

Indholdsfortegnelse

1.	Indledning	3
2.	Afdelingens organisation	4
3.	Bygningsmæssige forhold mv.....	5
3.1.	Generelt.....	5
3.2.	Rundgang	5
3.2.1.	Lukket afsnit	5
3.2.2.	Åbent afsnit	8
3.2.3.	Ambulatorium	10
3.2.4.	Distriktpsikiatrisk afdeling	11
3.2.5.	Haveanlæg.....	11
3.2.6.	Ergoterapien	11
4.	Samtaler med enkelte patienter	12
5.	Andre forhold.....	12
5.1.	Overbelæg	12
5.2.	Adgang til frisk luft.....	13
5.3.	Ture ud af huset.....	14
5.4.	Låsesystemet	14
5.5.	(Politianmeldelse af) vold mod personalet.....	16
5.6.	Udslusning af færdigbehandlede patienter.....	16
5.7.	Patientmøder	17
5.8.	Overflytning	18
5.9.	Børn og unge.....	18
5.10.	Opbevaring af journaler	19

5.11.	Narkotika.....	20
5.12.	Udlevering af medicin.....	20
5.13.	Rygning.....	21
5.14.	Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.....	24
5.15.	Information i forbindelse med tvangsbehandling.....	24
5.16.	Forskellige spørgsmål vedrørende forholdet mellem patienter og personale – herunder kontaktpersoner.....	25
6.	Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen.....	27
6.1.	Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse.....	27
6.2.	Tvangsbehandling.....	31
6.3.	Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.....	31
6.4.	Beskyttelsesfiksering.....	36
7.	Opfølgning.....	38
8.	Underretning.....	38

1. Indledning

Den 1. januar 1997 trådte lov nr. 473 af 12. juni 1996 om Folketingets Ombudsmand i kraft. Ifølge lovens § 7, stk. 1, omfatter ombudsmandens kompetence alle dele af den offentlige forvaltning; den tidligere eksisterende begrænsning i ombudsmandens kompetence over for (amts)kommunerne er således ophævet.

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 kommer "en vis forøgelse af inspektionsvirksomheden i forhold til det kommunale område, især af psykiatriske hospitaler og andre institutioner for mentalt handicappede".

Som et led i denne inspektionsvirksomhed foretog jeg og tre af embedets øvrige medarbejdere den 22. august 2000 inspektion af Psykiatrisk Center på Bornholm Centralsygehus. Til stede under inspektionen var blandt andre centerchef Ib Moulvad og centerchefsyeplejerske Bodil Wermelin.

Inspektionen bestod af en indledende samtale med ledelse og medarbejderrepræsentanter fra det lokale samarbejdsudvalg, samtaler med patienter der havde anmodet herom, rundvisning på afdelingen og en opsamlende samtale med ledelsen.

I forbindelse med inspektionen anmodede jeg om kopi af centerets tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 26-32 i bekendtgørelse nr. 879 af 10. december 1998 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering foretaget i 1999, jf. nærmere herom nedenfor under pkt. 6. Materialet blev udleveret i forbindelse med inspektionen.

Jeg bad desuden om at få udleveret behandlingsplaner for de to senest udskrevne patienter til senere gennemsyn. Også dette materiale blev - i anonymiseret form - udleveret i forbindelse med inspektionen.

I tilslutning til inspektionen udarbejdede jeg

- et referat af det indledende møde,
- et notat om iagttagelser under rundgang på centeret og
- et referat af den afsluttende samtale med ledelsen.

Med brev af 29. august 2000 blev dette materiale forelagt Psykiatrisk Center og Bornholms Amt, som blev bedt om at fremkomme med eventuelle bemærkninger/rettelser inden en måned. Jeg modtog herefter brev af 27. september 2000 fra centret med centrets bemærkninger. Bemærkningerne blev indarbejdet i en foreløbig rapport som blev sendt til Psykiatrisk Center og Bornholms Amt. Med brev af 10. april 2001 modtog jeg bemærkninger til den foreløbige rapport for Psykiatrisk Center. I denne endelige rapport er disse bemærkninger indarbejdet.

2. Afdelingens organisation

Centret består af et åbent afsnit med 17 pladser og et lukket afsnit med seks pladser. Desuden rummer centret et dagshospital med fem efterbehandlingspladser og et læge- og sygeplejeambulatorium. I tilknytning til centret ligger distrikpsykiatriens lokaler.

Centrets funktion er i den beskrivelse af centret som jeg modtog forud for inspektionen, bl.a. beskrevet således:

”...

Psykiatrisk Center på Bornholm Centralsygehus er det eneste psykiatriske behandlingstilbud på øen.

Centret varetager diagnostisering, behandling og pleje af patienter med alle typer af psykiatriske lidelser, enten selvstændigt eller i samarbejde med specialafdelinger. Herudover varetager afdelingen en række samarbejds- og konsulentfunktioner for Bornholms Amt og for øens 5 kommuner.

...”

3. Bygningsmæssige forhold mv.

3.1. Generelt

Psykiatrisk Center er placeret i en selvstændig etplansbygning som ligger på centralsygehusets område. Opholds- og gangarealer på åbent afsnit blev renoveret og patientstuerne forsynet med nyt inventar i 1992/1993. I 1999 blev patientstuer og nogle kontorer på åbent afsnit renoveret.

Den bygning hvori lukket afsnit og distrikpsykiatrien befinder sig, er nyopført og taget i brug i maj 1996.

3.2. Rundgang

Rundgangen begyndte på det lukkede afsnit.

3.2.1. Lukket afsnit

Adgang til lukket afsnit sker gennem en aflåst dør fra gangen ved åbent afsnit. Lukket afsnit består af et stort fællesareal som er åbent ud mod en L-formet gang hvor patientstuerne ligger. Der er i alt seks sengepladser. Alle stuer er enestuer. Overalt er der pænt og rent og malet i lyse, friske farver.

Til højre for indgangen over for det største fællesareal ligger køkkenet. Det er et stort, lyst lokale med linoleum på gulvet. Lokalet er oplyst af lysarmaturer i loftet og indeholder et bord med stole omkring, køkkenborde med skabe og vask, lofts-/vægskabe, køleskab og komfur med emhætte. Gennem vinduer er der udsigt til den åbne gård. Vinduerne har gardiner. Køkkenets knivskuffe er normalt låst, men låses op når køkkenet er i anvendelse og personalet har det overvåget.

Det største indendørs fællesareal (opholdsrum) ligger foran et glasbur hvor personalekontoret befinder sig. Lokalet er omkranset af den åbne gang hvor stuerne ligger. Lokalet er oplyst af et stort ovenlysvindue og af PH-loftslamper. Lokalet har lyst trægulv og er indrettet med et spisebord med stole omkring. Bordet har dug på og der kan sidde otte personer omkring bordet. Desuden rummer lokalet store krukker med grønne planter og et sofaarrangement. Der står et tv.

Over for det store fællesskabsareal ved siden af køkkenet ligger et opholdsrum som er delvist afgrænset af glasvægge. Gennem store vinduer er der udsigt til den åbne gård. Vinduerne har gardiner. Der hænger PH-loftslamper. Lokalet har linoleum på gulvet og indeholder et sofaarrangement med lænestole, et tv, et bord med stole, billeder og et ur på væggen. I dette opholdsrum er rygning tilladt. På grund af god udluftning/ventilationen mærkes røgen stort set ikke.

