

1. Indledning

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

Som et led i denne inspektionsvirksomhed foretog jeg og tre af embedets øvrige medarbejdere den 24. august 2005 inspektion af Århus Universitetshospital, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital i Århus.

Til stede under inspektionen var blandt andre hospitalschef Svend Hagen Madsen, ledende overlæge Jens Buchhave og sygeplejefachchef Jette Ravn. Fra Århus Amt, Børn og Unge Området deltog vicekontorchef Annemette la Cour.

Inspektionen omfattede en indledende samtale med ledelse og medarbejderrepræsentanter, rundvisning på afdelingen og en opsamlende samtale med ledelsen. Der var ingen patienter eller forældre der havde anmodet om en samtale under inspektionen.

I forbindelse med inspektionen anmodede jeg om kopi af tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 32-39 i bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og

pejlesystemer og anvendelse af særlige dørlåse foretaget på afdelingen efter den 1. januar 2005, men forud for den 28. juni 2005 hvor inspektionen blev varslet.

Materialet blev udleveret i forbindelse med inspektionen. Tilførslerne gennemgås under pkt. 6.

Efter min anmodning om udlevering af behandlingsplaner til senere gennemsyn modtog jeg kopi af tre behandlingsplaner for patienter (indlagt på afsnit F).

Forud for inspektionen modtog jeg forskelligt materiale fra afdelingen vedrørende personaleforhold, vedligeholdelsesplaner og forskellig patient- og forældre(pårørende)information vedrørende hospitalets forskellige afsnit.

Under inspektionen fik jeg udleveret yderligere information om enkelte afsnit, herunder leveregler for afsnit F.

Jeg modtog endvidere under inspektionen ”Samarbejdsmodellen – en samarbejdsmodel for anbringelser af børn og unge” udgivet af Århus Amt, Børn og Unge Området og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital.

Jeg er bekendt med at Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 aflagde besøg på Psykiatrisk Hospital i Århus og på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital i Århus den 20. maj 1996, og at besøget omfattede en rundgang i afdelingens lukkede ungdomspsykiatriske afsnit. Referatet af dette besøg er omdelt til tilsynets medlemmer den 27. september 1996. Der er siden sket flere bygningsmæssige ændringer på hospitalet.

Det bemærkes endvidere at nogle af de i rapporten berørte emner hovedsagelig bygger på en efterfølgende gennemgang af det skriftlige materiale som jeg har modtaget fra hospitalet før og under inspektionen og fra hospitalets hjemmeside (på sundhed.dk), og således ikke alle blev drøftet særskilt under selve inspektionen.

Denne rapport har i en foreløbig udgave været sendt til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital i Århus og Århus Amt med henblik på at give parterne lejlighed til at

fremkomme med eventuelle bemærkninger om de faktiske forhold som beskrevet i rapporten. Århus Amt har ved e-mail af 16. november 2005 fremsat enkelte sådanne bemærkninger som er indarbejdet i rapporten. Jeg har ikke modtaget bemærkninger fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital i Århus.

2. Afdelingens organisation mv.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital er – ifølge hospitalets hjemmeside – landets største børne- og ungdomspsykiatriske afdeling og en af landets mest specialiserede afdelinger. Hospitalet er en del af Århus Universitetshospital der er et samarbejde mellem sygehusene i Århus og Aalborg, Aarhus Universitet samt Århus og Nordjyllands amter.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital er organisatorisk placeret i Århus Amts driftsområde Børn og Unge. Det politiske ansvar for børne- og ungdomspsykiatrien i amtet er placeret hos Udvalget for Børn, Kultur og Uddannelse, og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital er således administrativt placeret sammen med amtets øvrige institutioner på børne- og ungeområdet. Hospitalet har ansvaret for Århus Amts indsats over for børn og unge med psykiatiske problemer i alderen 0-20 år samt for al ambulant behandling af spiseforstyrrede (uanset alder) og for døgnbehandling af personer med spiseforstyrrelser i aldersgruppen 0-30 år. Hospitalet har desuden lands- og landsdelsfunktioner i forhold til børn og unge med komplicerede psykiatiske tilstande og dækker som sådant den hospitalsbaserede indsats for visse patienter fra andre amter.

