedsskadelige effekter af passiv rygning og forebygge at nogen ufrivilligt kan udsættes for passiv rygning (§ 1). Ifølge § 6, stk. 1, er det ikke tilladt at ryge på indendørs arbejdspladser medmindre andet fremgår af lovens øvrige bestemmelser (§ 4, stk. 1). Sygehuse er omfattet af § 6. Den enkelte arbejdsplads kan beslutte at indrette særlige rygelokaliteter i form af rygerum og rygekabiner (§ 6, stk. 3). Et rygerum er et særligt lokale med gode udluftningsmuligheder eller ventilation, og det må ikke tjene som gennemgangsrum eller indeholde funktioner som anvendes af andre (§ 3, stk. 1). Sygehuse og lignende institutioner kan i ganske særlige tilfælde tillade patienter og pårørende at ryge (§ 10). Ifølge bemærkningerne til § 10 i lovforsla-

get er der tale om en konduite bestemmelse som kun bør anvendes i ganske særlige tilfælde som f.eks. når en patient bliver orienteret om at den pågældende har fået diagnosticeret en meget alvorlig og livstruende sygdom, eller når en pårørende opholder sig på sygehuset i forbindelse med at en nærtstående befinder sig i en livstruende tilstand eller terminal fase.

Region Nordjylland har formuleret en overordnet rygepolitik der gælder for hele regionen. Denne politik er aftalt i Hovedudvalget den 27. juni 2007 og har været gældende fra den nye lovs ikrafttrædelse den 15. august 2007. Der må herefter ikke ryges på regionens arbejdspladser, dvs. bygningerne er røgfrie, og rygning må kun foregå på anviste steder. Patienter på regionens sygehuse må kun ryge i særlige situationer og på særlige steder. Regionens sektorer kan tilføje retningslinjer til den overordnede rygepolitik og kan herunder beslutte en mere restriktiv rygepolitik. Retningslinjerne der skal være skriftlige, skal herudover implementere den overordnede rygepolitik og kan beskrive praktiske forhold som f.eks. placering, indretning, skiltning og information af rygested(er) samt særlige forhold vedrørende patienter. Det fremgår af hjemmesiden for Psykiatrien i Region Nordjylland at den overordnede politik også er gældende for psykiatrien.

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 har derfor i sagen om inspektionen af Aalborg Psykiatriske Sygehus bedt Psykiatrien i Region Nordjylland om – hvis det ikke allerede er 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 har bedt om underretning om resultatet af regionens overvejelser.*

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang ovenfor, var der på inspektionsstidspunktet (dvs. før den nye lov om røgfri miljøer trådte i kraft) rygerum på de enkelte afsnit, men det blev oplyst at der i forbindelse med renoveringen af afsnit N16 (det lukkede afsnit) ville blive etableret udendørs rygepavilloner.

Det fremgår af referatet af det ordinære møde i Psykiatriens MED-udvalg den 13. november 2007 at der i efteråret 2007 har været en undersøgelse af rygepolitikken på alle 19 sengeafsnit i regionen. Undersøgelsen viste at 8 sengeafsnit på det pågældende

tidspunkt overholdt rygepolitikken. Det fremgår endvidere at 7 afsnit i samme uge ville få opsat rygepavilloner og herefter vil indrette forholdene så afsnittene kan overholde rygepolitikken. To lukkede afsnit får sikrede udearealer, og kan derefter overholde rygepolitikken. Ét lukket afsnit er til dels røgfrit, men patienterne ryger på stuerne. Enkelte ældre meget svagelige demente på afsnit G18 (Brønderslev) får lov til at ryge i en besøgsstue, mens de øvrige patienter på dette afsnit ryger udenfor.

*Under pkt. 5.2 har jeg bedt sygehuset om at oplyse om haven til afsnit N16 nu er sikret så tilstrækkeligt at det er muligt at leve op til psykiatrilovens § 2 – og dermed også til rygepolitikken.*

*Efter opsætningen af rygepavilloner går jeg i øvrigt ud fra at Brønderslev Psykiatriske Sygehus har indrettet forholdene så sygehuset er røgfrit med den undtagelse at meget svagelige demente patienter kan få lov til at ryge på den nævnte besøgsstue på afsnit G18. Jeg beder dog sygehuset om at oplyse om denne antagelse er korrekt.*

*Jeg beder endvidere sygehuset om at oplyse om det ikke har været muligt at vælge en anden løsning på afsnit G18 så rygning dels ikke skal foregå i et lokale der anvendes til besøg for alle afsnittets patienter, dels ikke kan finde sted på tidspunkter hvor dette lokale er optaget af andre patienter og deres besøgende. For så vidt angår det førstnævnte forhold henviser jeg til § 3, stk. 1, i loven om røgfri miljøer hvorefter rygerum ikke må indeholde funktioner der anvendes af andre.*

## **5.21 Euforiserende stoffer og alkohol**

Det er ikke tilladt at "indføre eller forhandle" alkohol og euforiserende stoffer, hverken i afsnittet eller på sygehusets områder. Et sådant forbud fremgår af den generelle husorden. Det fremgår endvidere heraf at det ikke er tilladt at være påvirket af alkohol eller stoffer, og at sygehuset kan beslaglægge stoffer og andre ulovlige effekter og videgive det til politiet.

Af husordenerne/reglerne for de enkelte afsnit fremgår det også at det ikke er tilladt at indtage og/eller være i besiddelse af alkohol og stoffer under indlæggelsen. Husordenerne er forskellige i deres formulering heraf.

Under inspektionen blev det oplyst at der ikke er særlige problemer med stoffer, men at alkohol mere kan være et problem. Der forekommer ikke handel med stoffer ved udefrakommende på sygehusets område. Personalet ved når der er stoffer i huset. Hvis der er mistanke om at en pakke til en patient indeholder f.eks. stoffer, kan sygehuset som tidligere nævnt bede patienten om at lukke pakken op.

*Jeg går ud fra at sygehuset i forbindelse med undersøgelse af patientstuer og kropsvisitation af patienter overholder reglerne i psykiatrilovens § 19 a. Jeg henviser til pkt. 5.19 ovenfor om visitation.*

Den 14. og 15. januar 2008 fremgik det af artikler i dagspressen (Politiken og Fyns Stiftstidende) at stofmisbruget er stort på landets lukkede psykiatriske afdelinger, og at det er et problem fordi stofferne modvirker den lægelige (medicinske) behandling, og fordi stoffri patienter påvirkes til at tage euforiserende stoffer. En overlæge fra Aalborg Psykiatriske Sygehus blev i nogle af artiklerne citeret for udtalelser om omfanget af misbruget på ét af sygehusets lukkede afsnit. Det fremgik i den forbindelse at andelen af psykisk syge som samtidig er misbrugere, er steget kraftigt, at der i den senere tid har været meget store problemer med stoffer inde i afsnittet, og at det ikke kun drejer sig om hash, men også hårde stoffer som kokain, amfetamin og ecstasy. Endvidere fremgik det at der på det pågældende afsnit ikke længere er stoffri perioder, og at behandlere og personale ikke er blevet systematisk uddannet til at håndtere udfordringen.

Jeg har i rapporten om Aalborg Psykiatriske Sygehus bedt 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.

*Da det under inspektionen af Brønderslev Psykiatriske Sygehus blev oplyst at der ikke på dette sygehus er særlige problemer med stoffer, har jeg ikke grundlag for at bede Brønderslev Psykiatriske Sygehus om tilsvarende oplysninger. Jeg går ud fra at sygehuset er opmærksomt på om forholdene ændrer sig og i givet fald nærmere overvejer hvad sygehuset skal gøre for at begrænse omfanget af stoffer.*

Det fremgår af den generelle husorden at indbyrdes handel mellem patienter og bytte af værdigenstande mv. under indlæggelsen ikke er tilladt. Ifølge instruksen til personalet skal der ved begrundet mistanke om handel og bytte mellem patienter ske en drøftelse med de involverede parter, og eventuelle handler skal stoppes eller gå tilbage.

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

## 5.22 Kæresteforhold mellem patienterne

Det blev under den afsluttende samtale oplyst at sygehuset accepterer kæresteforhold mellem patienterne på afsnittet, men ikke seksuelt samvær på sygehuset. Det fremgår også af husordenerne/regler for afsnit N15, N16 og N22 at seksuelt samvær ikke er tilladt i afsnittet.

Under inspektionen blev det oplyst at mænd og kvinder kan være i fred for hinanden, men at det dog hænder at nogle patienter må skærmes fra andre patienter.

*Jeg anmoder om en uddybning af det oplyste om holdningen til kæresteforhold, herunder om den er ens på de enkelte afsnit.*

## 5.23 Patientindflydelse

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

Psykiatrien i Region Nordjylland har en brugerpolitik som har til formål dels at give brugerne (de psykisk syge) informationer om hvad de har krav på når de kommer i kontakt med et af Psykiatriens tilbud, dels at styrke samspillet og dialogen mellem brugerne og medarbejderne i Psykiatrien. Der er udarbejdet en pjece om brugerpolitikken som hedder "Psykiatriens samspil med den psykisk syge: Det drejer sig om dig". Pjecen findes bl.a. på regionens hjemmeside.