Fra gangen er der adgang til en mindre terrasse/trådgård. Gården har flisegulv og er udstyret med trådnæt fra loft til gulv. Trådnettet er udsmykket med træplader som er udskåret og malet som store krukker. Der er lamper i loftet, havemøbler og et stort stenkar til affald. Selvom solen skinnede under inspektionen, fremstod trådgården meget mørk.

Aktivitetsrummet er beliggende for enden af gangen. Der er linoleumsgulv, lysarmaturer i loftet, store vinduer, herunder et hjørnevindue med gardiner, et bord med stole, en motionsribbe, en motionscykel, et fodboldspil, en trampolin, et stort skab, en sandsæk, sammenrullede liggeunderlag, en tavle, grønne planter, et hi-fi anlæg, en papirkurv og en stor vask. Alt er velholdt, og det blev oplyst at patienterne passer godt på inventaret mv.

Fra gangen er der adgang til udendørsgården. Gården er omkranset af bygningen næsten hele vejen rundt. Den er flisebelagt og der er et træ, et bord, stole og bænke, et tørrestativ, to store stenkar til affald, et lille foderbræt og en grill.

Stuerne er som nævnt beliggende langs den L-formede gang som delvist omkranser det store fællesareal. På gangen mellem stue 1 og 2 står et bordtennisbord.

Under inspektionen besigtigede vi tre stuer efter mit valg. Stue 1 var ikke beboet på tidspunktet for inspektionen. Stuen har blå linoleumsgulv og hvide vægge. Der er lysarmaturer i loftet. Der er store vinduer med gardiner. Et vindue kan delvist åbnes. Stuen er udstyret med seng, sengebord med hjul, et bord med en stol, lænestol og et sofabord, opslagstavle og et skab. Fra stuen er der adgang til badeværelset, som er et stort, lyst lokale med linoleumsgulv og klinker på væggene. Lokalet har høje vinduer med matteret glas. Badeværelset ved denne stue er forsynet med et handicaptilgængeligt toilet, en skridsikker bæk, en bruser bag et forhæng, en vask med varmt og koldt vand og et spejl.

Stue 4 var beboet på tidspunktet for inspektionen. Stuen har blå linoleumsgulv og hvide vægge. Der er lysarmaturer i loftet. Der er store vinduer med gardiner. Et vindue kan delvist åbnes. Stuen er udstyret med en fastmonteret

seng midt i lokalet, sengebord med hjul, et bord med en stol, lænestole og et sofabord, opslagstavle og et skab. Fra stuen er der adgang til badeværelset, som er et stort, lyst lokale med linoleumsgulv og klinker på væggene. Lokalet har høje vinduer med matteret glas. Badeværelset er forsynet med et toilet, en bruser bag et forhæng, en vask med varmt og koldt vand og et spejl. I sengen lå på tidspunktet for inspektionen en såkaldt kugledyne, som anvendes i terapeutisk øjemed.

Stue 6 var beboet på tidspunktet for inspektionen. Stuen har blå linoleumsgulv og hvide vægge. Der er lysarmaturer i loftet. Der er store vinduer med gardiner. Et vindue kan delvist åbnes. Stuen er udstyret med en seng som kan hæves og sænkes (det blev oplyst at sengen er så tung at den kan anvendes til fiksering uden at være fastboltet), sengebord med hjul, et bord med en stol, lænestole og et sofabord, opslagstavle og et skab. Fra stuen er der adgang til badeværelset, som er et stort, lyst lokale med linoleumsgulv og klinker på væggene. Lokalet har høje vinduer med matteret glas. Badeværelset er forsynet med et toilet, en bruser bag et forhæng, en vask med varmt og koldt vand og et spejl.

Dette giver ikke anledning til bemærkninger.

3.2.2. Åbent afsnit

Det åbne afsnit ligger i den ældste del af bygningen. Der er i alt 17 sengepladser. Der er seks tosengsstuer og fem enestuer. Overalt er der pænt og rent og malet i friske farver. Alle stuerne ligger langs en lang gang hvortil der er adgang fra indgangspartiet. Gangen er udsmykket med grønne planter. Fra denne gang er der også adgang til de fælles bade- og toiletfaciliteter. Omtrent midt på gangen ligger personalets kontor, hvorfra der via en glasrude er udkig over gangen.

Bade- og toiletfaciliteterne består bl.a. af en mindre gang hvorfra der er adgang til et herretoilet, et dametoilet og et blandet herre- og dametoilet. Desuden er der adgang til to brusebaderum og et lidt større rum med et badekar. Der er grønne klinker på væggen overalt.

Der er yderligere en gang med to bruserum og et handicapt toilet på afsnittet.

Stue 4 er en tosengsstue. Stuen har lyst trægulv og store vinduer med gardiner. Der er lysarmaturer i loftet og væglamper. Stuen er forsynet med to senge, et bord med en stol, et stort skab med fire låger i to farver, en papirkurv, et sofabord med lænestole, en vask med spejl, sæbe og papirhåndklæder. Der hænger indrammede billeder på væggen.

Stue 7 er en enestue. Stuen har lyst trægulv og store vinduer med gardiner. Der er lysarmaturer i loftet og væglamper. Stuen er forsynet med en seng som kan klappes sammen til en briks, et bord med en stol, et skab, en papirkurv, et sofabord med lænestole, en vask med spejl, sæbe og papirhåndklæder.

Stue 10 er en tosengsstue. Stuen har lyst trægulv og store vinduer med gardiner. Der er lysarmaturer i loftet og væglamper. Stuen er forsynet med to senge, et bord med en stol, et stort skab med fire låger i to farver, en papirkurv, et sofabord med lænestole, en vask med spejl, sæbe og papirhåndklæder.

Gården befinder sig ud for stue 7 og 8. Det er en åben flisebelagt gård med tre træborde med stole og bænke. I gården er der buske.

Opholdsarealet er placeret i gangens ene ende ved siden af gårdarealet. Det består af to lige store lokaler og et lidt mindre lokale adskilt af vægge med store skydedøre. Når skydedørene er åbne, fremstår lokalet næsten som ét

stort lokale. For enden af de to første lokaler er der store vinduer i den ende som vender væk fra gården, og i alle tre lokaler er der store vinduer ud mod gården. Opholdsarealet har lyst trægulv og er oplyst af lysarmaturer, PH-loftslamper og standerlamper. I den første og den anden opholdsstue fra gangen er der borde med stole, lænestole og sofaborde, hi-fi-anlæg, tv, reoler med bøger og spil, billeder og ur på væggen og grønne planter. Der står et klaver i det midterste lokale, hvor det er tilladt at ryge. Det sidste lokale er lidt mindre end de to første. Dette lokale fungerer som spisestue og er udstyret med spiseborde med stole, opslagstavler, rulleborde og billeder på væggen.

