



Inspektion af
Psykiatrisk Afdeling Svendborg
den 15. november 2011

ENDELIG

Dok.nr. 12/00377-10/MV

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	3
2. Organisation.....	4
2.1. Afdelingens organisation mv.	4
3. Bygningmæssige forhold mv.....	5
3.1. Generelt	5
3.2. Afsnit P1	5
3.3. Afsnit P2	7
3.4. Afsnit P3	8
4. Samtaler med enkelte patienter	9
4.1. Forplejning	9
5. Andre forhold.....	10
5.1. Belægning mv.....	10
5.2. Behandlingsplaner	12
5.3. Beskæftigelse og undervisning.....	13
5.4. Anvendelse af tvang, herunder fiksering	14
5.5. Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvang.....	17
5.6. Aflåsning, forholdene for frivilligt indlagte og skærmning	18
5.7. Besøg, visitation og adgang til telefonering mv.	23
6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen	31
6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse.....	33
6.2. Tvangsbehandling	36
6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.....	39
Opfølgning	44
Underretning	45

1. Indledning

Ifølge ombudsmandslovens § 7, stk. 1, omfatter Folketingets Ombudsmands kompetence alle dele af den offentlige forvaltning. Efter § 18 i loven kan ombudsmanden undersøge enhver institution eller virksomhed og 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 Folketingets Ombudsmand den 15. november 2011 inspektion af Psykiatrisk Afdeling Svendborg. Dagen før foretog ombudsmanden inspektion af Lokalpsykiatrien i Svendborg, og den 16. november 2011 foretog ombudsmanden inspektion af det socialpsykiatriske botilbud Solskrænten i Korinth, som hører under Faaborg-Midtfyn Kommune. Der er udarbejdet særskilte rapporter om lokalpsykiatrien og botilbuddet.

Inspektionen af Psykiatrisk Afdeling Svendborg omfattede en indledende samtale med ledelsen, repræsentanter for medarbejderne og Psykiatrien i Region Syddanmark, rundgang på afsnittene, samtaler med seks patienter og en afsluttende samtale med ledelsen og repræsentanten for Psykiatrien i Region Syddanmark.

Under inspektionen bad ombudsmanden om at modtage udskrift/kopi af de tilførsler i tvangsprotokollen, der var foretaget på centeret fra 1. januar 2011 til 7. oktober 2011 (jf. bekendtgørelse nr. 1342 af 2. december 2010 om tvangsprotokoller og optegnelser samt registrering og indberetning af tvang samt udskrivningsaftaler og koordinationsplaner på psykiatriske afdelinger). Det ønskede materiale blev udleveret under inspektionen.

I forbindelse med inspektionen modtog ombudsmanden forskelligt skriftligt materiale, bl.a. plantegninger, informationspjece med praktiske oplysninger til patienterne, herunder husorden, materiale om belægning, sygefravær, afdelingens rygepolitik og generelt materiale om anvendelse af tvang.

Det er ikke alle de emner, der blev drøftet under inspektionen, der er medtaget i denne rapport.

Denne rapport har i en foreløbig udgave været sendt til Psykiatrisk Afdeling Svendborg og Psykiatrien i Region Syddanmark, for at myndighederne kunne få lejlighed til at fremkomme med eventuelle bemærkninger om faktiske forhold, som rapporten måtte give anledning til. Jeg har ikke modtaget sådanne bemærkninger.

2. Organisation

2.1. Afdelingens organisation mv.

Psykiatrisk Afdeling Svendborg hører under Psykiatrien i Region Syddanmark. Der er i alt syv voksenpsykiatriske afdelinger og tre børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger i regionen.

Psykiatrisk Afdeling Svendborg er en almen voksenpsykiatrisk afdeling bestående af tre døgnafsnit (P1, P2 og P3) med i alt 54 sengepladser, og en lokalpsykiatri, hvor ambulant opfølgning og behandling foregår. Der er et tæt samarbejde mellem døgnafsnittene og lokalpsykiatrien, og rent geografisk er der ganske kort afstand mellem de to behandlingssteder.

Der er ingen psykiatrisk skadestue i forbindelse med Psykiatrisk Afdeling Svendborg. De borgere, der får akut behov for psykiatrisk behandling, har ud over egen læge og lægevagten mulighed for at henvende sig til Psykiatrisk Skadestue Odense, der har døgnåbent.

Afdelingsledelsen i Psykiatrisk Afdeling Svendborg består af en ledende overlæge og en oversygeplejerske. De enkelte døgnafsnit ledes af en overlæge og en afdelingssygeplejerske.

De tre døgnafsnit har hver deres psykiatriske specialer. Afsnit P1 har således overvejende patienter med diagnoserne angst, belastning og personlighedsforstyrrelse, afsnit P2 har overvejende patienter med psykoser og demens, og afsnit P3 har overvejende patienter med affektive lidelser. Alle tre afsnit har patienter med primært misbrug.

Medarbejderstaben omfatter læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, plejere, psykologer, fysioterapeuter, ergoterapeuter, socialrådgivere og administrative medarbejdere.

Optageområdet for Psykiatrisk Afdeling Svendborg er Svendborg, Langeland, Ærø, Faaborg-Midtfyn og Nyborg kommuner.

3. Bygningsmæssige forhold mv.

3.1. Generelt

Psykiatrisk Afdeling Svendborg er beliggende på adressen Valdemarsgade 53, Svendborg, ved siden af Svendborg Sygehus.

Afdelingen har til huse i et murstensbyggeri i to etager opført i 1995/96. Afdelingen er inden for de senere år blevet bygget om, så de tre døgnafsnit fra den 1. maj 2011 blev integrerede afsnit med enestuer. Tidligere var der traditionelle åbne afsnit og ét lukket afsnit.

Byggeriet har form som en hestesko, hvor bygningerne omkranser en gårdhave. I stueetagen i midten af "hesteskoen" er der fortrinsvis kontorer og et stort fællesareal, der er åbent hele vejen op gennem bygningen og dækket med et glastag, så rummet fremstår lyst. Det er dette store fællesareal, som man kommer ind til ved at benytte afdelingens hovedindgang. Fællesarealet er kreativt udsmykket og indrettet med små cafeborde og stole, en stor automat med drikkevarer, bordfodbold og mulighed for at slå to bordtennisborde op.

I forbindelse med fællesarealet ligger afdelingens cafe, hvorfra der er udgang til den store gårdhave, der er inddelt i mindre haver til hvert afsnit. Afsnittene P1 og P2 ligger i hvert sit "ben af hesteskoen" i stueetagen. Herudover rummer stueetagen også et aktivitetsrum for patienterne og et politirum, der på inspektionstidspunktet var helt nyt og endnu ikke færdigindrettet. Det er her politiet ankommer med patienter, der skal tvangsindlægges.

På 1. sal ligger P3 oven over P2, og i den resterende del af etagen er der motionsrum for patienterne, fysioterapi, kontorer, personalerum samt møde- og grupperum.

Under inspektionen besøgte ombudsmanden alle tre døgnafsnit og flere af fællesrummene.

3.2. Afsnit P1

Afsnit P1 er et integreret åbent/lukket afsnit med 14 sengepladser.

Afsnittet er indrettet, så patientstuerne er placeret i form som en hestesko, mens der i midten er placeret bl.a. vagtrum, kontor, personalerum, fælles bade- og toiletrum samt en lukket, kvadratisk atriumgård, hvor patienterne kan gå ud for at ryge. I den ene ende af afsnittet er der en stor opholds- og spisestue med udgang til afsnittets have. Der er desuden tre små opholdsrum i åben forbindelse med gangarealet ved patientstuerne. Afsnittet har derudover bl.a. tre samtalerum, hvoraf det ene også fungerer som undersøgelsesrum, og et medicinrum.

Der er på afsnittet mulighed for at lukke "det ene ben af hesteko" og dermed etablere en skærmet enhed bestående af enten fem stuer eller yderligere fire stuer, dvs. ni stuer i alt.

Patientstuerne er indrettet som enestuer, men i tilfælde af overbelægning bliver de største stuer (tidligere tosengsstuer) brugt til dobbeltbelægning. Stuerne er standardmæssigt møbleret med en traditionel hospitalsseng med hæve/sænkefunktion, sengebord og sengelampe, et aflåseligt skab samt et lille bord og en stol.

Alle de ni stuer, der kan indgå i en skærmet enhed, har eget bad og toilet. Seks af stuerne har toilet- og baderum i forbindelse med stuen, hvoraf ét er et handikaptoilet, mens de øvrige tre stuer har eget toilet- og baderum på gangen.

Kun én af de fem stuer på den åbne del af afsnittet har eget toilet- og baderum inde på stuen, mens de øvrige fire stuer deler to toilet- og baderum på gangen.

Folketingets § 71-tilsyn har i forbindelse med sine inspektioner af psykiatriske afdelinger udtalt kritik af psykiatriske afsnit, der har stuer uden eget bad og toilet.

Da langt hovedparten af stuerne har eget bad og toilet, og da de få patienter, der er nødt til at dele bad og toilet, kun skal dele med én anden patient, foretager jeg mig imidlertid ikke mere vedrørende dette forhold.

Ombudsmanden besigtigede tre patientstuer på P1 (stue 8, 12 og 14). På inspektionstidspunktet var der dobbeltbelægning på stue 12 og stue 14. På stue 12 stod der et bord mellem de to senge, som stod forholdsvis tæt. Der var kun ét skab, så den ene patients tøj og øvrige private ejendele lå i en bunke på gulvet. På stue 14 var der et dobbelt skab, så begge patienter kunne opbevare deres ting i et skab, og der var placeret en skærm mellem de to senge.

Under inspektionen havde ombudsmanden samtaler med to patienter fra P1, som begge havde prøvet at være indlagt på stuer med dobbeltbelægning (jf. pkt. 4 nedenfor). Begge patienter klagede over manglende skabsplads til deres private ejendele. Den ene af patienterne oplyste desuden, at der ikke automatisk blev sat en skærm op mellem sengene i tilfælde af dobbeltbelægning. Patienten ville gerne have haft en skærm, da hun delte stue med en anden patient, men hun havde ikke selv bedt personalet om det.