Pjecen indeholder bl.a. en side med overskriften "Vi vil sikre dig indflydelse på din egen dagligdag". Det fremgår heraf at den psykisk syge – i sin kontakt med psykiatrien – kommer til at indgå i et socialt fællesskab med andre sindslidende og med psykiatriens medarbejdere, og at det derfor er vigtigt at medarbejderne er opmærksomme på patientens individuelle ønsker og behov så patienten får en dagligdag der fungerer. Der bliver samtidig gjort opmærksom på at det er vigtigt at patienten i samarbejde med de øvrige patienter laver nogle spilleregler for hvordan den fælles dagligdag skal være, og at medarbejderne derfor vil støtte at der bliver arrangeret fællesmøder. Det oplyses at patienten på fællesmøderne kan være med til at træffe beslutninger om f.eks. kost og aktiviteter mv., og at en pårørende/bisidder kan deltage i møderne, hvis patienten ønsker det.



Under inspektionen blev det oplyst at der holdes patientmøder en gang om ugen, men ikke om det gjaldt alle afsnit. Ingen af de foreliggende husordener mv. indeholder oplysninger om at der holdes patientmøder. Der er ikke noget patientråd.

*Jeg beder om at få oplyst om alle afsnit på sygehuset holder patientmøder, hvor ofte der holdes møder, hvilke emner der typisk drøftes på møderne, og om der udarbejdes referat af møderne med kopi til sygehusledelsen.*

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

Der foretages løbende tilfredshedsundersøgelser blandt brugere/patienter og pårørende i hele landet om deres oplevelser og vurderinger af de psykiatriske tilbud og ydelser. Resultatet af undersøgelserne offentliggøres (nu) på regionernes hjemmesider.

Seneste undersøgelse vedrørende de almenpsykiatriske sengeafsnit i det tidligere Nordjyllands Amt er foretaget i 2005 og resultatet heraf foreligger i rapporter fra februar 2006. Heraf fremgår det at 68 pct. af patienterne på de deltagende afsnit i afdeling Nord samlet set havde et enestående eller godt indtryk af deres indlæggelse. Størst var tilfredsheden på afsnit N 15 (83 pct.) og mindst på afsnit N16 (54 pct.). Til sammenligning var landsgennemsnittet 65 pct. og gennemsnittet for Nordjyllands Amt 59 pct.

Blandt de pårørende til patienterne i afdeling Nord havde 36 pct. et godt indtryk af kontakten med sengeafsnittet (mens ingen havde et enestående indtryk af kontakten). Landsgennemsnittet var 34 pct. (enestående eller godt) og gennemsnittet for alle almenpsykiatriske sengeafsnit i Nordjyllands Amt 31 pct.

#### **5.24 Rekruttering af personale og sygefravær**

Sundhedsstyrelsen forudser i sin prognose for udbuddet af læger (2006) at der vil ske et fald på 40 pct. i antallet af psykiatere på landsplan frem til år 2020 hvorefter udbuddet langsomt vil begynde at stige.

På landsplan er mangel på sygeplejersker også et voksende problem, herunder især sygeplejersker med specialuddannelse i psykiatrisk pleje.

På Danske Regioners hjemmeside ([www.regioner.dk](http://www.regioner.dk)) findes et notat om udviklingen i sundhedsvæsenets tilbud til sindslidende. Heri er anført følgende om personale-situationen generelt:

”Manglen på kvalificeret personale er i disse år en væsentlig hindring for udbygningen af tilbudene i psykiatrien. Over en årrække har man målrettet forsøgt at udvide uddannelseskapaciteten, navnlig den kliniske videreuddannelse til speciallæge i psykiatri og i børne- og ungdomspsykiatrien.

Ifølge DSI-rapporten 'Medicinstuderendes og yngre lægers valg af speciale – udfordringer og muligheder for psykiatrien' har 46 pct. af de medicinstuderende og 61 pct. af de yngre læger fravalgt psykiatrien. Blandt de medicinstuderende, der har fravalgt psykiatrien, skete det for 42 pct. vedkommende allerede før studiet. Ca. 15 procent af stillingerne som psykiater i voksenpsykiatrien er ledige. Inden for børne- og ungdomspsykiatrien er det omkring 30 procent. Værst ser det ud i yderområderne, f.eks. Nordjylland. Næsten halvdelen af alle uddannelsesstillinger er ikke besatte.

Trods rekrutteringsvanskelighederne har der været en stigning i antallet af læger i psykiatrien siden 90'erne. Tabel 4.1 viser udviklingen i antal fuldtidsbeskæftigede i sygehus- og distriktspsykiatrien. Antallet af læger i psykiatrien er næsten fordoblet i perioden, fra 694 fuldtidsbeskæftigede læger i 1993 til 1.270 i 2006. Psykologstaben er blevet udbygget betydeligt igennem årene, mens antallet af sygeplejersker har haft en mere moderat stigning.”

Problemerne med rekruttering og fastholdelse af relevant personale er omtalt i bl.a. Region Nordjyllands psykiatriplan (afsnit 14). Det fremgår tillige af regionens hjemmeside at Region Nordjylland den 14. september 2007 har udarbejdet en rapport vedrørende rekruttering og omdømme, og at Psykiatrien (i januar 2008) har udarbejdet et notat "Grundlag til strategi for rekruttering, fastholdelse, kompetence- og opgaveudvikling i Psykiatrien i Region Nordjylland".

I rapporten af 14. september 2007 om rekruttering og omdømme er en opgørelse over antallet af fuldtidsstillinger inden for budgetrammen for de enkelte personalegrupper. Antallet af fuldtids lægestillinger er 102. Det fremgår tillige at antallet af ledige lægestillinger i 2006 gennemsnitligt var 29 stillinger, svarende til at ca. hver tredje lægestilling var ubesat. Da den udtalte mangel på speciallæger ikke kan løses på kort sigt, har arbejdsgruppen anbefalet at der (ud over fortsat rekruttering af svenske lægevikarer) rekrutteres 5-10 udenlandske speciallæger i psykiatri årligt i 5 år.

Manglen på almindelige sygeplejersker skal ligeledes afhjælpes ved udenlandsk arbejdskraft og manglen på specialuddannede sygeplejersker ved etablering af uddannelses- og ph.d.-stillinger. Regionen har modtaget en statslig merbevilling på 1,1 mio.

kr. til at videreføre specialuddannelsen til psykiatrisk sygeplejerske. Bevillingen udbetales som permanent bloktilskud fra og med 2007.

Arbejdsgruppen anbefaler samtidig at der etableres særlige mentorordninger for de udenlandske læger og sygeplejersker. For at imødegå problemer og barrierer af faglig, sproglig, social og kulturel karakter skal der desuden etableres regionale introduktions- og uddannelsesprogrammer målrettet de udenlandske speciallæger og sygeplejersker.

Regionen har iværksat en række tiltag for at forbedre mulighederne for at tiltrække og fastholde personale til regionen (herunder Psykiatrien). Et af disse er mere i løn til FOA-ansatte, herunder social- og sundhedsassistenter, og til sygeplejersker der har opgaver som tidligere blev varetaget af læger. I afdeling Syd får nyansatte sygeplejersker et nøje planlagt introduktionsprogram og en mentorordning.

For at styrke rekrutteringsindsatsen er der desuden oprettet to stillinger som henholdsvis personalekonsulent og analyse- og planlægningsmedarbejder.

Af en oversigt over normerede og besatte lægestillinger i Psykiatrien i Region Nordjylland fra juni 2007 som jeg modtog forud for inspektionen, fremgår det at der samlet set for hele regionen er en normering på i alt 105,75 læger, heraf i alt 5 forskningslæger mv. Det fremgår tillige at 78,82 af disse stillinger var besat (heraf alle forskningsstillingerne mv.). 10 af stillingerne var besat med udenlandske læger, heraf 7 svenske læger (alle på Aalborg Psykiatriske Sygehus).

På afdeling N var 22,35 ud af i alt 25,50 normerede stillinger besat, og på afdeling G der har en normering på 3,00, var 3,66 stillinger besat. På afdeling N fordeler de normerede stillinger sig ifølge oversigten med 8,50 (ledende) overlægestillinger, 6,00 afdelingslægestillinger, 1,00 1. reservelægestilling og 10,00 reservelægestillinger (herunder medicinstuderende). De besatte stillinger pr. juni 2007 fordeler sig med 8,80 (ledende) overlægestillinger, 6,55 afdelingslægestillinger, ingen 1. reservelægestilling og 7,00 reservelægestillinger (medicinstuderende). På afdeling G fordeler de normerede stillinger sig med 2,00 overlægestillinger og 1,00 afdelingslægestilling. De var besat med henholdsvis 2,49 overlæger og 1,17 afdelingslæger.

Under inspektionen blev det oplyst at Brønderslev Psykiatriske Sygehus ikke har store rekrutteringsproblemer, og at sygehuset på tidspunktet for inspektionen havde 21 speciallæger. Om sommeren anvender sygehuset studerende til dækning af ferier.

Jeg har tillige modtaget en oversigt over fastansatte og tilknyttede personaleressourcer pr. 1. juni 2007 på udvalgte sengeafsnit i Psykiatrien i Region Nordjylland.

For så vidt angår Brønderslev Psykiatriske Sygehus er medtaget afsnit N16, N22 og G18. Af denne oversigt fremgår det at al behandlerpersonale i afdeling Nord på Brønderslev Psykiatriske Sygehus er samlet i et centralt stabsafsnit. Det fremgår endvidere hvor mange læger (henholdsvis overlæger, afdelingslæger og reserve-læger), sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og andre personalekategorier der aktuelt var tilknyttet de enkelte nævnte afsnit der er med i oversigten.