I 1958 blev Psykiatrisk Børnehospital oprettet. Samtidig med at hospitalet blev et selvstændigt hospital den 1. januar 1995, blev navnet ændret til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital.

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital ledes af en hospitalsledelse der består af en hospitalschef, en ledende overlæge og en sygeplejefachef. Under hospitalsledelsen

findes afdelingsledelser for hvert af hospitalets otte afsnit – (for det meste) bestående af en overlæge og en afdelingssygeplejerske.

Hospitalet er inddelt i otte afsnit – primært efter patienternes alder og sygdomskriterier. Hospitalet består således af to afsnit for småbørn i alderen 0-6 år (afsnit A og B), to afsnit for skolebørn i alderen 7-13 år (afsnit C og D), tre afsnit for unge i alderen 14-20 år (afsnit E, F og I) og et Center for Spiseforstyrrelser til stationær undersøgelse og behandling af unge i alderen 14-30 år mens der ikke er nogen aldersgrænse (opad) for ambulant undersøgelse/behandling (afsnit G). Det blev under inspektionen oplyst at der også på de ungdomspsykiatriske afsnit arbejdes med en fleksibel 21-års grænse, således at unge der er tæt på at være færdigbehandlet, ikke overføres til voksenpsykiatrien ved det fyldte 21. år, men afslutter behandlingen på det ungdomspsykiatriske afsnit. Er der omvendt udsigt til fortsat (længerevarende) indlæggelse, overføres den unge til et voksenpsykiatrisk afsnit. Ledelsen oplyste at hospitalet samlet er normeret til 37 døgnpladser og 34 dagpladser, men at et afsnit midlertidigt er nednormeret med tre døgnpladser.

Målgruppen for det almene afsnit for småbørn (afsnit A) er børn i alderen 0-6 år med vanskeligheder indenfor kontakt, opmærksomhed, sprog, begavelse og indlæring. I kombination hermed ses også ofte miljø- og følelsesmæssige problemer. I løbet af den første uge efter en modtaget henvisning bliver det – i samarbejde med afsnit B – vurderet hvilke vanskeligheder det drejer sig om, hvordan disse vanskeligheder bedst kan varetages i børnepsykiatrisk regi, og på hvilket af de to småbørnsafsnit dette bedst vil kunne ske – eller om en anden foranstaltning vil være bedst for barnet. Det bliver samtidig besluttet om henvisningen skal betragtes som akut, eller om barnet skal på venteliste. Næsten alle børn undersøges først ambulant på ambulatorium A. På Dagafsnit A – der i det ydre ligner en lille børnehave – er der seks dagpladser. Hvert barn (og familie) har to kontaktpersoner, en teamperson og en miljøterapeut. Afsnit A har åbent mandag 8.00-12.00, tirsdag, onsdag og torsdag 8.00-15.00 og fredag 8.00-12.00. Fredag dog alene for skolebørn.

Afsnit B er et specialafsnit for småbørn i alderen 0-6 år og består af et ambulatorium og et dagafsnit med – ifølge hjemmesiden og det modtagne skriftlige materiale – syv pladser. Det blev under inspektionen oplyst at der – på grund af tilførte psykiatrimidler – er otte pladser fra den 1. oktober 2005 til den 31. december 2008. Afsnitets målgruppe er børn med gennemgribende udviklingsforstyrrelser (herunder infantile autisme) og børn der har vanskeligheder med socialt samvær i forbindelse med specifikke og generelle indlæringsvanskeligheder. Alle børn vurderes først ambulantly. Når et barn gennemgår en ambulantly undersøgelse eller en indlæggelse, vil barnet og familien blive tilknyttet to kontaktpersoner, en sygeplejerske/pædagog og en børnepsykiater/psykolog. Ved skift fra ambulatorium til dagafsnit vil barnet og familien skifte kontaktpersoner. Dagafsnittet er delt i ”Grøn Stue” og ”Blå Stue” hvor børnene bliver indlagt til observation eller behandling afhængigt af formålet med indlæggelsen. Afsnit B har åbent mandag, tirsdag og onsdag kl. 8.00-15.00, torsdag kl. 8.00-13.30 og fredag 8.00-12.00. Fredag dog alene for børn der er indlagt til længerevarende behandling. På både afsnit A og B vil enkelte børn have behov for at komme i daginstitution/dagpleje om eftermiddagen, og de fleste børn kommer i institution/dagpleje om fredagen.