En anden patient fra P3, som ombudsmanden talte med, og som indtil inspektionstidspunktet havde været indlagt på en stue med dobbeltbelægning, oplyste, at hun havde delt ét skab med den anden patient på stuen, men da der kun var én nøgle til skabet, havde ingen af dem haft mulighed for at låse deres private ejendele inde.

Ledelsen oplyste under inspektionen, at der ville blive indkøbt nogle ekstra skabe (mobile), så alle patienter – i tilfælde af overbelægning – kan få tildelt et skab og dermed få mulighed for at opbevare og låse deres private ejendele inde.

Ledelsen oplyste også, at patienter, der deler stue, altid kan få en skærm sat op, hvis de ønsker det.

Jeg går ud fra, at alle patienter, der er indlagt på en stue med dobbeltbelægning, altid får stillet et aflåseligt skab til rådighed til deres private ejendele, og at personalet altid udtrykkeligt spørger de pågældende, om de ønsker en skærm sat op mellem sengene.

3.3. Afsnit P2

Afsnit P2 er også et integreret åbent/lukket afsnit. Opbygningen af afsnittet er næsten identisk med opbygningen af afsnit P1 som beskrevet ovenfor, men P2 er lidt større end P1, idet der er 20 sengepladser og lidt større fælles opholdsarealer.

Afsnittet har mulighed for at etablere en skærmet enhed ved at lukke enten tre stuer af eller yderligere fire stuer. Det blev oplyst, at der aldrig etableres to skærmede enheder bestående af henholdsvis tre og fire stuer. Der er enten tre stuer eller syv stuer i den skærmede enhed.

Der er lås på vinduerne i afsnittet som et levn fra den tid, hvor afsnittet fungerede som et traditionelt lukket afsnit. Det blev oplyst, at vinduerne ikke er låst.

Jeg går ud fra, at afdelingen i forbindelse med en eventuel ombygning eller renovering af afsnittet vil overveje at fjerne låsene på vinduerne i den del af afsnittet, der altid kun anvendes til frivilligt indlagte og ikke tvangstilbageholdte patienter.

Afsnittet har to store opholdsstuer. Den ene har et stort glasparti ud mod afdelingens store, indendørs fællesareal, hvor mange mennesker (patienter, personale, besøgende) opholder sig eller passerer igennem i løbet af dagen.

Jeg noterede mig, at der er gardiner til at trække for det store glasparti, så det ikke er muligt at kigge ind i opholdsstuen fra fællesarealet.

Den anden opholdsstue ligger i åben forbindelse med gangarealet. Den har store vinduespartier ud mod en stor fælles parkeringsplads for afdelingen og Svendborg Sygehus, og lige uden for opholdsstuen er der anlagt en terrasse. På inspektionstidspunktet var der kun ganske lav beplantning og ingen afskærmning mellem terrassen og parkeringspladsen. Det blev oplyst, at der var bestilt pilehegn til afskærmning.

Jeg går ud fra, at der nu er sat afskærmning op, så det ikke er muligt ude fra den store parkeringsplads at se de patienter, der opholder sig på terrassen eller befinder sig i opholdsstuen.

3.4. Afsnit P3

Afsnit P3 er ligesom de to øvrige afsnit et integreret åbent/lukket afsnit. Afsnittet har 20 sengepladser. Det ligger på 1. sal oven over P2 og er bygningsmæssigt identisk med P2.

Under inspektionen havde ombudsmanden samtale med bl.a. en patient, der havde været indlagt på P3 i ca. en måned (jf. pkt. 4 nedenfor). Patienten havde siden indlæggelsen delt stue med en anden patient. Da stuerne normalt er beregnet til én patient, er der også kun én klokke (kald til personalet) placeret på væggen ved den ene seng. For at give den anden patient (en ældre kvinde) på stuen mulighed for at bruge klokken, havde personalet sat et langt bændel i klokken. Bændlet hang hen over sengen, som tilhørte den patient, som ombudsmanden talte med, og det følte patienten sig meget generet af.

Ledelsen oplyste, at afdelingen har ekstra "håndklokker", der kan udleveres til patienter på stuer med dobbeltbelægning, og ledelsen tilkendegav, at disse klokker bør anvendes i stedet for løsningen med et langt bændel.

Jeg har noteret mig det oplyste.

4. Samtaler med enkelte patienter

Under inspektionen havde ombudsmanden samtaler med seks patienter. Alle patienter på nær én modtog kort tid efter inspektionen et skriftligt svar som opfølgning på samtalen. Samtalerne vedrørte både generelle forhold på afdelingen og personlige forhold for den enkelte patient. Af generelle forhold nævnte fire af patienterne overbelægning og gener i den forbindelse. Overbelægning er behandlet under pkt. 5.1 nedenfor, mens forhold som manglende skabsplads og opsætning af skærme mellem sengepladser er omtalt i den bygningsmæssige gennemgang ovenfor (pkt. 3.2). En af de fire patienter nævnte også forplejningen. Dette forhold er omtalt lige nedenfor.

4.1. Forplejning

Kosten på Psykiatrisk Afdeling Svendborg kommer fra centralkøkkenet på Odense Universitetshospital. Det er den samme kost, som tilbydes de somatiske patienter. Til aftensmad serveres der varme retter. Maden transporteres i varmeskabe fra Odense og bliver genopvarmet i afdelingen inden servering.

Den patient, som ombudsmanden talte med om forplejningen, udtrykte tilfredshed med morgenmad og frokost, men klagede over den varme aftensmad. Ifølge patienten var aftensmaden "simpelthen så ringe", og patienten oplyste endvidere, at andre patienter også var utilfredse med aftensmaden.

Under den indledende og afsluttende samtale med ledelsen blev det oplyst, at der jævnligt er ønsker om mere spændende mad, og at den varme aftensmad ikke smager, som om den lige er blevet tilberedt.

På baggrund af den konkrete patientklage og afdelingsledelsens oplysninger om maden tilkendegav repræsentanten fra Psykiatrien i Region Syddanmark at ville undersøge, om der kunne gøres noget ved kvaliteten af den varme aftensmad.

Jeg går ud fra, at kvaliteten af den varme aftensmad er blevet forbedret.

5. Andre forhold

5.1. Belægning mv.

Psykiatrisk Afdeling Svendborg har 54 normerede sengepladser.

Det blev under inspektionen oplyst, at indlæggelsestiden på afdelingen kan variere meget – fra nogle få døgn til flere måneder – men at den gennemsnitlige liggetid er ca. 15 dage.

Af belægningsopgørelser, som ombudsmanden fik tilsendt forud for inspektionen, fremgår det, at der i perioden fra den 1. januar 2011 til den 31. oktober 2011 (dvs. en periode på 10 mdr.) var 1131 indlagte patienter og 1123 patienter, der blev udskrevet. Den gennemsnitlige indlæggelsestid i samme periode var 14,2 dage.

Det fremgår endvidere, at der i perioden fra den 1. november 2011 til den 7. november 2011 (dvs. en periode på en uge kort tid før inspektionen) var 22 indlagte patienter og 24 patienter, der blev udskrevet. Den gennemsnitlige indlæggelsestid i denne periode var 16,8 dage.

Ledelsen oplyste også under inspektionen, at der ofte er overbelægning på afdelingen, og at det derfor kan være nødvendigt at lægge to patienter på en af de store enestuer, dvs. de stuer, der oprindeligt var tosenkstuer. Personalet gør sig i den forbindelse meget umage med at vurdere, hvilke patienter der kan dele stuer. De patienter, der har brug for at være i en skærmet enhed, bliver altid tildelt enestuer. I tilfælde af overbelægning ligger patienterne aldrig på gangene eller i andre rum end patientstuerne.

Afdelingen har nogle interne overbelægningsregler i forhold til antallet af normerede sengepladser. På P1, der har 14 normerede sengepladser, bør der højst være indlagt 16 patienter, og på P2 og P3, der hver har 20 normerede sengepladser, bør der højst være indlagt 23 patienter. Hvis disse grænser overskrides, prøver afdelingen at få patienter flyttet til Psykiatrisk Afdeling Odense.

På inspektionstidspunktet var der indlagt 16 patienter på P1, 17 på P2 og 18 på P3, og der var således overbelægning på P1.

Som nævnt ovenfor havde ombudsmanden samtaler med en række patienter under inspektionen, og fire af disse patienter (to patienter fra P1 og to fra P3) klagede over overbelægning og gener i den forbindelse.

Tre af de fire patienter klagede over at have været nødt til at dele stue med andre patienter i en periode.

Den ene af patienterne fra P1 klagede over, at hun i løbet af sin indlæggelse på ca. fire måneder adskillige gange var blevet flyttet til en anden patientstue på grund af overbelægning i afsnittet, og at hun ca. halvdelen af indlæggelsestiden havde været nødt til at dele stue med en anden patient. Den anden patient fra P1 havde på inspektionstidspunktet været indlagt i 12 dage. Patienten klagede over, at hun havde været nødt til at dele stue med en anden patient næsten hele tiden, og at hun i løbet af de 12 dage havde skiftet stue fem gange. Patienten oplyste, at hun følte sig som en "ludobrik", der konstant blev flyttet rundt.

Den ene af patienterne fra P3 havde delt stue med en anden patient i ca. en måned efter indlæggelsen. Patienten gav udtryk for, at det havde været meget anstrengende og frustrerende, fordi der slet ikke havde været mulighed for, at hun kunne være sig selv på noget tidspunkt. Patienten oplyste desuden, at hun på tidspunktet for inspektionen netop havde fået en stue for sig selv, men at der stadig stod en ekstra seng på stuen. Den anden patient fra P3 havde på inspektionstidspunktet været indlagt i ni dage og havde siden indlæggelsen haft enestue. Patienten oplyste imidlertid, at der under hele indlæggelsen havde stået en ekstra seng på stuen. Begge patienter gav udtryk for, at den ekstra seng på deres stuer gjorde dem nervøse og bekymrede for, om de meget snart (igen) skulle dele stue med en anden patient.