Det fremgår tillige af denne oversigt at samtlige afsnit varetager uddannelse af sygeplejerskestuderende og social- og sundhedsassistentelever. Med mellemrum varetager sygehuset også uddannelse af ergoterapeutstuderende og socialrådgiverpraktikanter.

*Jeg har noteret mig det oplyste om at Brønderslev Psykiatriske Sygehus generelt set ikke har store rekrutteringsvanskeligheder – og at regionen har iværksat en række tiltag med henblik på bedre at kunne tiltrække og fastholde personale til bl.a. psykiatrien.*

*Jeg beder om at få nærmere oplysninger om den aktuelle personalemæssige situation med hensyn til normerede og besatte lægestillinger på Brønderslev Psykiatriske Sygehus.*

Ifølge en udleveret opgørelse over sygefraværet i 2006 var det samlede gennemsnitlige sygefravær for Psykiatrien i 2006 på 5,61 pct. svarende til 14,97 sygefraværsdage pr. medarbejder. I 2003, 2004 og 2005 var det samlede gennemsnitlige sygefravær henholdsvis 13,8 dage, 14,00 dage og 13,99 dage pr. medarbejder.

I afdeling N var det samlede sygefravær i 2006 i gennemsnit 4,21 pct. svarende til 12,83 dage i gennemsnit pr. medarbejder. Der er tale om en stigning fra 11,43 dage i 2005, men om samme niveau som i 2004 (12,80 dage) og et fald i forhold til 2003 (13,6 dage). Sygefraværet var højst på de intensive afsnit N16 og N19 (henholdsvis 6,98 og 6,93 pct. svarende til henholdsvis 18,98 og 18,24 dage pr. medarbejder).

I afdeling G var det samlede sygefravær i 2006 i gennemsnit 6,81 pct. svarende til 18,22 dage i gennemsnit pr. medarbejder. Der er tale om næsten en fordobling i forhold til 2005 hvor det gennemsnitlige antal sygedage pr. medarbejder var 9,28, og også om en væsentlig stigning i forhold til 2003 og 2004 hvor det gennemsnitlige antal sygedage pr. medarbejder var henholdsvis 13,5 og 13,30. Af oversigten fremgår det dog at 70,86 pct. af sygefraværet på dette afsnit skyldtes længerevarende sygefravær.

På Psykiatriens hjemmeside findes tillige en opgørelse over sygefraværet for 1. halvår 2007 og til sammenligning en opgørelse for 1. halvår 2005 og 2006. For første halvår 2007 var det samlede gennemsnitlige sygefravær 7,32 dage pr. medarbejder hvilket er lidt lavere end 1. halvår 2006 hvor tallet var 7,87, og lidt højere end 1. halvår 2005 hvor tallet var 6,92.

På afdeling N var det gennemsnitlige sygefravær i 1. halvår 2007 7,96 dage hvilket er en stigning i forhold til 2005 og 2006 hvor tallene var henholdsvis 5,35 og 5,5.

På afdeling G var sygefraværet 1. halvår 2007 på 3,78 dage pr. medarbejder i gennemsnit hvilket er et fald i forhold til 1. halvår 2005 og 2006 hvor sygefraværet var henholdsvis 5,02 og 12,05 dage pr. medarbejder i gennemsnit.

Fraværsprocenten er ved halvårsstatistikken også opgjort i aldersgrupper, herunder for hvert køn for sig (som arbejdsmiljøgrupperne skal anvende til bl.a. APV på sygefravær). Fraværet var i 1. halvdel af 2007 størst blandt mænd i alderen 60 år og opfter (12,32 dage i gennemsnit).

Det fremgår endvidere af et referat af et møde den 12. februar 2008 i Psykiatriens MED-udvalg at der foreligger en oversigt over sygefraværet for (hele) 2007, men denne oversigt ses ikke at ligge på hjemmesiden (endnu). Ifølge referatet er der centralt i regionen truffet beslutning om at opgøre fravær efter arbejdsskader separat, og samlet set var sygefraværet i 2007 derfor på samme niveau som i 2006.

*Jeg har noteret mig at der i 1. halvdel af 2007 skete et markant fald i det gennemsnitlige antal sygedage i forhold til året før på den gerontopsykiatriske afdeling, men at der samtidig skete en relativ stor stigning på afdeling N. Samlet set var der tale om et mindre fald i sygefraværet på Brønderslev Psykiatriske Sygehus.*

Udviklingen i sygefraværet er behandlet på møder i Psykiatriens MED-udvalg som nævnt senest på mødet den 12. februar 2008. Det fremgår af referatet af et møde den 12. juni 2007 at det samlede gennemsnitlige sygefravær på 14,97 dage i 2006 er det højeste sygefravær der er registreret i Psykiatrien. Årsagerne var dels flere alvorligt syge medarbejdere med langvarige fraværsforløb, dels fravær på grund af stresspåvirkninger som følge af betydelige strukturelle omstillinger i Psykiatrien. Medlemmerne kunne herudover ikke forklare hvorfor de ansatte havde været mere syge end ellers, men drøftede en række mulige årsager hertil og hvilke tiltag der kunne iværksættes. Det blev besluttet at undersøge årsagerne til sygefraværet nærmere og overveje forskellige analysemuligheder og tiltag for at nedbringe sygefraværet. I referatet af et møde den 4. september 2007 er det anført at den samlede udvikling af sygefraværet for 1. halvår 2007 viste et mindre fald i fraværet, og at der i udvalget var tilfredshed

med de nye opgørelser om sygefravær og alder. Af referatet af mødet den 12. februar 2008 fremgår det at Psykiatrien har det højeste sygefravær inden for regionen, og at det derfor blev besluttet at nedsætte en arbejdsgruppe der skal vurdere sygefraværet generelt.

Af referatet af et møde den 18. december 2007 i Psykiatriens MED-udvalg fremgår det at Hovedudvalget havde planlagt en temadag med sektor MED-udvalgene den 12. marts 2008 med temaet "De bedste arbejdspladser og sygefravær". Det fremgår så vidt ses ikke af hjemmesiden om denne temadag har været afholdt.

Jeg har i rapporten om inspektionen af Aalborg Psykiatriske Sygehus bedt Psykiatrien i regionen om at underrette mig om resultatet af de nævnte undersøgelser om årsagerne til det høje sygefravær og om de tiltag der eventuelt bliver iværksat for at nedbringe sygefraværet.

Region Nordjylland har en skriftlig sygdomspolitik som er godkendt i det tidligere Nordjyllands Amt. Sygdomspolitikken er aftalt som et personalepolitisk tiltag inden for samarbejdsaftalen og indgår dermed som en del af Psykiatriens personalepolitik. Hensigten med sygdomspolitikken er at medarbejdere og ledelse på en aktiv måde støtter den enkelte medarbejder i en sygdomsperiode eller et sygdomsforløb. Målsætningen er bl.a. at skabe værdige rammer for et samtalesystem der sikrer en tidlig opfølgning ved sygdom, og at afdække og forebygge arbejdsrelaterede sygdomme. Formålet er endvidere bl.a. at øge den forebyggende arbejdsmiljøindsats både i forhold til det fysiske og psykosociale område og at søge langtidssyge omplaceret eller beskæftiget på særlige vilkår.

Sygefraværspolitikken indeholder retningslinjer for opfølgning i sygdomsforløb. For at sikre en hurtig opfølgning er der etableret et kontakt- og samtalesystem. Ved sygefravær ud over en uge skal der tages kollegial kontakt til den syge medarbejder. Ved et samlet sygefravær udover 2 uger eller ved kortvarige fraværsperioder udover 14 dage samlet inden for de sidste 12 måneder skal der tages kontakt til den sygemeldte for at høre om arbejdspladsen kan gøre noget for den sygemeldte. Der skal aftales lokale procedurer for hvornår og hvem der kontakter den sygemeldte (tillids-/sikkerhedsrepræsentant eller ledelse), men det er ledelsens ansvar at den sygemeldte kontaktes. Den sygemeldte skal have et åbent og stående tilbud om at kontakte tillids-/sikkerhedsrepræsentanten eller ledelsen med henblik på råd og vejledning. Ved henholdsvis 3 ugers fortløbende sygefravær eller 20 sygedage inden for 12 måneder eller ved 6 sygeperioder inden for 12 måneder skal den sygemeldte tilbydes en personlig samtale med lederen, tillids- og/eller sikkerhedsrepræsentanten og eventuelt andre, f.eks. en kontaktperson. Skyldes sygdommen forhold i arbejdsmiljøet, skal sikkerhedsgruppen søge at udrede årsagerne og søge problemerne løst. Ved fortsat fravær

skal der indkaldes til en statussamtale der har til formål at klarlægge sygdommens arbejdsmæssige konsekvenser og drøfte den sygemeldtes fremtidige muligheder.

*Som også nævnt i rapporten om inspektion af Aalborg Psykiatriske Sygehus giver oplysningerne om regionens sygdomspolitik mig ikke anledning til bemærkninger.*

## **5.25 Vold mod personalet**

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

Psykiatrien i Region Nordjylland har en handleplan over for vold på arbejdspladsen. Formålet med handleplanen er bl.a. at sikre at der skabes en fælles forståelse af voldsproblematikken på den enkelte arbejdsplads, at der gennemføres arbejdspladsvurderinger (APV) med fokus på vold, at medarbejderne uddannes til at håndtere vold og trusler, at voldsulykker og trusler om vold registreres, og at der udarbejdes retningslinjer for krisehjælp og for hvornår arbejdspladsen skal politianmelde en voldsepisode.