Afsnit C er et alment børnepsykiatrisk afsnit bestående af et ambulatorium og et døgnafsnit for skolebørn i alderen 7-13 år. Sengeafsnittet har ni døgnpladser. Der er eneværelse til alle ni børn. Det blev under inspektionen – som nævnt ovenfor – oplyst at antallet af døgnpladser midlertidigt var nedsat til seks pladser, således at der samtidig var mulighed for tre dagspladser. Ledelsen oplyste at afsnittet flekserer mellem døgn- og dagspladser efter det aktuelle behov. Afsnittet undersøger og behandler skolebørn med forskellige børnepsykiatriske lidelser. Det kan være børn med depression, psykotiske reaktioner, svære tilfælde af angst og spiseforstyrrelser, men også børn med udviklingsforstyrrelser (infantile autisme, opmærksomhedsforstyrrelser mv.). Afsnittets målgruppe afgrænses ikke udelukkende af et strengt diagnostisk kriterium, men der sker også en vurdering af andre forhold (sygdommens sværhedsgrad, tidligere forløb mv.). På baggrund af de oplysninger afsnittet modtager med henvisningerne, vurderes problematikens art og omfang i forhold til afsnittets målgruppe og undersøgelses- og behandlingstilbud. Ved visitationen vurderes det om barnet har

et akut behov for vurdering, og der tages stilling til behandling eller om barnet kan afvente undersøgelse. Afsnit C er delt i to grupper med fire eller fem børn i hver. Der er mulighed for weekendophold på hospitalet for højst to patienter og kun når særlige behandlingsmæssige forhold nødvendiggør det. Weekendopholdet finder sted på det åbne ungdomspsykiatriske afsnit. Det vil som hovedregel ske med tilstedeværelse af personale fra afsnit C. Når et barn bliver indlagt, vil barnet og familien blive tilknyttet en kontaktperson fra henholdsvis sengeafsnittet og fra behandlerteamet. Disse to kontaktpersoner har sammen ansvaret for kontakten til familien og behandlingsansvaret i samarbejde med overlægen og afdelingssygeplejersken. På døgnafsnittet møder børnene mandag morgen kl. 8.00 og tager hjem på weekend fredag mellem kl. 12.00 og kl. 14.00. I modsætning til almindelige børneafdelinger er forældrene som hovedregel ikke indlagt sammen med deres barn.

Afsnit D består af et ambulatorium, CS-klinik og et dagafsnit med 5 dagspladser til skolebørn i alderen 7-13 år med neuropsykiatriske problemstillinger (ADHD/DAMP, Aspergers syndrom mv.) samt børn og unge i alderen 7-21 med obsessiv kompulsiv tilstand (OCD, svære tvangstanker og -handlinger). Børnene er ofte præget af hyperaktivitet, kaos og manglende sociale færdigheder. De fleste børn der henvises til afsnittet, udredes og behandles ambulant, men afsnittet har som nævnt også et dagsafsnit. Mens barnet er indlagt i dagafsnit D har barn og familie tilknyttet tre kontaktpersoner; en lærer, en miljøterapeut (pædagog eller sygeplejerske) og en teamperson (psykolog eller læge). Dagafsnittet er åbent mandag og fredag kl. 8.00-12.00 samt tirsdag, onsdag og torsdag kl. 8.00-15.00. Det aftales individuelt hvilket pasningstilbud barnet skal have de eftermiddage (og enkelte hele dage) hvor afsnittet er lukket. Da fritidstilbud også benyttes under indlæggelse på afsnittet, er der mulighed for at den pædagog der er tilknyttet barnet i fritidstilbuddet, kan være med i barnets aktiviteter i afsnittet. Undervisningen i afsnit D er en integreret del af det samlede observations- og behandlingstilbud, hvorfor skolelokalerne er placeret i afdelingen. På CS-klinikken følges og rådgives børn og unge til og med 20 år der er i behandling med centralstimulerende medicin.