Under den afsluttende samtale med ledelsen blev det oplyst, at en tom seng på en stue, der har været brugt til dobbeltbelægning, normalt ikke skal blive stående på stuen, men køres ned i kælderen. Ledelsen tilkendegav samtidig, at der ville blive strammet op på denne procedure.

Jeg har noteret mig, at der i forbindelse med overbelægning på et afsnit aldrig ligger patienter på gangene, og at personalet gør sig meget umage med at vurdere, hvilke patienter der kan dele stue. Jeg går ud fra, at der ved sådanne vurderinger indgår overvejelser om bl.a. patienternes diagnoser, symptomer, adfærd, alder og køn.

Jeg har desuden noteret mig oplysningerne om, at tomme senge på stuer, der for en tid er blevet benyttet som tosengstuer, vil blive kørt ned i kælderen, når patientstuerne igen fungerer som enestuer.

To af de patienter, som jeg talte med om overbelægning, klagede også over, at de på grund af dobbeltbelægningen på deres stuer ikke havde mulighed for at være alene med deres pårørende, når de kom på besøg. Besøg af pårørende foregår normalt på patientstuerne eller i de fælles opholdsrum. Særlig den ene af patienterne fandt det svært og frustrerende at være indlagt på en stue med dobbeltbelægning, når hun fik besøg af sine to små børn, fordi hun hele tiden var nødt til at passe på, at børnene ikke rørte ved den anden patients ting.

På ombudsmandens forespørgsel under inspektionen tilkendegav ledelsen, at det ville være muligt at stille et samtalerum til rådighed, når en patient på en stue med dobbeltbelægning får besøg af sine pårørende, så patient og pårørende kan være sammen i enrum.

Jeg har noteret mig det oplyste og går ud fra, at de patienter, der ønsker det, så vidt det er muligt kan få stillet et samtalerum til rådighed, når de har besøg af pårørende.

5.2. Behandlingsplaner

Efter § 3, stk. 3, i psykiatriloven (lovbekendtgørelse nr. 1729 af 2. december 2010 om anvendelse af tvang i psykiatrien) 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.

Ved ændring af psykiatriloven i 2006 (jf. lovbekendtgørelse nr. 1111 af 1. november 2006 om anvendelse af tvang i psykiatrien, som trådte i kraft den 1. januar 2007) blev det specifikt fastsat, at behandlingsplanen skal udleveres til patienten, medmindre patienten 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.

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9427 af 20. januar 2011 om bl.a. behandlingsplaner skal behandlingsplanen udarbejdes senest en uge efter indlæggelsen. Det fremgår også, at der ingen formelle krav er til udformningen af behandlingsplanen, men at den er en del af journalen, hvad enten den er indskrevet i journalen eller foreligger som et selvstændigt dokument. Derimod er der nærmere angivne krav til indholdet af behandlingsplanen.

Behandlingsplaner skal ifølge vejledningen ajourføres ved ændringer i patientens tilstand eller den overordnede behandlingsstrategi.

Ifølge afdelingens informationspjece til patienterne ("Patientinformation, Psykiatrisk Afdeling Svendborg" dateret marts 2013) bliver der udarbejdet en behandlingsplan inden for den første uge efter indlæggelsen. Behandlingsplanen udarbejdes af patientens kontaktlæge og kontaktperson i samarbejde med patienten. Patienten er således med til at aftale mål og tiltag i planen, og som eksempler nævnes der inddragelse af pårørende, hvilke samtaler og behandlingsmøder der skal afholdes, deltagelse i miljøaktiviteter, fysiske aktiviteter og gruppetilbud, information om sundhedsområder, sociale problematikker og færden uden for afdelingen under indlæggelsen.

Det fremgår desuden af pjecen, at det sammen med patienten besluttes, hvornår behandlingsplanen skal revurderes, og at patienten får udleveret en kopi af planen.

På baggrund af det oplyste går jeg ud fra, at behandlingsplanen automatisk udleveres til patienten, medmindre den pågældende frabeder sig det.

5.3. Beskæftigelse og undervisning

Der er en række aktiviteter, som alle udgør en del af behandlingen af den enkelte patient.

Det fremgår af afdelingens informationspjece til patienterne, at behandlingsplanen for hver enkelt patient bl.a. skal indeholde oplysninger om, hvilke af afsnittets miljøaktiviteter (morgenmøder, praktiske gøremål, undervisning mv.) patienten kan deltage i, og hvilke fysiske eller rekreative aktiviteter (gåture, motion mv.) samt gruppetilbud der vil understøtte behandlingen.

Psykoedukation, dvs. undervisning om psykisk sygdom og hvordan hverdagen tackles med en psykisk lidelse, foregår i afdelingen både som individuel undervisning eller gruppebaseret undervisning. Ifølge informationspjecen samarbejder afdelingen desuden med forskellige centre og misbrugsinstanser i regionen, og det bliver drøftet med patienterne, om nogle af disse tilbud kan være relevante under indlæggelsen eller efter.

Som nævnt i den bygningsmæssige gennemgang er der i stueetagen et aktivitetsrum til kreative aktiviteter og på første sal et motionsrum, som patienterne har mulighed for at benytte. Det oplyses i informationspjecen, at afdelingens aktivitetsmedarbejdere

samt ergo- og fysioterapeuter kan vejlede patienterne om, hvilke tilbud der findes – både i de nævnte fællesrum og i selve afsnittet – ligesom de kan oplyse om, hvilke muligheder der er, hvis en patient har brug for at opholde sig på sin stue.

I hvert døgnafsnit findes der tv, radio, video/dvd, Wii, aviser, blade og spil. Derudover er der en pc med mulighed for internetadgang.

Bøger, tidsskrifter mv. om psykiske sygdomme og behandling er tilgængelige i Psyk-info, der er etableret i cafeområdet i forhallen.

5.4. 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 patientstuer i Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland. Betingelserne for at anvende de nævnte tvangsforanstaltninger fremgår af psykiatrilovens enkelte bestemmelser.

Anvendelsen af tvang på de enkelte psykiatriske centre/afdelinger i hele landet fremgår af Sundhedsstyrelsens opgørelser over anvendelse af tvang i psykiatrien frem til 2008. Herefter indeholder Sundhedsstyrelsens opgørelser kun statistik over anvendelsen af tvang på landsplan (med undtagelse af Sikringsafdelingen). Opgørelserne over anvendelse af tvang i psykiatrien findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

I forbindelse med inspektionen bad ombudsmanden om at få tilsendt oplysninger om anvendelsen af tvang på Psykiatrisk Afdeling Svendborg. Jeg har fra afdelingen modtaget tre lister med angivelse af hver enkelt tvangsforanstaltning (frihedsberøvelse, tvangsbehandling og tvangsfiksering) i perioden fra den 1. januar 2010 til den 11. oktober 2012.

Jeg er desuden bekendt med et notat af 26. september 2012 om status i september 2012 om anvendelsen af tvang i Region Syddanmark, der findes på Psykiatrien i Region Syddanmarks hjemmeside. Notatet indeholder oplysninger for perioden 1. januar til 31. august 2011 og for samme periode 2012, fordelt på de enkelte afdelinger.

Af dette notat fremgår det, at Psykiatrisk Afdeling Svendborg fra den 1. januar 2011 til den 31. august 2011 foretog 257 indberetninger af tvang til Sundhedsstyrelsen. De omfattede 110 frihedsberøvelser (58 tvangslæggelser og 52 tvangstilbageholdelser), 11 tvangsbehandlinger, 69 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin, 21 tilfælde af anvendelse af remme, 28 bæltefikseringer og 18 tilfælde af fastholdelse.

Fra den 1. januar 2012 til den 31. august 2012 foretog Psykiatrisk Afdeling Svendborg 298 indberetninger af tvang til Sundhedsstyrelsen. De omfattede 110 frihedsberøvelser (70 tvangslæggelser og 40 tvangstilbageholdelser), 13 tvangsbehandlinger, 59 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin, 40 tilfælde af anvendelse af remme, 59 bæltefikseringer og 17 tilfælde af fastholdelse.

Opgørelserne viser et lille fald fra 2011 til 2012 i antallet af tilfælde af indgivelse af beroligende medicin (fra 69 til 59) og en kraftig stigning i antallet af fikseringer (fra 28 til 59).

Det fremgår imidlertid også af Psykiatriens notat, at i forhold til baseline, som er et gennemsnit af 2009 og 2010 fra januar til august, er antallet af fikseringer i samme periode i 2012 faldet med 16 pct. på Psykiatrisk Afdeling Svendborg.

Jeg er endvidere bekendt med, at Psykiatrien i Region Syddanmark ultimo 2012 har fået godkendt et satspuljeprojekt, hvor medarbejderne i udvalgte afdelinger frem til 2015 skal forebygge tvang ved at inddrage fysisk aktivitet i behandlingen. Psykiatrisk Afdeling Svendborg er én af de udvalgte afdelinger.

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 særligt 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).

Blandt det materiale, som ombudsmanden modtog før inspektionen, er afdelingens instruks "Tvang og frihedsberøvelse – indberetning og forløb" (dateret 8. september 2011). Det fremgår heraf, at afdelingen har skriftligt informationsmateriale til udlevering til patienterne i forbindelse med henholdsvis fiksering og fysisk magtanvendelse, frihedsberøvelse, personlig skærmning, tvangsbehandling, tvungen personlig hygiejne og undersøgelse af post mv.

Ifølge instruksen har patientens kontaktperson ansvar for at tilbyde patienten en efter-samtale med en sundhedsperson snarest efter tvangens ophør og senest en uge efter. Samtalen afholdes efter en særlig udarbejdet interviewguide, som eventuelt kan udleveres til patienten dagen før samtalen.