Det fremgår bl.a. af handleplanen at voldsproblematikken jævnligt skal drøftes på interne og tværfaglige personalemøder. Plejepersonalet skal på obligatoriske grundkurser i psykofysisk og psykologisk konflikthåndtering, mens øvrige medarbejdere fra behandlergruppen anbefales at deltage i kurserne. Medarbejdere der har gennemgået et obligatorisk grundkursus, skal minimum to gange om året deltage i et vedligeholdelseskursus. Desuden skal alle nyansatte medarbejdere gennem et introduktionsprogram som indeholder elementer om voldsforebyggelse, konflikthåndtering og krisehjælp.

Ifølge handleplanen skal vold eller trusler om vold mod en medarbejder eller medpatient anmeldes til politiet når volden er af særlig farlig karakter (forbrydelser mod liv og legeme), og når trusler om vold forventes udført. Der skal på hvert afdelingsområde etableres en mindre gruppe af ledelses- og medarbejderrepræsentanter som skal rådgive ledelsen med hensyn til om der bør ske politianmeldelse. Der gøres i handleplanen opmærksom på at der uanset om en voldsepisode anmeldes, skal foretages en systematisk faglig og arbejdsmiljømæssig vurdering af episoden i henhold til gældende retningslinjer.

Psykiatrien har udarbejdet en vejledning om krisehjælp efter voldsomme og chokerende hændelser. Vejledningen foreligger i form af en pjece som på en kort og overskuelig måde omhandler bl.a. psykisk førstehjælp som kan ydes af kolleger og ledel-

se, professionel krisehjælp ved psykolog, lederens rolle i krisesituationer og kollektiv debriefing.

I handleplanens afsnit om registrering af voldsulykker og trusler om vold henvises der til Psykiatriens vejledning om anmeldelse af arbejdsskader. Det fremgår af vejledningen at når der sker en ulykke, skal den ansatte straks meddele dette til den nærmest fungerende leder som herefter har ansvaret for at ulykken anmeldes. Det påpeges at arbejdsmiljøorganisationen har ret og pligt til at følge at anmeldelsen sker efter vejledningens regler.

Ifølge en opgørelse over arbejdsskader fra Psykiatrien i det tidligere Nordjyllands Amt var der i 4. kvartal 2006 i alt 85 arbejdsskader i amtet hvoraf de 66 tilfælde vedrørte vold (35) og trusler om vold (31). Ifølge en tilsvarende opgørelse på Psykiatrien i Region Nordjyllands hjemmeside var der i 4. kvartal 2007 i alt 27 arbejdsskader i psykiatrien i regionen, hvoraf de 22 tilfælde vedrørte vold (15) og trusler om vold (7).

Opgørelsen fra Psykiatrien i det tidligere Nordjyllands Amt omfatter tillige socialpsykiatriske botilbud der nu hører under enten Speciaalsektoren i Region Nordjylland eller en kommune og derfor ikke indgår i opgørelsen fra Psykiatrien i Region Nordjylland. Disse botilbud tegnede sig for i alt 32 af de 85 arbejdsskader i 4. kvartal 2006.

Af de 85 arbejdsskader i 4. kvartal 2006 vedrørte 31 afdeling N og 2 afdeling G. Af de 27 arbejdsskader i 4. kvartal 2007 vedrørte 9 afdeling N og ingen afdeling G. Det fremgår ikke af opgørelserne hvor mange af disse arbejdsskader der vedrørte vold og trusler om vold.

I hele år 2006 var der i alt 320 arbejdsskader i psykiatrien i amtet (heraf 114 i de socialpsykiatriske botilbud). Af det samlede antal arbejdsskader var der 59 på afdeling Nord og 18 på afdeling G. I hele år 2007 var der i alt 206 arbejdsskader i Psykiatrien i Region Nordjylland, heraf 49 på afdeling Nord og 15 på afdeling G. Det fremgår ikke af opgørelserne hvor mange af disse arbejdsskader der vedrørte vold og trusler om vold.

Til sammenligning havde afdeling Syd 15 arbejdsskader i 4. kvartal 2006 og 95 arbejdsskader i alt i 2006. I 4. kvartal 2007 havde afdeling Syd 10 arbejdsskader og 60 arbejdsskader i alt i 2007.

Antallet af arbejdsskader i Nordjyllands Amt i 2006 svarede til 0,28 skader pr. fuldtidsansat hvilket er mindre end året før og i årene 1999 til og med 2002. I 2003 og 2004 var der henholdsvis 0,26 og 0,21 arbejdsskader pr. fuldtidsansat. I 2007 var der i Psykiatrien i Region Nordjylland i alt 0,26 arbejdsskader pr. fuldtidsansat.



Udviklingen i antallet af arbejdsskader er behandlet på møder i Psykiatriens MED-udvalg. Det fremgår af referatet af et møde den 13. november 2007 hvor arbejdsskadestatistikken for 3. kvartal 2007 blev gennemgået, at det forholdsmæssige antal arbejdsskader (indtil da) var steget i forhold til 2006. Der er angivet to forhold som årsag til stigningen. For det første 40 ekstraordinære skader i 1. kvartal 2007 fra dagafsnit A3. Skaderne gav efterfølgende anledning til en indsats omkring arbejdsmiljøforholdene hvilket havde løst problemerne. For det andet har der været to stærkt psykotiske og udadreagerende patienter på afsnit S6 og S8. Det fremgår endvidere af referatet fra et møde i MED-udvalget 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 skal herefter stille forslag til forebyggende tiltag. Det fremgår endelig af referatet af et møde i MED-udvalget den 1. april 2008 at der i 2007 samlet set var 206 arbejdsulykker i Psykiatrien, og at det er det laveste antal indenfor de sidste 11 år.

Jeg har i rapporten om inspektionen af Aalborg Psykiatriske Sygehus bedt regionen om at underrette mig om resultatet af arbejdsgruppens arbejde vedrørende forslag til forebyggelse af arbejdsskader.

Ifølge en opgørelse af 4. juni 2007 fra Psykiatrien i Region Nordjylland er der "i løbet af det sidste år" foretaget to politianmeldelser af vold. Begge anmeldelser er foretaget den 25. maj 2007 og vedrørte henholdsvis vold mod personale og vold mod en medpatient på retspsykiatrisk afsnit E1.

*Jeg beder 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.*

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

## 5.26 Sprogbarrierer mv.

Omfanget af patienter med anden etnisk oprindelse end dansk blev ikke nærmere oplyst under inspektionen, men det blev oplyst at der en gang imellem er sprogproblemer og tolkeproblemer, og at det kan være svært at vurdere indholdet af det oversatte da nuancer glipper.

*Jeg anmoder om en uddybning af det oplyste, herunder om problemets omfang.*

Det blev endvidere oplyst at sygehuset har haft nogle problemer i forbindelse med at sygehuset har haft patienter med anden etnisk herkomst end dansk, men ikke siden asylcenteret i Frederikshavn blev nedlagt. Det blev videre oplyst at sygehuset havde fået et "tyndt" svar fra Udlændingesservice på en henvendelse dertil om problemer i forbindelse med indlæggelse af asylansøgere.

*Selv om de nævnte problemer ikke længere eksisterer, beder jeg sygehuset om at uddybe hvad det var for problemer der var tale om. Jeg beder endvidere om en kopi af brevvekslingen med Udlændingesservice.*

Under inspektionen blev det endvidere oplyst at Sundhedsstyrelsens pjece "Tvang i psykiatrien" findes på flere sprog, men at husordenerne ikke findes på andre sprog.

*Jeg beder sygehuset om at oplyse om der udover nævnte pjece findes andet generelt informationsmateriale på andre sprog end dansk, herunder Psykiatriens skriftlige informationsmateriale til patienter om anvendelse af tvang som jeg har omtalt ovenfor under pkt. 5.12.*

Som det fremgår ovenfor af pkt. 5.24 om rekruttering har en arbejdsgruppe under Region Nordjylland anbefalet at der rekrutteres 5-10 udenlandske speciallæger i psykiatri årligt i 5 år, og at der anvendes svenske speciallæger som vikarer i Psykiatrien for at afhjælpe manglen på læger. Arbejdsgruppen har endvidere anbefalet at rekruttere udenlandske basissygeplejersker for at afhjælpe manglen på almindelige sygeplejersker. Som det også fremgår ovenfor af pkt. 5.24, havde Aalborg Psykiatriske Sygehus flere udenlandske (svenske og litauiske) læger ansat i 2007, mens der (endnu) ikke er udenlandske læger på Brønderslev Psykiatriske Sygehus.

Da jeg går ud fra at ansættelsen af udenlandske læger kan give anledning til kommunikationsvanskeligheder mellem læger og patienter, har jeg i rapporten om inspektionen af Aalborg Psykiatriske Sygehus bedt om at få oplyst hvad dette sygehus gør for

at mindske disse vanskeligheder. Jeg har endvidere noteret mig at Psykiatrien – ifølge referatet af et møde i MED-udvalget den 1. april 2008 – har sat en annonce i nordtyske aviser for at søge nordtyske sygeplejersker der kan tale dansk. Endelig har jeg bedt 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.