Afsnittets køkken ligger i forlængelse af den sidste opholdsstue. Køkkenet har vinduer og er belagt med stengulv. Rummet er udstyret med køkkenborde rundt langs væggene, hylder og skabe med køkkengrej, komfur med emhætte og opvaskemaskine. Lokalet er oplyst af lysarmaturer.

Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 har i forbindelse med tilsynets inspektioner af psykiatriske hospitaler gentagne gange udtalt kritik af psykiatriske afsnit som har stuer med to eller flere senge. Tilsynet har tilsvarende udtalt kritik af stuer uden eget toilet og bad. I overensstemmelse hermed finder jeg at det er en mangel at sengepladserne på åbent afsnit overvejende består af tosengsstuer, og at stuerne ikke har eget toilet og bad.

Ledelsen har oplyst at der er planlagt bygning af enestuer med eget bad og toilet. Byggestart forventes den 1. oktober 2001 med afleveringsdato pr. 1. maj 2002. Jeg foretager ikke videre vedrørende dette spørgsmål idet jeg går ud fra at afdelingen er meget opmærksom på hvorledes patienter sammensættes på tosengsstuerne indtil byggeplanerne er virkeliggjort.

3.2.3. Ambulatorium

Psykiatrisk Centers dagambulatorium er beliggende ud mod vejen. Ambulatoriet består af en gang med en række lokaler omkring. Kontoret hvor patientjournalerne opbevares, blev besigtiget. Journalerne befinder sig i et smalt, selvstændigt lokale som er aflåst medmindre kontoret er bemandet af personale.

3.2.4. Distriktskykiatrisk afdeling

Distriktskykiatrisk afdeling er beliggende i en selvstændig del af bygningen. Der er adgang til afdelingen fra vejen. Afdelingen består af en gang med en række lokaler omkring.

3.2.5. Haveanlæg

4-500 m væk fra Psykiatrisk Centers bygning på den anden side af Helsevej ligger afsnittets køkkenhave. Vejen fra bygningen dertil går langs en lav hæk forbi bagsiden af en beboelsesejendom som efter det oplyste bebos af personale fra centralsygehuset. Køkkenhaven er stor og har - foruden en (tom) hønsegård - drivhus og bede med planter, blomster, grøntsager og bær. Almindelige beboelsesbygninger ligger i så lang afstand fra haveanlægget at der ikke umiddelbart er indkig til anlægget.

3.2.6. Ergoterapien

Afsnittenes ergoterapi ligger i tilknytning til det åbne afsnit i et stort lokale ud mod Helsevej. Lokalet er aflangt og har vinduer på begge sider. Rummet er opdelt af store reoler placeret i midten af rummet og har lange arbejdsborde ud mod vejen. Der er linoleumsgulv, og belysningen udgøres af lysarmaturer i loftet og arbejdslamper ved bordene. Der er et mindre køkken i rummets ene ende med køkkenbord med en vask, skabe og et elkomfur med em-

hætte. Lokalet er forsynet med udstyr og materialer til brug i ergoterapien, herunder en kondicykel, bordtennisbord, væve, symaskiner, stof, garn m.m. Der er desuden opslagstavler og en pc.

Mit hovedindtryk er at de bygningsmæssige rammer og vedligeholdstilstanden på de enkelte afsnit er meget god.

4. Samtaler med enkelte patienter

Under inspektionen havde jeg enkeltsamtaler med seks patienter.

Samtalerne gav anledning til dels at konkrete spørgsmål blev taget op med ledelsen under inspektionen, dels til konkrete sager. Alle patienter har fået særskilt skriftligt svar.

5. Andre forhold

5.1. Overbelæg

Centret oplyste at det lukkede afsnit sjældent har overbelæg. Centret bestræber sig på ikke at have overbelæg, dels på grund af de begrænsninger som de bygningsmæssige rammer indebærer (fastmonterede senge mv.), dels på grund af afsnittets bemanning. I tilfælde af akut overbelæg på det lukkede afsnit inddrages motionslokalet. Centret udviser lidt mere fleksibilitet mht. overbelæg på det åbne afsnit. På det åbne afsnit håndteres overbelæg ved at der placeres en ekstra seng på en af stuerne.

Centret har i brevet af 10. april 2001 oplyst at belægningsprocenten i 1999 var på 88% og 95% på henholdsvis åbent afsnit og lukket afsnit. I 2000 var belægningsprocenten henholdsvis 72% og 85%.

5.2. Adgang til frisk luft

Der er adgang til frisk luft i centrets gårdarealer, og det blev oplyst at der så vidt muligt gives mulighed for frisk luft hver dag i forbindelse med en gåtur e.l. Der er endvidere mulighed for frisk luft ved ophold i centerets køkkenhave.

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

"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 ændringslov (lovforslag L 36, fremsat af Justitsministeren den 27. marts 1998) fremgår det at hensigten med denne affattelse af § 2 har været at "understrege behovet for og vigtigheden af, at forholdene på de psykiatriske afdelinger forbedres, herunder navnlig de bygningsmæssige forhold" (s. 16).

Det fremgår videre af bemærkningerne at regeringen i april 1997 indgik en aftale med Amtsrådsforeningen, Københavns og Frederiksberg kommuner om den fortsatte udbygning af tilbudene til sindslidende, og at parterne bl.a. er enige om en målsætning om at alle patienter skal have mulighed for mindst ét miljøskift om dagen, herunder mulighed for at komme ud i frisk luft dagligt (s. 17 i bemærkningerne).

Jeg forstår centrets oplysninger sådan at det indimellem - af ressourcemæssige årsager - kan være vanskeligt at gennemføre ture hver dag og i hvert fald på det tidspunkt da en patient udtrykker ønske om at komme ud.

Jeg beder - under henvisning til bl.a. det ovenfor refererede om forarbejderne til psykiatrilovsrevisionen - centret om at oplyse om der gennemføres i hvert fald én daglig tur udendørs med de patienter der måtte ønske det, og for hvem udendørsopholdet ikke er utilrådeligt af behandlingsmæssige årsager.

5.3. Ture ud af huset

Under samtalerne med patienterne blev det oplyst at de ugentlig ture ud af huset med patienterne sker i personalets egne biler. Det foregår typisk i tre til fire biler ad gangen. Centret oplyste at centret meget gerne vil have en bus til formålet, og at centret har ansøgt amtet om en bevilling hertil. Jeg har efterfølgende modtaget kopi af centrets ansøgning til amtet om en bil eller bus til kørselsbehov i ergoterapi, socialrådgivere, afdelinger og distrikt.

Centret har efterfølgende oplyst at amtet nu har bevilliget 100.000 kr. til leasing af en bus e.l. Bevillingen rækker efter centrets vurdering alene til leasing af en almindelig bil såfremt centret også skal have de fornødne midler til driften af køretøjet.

I brevet af 10. april 2001 har centret oplyst at centret har købt en minibus med plads til 8 personer.