Jeg går ud fra, at den mundtlige underretning af patienterne finder sted i forbindelse med udlevering af det skriftlige informationsmateriale, og at den skriftlige underretning indeholder klagevejledning.

Ingen af døgnafsnittene på Psykiatrisk Afdeling Svendborg har en særlig fikseringsstue. I de tilfælde, hvor det er nødvendigt at tvangsfiksere en patient, foregår det på patientens egen stue i patientens egen seng, som er en almindelig hospitalsseng.

Det fremgår af afdelingens instruks om tvang og frihedsberøvelse, at tvangsfikseringer skal foregå på enestue, og at gardinerne skal trækkes for ved klargøring af stuen. Under inspektionen blev det oplyst, at den faste vagt enten opholder sig på stuen hos patienten eller på gangen lige uden for stuen med døren stående på klem.

Fikseringsmateriale (mavebælte, hånd- og fodremme) opbevares i depot eller skylle- rum og transporteres til patientstuen i et pudebetræk, så det ikke er synligt for andre patienter i afsnittet.

Når den faste vagt opholder sig på gangen ud for patientstuen med døren stående på klem, går jeg ud fra, at det sikres, at andre patienter eller personale ikke kan se ind til den fikserede patient fra gangarealet.

5.5. Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvang

Efter psykiatrilovens § 24, stk. 1, skal der beskikkes en patientrådgiver ved ethvert tvangsindgreb, bortset fra indgreb efter § 18 g (tvangsmæssig personlig hygiejne) og § 19 a (undersøgelse af post, patientstuer og ejendele, kropsvsitation samt beslaglæggelse og tilintetgørelse af genstande mv.).

Før ændringen af psykiatriloven i 2006 skulle der beskikkes en patientrådgiver i forbindelse med tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tvangsbehandling, mens beskikkelse i forbindelse med andre tvangsindgreb forudsatte, at patienten selv anmodede om det. Ændringen heraf skete for overordnet at styrke de psykiatriske patienters retssikkerhed, idet patienten blev sikret adgang til vejledning og rådgivning ved alle tvangsindgreb (bortset fra indgrebene i §§ 18 g 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 og 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). Besøg skal herefter finde sted mindst én gang om ugen og i øvrigt efter behov. Patientrådgiveren har ret til fri og uhindret personlig, skriftlig og telefonisk forbindelse med patienten (§ 26, stk. 2).

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. 4, i bekendtgørelse om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger (bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010) er det fastsat, at patienten forud for overlægens beslutning om tvangsbehandling så vidt muligt skal have haft mulighed for at drøfte spørgsmålet med sin patientrådgiver. Efter § 3, stk. 6, forudsætter tvangsmedicinering, at patienten og patientrådgiveren er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger. Det fremgår desuden af bekendtgørelse nr. 1341 af 2. december 2010 om patientrådgivere § 13, stk. 2, at patientrådgiveren har ret til at gøre sig bekendt med oplysningerne om patienten i tvangsprotokollen.

Under inspektionen oplyste ledelsen, at de patientrådgivere, der er knyttet til afdelingen, er gode og engagerede. De møder altid op på afsnittet inden for 24 timer efter beskikkelsen.

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.). Ifølge årsberetningen for 2011 fra Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen i Region Syddanmark realitetsbehandlede nævnet 14 sager i 2009 og 17 sager i både 2010 og 2011 vedrørende Psykiatrisk Afdeling Svendborg. Mødedeltagelsen for patientrådgiver/bistandsværge var henholdsvis 86 pct., 82 pct. og 94 pct. de pågældende år.

Jeg går ud fra, at Psykiatrisk Afdeling Svendborg tildeler patienterne en patientrådgiver ved alle tvangsindgreb, bortset fra eventuelle indgreb efter psykiatrilovens § 18 g og § 19 a, og at patientrådgiverne orienteres, så de har mulighed for at varetage deres hverv på forsvarlig måde, jf. psykiatrilovens § 27.

5.6. Aflåsning, forholdene for frivilligt indlagte og skærmning

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 Retspsykiatrisk afdeling, Region Sjælland.

Efter revisionen af psykiatriloven i 2006 (lov nr. 534 af 8. juni 2006) indeholder loven nu i § 18 f (tidligere § 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 bestemmelsen 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 f, at der ikke kan træffes beslutning om aflåsning af døre til patientstuer. Alle patienter i afdelingen skal straks efter, at en beslutning om aflåsning er truffet, underrettes om det (§ 18 f, stk. 3).

De tre døgnafsnit på Psykiatrisk Afdeling Svendborg har som tidligere nævnt siden den 1. maj 2011 fungeret som integrerede åbne/lukkede afsnit. Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang, er der på hvert afsnit mulighed for at lukke et antal stuer af og etablere en skærmet enhed til de patienter, der måtte have behov for det.

Ifølge afdelingens indberetninger om tvang til Sundhedsstyrelsen, er der jævnligt tvangsindlagte og tvangstilbageholdte patienter på døgnafsnittene.

I afdelingens informationspjece til patienterne er der oplyst følgende om aflåsning af døre i afsnittet:

”Af hensyn til din eller andres sikkerhed vil døre i afsnittet være aflåst i perioder. Personalet vil oplyse dig om dine rettigheder og muligheder for fri færden i forbindelse hermed.”

Det oplyses endvidere i pjecen, at afsnittenes yderdøre er aflåst i tidsrummet kl. 21.00 til 07.00, men at patienterne altid kan ringe på for at blive lukket ind.

Tilsynet i henhold til grundlovens § 71 har i forbindelse med sine inspektioner af psykiatriske 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 det bør være helt klart for den enkelte patient, hvilken retlig status hans/hendes indlæggelse har (frivillig eller tvangsmæssig), når der på et afsnit både er frivilligt indlagte og tvangsindlagte/tvangstilbageholdte patienter. Afsnittet bør desuden 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.

Jeg går ud fra, at Psykiatrisk Afdeling Svendborg altid orienterer patienterne om deres retlige forhold, og at der gøres notat om denne underretning.

Det fremgår af informationspjece til patienterne, at der i forbindelse med udarbejdelse af behandlingsplanen også laves aftaler med patienten om færden/ophold uden for afdelingen, herunder eventuelt begrænsninger i færden og ophold uden for afdelingen på basis af patientens tilstand. Det fremgår desuden, at afdelingen af hensyn til patienternes behandling gerne vil have, at patienterne er til stede i afsnittene i dagtimerne. Patienterne skal derfor aftale med personalet, hvis de vil gå et ærinde, tage på besøg eller andet uden for deres afsnit. I hvert afsnit findes der en "komme/gå-tavle", hvor patienterne skal skrive sådanne aftaler.

Bekendtgørelse nr. 200 af 25. marts 2004 (som ændret ved bekendtgørelse nr. 1184 af 6. december 2012) indeholder regler om udgangstilladelse mv. Bekendtgørelsens anvendelsesområde er udtrykkeligt afgrænset til personer, der er anbragt i hospital eller institution i henhold til en strafferetlig afgørelse eller i medfør af et farlighedsdekret, jf. § 1.

Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien gør i kapitel 3 *udtømmende* op med, i hvilket omfang der på en psykiatrisk afdeling kan ske frihedsberøvelse. Det kan alene ske, når betingelserne i lovens § 5 er opfyldt (jeg ser her bort fra den særlige regel i lovens § 10a om tilbageførsel).

Jeg går ud fra, at eventuelle begrænsninger i frivilligt indlagte og ikke tvangstilbageholdte patienters adgang til at forlade døgnafsnittet altid bygger på lægefaglige vurderinger og et informeret samtykke fra patienterne.

Jeg går samtidig ud fra, at frivilligt indlagte og ikke tvangstilbageholdte patienter altid kan forlade afsnittet, når de ønsker det, medmindre der er behov for at vurdere, om betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt, jf. psykiatrilovens § 10, stk. 3, hvorefter overlægen snarest muligt og senest inden 24 timer skal meddele patienten, om tvangstilbageholdelse skal ske.

Jeg går endelig ud fra, at afdelingen vil præcisere det, der er nævnt i informationspjeccen om patienternes mulighed for at forlade afsnittet, så det er klart for frivilligt indlagte og ikke tvangstilbageholdte patienter, at de kan forlade afsnittet, hvis de ønsker det.

Psykiatriloven eller bestemmelser fastsat administrativt i henhold til psykiatriloven indeholder ikke en nærmere angivelse af størrelsesmæssige krav til en afdeling. Ombudsmanden 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.

Ombudsmanden har i forbindelse med sin 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 opfølgingsrapport af 7. maj 2003 om inspektionen, som kan findes på hjemmesiden www.ombudsmanden.dk.

Som nævnt ovenfor indeholder psykiatrilovens § 18 f nu regler om aflåsning af dørene i en afdeling (et afsnit). § 18 f 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" (Folketingstidende 2005/06, Tillæg A, sp. 4248). Der er ikke i loven eller i forarbejderne hertil taget stilling til, hvor lille en skærmet enhed 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 enhed må således mindst have tre stuer.

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang under pkt. 3 ovenfor, har alle tre døgnafsnit mulighed for at lukke et antal stuer af og på den måde etablere skærmede enheder.

På inspektionstidspunktet var der på afsnit P1 kun to patienter, der havde brug for at være skærmet, og det blev oplyst, at de øvrige to-tre patienter i den del af afsnittet, der kan skærmes, "blev trukket med over" til den åbne del af afsnittet.

Hvis der er mindre end tre patienter i en aflåst skærmet enhed, går jeg ud fra, at der altid er personale til stede sammen med patienterne.

Under inspektionen oplyste ledelsen, at det meget sjældent forekommer, at Psykiatrisk Afdeling Svendborg anvender personlig skærmning. Ifølge Psykiatriens notat af 26. september 2012 om status i september 2012 over anvendelsen af tvang i Region Syddanmark (som omtalt ovenfor i pkt. 5.5) var der i perioden 1. januar til 31. august 2011 og den tilsvarende periode i 2012 ingen tilfælde af personlig skærmning på Psykiatrisk Afdeling Svendborg.