*Da der (endnu) ikke er ansat udenlandske læger på Brønderslev Psykiatriske Sygehus, foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette spørgsmål i denne sag, men gør alene sygehuset bekendt med min henvendelse til Aalborg Psykiatriske Sygehus.*

## **6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen**

Som nævnt i indledningen anmodede jeg under inspektionen om at modtage udskrift/kopi af sygehusets tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 35-42 og §§ 44-45 i bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger (som trådte i kraft den 1. januar 2007) vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer, anvendelse af særlige dørlåse, anvendelse af personlig skærmning og aflåsning af døre i afdelingen. Min anmodning omfattede tilførsler foretaget på sygehusets afsnit fra den 1. januar 2007 til den 7. maj 2007 (hvor inspektionen blev varslet). Hvis antallet af skemaer oversteg 10 inden for hver kategori, ønskede jeg alene at modtage kopier af de 10 seneste skemaer, dog kun 10 skemaer i alt vedrørende tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse (skema 1).

Efter tvangsbekendtgørelsens § 52, stk. 1 og 2, skal overlægen på afdelingen løbende foretage elektronisk indberetning til Sundhedsstyrelsen – og til den ansvarlige sygehusmyndighed – af de i §§ 36-45 og §§ 48-50 omhandlede foranstaltninger. Det fremgår af bestemmelsens stk. 3 at Sundhedsstyrelsen leverer et elektronisk indberetningsprogram til brug for denne indberetning (Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem).

Bekendtgørelsens §§ 36-45 indeholder bestemmelser om hvilke oplysninger der skal ske tilførsel af i afdelingens tvangsprotokol. Indberetningen efter § 52, stk. 1, skal indeholde de i §§ 36-45 krævede oplysninger, jf. bekendtgørelsens § 53, stk. 1, 1. pkt. Indberetningen til Sundhedsstyrelsen skal dog ikke indeholde oplysninger om den ordinerende læges navn eller navne på det implicerede personale. Ligeledes skal indberetningen til den ansvarlige sygehusmyndighed hverken indeholde oplysninger om patientens navn og cpr-nummer eller den ordinerende læges og det implicerede personales navne.

I tilknytning til tvangsbekendtgørelsen har Sundhedsministeriet udarbejdet en vejledning af 20. december 2006 om udfyldelse af tvangsprotokoller (registrering af anvendelse af tvang i psykiatrien) samt registrering af anvendelse af udskrivningsaftaler/kordinationsplaner. Det fremgår af denne vejledning at de psykiatriske afdelinger efter retningslinjerne i vejledningen løbende skal foretage elektronisk indberetning til Sundhedsstyrelsen ved anvendelse af det elektroniske indberetningsprogram som Sundhedsstyrelsen har udarbejdet.

Det er således obligatorisk – og har været det siden den 1. januar 2005 – at indberette data vedrørende anvendelse af tvang i psykiatrien elektronisk.

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2006 at det elektroniske indtastningsprogram som Sundhedsstyrelsen leverer, indeholder elektroniske skemaer til registrering af frihedsberøvelse (tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tilbageførsel), tvangsbehandling, tvangsfiksering og anvendelse af remme, anvendelse af fysisk magt og indgivelse af beroligende medicin, aflåsning af døre i afdelingen, personlig skærmning der uafbrudt varer mere end 24 timer, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse samt aflåsning af patientstuer på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland (nu Psykiatrihospitalet i Nykøbing Sjælland, Sikringen der hører under Psykiatrien i Region Sjælland).

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

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

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

Der skal foretages indberetning til sygehusmyndigheden kvartalsvis eller eventuelt oftere hvis der foreligger lokale aftaler. Sygehusmyndigheden har hverken adgang til at læse patientens data eller navne eller initialer på personalet, jf. også ovenfor. Hvis

indberetningen sendes til sygehusmyndigheden i papirform, skal afdelingen være opmærksom på at denne udgave skal være anonymiseret.

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

Alle de skemaer som jeg har modtaget fra Brønderslev Psykiatriske Sygehus, er kopier af Sundhedsstyrelsens (gamle) skemaer i papirudgave. Under inspektionen blev det oplyst at det elektroniske indberetningssystem ikke havde virket i flere måneder, og at sygehuset derfor har anvendt de gamle papirudgaver af indberetningsskemaerne.

*Jeg beder sygehuset om at oplyse om det elektroniske indberetningssystem nu virker som det skal, og om der i så fald er sket elektronisk indberetning af oplysningerne i de papirskemaer som blev benyttet mens systemet ikke virkede.*

*Jeg beder i den forbindelse sygehuset om at 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 tænker 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 beder ligeledes sygehuset om at oplyse hvorvidt – og i givet fald hvor – der foretages notat om at indberetning til Sundhedsstyrelsen er sket.*

*Jeg beder 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.*

Det materiale som jeg har modtaget, indeholder i alt 21 skemaer vedrørende frihedsberøvelse (skema 1), 1 skema vedrørende tvangsbehandling (skema 2), 30 skemaer vedrørende fiksering og fysisk magtanvendelse (skema 3) og 2 skemaer vedrørende beskyttelsesfiksering/-foranstaltning (skema 4).

Skemaerne omfatter i alt 27 personer, og mange af tvangsforanstaltningerne omfatter en bestemt patient.

Flere af skemaerne omfatter perioden efter varslingen den 7. maj 2007. Da min anmodning omfattede skemaer indtil varslingen, jf. mit brev af 13. juni 2007, har jeg i

gennemgangen nedenfor ikke medtaget skemaer fra efter varslingstidspunktet, bortset fra et enkelt skema. Det drejer sig om et skema 4 som jeg har valgt at medtage fordi jeg som nævnt kun har modtaget i alt 2 af disse skemaer.

*Jeg har ingen mulighed for at vurdere om anvendelsen af tvangsforanstaltninger i de enkelte tilfælde har været berettiget. Ved min gennemgang af materialet har jeg derfor koncentreret mig om hvorvidt proceduren i forhold til de gældende regler om udfyldelse af tvangsprotokoller og indberetning er blevet fulgt. Det modtagne materiale giver mig anledning til nedenstående bemærkninger:*

### **6.1 Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse**

Ved frihedsberøvelse benyttes "Tvangsprotokol – skema 1" som anvendes både ved tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse således at det skal angives om frihedsberøvelsen er begyndt som tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse. Det fremgår af brugervejledningen (version 8, januar 2007) til Sundhedsstyrelsens elektroniske indberetningssystem om indberetning af anvendelse af tvang i psykiatrien (herefter kaldet brugervejledningen) at det i det elektroniske skema kun er muligt at vælge én type frihedsberøvelse til angivelse af hvordan frihedsberøvelsen er begyndt – enten tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse. I de gamle papirskemaer skulle der ske markering ved afkrydsning.

Jeg har som nævnt modtaget 21 skemaer vedrørende frihedsberøvelse (fordelt med 10 skemaer om tvangsindlæggelse og 11 skemaer om tvangstilbageholdelse). Da jeg ved inspektionen har bedt om kun at modtage 10 skemaer i alt om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse og kun skemaer indtil varslingen (jf. mit brev af 13. juni 2007) omfatter min gennemgang kun de 10 seneste skemaer forud for varslingstidspunktet. Disse skemaer vedrører iværksættelse af frihedsberøvelser i perioden fra den 7. marts 2007 til og med den 3. maj 2007. 7 skemaer vedrører tvangsindlæggelse, og 3 skemaer vedrører tvangstilbageholdelse. Der er i alle tilfælde tale om første skema for den aktuelle frihedsberøvelse hvilket dog i et tilfælde ikke er afkrydset.

Efter Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. skal begrundelsen for frihedsberøvelsen, jf. psykiatrilovens § 5, anføres (behandlings- eller farlighedsindikation). Kravet om angivelse af begrundelsen for frihedsberøvelsen følger allerede af § 36, nr. 3, i tvangsbekendtgørelsen. Ifølge brugervejledningen kan der i det elektroniske skema kun vælges én type begrundelse – enten helbred eller farlighed. I papirskemaerne skulle begrundelsen angives ved afkrydsning (markering) i skemaet.

Der er i alle skemaer angivet en begrundelse (i henhold til lovens § 5). Begrundelsen var i 6 tilfælde farlighed og i de øvrige 4 tilfælde helbredsmæssige grunde.

Tvangsindlæggelse sker på grundlag af en lægeerklæring der er udarbejdet af den læge som har undersøgt den pågældende med henblik på indlæggelse. Erklæringen må ikke være udstedt af en læge der er ansat på den psykiatriske afdeling hvor indlæggelsen skal finde sted, og lægen må ikke være inhabil (psykiatrilovens § 7). Det er dog overlægen på den psykiatriske afdeling der træffer den endelige administrative afgørelse om hvorvidt betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, jf. psykiatrilovens § 9, stk. 2, og § 14, stk. 1, i Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 1498 af 14. december 2006 om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser (tvangsindlæggelsesbekendtgørelsen). Af psykiatrilovens § 4 a og § 14, stk. 1, 2. og 3. punktum, i tvangsindlæggelsesbekendtgørelsen fremgår det videre at afgørelsen i overlægens fravær kan træffes af en anden læge på den psykiatriske afdeling, og at overlægen i sådanne tilfælde snarest skal tage stilling til beslutningen.

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

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

Datoen for overlægens stillingtagen er angivet i alle de tilfælde der er indgået i min undersøgelse.

Overlægen har i 9 tilfælde taget stilling til frihedsberøvelsen samme dag som iværksættelsen heraf og i det sidste tilfælde dagen efter iværksættelsen.