5.4. Låsesystemet

Det lukkede og det åbne afsnit på centret ligger som nævnt adskilt. Det hænder at frivilligt indlagte patienter ligger på lukket afsnit og således befinder sig bag lukkede døre. Dette kan ske når en tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse ophæves og patienten selv beder om at blive på det lukkede afsnit, når der skønnes at

være et behov for tæt observation af en patient som ikke er tvangsanbragt, eller i øvrigt efter patienternes eget ønske, f.eks. hvis patienten ønsker ro omkring sig. Når frivilligt indlagte befinder sig på lukket afsnit, aftales udgang med personalet. De frivilligt indlagte nægtes ikke udgang, men der gøres efter omstændighederne eventuelt et forsøg på at forklare fornuften i at blive på afdelingen. Kun personalet har mulighed for at låse døren op.

Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 har i forbindelse med tilsynets inspektioner af psykiatriske hospitaler også beskæftiget sig med spørgsmålet om afdelinger hvor der er både frivilligt indlagte og tvangstilbageholdte patienter. I overensstemmelse med det som tilsynet har tilkendegivet, bør en ordning som den omtalte efter min mening praktiseres således at en patient der indlægges på en psykiatrisk afdeling, hvis der ikke er tale om at den pågældende er tvangsindlagt eller – tilbageholdt, bør tilbydes en plads på en uaflåst del af det psykiatriske center, at en patient der overgår fra at være tvangsindlagt til at være frivilligt indlagt tilbydes anbringelse på en uaflåst del af centret, og at det kun undtagelsesvis bør forekomme at en frivilligt indlagt patient af kapacitetsmæssige grunde ikke tilbydes en plads på en uaflåst del af afdelingen – sker det, bør patienten hurtigst muligt tilbydes en plads på et uaflåst afsnit.

Det er efter min opfattelse desuden en forudsætning for at den praktiserede ordning er i overensstemmelse med bestemmelserne i psykiatriloven om tvangstilbageholdelse, at det er helt klart for den enkelte patient hvilken retlig status den pågældendes indlæggelse har (frivillig eller tvangsmæssig), at afdelingen er meget opmærksom på at der sker ophævelse af en beslutning om tvangstilbageholdelse straks når betingelserne herfor ikke længere er til stede, at patienten i den forbindelse informeres om at indlæggelsen nu er frivillig, og at de frivilligt indlagte patienter umiddelbart har mulighed for at forlade afdelingen når de måtte ønske det.

Idet jeg på baggrund af ledelsens oplysninger går ud fra at anbringelsen af frivilligt indlagte patienter administreres i overensstemmelse hermed, har jeg ikke yderligere bemærkninger til spørgsmålet.

5.5. (Politianmeldelse af) vold mod personalet

Centret oplyste at der forekommer vold og trusler om vold mod personalet. Sådanne episoder drøftes i fællesskab i centret, og der sker altid anmeldelse til sikkerhedsrepræsentanten og herigennem til Arbejdsskadestyrelsen. I meget sjældne tilfælde har vold og trusler om vold desuden været anmeldt til politiet. Ledelsen bakker op om anmeldelser. Ansvar for anmeldelse (hvad enten det er til sikkerhedsrepræsentant eller politiet) overlades således ikke til den medarbejder som volden eller truslen rettede sig imod. Centret har et godt samarbejde med politiet i særligt voldsomme akutsituationer.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.6. Udslusning af færdigbehandlede patienter

Udslusning af patienten sker oftest via daghospital. Centret har et tæt samarbejde med øens væresteder og de enkelte kommuner. Der er to større udslusningstilbud i Rønne. Det drejer sig dels om støtte- og aktivitetscentret Midtpunktet, som er et amtsligt dag- og aftentilbud med ca. 40 pladser, dels om plejecentret Slottet, som er et kombineret amtsligt og kommunalt tilbud med bofællesskaber og pensionatboliger med i alt ca. 20 pladser. Midtpunktet har bl.a. psykiatrisk uddannet personale. De enkelte kommuner på Bornholm har desuden væresteder for psykiatriske patienter. Opfølgningen på udskrevne patienter kan også ske via distriktpsychiatrien.

Det er centrets opfattelse at udslusning sker hensigtsmæssigt og det er sjældent at en patient ikke kan udskrives fordi der ikke kan etableres en betryggende udslusning. Centret har ansøgt om et langtidsafsnit for en lille gruppe af patienter som kræver aflåst dør, og som har brug for længerevarende behandlingstilbud. Dette er ikke bevilliget.

Jeg beder centret redegøre nærmere for omfanget af problemet med udslusning af færdigbehandlede patienter samt for varigheden af sådanne situationer. Jeg beder om Bornholms Amts bemærkninger hertil.

5.7. Patientmøder

Ifølge § 30 i psykiatriloven som affattet ved lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998 kan sundhedsministeren fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger.

Med hjemmel i § 30, som bestemmelsen var affattet før revisionen af psykiatriloven der trådte i kraft den 1. januar 1999, har Sundhedsministeren udarbejdet bekendtgørelse nr. 708 af 20. november 1989 om patientråd og patientmøder på psykiatriske sygehuse og afdelinger. Bekendtgørelsen er fortsat gældende.

Af bekendtgørelsens § 1, stk. 2, fremgår det at amtsrådet skal beslutte hvorvidt der på det enkelte psykiatriske sygehus eller afdeling skal oprettes patientråd eller afholdes patientmøder.

Ifølge bekendtgørelsens § 1, stk. 4, skal amtsrådet udfærdige nærmere retningslinier for oprettelse af patientråd og afholdelse af patientmøder, herunder om antallet af medlemmer i de nævnte organer samt disses virksomhed.

I forbindelse med inspektionen modtog jeg en kopi af Bornholms Amts retningslinier af 6. februar 1990 vedrørende patientråd og patientmøder. Det fremgår heraf at der ikke etableres patientråd, men at der i stedet skal afholdes patientmøder en gang ugentligt.

Det blev oplyst at der afholdes patientmøder på de enkelte afsnit en gang om måneden. Der skrives referater af disse møder. Der blev tidligere (indtil 1992) afholdt patientmøder hver uge. Centret oplyste ved brev af 14. september 1992 amtet om reduceringen i antallet af patientmøder. Amtet har efter det oplyste ikke reageret herpå.

Jeg går på denne baggrund ud fra at amtets retningslinier skal læses med den ændring at patientmøder afholdes en gang månedligt.

5.8. Overflytning

Overflytning sker typisk til den psykiatriske afdeling på Amtshospitalet i Vordingborg, som centret har en særlig aftale med. Overflytning sker normalt kun når der foreligger særligt tungtvejende problemer. Et konkret eksempel havde været en situation hvor to patienter ikke kunne tåle synet af hinanden. Transporten til Vordingborg er besværlig og omkostningstung. Der kræves specialfly hvis fiksering er nødvendig. I de senere år har den psykiatriske afdeling på Amtshospitalet i Vordingborg dog ikke kunnet aftage ret mange patienter på grund af personalemangel.

Jeg går ud fra at centret er indstillet på så vidt muligt at finde andre overflytningssteder i det omfang overflytning skønnes nødvendig i videre omfang end Amtshospitalet i Vordingborg er parat til at medvirke til. Jeg går ud fra at amtskommunen er opmærksom på de betydelige (ekstra) omkostninger der påhviler centret med overflytninger, således at denne udgiftspost ikke har betydning for centrets drift i øvrigt.