Åbent ungdomspsykiatriskafsnit (Afsnit E) er et sengeafsnit for unge i alderen 14-20 år med ungdomspsykiatriske lidelser (akutte og kroniske tilstande, depression, tvangslidelser og angst, visse former for udviklingsforstyrrelser og personlighedsforstyrrelser). Afsnit E har ti døgnpladser – ni enkeltværelser og et dobbeltværelse. Dobbeltstuen benyttes ikke som dobbeltstue, men fungerer som en slags ”buffer” ved akutte indlæggelser. Afsnittet samarbejder tæt med det lukkede ungdomspsykiatriske afsnit (Afsnit F) og Center for Spiseforstyrrelser (Afsnit G).

Det lukkede ungdomspsykiatriske afsnit (Afsnit F) har ti døgnpladser der alle er eneværelser, til unge i alderen 14-20 år med akut indlæggelsesbehov (akutte og kroniske psykotiske tilstande, manier, depressive lidelser, retspsykiatriske patienter og patienter der har behov for lukket regi). Det blev oplyst at der pågår overvejelser om at åbne afsnittet.

Center for spiseforstyrrelser (Afsnit G) er Århus Universitetshospitals specialafdeling for behandling af spiseforstyrrelserne anorexia nervosa (nervøs spisevægring) og bulimia nervosa (nervøs spiseanfaldstilbøjelighed). Afsnittet består af et ambulatorium, et dagafsnit med otte pladser og et døgnafsnit med otte pladser til behandling af anoreksi hos unge og voksne i alderen 14-29 år.

Herudover har hospitalet et afsnit for unge i ambulant behandling og i dagbehandling (Afsnit I) hvor observation, undersøgelse og/eller behandling kan starte og foregå i ambulant regi. Afsnittet har otte dagspladser til unge i alderen 14-20 år med personlighedsforstyrrelser.

På hospitalets område ligger en skole der er folkeskolens tilbud om undervisning for de indlagte børn (med undtagelse af børn indlagt på afsnit D der har undervisningslokaler integreret i afsnittet). Skolegangen betragtes som et led i den børnepsykiatriske undersøgelse og behandling. Der undervises på små hold med børn på forskellige klassetrin i dansk, matematik, orientering og fremmedsprog. Undervisningstiden varierer fra 15-20 lektioner pr. uge, og der er således ikke tale om en fuldt udbygget

skolegang. Det blev oplyst at skolen pt. henhører under amtet, men at Århus Kommune pr. 1. januar 2007 på ny overtager den.

3. Bygningsmæssige forhold mv.

3.1. Generelt

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital er beliggende i Risskov i umiddelbar tilknytning til Psykiatrisk Hospital i Århus (voksenpsykiatrien) og dermed ligeledes i tilknytning til dette hospitals store parkanlæg. Bygningskomplekserne er omgivet af træer og grønne arealer.

De ældste af hospitalets bygninger er opført i 1958 – der er i de efterfølgende år løbende foretaget reoveringer, moderniseringer og tilbygninger. Senest er hospitalets kontorbygning til ungeområdet og bygningen med afsnit G blevet indviet i 2000. Bygningskomplekset er et lavt byggeri – ingen steder højere end to etager (stuen og 1. sal eller stue og kælderetage). Bygningerne er delvist opført i (gule) mursten og delvist beklædt med træ. Der er tale om et stort antal bygninger inden for et afgrænset område – de fleste af bygningerne og dermed afsnittene grænser op til hinanden og er fysisk forbundne via en mellemgang eller lignende.

3.2. De enkelte afsnit

Under min inspektion inspicerede jeg og mine medarbejdere samtlige senge- og dagsafsnit på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital. De enkelte afsnit er beskrevet nedenfor i den rækkefølge de blev inspiceret.