Reglerne om personlig skærmning blev indsat i psykiatriloven ved lov nr. 534 af 8. juni 2006, der trådte i kraft den 1. januar 2007, jf. lovens § 18 c. Efter den seneste revision af psykiatriloven (lov nr. 708 af 25. juni 2010) findes bestemmelsen nu i § 18 d.

§ 18 d 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. Efter stk. 2 må personlig skærmning, som patienten ikke samtykker i, kun benyttes i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig skade (nr. 1), eller forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller andre (nr. 2).

Hvis personlig skærmning efter § 18 d, stk. 2, anvendes uafbrudt i mere end 24 timer, skal der ifølge lovens § 20, stk. 1, ske tilførsel til afdelingens tvangsprotokol med angivelse af indgrebets nærmere indhold og begrundelse (og ske indberetning til bl.a. Sundhedsstyrelsen, jf. § 21 i bekendtgørelse nr. 1342 af 2. december 2010 om tvangsprotokoller og optegnelser samt registrering og indberetning af tvang mv. på psykiatriske afdelinger).

Af lovforslagets bemærkninger til § 18 c 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.

5.7. Besøg, visitation og adgang til telefonering 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 det såkaldte anstaltsforhold, 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 (Folketingstidende 2005/06, Tillæg A, sp.4240) 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.”

Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9427 af 20. januar 2011 omhandler bl.a. husordener. Af vejledningens pkt. 11 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, og hvor der således er særlig grund til at have synlige og klare retningslinjer.”

På Psykiatriens hjemmeside er der under fanebladet ”Patient” en husorden med generelle ordensregler for indlagte patienter i Psykiatrien i Region Syddanmark. Husordenen er inddelt i fire afsnit med ordensregler, der gælder forud for indlæggelsen og i forbindelse med eventuel udgang, under indlæggelsen, i forbindelse med besøg og ved overtrædelse af husordenen.

Informationspjece, som Psykiatrisk Afdeling Svendborg har udarbejdet til patienterne, indledes med en række praktiske oplysninger, som er systematiseret alfabetisk. Der er et afsnit om husorden med oplysninger om, hvornår der skal være ro i afsnittet, og hvordan alle på afsnittet bør tage hensyn til hinanden. Herudover er der bl.a. afsnit om besøg, forplejning, hygiejne, påklædning, rygning, telefonering og orden på patientstuen. Der er tale om regler, der gælder generelt for alle patienter, og oplysningerne fremstår overskuelige og ikke for omfattende.

Under inspektionen blev det oplyst, at det er meget individuelt, hvilke konsekvenser overtrædelser af husordenen får.

Det fremgår af både Psykiatriens generelle husorden og afdelingens informationspjece, at gentagne eller grove overtrædelser, der bringer andre i fare, og gentagne eller grove overtrædelser, der gør videre ophold med henblik på behandling meningsløs, kan føre til udskrivelse ud fra en samlet vurdering af patientens situation. Det fremgår også, at trusler, vold, tyveri og hærværk anmeldes til politiet. I Psykiatriens generelle husorden er der bl.a. også oplysninger om, at medbragte rusmidler og medicin vil blive inddraget, at samvær med medpatienter kan begrænses ved overtrædelse af reglen om, at patienten i sin adfærd, fremtoning og påklædning ikke må virke stødende, truende eller i øvrigt til gene for andre, og at retten til at telefonere i fællesrum kan begrænses, hvis brug af mobiltelefon virker forstyrrende.

I min opfølgingsrapport af 26. februar 2013 om ombudsmandens inspektion af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Esbjerg den 2. december 2009 har jeg anbefalet Psykiatrien i Region Syddanmark at overveje at udarbejde en overordnet husordenspolitik med retningslinjer for, hvordan en husorden skal udformes, hvilke punkter en husorden skal indeholde, hvor ofte den skal revideres, og hvordan patienter og pårørende skal informeres om indholdet af husordenen. Jeg har samtidig oplyst, at (bl.a.) Region Hovedstadens Psykiatri har udarbejdet en sådan husordenspolitik. Politikken beskriver også, hvordan de psykiatriske centre skal håndtere overtrædelser af husordenen, og der er udarbejdet en tværgående vejledning herom.

Jeg henviser i øvrigt til det, som jeg har anført i opfølgingsrapporten, som kan findes på min hjemmeside www.ombudsmanden.dk.

Til orientering og eventuel inspiration vedlægger jeg en kopi af Region Hovedstadens Psykiatris vejledning af 24. januar 2009, der er navngivet "Husorden – overtrædelser heraf".

Det retlige grundlag for indgreb og begrænsninger i de enkelte patienters personlige frihed under indlæggelse skal søges i anstaltsforholdet, hvis der ikke foreligger (lov)regler på området. Baggrunden herfor er ordens- og sikkerhedsmæssige hensyn. I modsætning til de generelle regler, der regulerer det almindelige daglige liv i institutionerne (husordener), er der her tale om – efter omstændighederne – byrdefulde indgreb i den enkelte patients udfoldelsesmuligheder (f.eks. overvåget besøg, besøgsforbud, inddragelse af patientens mobiltelefon mv.).

Ombudsmanden har tidligere i forbindelse med inspektioner af psykiatriske centre anbefalet, at centrene udfærdiger både husordener, der regulerer det almindelige daglige liv på en afdeling/et afsnit, og som gælder generelt for alle afdelingens/afsnittets patienter, og retningslinjer om de begrænsninger og indgreb, der kan ske i den enkelte patients personlige frihed under indlæggelsen.

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.

I forbindelse med tidligere inspektioner har ombudsmanden anført, at retningslinjerne bør angive, hvem der har kompetence til at træffe afgørelse om indgreb/begrænsninger, og hvornår beslutningerne om indgreb/begrænsninger skal revurderes. Ombudsmanden har tidligere udtalt, at det efter hans 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). Ombudsmanden har endvidere udtalt, at de skrevne retningslinjer for indgreb og begrænsninger i den enkelte patients frihed bør rettes til personalet, men at alle patienter i det informationsmateriale, der udleveres ved indlæggelsen, informeres om retningslinjernes eksistens og muligheden for at få dem udleveret.

I sidste del af Psykiatrisk Afdeling Svendborgs informationspjece til patienterne er der oplysninger om de særlige begrænsninger, der kan ske i den enkelte patients personlige frihed under indlæggelsen. Det fremgår, at det er overlægen – eller i dennes fravær vagthavende læge – der har kompetencen til at træffe beslutning om særlige begrænsninger over for den enkelte patient. Det oplyses, at beslutningen altid vil ske med basis i patientens eller andres sikkerhed eller ud fra en samlet vurdering af patientens mulige udbytte af behandlingen. Beslutning om begrænsningen skal drøftes med patienten og skrives ind i journalen. Alle begrænsninger skal revurderes mindst hver 14. dag. Det nævnes herefter, at der kan være tale om følgende begrænsninger eller aftaler: Besøgsrestriktioner, besøgsforbud, afvisning af besøgende, åbning af post i personalets påsyn, begrænsning i at foretage og modtage opkald fra mobiltelefoner, midlertidig inddragelse af mobiltelefon samt restriktioner fastsat af politiet, retten eller Kriminalforsorgen.

Om besøg fremgår det af afdelingens informationspjece, at besøgende er meget velkomne, og at der er besøgstid hver dag kl. 15.00 – 21.00. Der bliver samtidig gjort opmærksom på, at hvis en patient har behov for ro, kan patienten og personalet i fællesskab træffe aftaler om rammerne for besøg.

Besøg foregår på patientstuerne eller i fællesarealerne, f.eks. afsnittenes opholdsstuer eller cafeen. Jeg henviser i den forbindelse til det, som jeg har anført ovenfor under pkt. 5.1 om muligheden for at have besøg i et samtalerum, hvis en patient på grund af overbelægning deler stue med en anden patient.

Det blev under inspektionen oplyst, at patienterne gerne må besøge hinanden på stuerne, men at sådanne besøg skal foregå for åben dør.

Ledelsen oplyste desuden, at det ret sjældent forekommer, at der træffes beslutning om besøgsrestriktioner.

Ifølge informationspjece kan patientens ret til frit at modtage besøg begrænses "på basis af misbrug". Restriktionerne kan ske "i form af aftale om besøgsforbud, overvåget besøg eller visitering af besøgende". Det fremgår endvidere, at besøgende kan afvises, hvis de ikke accepterer aftalt overvåget besøg eller visitering, optræder voldeligt og/eller truende over for personale eller patienter, er påvirkede eller berusede i udtalt grad samt indsmugler eller gør forsøg på at indsmugle alkohol, euforiserende stoffer eller farlige genstande (knive/våben/glas etc.). Som det fremgår ovenfor, træffes beslutning om besøgsrestriktioner af overlægen eller i dennes fravær af vagthavende læge, og begrænsningerne revurderes mindst hver 14. dag.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Som nævnt ovenfor var der ikke tidligere regler om visitation i psykiatriloven. Regler for indgreb i form af undersøgelse af post, patientstuer og ejendele samt kropsvisitation fremgår nu af psykiatrilovens § 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.”

Af lovforslagets bemærkninger til bestemmelsen fremgår bl.a. følgende (jf. lovforslag nr. L 140 Forslag til lov om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien og retsplejeloven, fremsat den 25. januar 2006):

”Med forslaget til ny § 19 a foreslås visse foranstaltninger af ikke behandlingsmæssig karakter reguleret direkte i psykiatriloven. Det drejer sig om kontrol af patientens post, undersøgelse af patientens stue og ejendele og kropsvisitation af patienten. Hjemlen til at konfiskere og evt. destruere genstande m.v. foreslås endvidere reguleret i selve loven. Der har hidtil været tvivl om hjemmelsgrundlaget til at foretage de pågældende indgreb, men det har været antaget, at indgrebene har kunnet foretages med henvisning til nødrets- eller nødværgemæssige betragtninger eller eventuelt anstaltsmæssige betragtninger om, hvad hensynet til almindelig ro og orden på afdelingen tilsiger. Regeringen finder imidlertid, at der er tale om så indgribende foranstaltninger i forhold til den enkeltes integritet, at de retlige rammer for at foretage de pågældende indgreb bør reguleres direkte i loven.