5.9. Børn og unge

Centret har indimellem akut indlagte patienter som er under 18 år. Det forekommer dog meget sjældent (en til to gange årligt). I så fald varer indlæggelserne på

centret meget kort tid. I et ekstremt tilfælde varede indlæggelsen dog ca. en uge. Når unge under 18 år er indlagt, er det i praksis umuligt at holde dem adskilt fra centrets øvrige indlagte. Normalt henvises unge under 18 år til psykiatriske afdelinger på Bispebjerg, på Rigshospitalet, i Roskilde eller i Glostrup. På grund af lange ventetider er Glostrup efterhånden den primære aftager.

Centret har en tilknyttet børnepsykiatrisk konsulent som årligt kommer i centret ti gange af to dages varighed med henblik på konsultation i dagcentret.

FN-konventionen af 20. november 1989 om Barnets Rettigheder (børnekonventionen) indeholder i artikel 37, litra c, bl.a. følgende bestemmelse:

” ...

Især skal ethvert barn, der er berøvet friheden, holdes adskilt fra voksne, medmindre en sådan adskillelse ikke anses at tjene barnets tarv, ...”

Bestemmelsen indebærer en forpligtelse til at sikre at børn der frihedsberøves, som udgangspunkt holdes adskilt fra voksne (medmindre dette ikke tjener barnets tarv).

Jeg beder centret om at redegøre nærmere for afdelingens praksis vedrørende anbringelse af frihedsberøvede unge på afdelingen.

5.10. Opbevaring af journaler

Som omtalt ovenfor besigtigede jeg under rundgangen i dagambulatoriet et arkivrum til opbevaring af journalerne. Arkivrummet er efter det oplyste aflåst, medmindre kontoret er bemandet.

Jeg går ud fra at personalet er opmærksom på at sikre at patienter eller andre uvedkommende ikke får adgang til journalerne. Jeg foretager mig ikke mere vedrørende spørgsmålet.

5.11. Narkotika

Centret har nogle patienter som er afhængige af stoffer. Således er ca. 20 patienter med hyppige indlæggelser afhængige af stoffer i større eller mindre grad. Der forekommer i et vist omfang indsmugling på centret. Centret bestræber sig på at undgå at der i den forbindelse opstår afhængighedsforhold mellem patienter, men kan ikke udelukke at det sker. Der cirkulerer ikke penge på centret, så eventuel afhængighed bygger i givet fald mere på tjenesteydelser end penge. Centret har kendskab til at patienter får andre patienter til at smugle stoffer ind til sig. Gæld/afhængighed kan være årsag til frivillig indlæggelse eller til at patienter ikke vil udskrives (centret anvendes som gemmested).

Jeg lægger til grund at centret er meget opmærksom på at undgå at der opstår afhængighedsforhold mellem patienterne i forbindelse med indsmugling af, brug af og handel med stoffer. Jeg foretager ikke videre vedrørende dette spørgsmål.

5.12. Udlevering af medicin

Udlevering af medicin på det lukkede afsnit sker dagligt, og medicinen indtages under opsyn. Der er indimellem forsøg på snyd. Nedtrapning sker i overensstemmelse med en plan herfor. Metadon udleveres via øens lokale apoteker og amtlig udlevering.

En patient som jeg havde samtale med under inspektionen, klagede over dårlig koordination i forbindelse med dagambulatoriet i form af at patienter kan risikere at blive indkaldt til samtale den ene dag, men først kan afhente medicin den følgende dag. Centret oplyste at medicinudlevering normalt sker på torsdage, men at

det er centrets opfattelse at der bør kunne ske udlevering af medicin når patienten alligevel er på ambulatoriet i anden anledning en anden dag, medmindre medicinen ikke er i huset. Det er centrets opfattelse at en sådan koordinering også sker i praksis. Det blev endvidere oplyst at der kan være lægefaglige grunde til at indkalde patienter flere gange på en uge.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.13. Rygning

Amtet har en overordnet rygepolitik hvorefter de enkelte institutioner selv fastlægger deres rygepolitik. Centret har en formuleret rygepolitik som udleveres til patienterne. Det er hovedreglen at der ikke må ryges på centret, men i visse lokaler er det tilladt. Det er normalt ikke tilladt at ryge på stuerne, og hvis der dispenseres herfra, er der altid en ansat til stede.

Ifølge lov nr. 436 af 14. juni 1995 om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende, § 2, skal amtsrådet have fastsat bestemmelser om røgfri miljøer på bl.a. amtskommunale sygehuse.

I forbindelse med inspektionen fik jeg udleveret et eksemplar af folderen ”Personalepolitik i Bornholms Amt”. Af folderens pkt. 6 fremgår følgende:

”Målsætning

Bornholms Amt forventer, at der på Amtets arbejdspladser er et arbejdsmiljø, der giver plads til både ikke-rygere og rygere, og som mest muligt begrænser generne ved passiv rygning. I arbejdsmiljøet indgår hensynet til såvel medarbejdere som brugere.

Principper

Arbejdsmiljøet skal være foreneligt med de hygiejniske og etiske principper på den enkelte arbejdsplads. Det skal være muligt at opholde sig i røgfri rum under arbejdet, i pauser, på toiletter og i garderobes. Derudover skal det tilstræbes, at tilrettelæggelsen af det daglige arbejde både tilgodeser ikke-rygere og rygere.

På de enkelte arbejdspladser skal der udarbejdes retningslinier som tager hensyn til såvel de ansatte som brugerne.

...”

Jeg fik tillige udleveret et udateret dokument vedrørende ”Rygepolitik på Psykiatrisk Afdeling”. Dokumentet har karakter af en gennemgang af den aktuelle rygepolitik og oplæg til ændring heraf. Af dokumentet fremgår bl.a. følgende:

”...

Sengestuer og gangarealer:

Generelt rygeforbud.

Dagligstuer:

Der er dagligstue for såvel rygere som ikke-rygere. For at komme til den røgfri dagligstue skal man gennem den med rygning tilladt!

Køkken:

Rygning ikke tilladt.

Kontor og medicinrum:

Røgfrit.

Sygeplejeamb.:

Vi har ikke noget egentligt venteværelse. Vores ventende patienter går i dagligstuen og ryger.

Telefonboks:

? Der ryges udtalt meget i dette meget lille rum.

Ergoterapi:

Røgfrit mellem kl. 9-12. Herefter må der ryges. Denne ordning virker til alles tilfredshed.

Rengørings-/vaskerum:

Rengøringspersonale ryger her samt andet personale. Da begge rengøringsdamer ryger finder de det acceptabelt.

Konference- og frokoststue:

Konferencer og møder er røgfri.

Ved frokost må der efter aftale ryges efter kl. 12.30, da de som ønsker at ryge kan blive siddende.

Utilfredshed med denne ordning, da ikke-rygere, som ikke kan nå til frokost inden 12.30, ikke kan spise i røgfri omgivelser!

Ligeledes utilfredshed fra rygerne, da de ikke har noget patientfrit rygerum før efter kl. 12.30.

Den ovenstående aftale er således et kompromis, da vi i udtalt grad mangler et rum.

Lægeseekretærkontor:

Vores sekretærer har lavet den ordning, at der må ryges efter aftale.