*Reglerne om udfyldelse af tvangsprotokoller indeholder ikke bestemmelser om hvor lang tid der må gå før overlægens attestation skal anføres i protokollen, men overlægen skal som det fremgår "snarest" tage stilling til frihedsberøvelsen. De kontrolhen-syn der ligger bag reglerne om attestation, tilsiger imidlertid efter min opfattelse at attestationen skal ske snarest muligt.*

Det påhviler til stadighed overlægen at påse at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magt, beskyttelsesfiksering, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse samt aflåsning af patientstue (Sikringen) ikke anvendes i videre

omfang end nødvendigt, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 1. For så vidt angår frihedsberøvelse skal resultatet af denne efterprøvelse tilføres tvangsprotokollen henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage efter at frihedsberøvelsen blev iværksat og herefter mindst hver fjerde uge så længe frihedsberøvelsen opretholdes, jf. lovens § 21, stk. 2, 1. og 2. punktum, og tvangsbekendtgørelsens § 36, nr. 4. Efterprøvelsen udregnes ifølge vejledningen fra den dag hvor den første frihedsberøvelse blev iværksat (dag 0). Datoerne for efterprøvelse ændres således ikke når en tvangsindlagt patient senere tvangstilbageholdes. Datoerne for efterprøvelser samt dato for overlægens stillingtagen i denne forbindelse anføres i rubrikkerne under overskriften "Efterprøvelse af frihedsberøvelse".

I 7 af de 10 tilfælde har frihedsberøvelsen varet i tre dage eller længere tid, og i alle 7 tilfælde er den obligatoriske efterprøvelse ifølge de angivne datoer sket på de tidspunkter som loven foreskriver. I et af disse tilfælde ophørte frihedsberøvelsen (i forbindelse med efterprøvelsen) på tredjedagen.

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

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

I 3 tilfælde hvor frihedsberøvelsen ophørte henholdsvis 3 og 10 dage efter beslutningen om iværksættelse, er der ingen attestation for den efterprøvelse der fandt sted i forbindelse hermed. I de øvrige tilfælde hvor der er sket efterprøvelse, er datoen for overlægens attestation i alle tilfælde samme dag som efterprøvelsen eller dagen efter.

Datoen for ophør af frihedsberøvelsen er angivet i alle de gennemgåede tilfælde.

Hvis en tvangsindlagt patient forlanger sig udskrevet, men tilbageholdes, skal ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning også datoen for denne tvangstilbageholdelse, datoen for overlægens stillingtagen og begrundelsen (i medfør af psykiatrilovens § 5) angives i rubrikken "Tvangstilbageholdelse af frihedsberøvet (tvangsindlagt) patient".



I 3 af de 10 tilfælde er nævnte rubrik udfyldt. Begrundelsen er angivet som helbreds-  
mæssige grunde i det ene tilfælde og farlighed i de 2 andre tilfælde. Datoen for over-  
lægens stillingtagen er samme dag som iværksættelsen af tilbageholdelsen.

## 6.2 Tvangsbehandling

Ved tvangsbehandling benyttes "Tvangsprotokol – skema 2". Jeg har som nævnt alle  
modtaget ét skema vedrørende tvangsbehandling. Denne tvangsbehandling er  
iværksat den 7. marts 2007.

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2006 om udfyldelse af tvangs-  
protokoller mv. skal de enkelte former for tvangsbehandling registreres på hver sit  
skema hvis flere behandlingsformer anvendes. Ifølge brugervejledningen kan der i det  
elektroniske skema kun vælges én type behandling – enten medicinering, ECT, ernæ-  
ring eller behandling af legemlig lidelse. I papirskemaerne er det muligt at afkrydse  
hvilken af disse behandlingsformer der er tale om i det konkrete tilfælde.

Det modtagne skema vedrører kun én form for tvangsbehandling, og der var tale om  
medicinering.

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

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

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

Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 37, nr. 4, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af  
navnet på den ordinerende overlæge. Efter Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyl-  
delse af tvangsprotokoller mv. skal datoen for beslutningen om iværksættelse af be-  
handlingen og datoen for overlægens stillingtagen tillige anføres i tvangsprotokollen. I  
tilfælde af tvangsbehandling for legemlig lidelse skal også navnet på den ordinerende  
somatiske læge og datoen for den somatiske overlæges stillingtagen anføres.

I skemaet er datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen angivet.

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

Navnet (efternavnet) på den ordinerende læge er angivet.

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

Begrundelsen for beslutningen er angivet og var udsigt til væsentlig forringelse af helbredet.

I rubrikken "Art og omfang" (tvangsbekendtgørelsens § 37, nr. 2) skal ifølge vejledningen angives indholdet af tvangsbehandlingen, herunder præparatnavn, startdosis, administrationsområde og eventuel bivirkningsmedicin, mens den nærmere beskrivelse af behandlingsforløbet, herunder dosisændringer, skal fremgå af journalen.

I skemaet er rubrikken "Art og omfang" udfyldt med angivelse af behandlingen. I skemaet er anført følgende: "startende med Cisordinol depot 300mg hv. 14. dag / Risperdal consta 50 mg ... hver 14. dag givet en uge efter Cisordinoldepot". Det er videre anført at der kan ske fastholdelse ved injektion.

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

"Af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns sammenfatning af nævnets praksis vedrørende psykiatriske ankesager 1997-2002 fremgår på side 15 f at det er nævnets praksis at mindste middel-princippet indebærer at tvangsbehandling med injektion som udgangspunkt må betragtes som et mere indgribende middel end peroral behandling. Jeg er enig i denne fortolkning af princippet om mindste middel. Det fremgår videre at det er nævnets praksis at der som udgangspunkt bør træffes beslutning om tvangsbehandling primært med tablet/mikstur og sekundært med injektion.

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

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

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

Jeg beder hospitalet om en udtalelse herom”

Sct. Hans Hospital anførte i en udtalelse af 12. juli 2004 bl.a. at princippet om anvendelse af mindste middel hyldes overalt i psykiatrien og således også ved tvangsbehandling. Det blev i udtalelsen videre oplyst at alle læger ved introduktionsundervisningen undervises i brugen af tvang og reglerne herfor, herunder at medicin skal forsøges givet oralt som det første, og at injektionsbehandling kun må anvendes hvis dette afslås. Hospitalet oplyste endvidere at det også i det medicinmodul der hører til den elektroniske patientjournal, udførligt er beskrevet hvordan medicinen skal gives, og at den per orale ordination skal forsøges først. Hospitalet oplyste tillige at der efterfølgende skal gøres notat i journalen om hvorvidt den per orale eller intramuskulære indgivelse er anvendt, og hvis den per orale medicinering måtte opgives, skal omstændighederne der førte hertil, beskrives. Hospitalet anførte endvidere at bemærkningerne i inspektionsrapporten havde givet sygehuset anledning til at overveje retningslinjer for udfyldelse af tvangsprotokollen som gør det tydeligt, også for udenforstående, hvilken ordinationsform der skal forsøges først. Dette noterede jeg mig i en opfølgingsrapport af 26. juli 2004.

*Jeg anmoder om oplysning om årsagen til at der blev truffet beslutning om anvendelse af depotmedicin (Cisordinol injektion) fra starten af og om en uddybning af hvordan det i citatet anførte nærmere skal forstås.*

*Jeg går i øvrigt ud fra at Brønderslev Psykiatriske Sygehus ved medicinering efterlever princippet om mindste middel således som det er beskrevet i det der er anført ovenfor.*

Under henvisning til ovennævnte principielle overvejelser om den sproglige præcision der kan forlanges, har jeg i sagen om inspektionen af Aalborg Psykiatriske Sygehus bedt Psykiatrien i Region Nordjylland om at overveje at give retningslinjer for udfyldelsen af tvangsprotokollen således at det sikres at udfyldelsen sker på en sådan måde at det – også for udenforstående – tydeliggøres hvilken ordinationsform der skal søges først. Jeg har bedt om underretning om resultatet af disse overvejelser.

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

I skemaet er det som nævnt i rubrikken om tilladt magtanvendelse anført at der kunne ske fastholdelse ved injektion.

Ved hver enkelt tvangsbehandling skal navnet på den tilstedeværende læge samt dato anføres i protokollen. Ved tvangsernæring skal det kun angives hver gang der nedlægges sonde, men ikke hvornår der ernæres gennem sonden.

I skemaet er navnet på den tilstedeværende læge og datoer for behandlingen angivet.

Det fremgår af brugervejledningen at der i det elektroniske skema altid skal indtastes mindst én dato for behandling før der kan ske indberetning af skema 2.

I skemaet er det noteret at tvangsbehandlingen har fundet sted flere gange (i alt tre gange). Første behandling er sket ved beslutningen herom den 7. marts 2007, 2. behandling er noteret til at have fundet sted den 30. marts 2007 og sidste behandling den 13. april 2007.

*Idet der som nævnt blev truffet beslutning om anvendelse af depotmedicin hver 14. dag, jf. nærmere citatet ovenfor vedrørende indholdet af beslutningen, beder jeg om oplysning om hvorfor den anden behandling efter beslutningen den 7. marts 2007 først ses at have fundet sted den 30. marts 2007.*

Endelig skal datoen for beslutning om ophør af tvangsanvendelsen angives.

Dette er angivet. Beslutningen om ophør blev truffet 7 dage efter datoen for sidste behandling.