Der er med forslaget alene tale om en kodificering af gældende praksis, og der etableres med forslaget således ikke hjemmel til at foretage indgreb udover, hvad der hidtil har været muligt på baggrund af det gældende, men usikre, hjemmelsgrundlag. Med de foreslåede nye bestemmelser styrkes patienternes retssikkerhed ved at kriterierne for at foretage de pågældende indgreb bliver synlige, idet de kommer til at fremgå direkte af loven.

Hensynet bag bestemmelsen er, at der skal være mulighed for at forhindre, at patienten er eller kommer i besiddelse af medikamenter, rusmidler eller farlige genstande, som kan udgøre en fare for patienten selv eller andre. Der kan endvidere være tale om f.eks. rusmidler og medikamenter, som kan have en negativ indflydelse på patientens behandling.

Det fremgår af forslaget, at overlægen kan beslutte, at de pågældende indgreb skal foretages ved begrundet mistanke om, at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande aktuelt er blevet eller vil blive forsøgt indført til patienten. Det skal anføres i journalen, hvilke konkrete forhold mistanken bygger på. Den omstændighed, at patienten f.eks. har en kendt misbrugshistorie er ikke i sig selv tilstrækkelig til at opfylde kravet om, at der skal foreligge en begrundet mistanke om, at patienten aktuelt er i besiddelse af rusmidler. Der skal endvidere være tale om en individuel vurdering af sandsynligheden for, at patienten er i besiddelse af de pågældende genstande m.v. Der kan således ikke etableres faste rutiner på afdelingen, hvorefter de pågældende foranstaltninger generelt foretages i forhold til samtlige eller en gruppe af de indlagte patienter.”

Bemyndigelsen i § 19 a, stk. 4, er udnyttet 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. Heraf fremgår det bl.a., at det kun er indgående post til patienten, der kan undersøges, idet breve og pakker, som patienten sender, ikke er omfattet, og at det ikke er tilladt at læse det skriftlige indhold af den indgående post (jf. § 3 i bekendtgørelsen).

Det fremgår af afdelingens informationspjece, at patienterne frit kan modtage post, men at denne ret – på basis af misbrug – kan begrænses i form af *aftale* om, at pakker og breve åbnes i personalet påsyn. Der bliver samtidig gjort opmærksom på, at det ikke er tilladt for personalet at læse posten, medmindre der er truffet frivillig aftale om det.

Det fremgår desuden af pjecen, at der ved *begrundet mistanke* om forsøg på at indføre alkohol, euforiserende stoffer eller farlige genstande (knive, våben etc.) vil blive foretaget kropsvisitation (dog ikke kroppens hulrum) samt kontrol af ejendele og værelse. Kontrollen af ejendele og værelse foretages så vidt muligt, mens patienten er til stede.

Under inspektionen blev det oplyst, at afdelingen i perioder har problemer med brug af euforiserende stoffer blandt patienterne. Det drejer sig mest om brug af hash, og det

blev anført, at der ikke er tale om meget store problemer med brug af euforiserende stoffer. Derimod kan der i perioder være et stort problem med indtagelse af alkohol blandt patienterne.

Ledelsen oplyste også, at der ikke foretages rutinemæssige visitationer på afdelingen, men at visitationer foretages i situationer med meget aggressive patienter og svært selvmordstruede patienter.

Jeg går på baggrund af det oplyste ud fra, at der kun foretages kropsvisitation og undersøgelse af patientens post, stue og ejendele uden patientens informerede samtykke, når der foreligger en konkret begrundet mistanke om, at medikamenter, rusmidler eller farlige genstande er blevet eller vil blive forsøgt indført.

Jeg gør samtidig for god ordens skyld opmærksom på, at det forhold, at det i psykiatrilovens § 19 a, stk. 1, udtrykkeligt er bestemt, at det er overlægen, der har kompetence til at træffe beslutning om indgrebene, betyder, at der er et forbud mod at delegerer kompetencen til en anden. Bestemmelsen er dog ikke til hinder for, at en beslutning i overlægens fravær kan træffes af en anden læge, men i sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen, jf. psykiatrilovens § 4 a.

På hvert døgnafsnit er der en patienttelefon, som pårørende kan ringe til. Patienterne kan benytte egen mobiltelefon, men det skal foregå på en måde, der ikke er til gene for andre, og kamera i telefonen må ikke benyttes i afdelingen.

Det er anført i afdelingens informationspjece, at patienternes ret til frit at telefonere kan begrænses i tilfælde af misbrug gennem begrænsninger i patientens ret til at foretage og modtage opkald. Begrænsninger kan også ske i tilfælde af mani, konfusion eller psykotisk tilstand gennem midlertidig inddragelse af mobiltelefonen. Det er anført, at en sådan inddragelse sker for at forhindre, at patienten kompromitterer sig selv eller foretager dispositioner, som patienten senere vil fortryde, eller hvis patientens opkald er til voldsom gene for andre uden for afdelingen.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger. Jeg går ud fra, at beslutninger om begrænsninger i den enkelte patients adgang til at telefonere løbende bliver revurderet.

6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

Som nævnt i indledningen bad ombudsmanden under inspektionen om at modtage udskrift/kopi af de tilførsler i tvangsprotokollen, der var foretaget på centeret fra 1. januar 2011 til 7. oktober 2011, jf. bekendtgørelse nr. 1342 af 2. december 2010 om tvangsprotokoller og optegnelser samt registrering og indberetning af tvang samt udskrivningsaftaler og koordinationsplaner på psykiatriske afdelinger.

Reglerne om de enkelte tvangsforanstaltninger fremgår af bekendtgørelse nr. 1338 af 2. december 2010 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger.

De to bekendtgørelser, der begge trådte i kraft den 8. december 2010, har afløst bekendtgørelse nr. 1499 af 14. december 2006 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger.

I det følgende vil bekendtgørelse nr. 1338 blive omtalt som tvangsbekendtgørelsen og bekendtgørelse nr. 1342 som tvangsprotokolbekendtgørelsen.

Efter tvangsprotokolbekendtgørelsens § 21, stk. 1 og 2, skal overlægen på afdelingen løbende foretage elektronisk indberetning til Sundhedsstyrelsen – og til den ansvarlige sygehusmyndighed – af bl.a. de i §§ 2-14 omhandlede foranstaltninger. Bekendtgørelsens §§ 2-14 indeholder bestemmelser om, hvilke oplysninger der skal ske tilførsel af i afdelingens tvangsprotokol.

Indberetningen efter § 21, stk. 1, skal indeholde de i §§ 2-14 krævede oplysninger, jf. bekendtgørelsens § 22, stk. 1, 1. pkt. Indberetningen til Sundhedsstyrelsen skal dog ikke indeholde oplysninger om den ordinerende læges navn eller navne på det implicerede personale. Indberetningen til den ansvarlige sygehusmyndighed skal heller ikke indeholde oplysninger om hverken patientens navn og cpr.nr. eller den ordinerende læges og det implicerede personalets navne.

I tilknytning til tvangsprotokolbekendtgørelsen har Sundhedsministeriet udarbejdet en vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller, tidligere vejledning nr. 10575 af 20. december 2006, nu vejledning nr. 9713 af 20. december 2011 om udfyldelse af tvangsprotokoller (registrering af anvendelse af tvang i psykiatrien, herunder registrering af foranstaltninger over for mindreårige) samt registrering af anvendelse af udskrivningsaftaler/koordinationsplaner. Det fremgår af denne vejledning, at de psykiatriske afdelinger efter retningslinjerne i vejledningen løbende skal foretage elektronisk indberet-

ning til Sundhedsstyrelsen, der har udarbejdet et elektronisk indberetningsprogram til brug for denne indberetning (Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem).

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

Det elektroniske indtastningsprogram, som Sundhedsstyrelsen leverer, indeholder elektroniske skemaer til registrering af bl.a. frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering og anvendelse af remme, anvendelse af fysisk magt og indgivelse af beroligende medicin, aflåsning af døre i afdelingen og personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer.

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. Tvangsprotokollen kan foreligge elektronisk, da indberetningsprogrammets oversigter kan udgøre afdelingens tvangsprotokol. I en elektronisk patientjournal skal der være et notat om, at oplysningerne er tilført den elektroniske tvangsprotokol i Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem (SEI) og kan læses heri. 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, der skal tilføres tvangsprotokollerne, mens andre relevante oplysninger for patientbehandlingen skal fremgå af patientjournalen.

Alle de skemaer, som ombudsmanden har modtaget fra Psykiatrisk Afdeling Svendborg, er udskrifter af de elektroniske skemaer, der er foretaget i tilslutning til de enkelte indgreb.

Materialet vedrører tvangsforanstaltninger i perioden fra den 1. januar 2011 til og med den 7. oktober 2011. Materialet består af 10 skemaer om tvangsindlæggelse og 10 skemaer om tvangstilbageholdelse (skema 1), 9 skemaer om tvangsbehandling (skema 2), 10 skemaer om tvangsfiksering med bælte (skema 3) og 10 skemaer om fysisk magtanvendelse (skema 3), der alle vedrører fastholdelse. Herudover er der 10 skemaer vedrørende tvangsfiksering med remme. Materialet bliver gennemgået under pkt. 6.1 – 6.3 nedenfor.

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 reglerne 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". Skemaet anvendes både ved tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, og det skal derfor angives, om frihedsberøvelsen er begyndt som tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse.

Det fremgår af brugervejledningen (version 11, april 2011) 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.