Venteværelse ved lægeseekretærkontor:

Her venter ambulante patienter til lægesamtale.

Der ryges i udtalt grad. Luftudskiftningen er dårlig, specielt om vinteren. Da der kun er et rum og ventetiden begrænset, må et rygeforbud overvejes.

Lukket afsnit:

Her må der kun ryges i den dagligstue, som er beregnet for rygere. Det gælder såvel for patienter som for personale. Det indebærer til gengæld at personale ikke kan ryge i patientfri omgivelser. De må henvises til konferencerum og først efter kl. 12.30. Dette rum kan til gengæld bruges frit af aften- og nattevagter.

Konklusion:

At afd. for patienters vedkommende lever op til amtets forventninger samt Bornholms Centralsygehus' regelsæt af 23. juni 1992.

At der for personalets vedkommende mangler et rum på åbent afsnit, således at der til alles tilfredshed kan pauseres såvel røgfrit som røgfylt.

At der ved lægeseekretærkontoret effektueres rygeforbud.

..."

Emnet skulle efter det oplyste drøftes på et møde i hovedsamarbejdsudvalget på Bornholm Centralsygehus den 21. august 2000.

Centrets retningslinier for rygning på centret giver mig på det foreliggende grundlag ikke anledning til bemærkninger. Jeg beder centret om at oplyse mig om udfaldet af hovedsamarbejdsudvalgets drøftelse af spørgsmålet om rygepolitik på mødet den 21. august 2000, herunder om disse drøftelser vil give anledning til ændringer af centrets retningslinier for rygning.

En af de patienter som havde ønsket en samtale under inspektionen, oplyste at det ikke var muligt at ryge for patienter som indlægges til afrusning i forbindelse med alkoholmisbrug. Centret oplyste at det er muligt at ryge i den situation, men at der kan forekomme uoverensstemmelser mellem patientens ønske om at ryge meget og den behandling med beroligende medicin som centret iværksætter.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.14. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Centret formulerer udskrivningsaftaler i forbindelse med udskrivninger og i ganske få tilfælde (to i 2000) også koordineringsplaner. De sidstnævnte er indgået mundtligt. Behovet for udskrivningsaftaler er ikke så stort som i andre amter, hvor der findes flere psykiatriske afdelinger som kan tænkes at skulle tage del i opfølgningen.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.15. Information i forbindelse med tvangsbehandling

I forbindelse med tvangsbehandling inddrages patienten og patientrådgiveren. Patienten informeres altid i overensstemmelse med reglerne herom. Det er ikke altid at patientrådgiveren informeres umiddelbart i forbindelse med tvangsbehandling, men der er typisk tæt løbende kontakt mellem personalet og patientrådgiveren.

§ 27 i lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien 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 1989, tillæg A, spalte 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 bekendtgørelse nr. 617 af 21.9.1989 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger, § 3,stk.2, er det bestemt at tvangsmedicinering forudsætter at patienten og patientens rådgiver er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger.

Jeg beder om at modtage oplysning om hvorledes denne bestemmelse praktiseres. Jeg beder herunder oplyst om der foretages notat om den orientering som gives til patientrådgiveren.

5.16. Forskellige spørgsmål vedrørende forholdet mellem patienter og personale – herunder kontaktpersoner

En patient klagede over at patienterne oplever at skulle fortælle de samme ting til forskellige medarbejdere. Centret anerkendte dette problem og oplyste at centret forsøger at undgå det, men at det kan være et nødvendigt led i arbejdsgangen i centret.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Flere patienter havde under samtalerne med mig tilkendegivet frustration over at personalet på centret har dårlig tid til patienterne bl.a. fordi personalet afholder mange møder og konferencer. Centret oplyste at man er opmærksom på at der skal være en rimelig balance i tingene, men mente at det nuværende niveau er fornuftigt og sagligt begrundet.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Centret har en ordning hvorefter hver patient tilknyttes en kontaktperson, som er et medlem af personalet. En patient klagede over at personalet kun er villige til at hjælpe de patienter som de er tilknyttet som kontaktperson. Centret oplyste at det følger af hele ordningen med kontaktpersoner at de samme medarbejdere løbende skal tage sig af bestemte patienter, og at dette er nødvendigt for at medarbejderne kan få al nødvendig information om de patienter for hvem de er kontaktpersoner. Det er i øvrigt centrets opfattelse at personalet er fleksible og f.eks. gerne hjælper en patient hvis der ikke er umiddelbar udsigt til at vedkommendes kontaktperson vil være til rådighed.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

En patient klagede over at det ikke er muligt for patienterne at skifte kontaktperson. Ledelsen oplyste at der efter en konkret vurdering tillades skift i et vist omfang.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

En patient havde endvidere klaget over at personalet plejer privat omgang med nogle patienter og at der tales om private forhold mellem ansatte og patienter. Dette kan virke krænkende for nogle patienter som derved kommer til at føle sig udenfor. Det samme gør sig gældende når personalet taler om private forhold indbyrdes. Centret oplyste at dette problem har været drøftet på flere patientmøder. Det er centrets opfattelse at det ikke bør undgås at der tales om private forhold, bl.a. fordi det er et naturligt led i centrets miljøterapi at lade patienterne lære af andres måde at håndtere hverdagen på.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

Som nævnt i indledningen anmodede jeg under inspektionen om at modtage kopi af centrets tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 26-32 i bekendtgørelse nr. 879 af 10. december 1998 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering foretaget i 1999.

Jeg har ikke mulighed for at vurdere om anvendelsen af tvangsforanstaltninger i de enkelte tilfælde har været berettiget. Ved min gennemgang af materialet har jeg derfor navnlig koncentreret mig om hvorvidt proceduren i forhold til de gældende regler er blevet fulgt. Gennemgangen giver mig anledning til følgende bemærkninger:

6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

Jeg har modtaget i alt 31 skemaer til brug for tilførsler i tvangsprotokollen om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse i 1999. Heraf fremgår det at tvangs-

indlæggelse fandt sted i 20 tilfælde, og at der i 11 tilfælde blev truffet beslutning om tvangstilbageholdelse - med eller uden forudgående tvangsindlæggelse.

Tvangsprotokollen består af særlige skemaer udarbejdet af Sundhedsministeriet. For frihedsberøvelse benyttes Tvangsprotokol - skema 1. Af Sundhedsstyrelsens vejledning af 10. december 1998 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv., s. 2, fremgår det at der ved afkrydsning på skemaerne skal angives om det drejer sig om første skema for den aktuelle tvangsforanstaltning, eller om skemaet er en fortsættelse af et tidligere skema. Skemaerne indeholder afkrydsningsrubrikker til dette formål.

I fem tilfælde er det ikke angivet ved afkrydsning hvorvidt der er tale om det første skema eller en fortsættelse af tidligere skema.

Dette er en fejl.

Tvangsindlæggelse sker på grundlag af en lægeerklæring der er udarbejdet af den læge som har undersøgt den pågældende med henblik på indlæggelsen. Erklæringen må ikke være udstedt af en læge der er ansat på den psykiatriske afdeling hvor indlæggelsen skal finde sted, og lægen må ikke være inhabil (psykiatrilovens § 7). Det er dog overlægen på den psykiatriske afdeling der træffer den endelige administrative afgørelse om hvorvidt betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, jf. psykiatriloven § 9, stk. 2, og § 14, stk. 1, i Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 880 af 10. december 1998 om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser. Af § 14, stk. 1, 2. punktum, i den nævnte bekendtgørelse 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.