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

### **6.3 Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt**

Ved tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt benyttes "Tvangsprotokol – skema 3". Jeg har som allerede nævnt modtaget i alt 30 skemaer vedrørende tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt. 10 skemaer vedrører tvangsfiksering, og 20 skemaer vedrører anvendelse af fysisk magt, herunder indgivelse af beroligende medicin. Der er ingen skemaer vedrørende døraflåsning og personlig skærmning. Da jeg i forbindelse med inspektionen har bedt om kun at modtage 10 skemaer i alt inden for hver kategori og kun skemaer indtil 7. maj 2007 (jf. mit brev af 13. juni 2007) omfatter min gennemgang af skemaerne om tvangsfiksering kun 7 skemaer og gennemgangen af skemaer om anvendelse af fysisk magt kun de seneste 10 skemaer forud for den 7. maj 2007. Gennemgangen omfatter som det fremgår, således kun i alt 17 skemaer. Disse skemaer omfatter i alt 6 patienter.

De 17 skemaer som jeg har gennemgået, vedrører tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt mv. i perioden fra den 1. marts 2007 til og med den 28. april 2007.

På hvert papirskema er der plads til registrering af tre tilfælde af tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt. På det nyeste skema er der registreret tre foranstaltninger hvoraf den seneste fandt sted den 27. maj 2007. Da denne foranstaltning ligger efter den 7. maj 2007, har jeg ikke medtalt denne i gennemgangen nedenfor. Det samme gælder den forudgående foranstaltning da der var tale om en frivillig bæltefiksering (uanset at frivillig fiksering skal noteres i tvangsprotokollen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 17, stk. 3).

De 17 skemaer omhandler (herefter) i alt 35 tilfælde af tvangsfiksering og/eller fysisk magt, herunder indgivelse af beroligende medicin. Der er tale om i alt 6 tilfælde af anvendelse af bælte, heraf 5 tilfælde hvor bælte blev anvendt i kombination med remme, 14 tilfælde af anvendelse af beroligende medicin og 5 tilfælde af fastholdelse. Der blev truffet i alt 10 beslutninger om anvendelse af remme idet der i 2 af de tilfælde hvor der blev anvendt både bælte og remme, blev anvendt remme henholdsvis 2 og 5 gange under bæltefikseringen. I det sidstnævnte tilfælde (en bæltefiksering der varede fra den 18. til den 20. april 2007) er der særskilte notater om anvendelse af remme på

henholdsvis højre og venstre hånd der fandt sted samtidig og 20 minutter efter anvendelse af fodremme.

Ifølge brugervejledningen kan der i det elektroniske skema kun vælges én type tvangsforanstaltning – enten bælte, remme, handsker, fastholdelse, beroligende medicin, personlig skærmning over 24 timer eller døraflåsning. Efter registrering af en tvangsforanstaltning kan der tilføjes nye indberetninger om fiksering og fysisk magtanvendelse inden for samme indlæggelsesperiode. I papirskemaerne er der som nævnt på hvert skema plads til tre tilfælde af tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2006 at hvis fastholdelse er et nødvendigt middel til at gennemføre tvangsbehandling eller fiksering, er det ikke at betragte som en selvstændig magtanvendelse og skal derfor ikke registreres som en selvstændig tvangsforanstaltning, men kun sammen med tvangsbehandlingen eller tvangsfikseringen. I brugervejledningen gøres der i indledningen også udtrykkeligt opmærksom på at "fastholden" som gennemføres som middel til anden tvang, ikke skal registreres.

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

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

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

Under de samme betingelser kan en indlagt person fastholdes og om fornødent med magt føres til et andet opholdssted på sygehuset, jf. psykiatrilovens § 17, stk. 1, 1. pkt. Uanset at betingelserne for anvendelse af fysisk magt ikke er til stede, kan der over for personer som er frihedsberøvede, jf. lovens kap. 3, anvendes den magt der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen. Dette følger af psykiatrilovens § 17, stk. 1, 2. pkt., og tvangsbekendtgørelsens § 19.

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

Personlig skærmning hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten, kan uden patientens samtykke ifølge psykiatrilovens § 18 c, stk. 2, kun benyttes i det omfang det er nødvendigt for at afværge at patienten begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig skade, eller for at afværge at patienten forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller andre.

Psykiatriloven indeholder som tidligere nævnt nu udtrykkelig hjemmel til at aflåse døre i en psykiatrisk afdeling, dog ikke døre til patientstuer, jf. lovens § 18 e. Døraflåsning kan foretages over for patienter der er frihedsberøvede efter lovens kap. 3, og i forhold til patienter hvor der er risiko for at de utilsigtet udsætter sig selv for væsentlig fare, dvs. over for patienter som er omfattet af bestemmelsen om beskyttelsesfiksering i lovens § 18.

Tidspunktet for iværksættelse af fiksering eller fysisk magtanvendelse skal angives med dato og klokkeslæt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 38, nr. 4, og § 39, nr. 4. Det samme gælder ved anvendelse af personlig skærmning og aflåsning af døre i afdelingen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 44, nr. 3, og § 45, nr. 3. Efter Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller gælder det også ved anvendelse af beroligende medicin.

I 34 af de 35 tilfælde som jeg har gennemgået, er iværksættelsestidspunktet angivet ved dato og klokkeslæt. Jeg går ud fra at den manglende angivelse i det ene tilfælde der vedrører indgivelse af beroligende medicin, skyldes en fejl.

*Da der er tale om et enkeltstående tilfælde, foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold.*

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

Der blev som allerede nævnt truffet i alt 10 beslutninger om anvendelse af remme idet der i forbindelse med en bæltefiksering der varede fra den 18. april 2007 til den 20. april 2007, blev truffet i alt 5 beslutninger om anvendelse af remme og ved en anden fiksering over for samme patient den 7. marts 2007 blev truffet 2 beslutninger om anvendelse af remme. Overlægen har i 7 af tilfældene taget stilling til beslutningen

samme dag som beslutningen om anvendelse blev truffet. I de øvrige 3 tilfælde er der ikke noget notat om overlægens stillingtagen. Det drejer sig om 2 beslutninger den 7. marts 2007, henholdsvis kl. 00.00 og 11.00 og en beslutning den 17. april 2007.

*Jeg anmoder om en udtalelse vedrørende det manglende notat om overlægens stillingtagen i disse tilfælde.*

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

Efter tvangsbekendtgørelsens § 38, nr. 5 og 6, skal der i tvangsprotokollen ved tvangsfiksering ske tilførsel af navnet på den ordinerende læge og navnene på det implicerede personale. Tilsvarende gælder ved anvendelse af fysisk magt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 39, nr. 5 og 6.

Efter psykiatrilovens § 17, stk. 2, kræver indgivelse af beroligende medicin at beslutning herom er truffet af en læge. Der skal altid være en læge til stede når et beroligende middel gives, jf. tvangsbekendtgørelsens § 6 og § 20, stk. 2. Navnet på den ordinerende læge/tilstedeværende læge og navnene på det implicerede personale skal anføres i tvangsprotokollen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 39, nr. 5 og 6.

Navn eller initialer på den ordinerende læge er angivet i alle 35 tilfælde af tvangsfiksering og/eller anvendelse af fysisk magt.

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

I 12 af de 14 tilfælde hvor der blev indgivet beroligende medicin, er navn eller initialer på den tilstedeværende læge angivet, og i samtlige disse tilfælde er den ordinerende læge også den tilstedeværende læge.

*Jeg går ud fra at der i de 2 tilfælde hvor navnet på den tilstedeværende læge ikke er angivet, er tale om forglemmelser, og jeg foretager mig derfor ikke noget i anledning heraf.*

I samtlige 35 tilfælde af tvangsfiksering og/eller anvendelse af fysisk magt er der angivet navne på det implicerede personale. Med nogle få undtagelser er det i alle tilfælde alene fornavnene på personalet der er angivet. I visse tilfælde er det tillige angivet at



der medvirkede "flere" end de udtrykkeligt nævnte. Ved en af bælte-fikseringerne og anvendelsen af remme i forbindelse hermed er det tillige noteret at politiet var til stede. Denne fiksering skete den 12. april 2007 og – går jeg ud fra – i forbindelse med indlæggelsen denne dag af den pågældende patient.

*Jeg går ud fra at anvendelse af fornavn alene er tilstrækkeligt til at sygehuset entydigt kan fastslå hvilke medarbejdere der har medvirket ved tvangsforanstaltningerne.*

Efter tvangsbekendtgørelsens § 17, stk. 1, må fiksering af patienter der af tryghedsgrunde selv anmoder om det, kun ske med samtykke fra en læge. Anmodningen og den eventuelle fiksering skal (som tidligere nævnt) noteres i tvangs-protokollen, jf. § 17, stk. 3.

Der er i de gennemgåede skemaer kun i 1 tilfælde foretaget notat om at en fiksering var frivillig. Jeg har som tidligere nævnt ikke medtaget denne i opgørelsen over gennemgåede tvangsforanstaltninger, men jeg har noteret mig at der er angivet navn på den ordinerende læge (og tilstedeværende personale). Under inspektionen blev det som tidligere nævnt oplyst at Brønderslev Psykiatriske Sygehus har meget få frivillige fikseringer og bruger kugledyner. Jeg går ud fra at anvendelsen af kugledyner sker som alternativ til frivillige fikseringer af tryghedsgrunde.