Jeg har modtaget i alt 20 skemaer om frihedsberøvelse. I anmodningen om kopi af tilførsler til tvangsprotokollen vedrørende tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse bad ombudsmanden om at modtage i alt 10 skemaer, og jeg har derfor begrænset min gennemgang til de 10 seneste skemaer.

De 10 skemaer omfatter 8 forskellige patienter og vedrører frihedsberøvelser iværksat i perioden fra den 31. august 2011 til den 7. oktober 2011. I 6 tilfælde er frihedsberøvelsen begyndt som tvangsindlæggelse og i 4 tilfælde som tvangstilbageholdelse.

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 § 2, nr. 3, i tvangsprotokolbekendtgørelsen. Ifølge brugervejledningen kan der i det elektroniske skema kun vælges én type begrundelse – enten helbred eller farlighed.

Der er i alle skemaer angivet en begrundelse (i henhold til lovens § 5). Begrundelsen er i 8 tilfælde farlighed og i 2 tilfælde helbredsmæssige grunde.

Det er overlægen, der har kompetencen til at træffe beslutning om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, jf. henholdsvis § 9, stk. 2, og § 10, stk. 1, i psykiatriloven. Af psykiatrilovens § 4 a fremgår det, 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.

Det forhold, at det i psykiatriloven udtrykkeligt er bestemt, at det er overlægen, der har kompetencen i disse tilfælde, betyder, at der er et forbud mod at delegere kompetencen til en anden.

Af Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. fremgår det, at datoen for overlægens stillingtagen skal fremgå af protokollen.

I alle skemaer er der angivet en dato for overlægens stillingtagen.

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

I 6 af de 10 tilfælde har overlægen taget stilling til frihedsberøvelsen samme dag som iværksættelsen, i 3 tilfælde dagen efter og i det sidste tilfælde 3 dage efter iværksættelsen. Det drejer sig om en patient, der blev tvangsindlagt den 7. oktober 2011, og hvor datoen for overlægens stillingtagen er den 10. oktober 2011.

Jeg går ud fra, at der har været en særlig begrundelse for, at overlægens stillingtagen først skete efter 3 dage. Jeg foretager mig på denne baggrund ikke noget vedrørende dette tilfælde.

Det påhviler til stadighed overlægen at påse, at bl.a. frihedsberøvelse ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 1. Resultatet af denne efterprøvelse skal 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 tvangsprotokolbekendtgørelsens § 2, 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 og dato for overlægens stillingtagen i denne forbindelse anføres i rubrikkerne under overskriften "Efterprøvelse af frihedsberøvelse".

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 – da der hverken i journalen eller i tvangsprotokollen var gjort notat om den foretagne efterprøvelse.

I 4 af de 10 tilfælde har frihedsberøvelsen varet i mere end 3 dage, og i alle tilfælde er den obligatoriske efterprøvelse ifølge de angivne datoer sket på de tidspunkter, som loven foreskriver.

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

De gange, hvor der er sket efterprøvelse, er datoen for overlægens attestation den samme dag som efterprøvelsen – bortset fra 2 gange, hvor overlægen har taget stilling 2 dage efter, og én gang, hvor det er sket dagen efter.

Det giver mig ikke anledning til bemærkninger.

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

6.2. Tvangsbehandling

Ved tvangsbehandling benyttes "Tvangsprotokol – skema 2"

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2011 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. skal de enkelte former for tvangsbehandling registreres på hver sit skema, hvis flere behandlingsformer anvendes.

Det fremgår af brugervejledningen, at det i det elektroniske skema kun er muligt at vælge én type behandling – enten medicinering, ECT, ernæring eller behandling af legemlig lidelse.

Ombudsmanden har som tidligere nævnt modtaget 9 skemaer om tvangsbehandling fra Psykiatrisk Afdeling Svendborg. De 9 skemaer omfatter 9 forskellige patienter og vedrører tvangsbehandlinger, der er besluttet iværksat i perioden fra den 1. januar 2011 til den 13. juli 2011. 7 af de modtagne skemaer vedrører tvangsmedicinering, mens 2 skemaer vedrører henholdsvis tvangsbehandling af legemlig lidelse og tvangsernæring.

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

Efter tvangsbekendtgørelsens § 7 må tvangsernæring kun gennemføres, hvis patienten opfylder betingelserne i § 1, stk. 1, og tvangsernæringen er nødvendig for at redde patientens liv, eller hvor undladelse vil medføre en alvorlig risiko for patientens liv eller helbred.

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 tvangsbehandling kan i overlægens fravær træffes af en anden læge. I sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen, jf. lovens § 4 a.

Ifølge tvangsprotokolbekendtgørelsens § 4, nr. 4, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af navnet på den ordinerende overlæge. Efter Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. skal datoen for beslutningen om iværksættelse

af behandlingen og datoen for overlægens stillingtagen også anføres. I tilfælde af tvangsbehandling af legemlig lidelse skal desuden datoen for den somatiske overlæges stillingtagen anføres.

I de skemaer, som ombudsmanden har modtaget, er datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen og datoen for overlægens stillingtagen angivet i alle tilfælde. I 5 tilfælde har overlægen taget stilling samme dag, i 3 tilfælde dagen efter og i ét tilfælde først 9 dage efter beslutningen om iværksættelse af behandlingen. Sidstnævnte tilfælde drejede sig om tvangsbehandling af en legemlig lidelse, som blev iværksat den 16. februar 2011, og den somatiske overlæge tog stilling samme dag, som beslutningen om iværksættelse blev truffet. Navnet på den ordinerende læge er anført i alle skemaer, og i skemaet om tvangsbehandling af legemlig lidelse er navnet på den ordinerende somatiske læge også anført.

Jeg går ud fra, at der har været en særlig begrundelse for, at den psykiatriske overlæges stillingtagen først skete efter 9 dage. Jeg foretager mig på denne baggrund ikke noget vedrørende dette tilfælde.

Ifølge tvangsprotokolbekendtgørelsens § 4, 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 7 skemaer, herunder skemaet om tvangsernæring, er begrundelsen for beslutningen om tvangsbehandling angivet som udsigt til væsentlig forringelse af helbredet, mens begrundelse i de resterende 2 skemaer er nærliggende eller væsentlig fare for patienten eller andre.

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

I alle skemaer er rubrikken "Art og omfang" udfyldt.

I 5 af de 7 skemaer om tvangsmedicinering er injektion angivet som subsidier behandling i forhold til tabletter/dråber. I det ene af de 2 sidste skemaer om tvangsmedicinering står der "Blodprøvetagning og medicinering af somatisk lidelse (lungeproblematik) i nødvendigt omfang". Det drejer sig om en tvangsbehandling, der blev iværksat den 23. marts 2011. I det andet skema om tvangsmedicinering står der som medicineringsform kun injektion – "Cefuroxim pul. inj. Væske 750 mg x 2". Det drejer sig om en tvangsbehandling, der blev iværksat den 1. januar 2011.

Efter min opfattelse burde tvangsbehandlingen den 23. marts 2011 have været registreret som tvangsbehandling af legemlig lidelse i stedet for tvangsmedicinering.

Med hensyn til den tvangsmedicinering, der blev iværksat den 1. januar 2011, går jeg ud fra, at det var nødvendigt at give præparatet i injektionsform, og at denne tvangsbehandling også burde have været registreret som tvangsbehandling af legemlig lidelse i stedet for tvangsmedicinering, da der – så vidt jeg har forstået – var tale om et antibiotikum.

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

I alle 9 skemaer er det i rubrikken om tilladt magtanvendelse angivet, at der må ske fastholdelse. I ét af skemaerne er der ud over fastholdelse anført "eller anden tvangsforanstaltning efter det mindste middels princip".

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

I alle de skemaer, som ombudsmanden har modtaget, på nær ét er navnet på den tilstedeværende læge angivet med for- og efternavn alle gange, hvor tvangsbehandling er foretaget. I skemaet om tvangsbehandling af legemlig lidelse er der anført 10 datoer for behandling, og ud for datoen for den første behandling er der skrevet et efternavn med et spørgsmålstegn efter. Ud for de efterfølgende 9 datoer står der navn og dosis på en række medicinske præparater.

I skemaet om tvangsbehandling af legemlig lidelse burde der have stået navnet på den tilstedeværende læge ud for de 10 datoer for behandling. Jeg går imidlertid ud fra,

at der er sket en fejl i forbindelse med indtastningen og foretager mig derfor ikke noget.

Endelig skal datoen for beslutning om ophør af tvangsbehandlingen angives, og det fremgår af alle de skemaer, som ombudsmanden har modtaget.

6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

Ved tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt benyttes "Tvangsprotokol – skema 3".

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.

Ombudsmanden har som tidligere nævnt modtaget 10 skemaer om tvangsfiksering med bælte, 10 skemaer om anvendelse af remme og 10 skemaer om fysisk magtanvendelse, der alle vedrører fastholdelse.

Skemaerne vedrører perioden fra den 12. maj 2011 til den 29. september 2011 og omfatter 15 forskellige patienter.

Skemaerne om tvangsfiksering omfatter 3 tilfælde af anvendelse af bælte og 7 tilfælde af anvendelse af bælte i kombination med remme.

De resterende 3 skemaer om anvendelse af remme indgår ikke i min gennemgang. Jeg går ud fra, at anvendelsen af remme i disse 3 tilfælde er sket i kombination med bælte.

Af psykiatrilovens § 14, stk. 1, fremgår det, at der som midler til tvangsfiksering kun 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, der 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 § 25.

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.

Tidspunktet for iværksættelse af fiksering, fysisk magtanvendelse, personlig skærmning over 24 timer og døraflåsning skal angives med dato og klokkeslæt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 6, nr. 4, § 7, nr. 4, § 13, nr. 3, og § 14, nr. 3. Efter Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. gælder det også ved anvendelse af beroligende medicin.

I de skemaer, som jeg har gennemgået, er iværksættelsestidspunktet angivet ved dato og klokkeslæt i alle tilfælde.