Af Sundhedsstyrelsens vejledning af 10. december 1998 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv., s. 2, fremgår det at overlægens attestation skal fremgå af protokollen. Der er en særlig rubrik hertil i skemaet.

I fem af de modtagne protokoller fremgår overlægens attestation ikke. I to tilfælde som vedrører tvangsindlæggelse af 26. januar 1999, er begge skemaer angivet som fortsættelser af tidligere skemaer, jf. om disse skemaer nedenfor.

Det er beklageligt at der ikke er angivet en dato for overlægens attestation i disse tilfælde.

I de resterende 26 tilfælde, hvor attestationen er anført på skemaet, har overlægen taget stilling til frihedsberøvelsen den samme dag i syv tilfælde og dagen efter i 19 tilfælde.

Under inspektionen blev det oplyst at reservelægerne træffer afgørelse om tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse mv. i forbindelse med overlægens fravær fra centeret. Overlægen underrettes den efterfølgende dag eller – såfremt overlægen ikke indfinder sig den følgende dag – telefonisk snarest muligt. Overlægen tager stilling til det tvangsmæssige skridt i forbindelse med underretningen, men underskriver først tvangsprotokollen, når han i øvrigt indfinder sig på centeret. Således kan der gå flere dage inden afgørelsen attesteres.

Reglerne om udfyldelse af tvangsprotokoller indeholder ikke bestemmelser om hvor lang tid der må gå før overlægens attestation skal anføres i protokollen. De kontrollensyn der ligger bag reglerne om attestation, tilsiger imidlertid efter min opfattelse at attestationen skal ske snarest muligt. Dette kan efter omstændighederne være flere dage efter frihedsberøvelsen. Også under hensyn til det oplyste om underretning af overlægen giver det oplyste mig ikke anledning til bemærkninger.

Det påhviler til stadighed overlægen at påse at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magt og beskyttelsesfiksering 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. punktum.

Af skemaerne fremgår det i 28 ud af de 31 tvangsprotokoller om frihedsberøvelse at patienten enten blev udskrevet senest på tredjedagen efter frihedsberøvelsen, eller at de obligatoriske prøvelsesfrister i § 21, stk. 2, har været overholdt. Efterprøvelsen har i alle tilfælde været foretaget eller attesteret af en overlæge.

I tre tilfælde er der ifølge tvangsprotokollens oplysninger sket overskridelse af lovens frister for revurdering. Det drejer sig om følgende tilfælde:

Tvangsindlæggelsesbeslutning af 26. januar 1999 er beskrevet på to skemaer i tvangsprotokollen som begge angiver at være fortsættelser af tidligere skemaer. Den første efterprøvelse er ifølge skemaerne sket den 10. september 1999 mere end syv måneder efter tvangsindlæggelsen.

Jeg går ud fra at det er en fejl og at der således mangler et skema i tvangsprotokollen. Jeg beder dog centret om at redegøre nærmere herfor.

Tvangsindlæggelsesbeslutning af 7. juni 1999 – revurdering efter tre dage fandt først sted den 11. juni 1999, dvs. en dag for sent.

Tvangstilbageholdelsesbeslutning af den 6. august 1999 – revurdering efter 20 dage fandt (korrekt) sted den 26. august 1999. Den efterfølgende revurdering, som

skulle finde sted efter 30 dage skete imidlertid ifølge skemaet først den 6. september 1999, dvs. en dag for sent.

Det er beklageligt at fristerne for revurdering af om betingelserne for frihedsberøvelse fortsat var opfyldt, i de to sidstnævnte tilfælde ifølge skemaerne ikke blev overholdt.

Jeg har desuden konstateret at der i skemaet vedrørende tvangsindlæggelsesbeslutning af 30. november 1999 ikke er foretaget notat om efterfølgende ophør af frihedsberøvelsen. Det fremgår dog at udskrivning skete den 3. december 1999.

Dette er beklageligt.

6.2. Tvangsbehandling

Jeg har ikke modtaget skemaer vedrørende beslutninger om tvangsbehandling. Centret har telefonisk oplyst at der ikke forefindes skemaer vedrørende tvangsbehandling i tvangsprotokollen for 1999.

Jeg går ud fra at dette skyldes at der ikke i 1999 blev gjort brug af tvangsbehandling.

6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

Jeg modtog 24 skemaer til brug for tilførsler til tvangsprotokollen omhandlende i alt 37 tilfælde af tvangsfiksering og fysisk magt, herunder indgivelse af beroligende medicin. De 18 tilfælde omhandlede udelukkende tvangsfiksering og to tilfælde omhandlede udelukkende anvendelse af fysisk magt, herunder indgivelse af

beroligende medicin. De resterende (17) tilfælde omhandlede kombinationer af tvangsfiksering, fysisk magt og indgivelse af beroligende medicin (f.eks. fastholden i forbindelse med bæltefiksering eller fastholden i kombination med indgivelse af beroligende medicin).

I forbindelse med inspektionen modtog jeg fra en patient kopi af en afgørelse fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn af 13. marts 2000. Sagen vedrører et tilfælde af tvangsfiksering og indgivelse af beroligende medicin der er omfattet af tvangsprotokollen for 1999, som jeg har modtaget. Det drejer sig om tilførsel til tvangsprotokollen af 16. november 1999. Jeg har ikke fundet anledning til at inddrage denne sag i mine undersøgelser. Mine undersøgelser under dette punkt omfatter således alene 23 tvangsskemaer.

Af psykiatriloven fremgår det i § 14, stk. 1, 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. Over for personer der er frihedsberøvet efter reglerne i lovens kapitel 3 kan der anvendes den magt der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen. Er det af afgørende betydning for bedring af en meget urolig patients tilstand, kan lægen bestemme at patienten om fornødent med magt skal have et beroligende middel, jf. lovens § 17, stk. 2.

Ifølge lovens § 15, stk. 1, skal tvangsfiksering besluttet af en læge efter at denne har tilset patienten. Beslutning om at der foruden bælte skal anvendes hånd- eller fodremme, skal dog træffes af overlægen, jf. stk. 2.

Af bekendtgørelse nr. 879 om tvangsbehandling mv. af 10. december 1998 fremgår det at beslutningen i overlægens fravær kan træffes af en anden læge, og at overlægen i sådanne tilfælde efterfølgende snarest muligt skal tage stilling til beslutningen (bekendtgørelsens § 12, stk. 5).

I seks tilfælde er det oplyst at der er anvendt hånd- og/eller fodremme. I alle disse tilfælde er anvendelsen efter skemaernes oplysninger efterfølgende sanktioneret af en overlæge den samme dag eller dagen efter.

Dette giver ikke anledning til bemærkninger.