3.2.1. Afsnit F

Det lukkede ungdomsafsnit F (14-20 år) er beliggende i samme bygning som det åbne ungdomsafsnit E i en bygning i ét plan. Bygningen er opført i 1996.

Afsnittets 10 sengepladser er alle eneværelser. På tidspunktet for inspektionen var der indlagt otte unge, hvoraf to skulle udskrives samme dag.

Afsnittet er opdelt i to mindre enheder der hver har egen opholdsstue og spisestue. I den ene ende af afsnittet er der mulighed for at lukke (og låse) en dør, så et afsnit bestående af tre sengestuer med bad og toilet og en opholdsstue bliver adskilt fra det øvrige afsnit – et såkaldt skærmet afsnit. Det skærmede afsnit er opført i en tilbygning (anneks). Det blev oplyst at disse tre sengestuer tilstræbes benyttet hvis afsnittet har patienter med behov for tvangsbehandling og fikseringer. På inspektionsdagen var dørene til det skærmede afsnit lukket, men ulåst.

Indgangen til det lukkede ungdomspsykiatriske afsnit F foregår via en ”sluse” mellem to aflåste døre. I slusen – der også benyttes til venterum – findes stole og et bord hvor urolige besøgende efter personalets bestemmelse kan vente – dog blev det oplyst at slusen sjældent anvendes til dette formål. Det blev oplyst at slusen i praksis primært anvendes til at personalet her taler med familien/pårørende inden de lukkes ind i selve afsnittet for at besøge den unge.

Gangareal

Gangarealet er hvidmalet, har ovenlys, er pyntet med billeder på væggene og planter på gulvet. På gangen er der en niche – hyggekrog – med bord, sofa og en kondicykel.

Fra gangen er der udgang til to lukkede gårdhaver tilknyttet afsnittet – den ene lidt større end den anden. Begge gårdhaver er flisebelagte, og der er anlagt bede. Desuden er der opstillet havemøbler og krukke med blomster. Dørene til gårdhaverne stod åbne under inspektionen. Selvom gårdhaverne er lukkede, er de ikke sikrede. Det vil således være muligt at forcere mure og plankeværk.

Stuerne

Under inspektionen inspicerede jeg efter mit valg fem stuer – heraf kort de tre sengestuer i det skærmede afsnit. Stuernes størrelse varierer mellem ca. 10 og 12 m². Stuerne har en sovesofa som kan benyttes som siddemøbel om dagen. Møblementet om-

fatter derudover et bord og to-fire stole, et sengebord, aflåselige klædeskabe og hyl-der på væggen. Stuerne giver mulighed for at beboeren i høj grad kan sætte et per-sonligt præg hvilket også sås at være tilfældet – især for en af de stuer jeg besigtige-de, mens de andre stuer nærmest så ubeboede ud. Det blev oplyst at beboerne var blevet indlagt kort forinden og derfor først for nylig var flyttet ind på stuen.

Dørene til stuerne kan ikke låses indefra. Det blev under inspektionen oplyst at i hvert fald noget af personalet i afsnittet fandt det ønskeligt at de unge – hvis de øn-skede det – kunne låse deres egen dør, dog således at det altid skal være muligt for personalet at låse sig ind på stuen. Det blev samtidig oplyst at afsnittet – der har vå-gen nattevagt – ikke har særlige problemer med at nogle patienter forulemper andre patienter fx om natten.

Navneskiltene ved indgangen til de enkelte stuer angiver alene patientens fornavn.

Toilet- og baderum

Patienterne deles om toilet og bad således at der findes et toilet- og baderum for hver to stuer. Toilet- og baderummene er beliggende på gangen.

Nogle er kombinerede toilet- og baderum. De er ca. 8 m² med vinduer, har hvidma-lede vægge og røde klinker på gulvet. Klinkerne på gulvet var slidte og sås at være pletvist skjoldet af kalk.

I de opdeltede badeværelser og toiletter er rummene opført i grå fliser og så nyere ud end de ovennævnte toilet- og baderum.