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

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

Efter tvangsbekendtgørelsens § 38, nr. 2 og 3, og § 39, nr. 2 og 3, skal der ved tvangsfiksering og fysisk magtanvendelse ske tilførsel i tvangsprotokollen af indgrebets art og omfang tillige med begrundelsen for indgrebet. Skemaet indeholder særlige rubrikker til dette formål.

Ifølge brugervejledningen kan der i det elektroniske skema kun vælges én type begrundelse (farlighed, forulempelse, hærværk, frivillig bæltfiksering, urolig tilstand, afværge selvmord eller skade på eget eller andres helbred, afværge at patienten forfølger eller groft forulemper andre, sikre den frihedsberøvede patients fortsatte tilstede-

værelse på afdelingen, forhindre at patienten utilsigtet udsætter sig selv for fare eller at patienten selv anmoder selv om døraflåsning). Der er tale om en indirekte henvisning i stikordsform til bestemmelserne i psykiatrilovens § 14, § 17 og § 18 c. Ved hver form for fiksering eller fysisk magtanvendelse åbnes der kun felter med de begrundelser der er tilladte for den pågældende tvangsform. I papirskemaet er der rubrikker til afkrydsning, dog kun for så vidt angår de fem første begrundelser (farlighed, forulempelse, hærværk, urolig tilstand og frivillig bæltefiksering).

I alle de 35 tilfælde som jeg har gennemgået, er såvel tvangsindgrebets art som begrundelsen for indgrebet anført.

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 1 af de 14 tilfælde af anvendelse af beroligende medicin er der hverken angivet begyndelsestidspunkt eller ophørstidspunkt, og i 11 af de øvrige 14 tilfælde er der kun angivet begyndelsestidspunkt. I begge de 2 sidste tilfælde er ophørstidspunktet angivet som 5 minutter efter begyndelsestidspunktet.

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

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

I de øvrige 21 tilfælde af fiksering/fysisk magtanvendelse mangler angivelse af ophørstidspunkt i et enkelt tilfælde. Det drejer sig om en fastholdelse den 3. april 2007.

Ved 2 tidligere fastholdelser den 2. april 2007 på samme skema er der angivet såvel begyndelsestidspunkt som ophørstidspunkt.

*Da der er tale om et enkeltstående tilfælde hvor jeg går ud fra at det manglende ophørstidspunkt skyldes en forglemmelse, foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold.*

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

De 6 tilfælde af tvangsfikseringer med bælte og – i de fleste tilfælde tillige – remme som jeg har gennemgået, er alle registreret på Sundhedsstyrelsens papirskemaer som ikke indeholder felter til angivelse af tidspunkterne for efterprøvelse og navnet på den læge der har foretaget vurderingen. I 1 af disse tilfælde varede bæltefikseringen alene 1½ time og i de andre tilfælde mellem 12 ½ time og knap 3 døgn. De 5 sidstnævnte tilfælde drejer sig om bæltefikseringer den 1. marts 2007 (til 4. marts 2007), den 7. marts 2007, den 12. april 2007, den 17. april 2007 og 18. april 2007.

*Jeg beder sygehuset om at oplyse om der i disse tilfælde 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.*

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 af de tilfælde af tvangsfikseringer som jeg har gennemgået, varede fikseringen mere end 48 timer. Det drejer sig, som det fremgår ovenfor, om en fiksering den 1. marts 2007.

*Jeg beder sygehuset om at oplyse om der er foretaget den foreskrevne eksterne efterprøvelse af tvangsfikseringen, 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 er indberettet til Sundhedsstyrelsen.*

#### **6.4 Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning**

Ved beskyttelsesfiksering/-foranstaltning benyttes "Tvangsprotokol – skema 4".

De 2 skemaer om anvendelse af beskyttelsesfiksering/-foranstaltninger som jeg som nævnt har modtaget, vedrører indgreb besluttet henholdsvis den 8. februar 2007 og den 11. maj 2007. Som tidligere nævnt har jeg valgt at medtage sidstnævnte skema selv om det vedrører et indgreb der er besluttet efter den 7. maj 2007.

Ved beskyttelsesfiksering forstås anvendelse af ethvert middel der benyttes for at hindre at en patient utilsigtet udsætter sig selv for væsentlig fare. Beskyttelsesfiksering må kun benyttes efter at en læge har tilset patienten og truffet nærmere bestemmelse om anvendelse af et bestemt beskyttelsesmiddel (psykiatrilovens § 18).

Af tvangsbekendtgørelsens § 22, stk. 2, fremgår det nærmere at den lægelige ordination af beskyttelsesfiksering skal angive i hvilket omfang og i hvilke bestemte situationer et vist middel til beskyttelsesfiksering må anvendes. Administrationen af den ordinerede beskyttelsesfiksering overlades til plejepersonalet i det enkelte tilfælde (bekendtgørelsens § 22, stk. 3).

En lægelig vurdering af berettigelsen af at opretholde brug af beskyttelsesfiksering over for den enkelte patient skal finde sted så ofte som forholdene tilsiger det, dog mindst 3, 10, 20 og 30 dage efter at beslutning om anvendelse af beskyttelsesfiksering blev truffet, og herefter mindst hver fjerde uge så længe ordinationen opretholdes. Det fremgår af tvangsbekendtgørelsens § 26.

I tvangsprotokollen skal anføres den form for beskyttelsesfiksering som anvendes, jf. tvangsbekendtgørelsens § 40, nr. 2. Skemaet indeholder afkrydsningsrubrikker til det-

te formål. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én form – enten stofbælte eller lign., aflåsning af yderdør eller andet.

I begge skemaer er formen angivet.

Det enkelte skema omhandler kun én form for tvangsanvendelse. Såfremt flere tvangsformer anvendes, skal de enkelte former registreres hver for sig, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2006 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. Hvis der er tale om en anden form for tvangsanvendelse end stofbælte eller lign. eller aflåsning af yderdør, skal den konkrete foranstaltning kort beskrives.

Begge skemaer vedrører kun én form for tvangsanvendelse og er i begge tilfælde stofbælte eller lign.

I tvangsprotokollen skal den ordinerende læge anføres, jf. tvangsbekendtgørelsens § 40, nr. 5.

Dette er anført i begge skemaer (i det ene tilfælde ved initialer).

Af tvangsbekendtgørelsens § 40, nr. 3 og 4, fremgår det endvidere at begrundelsen for beslutningen om beskyttelsesfikseringen (i henhold til psykiatrilovens § 18) og den situation hvor beskyttelsesfikseringen kan anvendes, skal angives i tvangsprotokollen. I vejledningen er det anført at der i rubrikken "Begrundelse" skal angives den konkrete begrundelse for den iværksatte tvangsforanstaltning, og at der i rubrikken "Situation" skal angives de(n) situation(er) hvor beskyttelsesfikseringen/-foranstaltningen må anvendes.

I begge skemaer er der anført en begrundelse for foranstaltningen, i det ene tilfælde dog blot at patienten udsatte sig selv og andre for fare uden at det er nærmere præciseret. I rubrikken "Situation" er det i det ene tilfælde anført at der var risiko for at patienten udsatte sig selv for fare hvis hun ikke var fikseret. I det andet tilfælde er det anført at patienten slog og sparkede voldsomt, også efter personalet, og at patienten var faldet ud af sengen flere gange. Det er således ikke direkte anført hvornår foranstaltningen må anvendes.

*Da jeg kun har modtaget 2 skemaer om beskyttelsesfiksering/-foranstaltning – med en bemærkning om at Brønderslev Psykiatriske Sygehus ikke har ret mange af disse tilfælde – foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold ud over at gøre opmærksom på at det i rubrikken "Situation" som nævnt skal anføres hvornår (og ikke hvorfor eller hvad der er baggrunden for at) foranstaltningen må anvendes. Begrundelsen for foranstaltningen skal fremgå af rubrikken "Begrundelse".*

*Som bekendt kan beskyttelsesfiksering alene anvendes for at hindre at en patient utilsigtet udsætter sig selv for væsentlig fare. Jeg går ud fra at denne betingelse har været opfyldt også i det tilfælde hvor der både er henvist til at patienten slog og sparkede voldsomt "også" efter personalet, og at patienten flere gange var faldet ud af sengen.*

Resultatet af den fornyede lægelige vurdering der efter tvangsbekendtgørelsens § 30, stk. 2, skal finde sted efter henholdsvis 3, 10, 20, 30 dage og herefter hver fjerde uge, skal anføres i tvangsprotokollen, jf. bekendtgørelsens § 40, nr. 6. Efterprøvelsen udregnes ifølge vejledningen fra iværksættelsestidspunktet (dag 0).

I det ene skema er der ikke angivelse af en fornyet lægelig vurdering hvilket skyldes at beskyttelsesfikseringen ophørte dagen efter hvor patienten blev udskrevet. I det andet tilfælde er den obligatoriske efterprøvelse tre dage efter ordinationen efter det angivne sket på det i loven foreskrevne tidspunkt. Der er ikke yderligere fornyede vurdering idet foranstaltningen ophørte fire dage senere hvor patienten blev udskrevet.

Blanketten indeholder et felt til angivelse af datoen for ophør af beskyttelsesforanstaltningen, og det er i den nugældende vejledning (i modsætning til den tidligere vejledning) anført at tidspunktet for ophøret skal angives.

Tidspunktet for ophør er anført i begge tilfælde.

## **6.5 Personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse**

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

### **Opfølgning**

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

### **Underretning**

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

Lennart Frandsen  
Inspektionschef

---