I et af de nævnte skemaer (tvangsfiksering den 7. februar 1999) er det ikke muligt ud fra den kopi som jeg har modtaget, at afgøre om anvendelsen af hånd-/fodremme har været ordineret af en læge; en eventuel angivelse i den pågældende rubrik forekommer at være slettet med rettelak eller lignende. Overlægen har ifølge skemaet sanktioneret tvangsindgrebet den samme dag.

Jeg går ud fra at overlægen i dette tilfælde var den ordinerende læge.

Efter tvangsbekendtgørelsens § 19, stk. 2, skal lægen være til stede når det beroligende middel gives.

Efter tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 1, må fiksering af patienter der af tryghedsgrunde selv anmoder herom, kun ske med samtykke fra en læge. I syv tilfælde fremgår det at der er sket frivillig bæltefiksering af patienter. Det fremgår i alle tilfælde at en læge har ordineret fikseringen.

Efter psykiatrilovens § 17, stk. 2, kræver indgivelse af beroligende medicin at beslutning herom er truffet af en læge. Lægen skal være til stede når et beroligende middel gives, jf. tvangsbekendtgørelsens § 19, stk. 2.

I tre tilfælde (tvangsfikseringer og indgivelse af beroligende medicin den 24. maj 1999, 11. juli 1999 og indgivelse af beroligende medicin den 20. september 1999) fremgår det ikke af skemaet om der var en læge til stede. Det er ikke muligt i disse tilfælde at kontrollere om kravet herom har været opfyldt.

Dette er beklageligt. Jeg beder centret om at oplyse hvorvidt lægen var tilstede da den beroligende medicin blev givet i de nævnte tilfælde.

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

Jeg beder centret om at redegøre for centrets praksis med hensyn til tilkaldelse af læger 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.

Ifølge tvangsbekendtgørelsens §§ 29-30 skal navnene på det implicerede personale ved tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt angives i tvangsprotokollen.

I sagerne vedrørende tvangsforanstaltninger iværksat henholdsvis 7. februar, 15. april og 2. november 1999, er der ikke angivet navne på eventuelt impliceret personale bortset fra den ordinerende læge.

Jeg beder centret om at oplyse nærmere om baggrunden herfor.

I tvangsprotokollen skal anføres tidspunktet for iværksættelse og ophør af tvangsforanstaltningen, jf. tvangsbekendtgørelsen §§ 28-29. Når det drejer sig om fysisk magtanvendelse i form af fastholden og beroligende medicin, angives dog kun tidspunktet for iværksættelse, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. af 10. december 1998. Dette indebærer at der skal anføres såvel dato som klokkeslæt, og kravet må af hensyn til de bagvedliggende kontrolhensyn også gælde for frivillige fikseringer.

I fem tilfælde er der ikke angivet noget ophørstidspunkt for tvangsforanstaltningen. Det drejer sig om tvangsfiksering med bælte og remme af 23. februar 1999, tvangsfiksering mv. af 21. juli 1999 samt frivillige bæltfikseringer af 1. og 5. august 1999 og 13. september 1999. I førstnævnte tilfælde fremgår det at patienten blev udskrevet samme dag og det er anført at foranstaltningen er ”ophævet på AHV”. Jeg går ud fra at der er tale om en overførsel til en anden institution.

I et tilfælde som vedrører indgivelse af beroligende medicin er der ikke anført noget klokkeslæt (protokollen af 20. september 1999).

Det er beklageligt at det i disse tilfælde ikke fremgår tydeligt hvornår foranstaltningerne ophørte. Særligt for så vidt angår tvangsfikseringen af 23. februar 1999, bemærker jeg at det efter min opfattelse havde været mest korrekt at anføre tidspunktet for ophør af tvangsfikseringen som det tidspunkt hvor fikseringen faktisk ophørte i forbindelse med overførslen. Efter overførslen skal der træffes en ny afgørelse om eventuel (fortsat) fiksering.

5.4. Beskyttelsesfiksering

Jeg har modtaget syv skemaer vedrørende beskyttelsesfiksering.

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 § 21, 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 § 21, stk. 3).

En lægelig vurdering af berettigelsen af opretholdelse af brugen af beskyttelsesfiksering over for den enkelte patient skal, jf. tvangsbekendtgørelsens § 24, stk. 2, 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.

I tvangsprotokollen skal anføres den form for beskyttelsesfiksering som anvendes, jf. tvangsbekendtgørelsens § 31. Dette er sket i alle tilfælde. De syv skemaer som jeg har modtaget, vedrører således stofbælte, fodremme og ”traditionelt bælte”.

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 10. december 1998 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv., s. 3.

Af skema vedrørende beskyttelsesfiksering af 29. januar 1999 fremgår såvel ordination af ”stofbælte eller lign.” og ”fodrem fra kl. 12.00”

Dette er en fejl.

I tvangsprotokollen skal den ordinerende læge anføres, jf. tvangsprotokollens § 31.

Af skemaet for beskyttelsesfiksering den 29. januar 1999 fremgår navnet på den ordinerende læge ikke. Datoen for overlægens stillingtagen er imidlertid angivet som den samme dag, og jeg går derfor ud fra at overlægen ordinerede indgrebet.

I skemaet for beskyttelsesfiksering den 5. februar 1999 er hverken anført den ordinerende læges navn eller datoen for overlægens sanktionering af indgrebet.

Det er beklageligt at navnet på den ordinerende læge ikke fremgår. Jeg beder centret om at oplyse om baggrunden herfor.

Af tvangsbekendtgørelsens § 31 fremgår det endvidere at begrundelsen for beslutningen om beskyttelsesfikseringen samt den situation hvor beskyttelsesfikseringen kan anvendes, skal angives i tvangsprotokollen.

I et tilfælde er der hverken angivet begrundelse eller situation (beslutning om beskyttelsesfiksering af 6. oktober 1999).

Dette er beklageligt. Jeg beder centret om at redegøre nærmere herfor.

Resultatet af den fornyede lægelige vurdering der skal finde sted efter tvangsbekendtgørelsens § 24, stk. 2, efter henholdsvis 3, 10, 20, 30 dage og herefter hver fjerde uge, skal anføres i tvangsprotokollen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 31.

I protokollen vedrørende beslutning om beskyttelsesfiksering af 9. maj 1999 fremgår ingen dato for beslutningens ophævelse. Det er angivet at en fornyet vurdering hvorved beslutningen blev opretholdt, fandt sted den 12. maj 1999.

I protokollen vedrørende beslutning om beskyttelsesfiksering af 9. juni 1999 fremgår ingen dato for beslutningens ophævelse. Der er ikke angivet fornyede vurderinger efter bekendtgørelsens § 24, stk. 2.

Jeg beder centret om at redegøre nærmere herfor.

7. Opfølgning

Som det fremgår af de enkelte afsnit ovenfor, har jeg i flere tilfælde bedt afdelingsledelsen om nærmere underretning mv. vedrørende forskellige forhold. Jeg beder om at disse underretninger mv. sendes gennem Bornholms Amt for at amtet kan få lejlighed til at kommentere det som centret anfører.

8. Underretning

Denne rapport sendes til Psykiatrisk Center på Bornholm Centralsygehus, Bornholms Amt, afdelingens patienter, Folketingets Retsudvalg og Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71.

Inspektionschef
Lennart Frandsen