Opholdsstuer

Afsnittet har to opholdsstuer. Her er der borde, sofaer, lænestole og tv. I den ene op-holdsstue er der tillige en computer med internetopkobling, et bordfodboldspil samt en kondicykel. Rummet virker en smule ”rodet”/overfyldt pga. de mange forskellige møbler og indbøgenstande.

Mange af møblerne i opholdsstuerne ser ud til at være af ældre dato.

Rummene virker lyse pga. de mange vinduer og er desuden gjort hjemlige/hyggelige med ophæng af billeder på væggene, planter på borde/i vindueskarme og reoler med bøger.

Fra det ene opholdsrum er der videre adgang til et hobbyrum. Her er opstillet billardbord og arbejdsborde. På væggene er der hylder med diverse hobbyredskaber.

I tilknytning til det ene opholdsrum ligger tillige et mindre køkken. Køkkenet har lyse fliser og ser pænt og relativt nyt ud. Køkkenet er aflåst, og det blev oplyst at det kun sjældent benyttes af patienterne.

Spisestuer

Den ene spisestue ligger i tilknytning til et af opholdsrummene og har et langbord med plads til ca. otte personer.

Den anden spisestue ligger i tilknytning til et køkken hvor (noget af) patienternes mad anrettes og evt. tilberedes. I rummet er der et langbord med plads til ca. otte personer, og langs væggen er der reoler. I hjørnet af denne spisestue er der et bord og en skrivebordsstol. På bordet står der en computer som har internetopkobling. Rummet har store vinduer ud til den ene af de to gårde og er derfor meget lyst. Såvel rummet, interiør og tilhørende køkken fremstår nyere end den anden spisestue og tager sig i det hele taget meget pænt ud. Køkkenet er godt indrettet med et stort køkkenbord med plads omkring og dermed med god mulighed for at patienterne kan deltage i tilberedning af mad. Det oplystes at patienterne deltager i madlavningen og at de har faste maddage, dog afhængigt af hvor friske patienterne er.

Rygerum

Rygerummet var på tidspunktet for inspektionen aflåst med henblik på at tvinge de unge til at gå udenfor når de skal ryge. Rummet er ca. 8 m².

Selvom der ikke havde været røget i rummet i tre-fire dage, var der en kraftig tobakslugt.

3.2.2. Afsnit E

Det åbne ungdomsafsnit E (for unge mellem 14-20 år) har 10 værelser. Der er plads til 11 patienter idet der udover de ni enestuer er en enkelt dobbeltstue der dog ikke – som nævnt ovenfor – benyttes som dobbeltstue.

Den bygningsmæssige indretning af afsnit E svarer til afsnit F.

Toilet- og baderum er beliggende på gangen, og patienterne deles om disse to og to.

Fællesarealet består af dagligstue, tv-stue, spisestue, køkken og værksted.

Afsnittet har brede gange, og der står lænestole og borde så der opstår små ”hyggrokroge” flere steder på gangene.

Stuerne

Ved indgangen til hver enkelt stue er der en lille tavle med den pågældende patients fornavn.

Jeg besigtigede efter mit valg en sengestue i tilbygningen (annekset). Stuen var ca. 8-10 m² og havde sovesofa, aflåselige skabe, reolophæng, skrivebord med stol samt et mindre bord med en polstret stol. Stuen var pæn og ren og patienten havde i begrænset omfang sat sit personlige præg på indretningen. Stuen havde meget lidt institutionspræg.

Jeg besigtigede det tilhørende toilet- og baderum. Rummet er ca. 6 m², hvidmalet, har flisegulv og vinduer med lyse gardiner for. Rummet fremstod pænt og rengjort.

I tilbygningen (annekset) findes et mindre, aflåst køkken. Køkkenet fremstod lyst og pænt, men det oplystes at det ikke bruges i det daglige.

Opholdsstuer

Afsnittet har to opholdsrum – henholdsvis dagligstue og tv-stue. Begge rum er meget rummelige og lyse med store vinduespartier. Rummene er indrettet med sofaer, borde, tv, computer (med internetopkobling) og reoler med diverse spil, bøger, blade mv. Endvidere er der i det ene rum et bordfodboldspil. Fra sidstnævnte rum er der udgang til en lille fliseterrasse hvor der er opstillet enkelte havestole samt et lille bord.