Ifølge lovens § 15, stk. 1, skal tvangsfiksering besluttes af en læge, efter at denne har tilset patienten. Beslutning om, at der foruden bælte skal anvendes hånd- eller fodremme, skal dog træffes af overlægen, jf. stk. 2. Bestemmelsen er ikke til hinder for, at en beslutning i overlægens fravær træffes af en anden læge. I sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen, jf. lovens § 4 a og tvangsbekendtgørelsens § 19, stk. 5.

Der blev, som allerede nævnt, truffet i alt 7 beslutninger om anvendelse af bælte i kombination med remme. Datoen for overlægens stillingtagen er udfyldt. Overlægen tog i 6 tilfælde stilling samme dag, som beslutningen om anvendelse af remme blev truffet, og i ét tilfælde dagen efter.

Reglerne om udfyldelse af tvangsprotokoller indeholder ikke bestemmelser om, hvor lang tid der må gå, før overlægens stillingtagen skal anføres i protokollen, men overlægen skal, som det fremgår, "snarest" tage stilling til beslutningen. De kontrolhensyn,

der ligger bag reglerne om attestation, tilsiger imidlertid efter min opfattelse – som også nævnt ovenfor – at attestationen skal ske snarest muligt.

Jeg har noteret mig, at overlægen i alle tilfælde tog stilling samme dag som beslutning om anvendelse af remme blev truffet, på nær ét tilfælde, hvor det skete dagen efter.

Efter tvangsprotokolbekendtgørelsens § 6, 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. tvangsprotokolbekendtgørelsens § 7, nr. 5 og 6.

Navnet på den ordinerende læge mangler i 3 skemaer ud af 27 skemaer.

I 2 af de 27 skemaer mangler der angivelse af navnene på det implicerede personale, mens angivelse i 14 af de 27 skemaer er mangelfuld. Der er f.eks. blot angivet personale fra P1, P2 eller P3, "natholdet" + et navn eller et navn "mv." eller "m.fl."

Jeg går ud fra, at den manglende angivelse af navnet på den ordinerende læge i 3 af skemaerne skyldes en forglemmelse, og da der er tale om få tilfælde, foretager jeg mig ikke noget i den anledning.

Navnene på det implicerede personale bør fremgå udtrykkeligt af tvangsprotokollen, og jeg går ud fra, at afdelingen fremover vil være omhyggelig med at angive navnene på det implicerede personale.

Efter tvangsprotokolbekendtgørelsens § 6, nr. 2 og 3, og § 7, nr. 2 og 3, skal der ved tvangsfiksering og fysisk magtanvendelse ske tilførsel i tvangsprotokollen af indgrebs art og omfang tillige med begrundelsen for indgrebet. Ved personlig skærmning, der varer mere end 24 timer, og ved døraflåsning skal der også anføres begrundelsen for foranstaltningen, jf. tvangsprotokolbekendtgørelsens § 13, nr. 2, og § 14, nr. 2.

Skemaet indeholder særlige rubrikker til dette formål.

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

deværelse på afdelingen, forhindre at patienten utilsigtet udsætter sig selv for fare eller at patienten selv anmoder om døraflåsning). Der er tale om en indirekte henvisning i stikordsform til bestemmelserne i psykiatrilovens § 14, § 17, § 18 d og § 18 f. Ved hver form for fiksering eller fysisk magtanvendelse åbnes der kun felter med de begrundelser, der er tilladte for den pågældende tvangsform.

I alle de tilfælde, som jeg har gennemgået, er både tvangsindgrebets art og begrundelsen for indgrebet anført. I skemaerne om fastholdelse er begrundelsen i 6 tilfælde farlighed og i 4 tilfælde forulempelse. I alle tilfælde af tvangsfiksering er begrundelsen farlighed bortset fra ét tilfælde, hvor begrundelsen er forulempelse.

Tidspunktet for ophør af fikseringen eller den fysiske magtanvendelse skal angives med dato og klokkeslæt, jf. tvangsprotokolbekendtgørelsens § 6, nr. 4, § 7, nr. 4, § 13, nr. 3, og § 14, nr. 3, samt Sundhedsstyrelsens vejledning og brugervejledning.

Der er i alle tilfælde angivet ophørstidspunkt med dato og klokkeslæt.

Der er med den ændring af psykiatriloven, der 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 fire gange i døgnet jævnt fordelt, efter at beslutningen om anvendelse af tvangsfiksering er truffet, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 4, og tvangsbekendtgørelsens § 22, stk. 1. Tidspunktet for den fornyede lægelige vurdering og navnet på den læge, der har foretaget vurderingen, skal angives i tvangsprotokollen, jf. tvangsprotokolbekendtgørelsens § 6, nr. 7 og 8.

Den obligatoriske efterprøvelse efter psykiatrilovens § 21, stk. 4, skal finde sted sideløbende med den løbende vurdering efter psykiatrilovens § 21, stk. 1, hvorefter overlægen har ansvaret for at sikre, at (bl.a.) tvangsfiksering ikke anvendes i videre omfang end højst nødvendigt.

Psykiatriloven indeholder endvidere bestemmelser om ekstern efterprøvelse af tvangsfikseringer, der 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 § 22, 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 § 22, stk. 7. 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. tvangsprotokolbekendtgørelsens § 6, nr. 9, 10 og 11.

Ifølge den seneste ændring af psykiatriloven (lov nr. 708 af 25. juni 2010) skal den eksterne vurdering efter 48 timer efterfølgende gentages en gang om ugen, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 6. Denne regel trådte i kraft den 1. oktober 2010.

Hvis der ved tvangsfikseringen foruden bælte anvendes handsker, hånd- eller fodremme, skal der ved vurderingerne i forbindelse med intern og ekstern efterprøvelse tages særskilt stilling til den fortsatte anvendelse af disse tvangsmidler, jf. tvangsbekendtgørelsens § 22, stk. 4. Hvis der over for en tvangsfikseret patient senere i forløbet anvendes remme eller handsker, regnes 48-timers-fristen fra den først iværksatte foranstaltning, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9427 af 20. januar 2011 om bl.a. obligatorisk vurdering ved tvangsfiksering.

Ifølge Sundhedsstyrelsens brugervejledning skal tidspunktet for vurdering fire gange i døgnet indberettes ved bæltfiksering. Det er kun ved markering i bælte, at der åbnes en speciel indtastningstabel til notater herom.

Ifølge vejledningen er det også kun ved bæltfiksering, at der skal anføres notat om tidspunkt for ekstern læges vurdering efter 48 timer og lægens navn. Det fremgår, at der åbnes et vindue hertil, når indtastet ophørsdato og klokkeslæt ligger over 48 timer efter påbegyndt dato og klokkeslæt.

De 10 tvangsfikseringer, som jeg har gennemgået, har varet mellem ca. 2 timer og 46 timer. I 4 tilfælde, hvor tvangsfikseringerne har varet henholdsvis ca. 2 timer, 2½ time, 4½ time og 9 timer, er der ikke gjort notater om efterprøvelse. I de øvrige 6 tilfælde, hvor tvangsfikseringerne har varet i længere tid, er der i alle tilfælde gjort notater om efterprøvelse, og lægens navn er angivet.

I 4 af de 6 sidstnævnte tilfælde er der gået lang tid mellem nogle af efterprøvelserne. Det drejer sig om følgende:

I det første tilfælde, hvor en bæltfiksering blev påbegyndt den 30. august 2011 kl. 11.11, er det noteret, at der blev foretaget en vurdering samme dag kl. 18.00. Fikse-

ringen ophørte den 31. august 2011 kl. 10.25. Der gik således ca. 16½ time mellem den noterede efterprøvelse og ophørstidspunktet.

I det andet tilfælde, hvor en bæltefiksering blev påbegyndt den 21. september 2011 og ophørte den 23. september 2011, er der noteret 7 tidspunkter for vurdering. Den næstsidste vurdering blev foretaget den 22. september 2011 kl. 23.55, og den sidste vurdering den 23. september 2011 kl. 11.25, hvor fikseringen ophørte. Der gik således 11½ time mellem den næstsidste vurdering og ophørstidspunktet.

I det tredje tilfælde, hvor en fiksering med bælte og remme blev påbegyndt den 28. september 2011 kl. 17.40, er det første tidspunkt for vurdering, der er noteret, den 29. september 2011 kl. 11.00. Der gik således mere end 17 timer mellem iværksættelsen, og den første vurdering.

I det fjerde tilfælde, hvor en fiksering med bælte og remme blev påbegyndt den 29. september 2011, er der noteret 3 tidspunkter for efterprøvelse. Det fremgår bl.a., at der blev foretaget en vurdering den 30. september 2011 kl. 07.25 og herefter samme dag en vurdering kl. 17.00. Der gik således ca. 9½ time mellem 2 vurderinger i løbet af dagtimerne.

Det er ikke i overensstemmelse med reglerne i psykiatrilovens § 21, stk. 4, og tvangsbeholdningslovens § 22, stk. 1, om obligatorisk efterprøvelse mindst 4 gange i døgnet jævnt fordelt, at der er gået så lang tid (i 2 tilfælde helt op til 16-17 timer) mellem nogle af efterprøvelserne. Jeg går ud fra, at afdelingen fremover vil være meget opmærksom på, at der skal ske obligatorisk efterprøvelse 4 gange i døgnet jævnt fordelt.

Ingen af de 10 tvangsfikseringer, som jeg har gennemgået, varede mere end 48 timer, og der var derfor ikke pligt til at foretage ekstern efterprøvelse.

Opfølgning

Jeg betragter hermed sagen om inspektion af Psykiatrisk Afdeling Svendborg som afsluttet.

Underretning

Denne rapport sendes til Psykiatrisk Afdeling Svendborg, Psykiatrien i Region Syddanmark samt Psykiatrisk Afdeling Svendborgs patienter og pårørende.

København, den 07-10-2013



Jørgen Steen Sørensen