Det andet rum har desuden bordtennisbord, kondicykel og klaver. Rummet var opdelt i en tv-afdeling og en afdeling med et langbord med stole omkring – adskilt af reoler af ca. 1 meters højde.

Begge rum fremstod hyggelige og hjemlige med billeder på væggene og planter. Rummene var ryddelige, lyse og pæne.

I tilknytning til den ene opholdsstue er der et lille telefonrum hvor der er opstillet en mønttelefon. Der var på inspektionsdagen tillige opstillet en massagebriks som efter det oplyste anvendes af såvel patienter som personale.

Fra den sidstnævnte opholdsstue er der tillige videre adgang til et værksted. Rummet er ca. 25 m². I rummet er der opstillet borde, reoler til diverse hobbyredskaber samt flere staffelier. Rummet bar præg af at være i brug/blive brugt, bl.a. til maling – der var malerpletter på gulvet og diverse maletuber var sat frem på bordene. Rummet fremstod lyst, rummeligt og pænt – rummets anvendelsesformål taget i betragtning.

Fra opholdsstuerne er der udgang til henholdsvis en lukket gårdhave og en åben fliseterrasse der grænser op til det omkringliggende græsareal. Begge steder var der opstillet havemøbler/bord-bænkesæt. I gårdhaven var der blomsterbede og der stod krukker med blomster. I tilknytning til den åbne fliseterrasse var der anlagt en petanquebane som efter det oplyste blev benyttet flittigt.

I forbindelse med afsnittets kontor – nærmest på gangen til det næste afsnit – er der opstillet et bord med stole. Dette ”pauserum” benyttes af personalet til møder, konferencer mv., men også af patienter og pårørende til afvikling af besøg hvis der er behov for lidt ro.

Rygerum

Rygerrummet er ca. 8 m² og har glas i døren således at det er muligt at kigge ind uden at åbne døren når man går forbi på gangen. Rummet er gjort hyggeligt med stearinlys, kunstige blomster og en reol med kurve og har herudover et stuebord med polstrede stole omkring.

Afsnitsledelsen oplyste at det var et bevidst valg – for at begrænse de unges rygning til et minimum – at der ikke var opstillet tv i rygerrummet.

3.2.3. Afsnit G

Center for Spiseforstyrrelser (afsnit G) er – som nævnt ovenfor – delt op i et døgnafsnit, et dagafsnit og et ambulatorium. Under inspektionen besøgte jeg alene døgnafsnittet. Døgnafsnittet ligger i samme bygning som ambulatorium G.

Døgnafsnit G har otte sengepladser – fordelt på 8 enkeltværelser.

Gangarealet på afsnittet er bredt, lyst og udsmykket med kunst på væggene og planter i vinduerne og på gulvet.

Stuerne

Som i de øvrige afsnit, er der ved indgangen til den enkelte stue en lille tavle med den pågældende patients fornavn.

Jeg besøgte efter mit valg to sengestuer og kiggede ind i yderligere tre stuer. Stuerne er mellem ca. 12-15 m², hvidmalede og har relativt store vinduer (med lyse gardiner) ud til de omkringliggende grønne arealer.

Stuerne har alle et aflåseligt skab, seng, sengebord, skrivebord med stol, lænestol samt hylder og opslagstavle på væggen. Inventaret ser pænt og nyt ud. På gulvet er der linoleum med mosaiklignende mønster.

Rummene har et meget lidt institutionslignende præg, og giver dermed patienten god mulighed for at sætte et personligt præg hvilket også sås at være tilfældet særlig i den ene stue jeg besøgte – patientens billeder på opslagstavle og skrivebord, planter, cd-afspiller og bøger, kurve mv. på hylderne. Den anden stue havde et meget mindre personligt præg. Personalet oplyste at patienten på den anden stue kun havde boet på værelset i nogle få dage, og at det sandsynligvis var grunden til at værelset så mere ubeboet ud.

Ingen af værelserne har computer og/eller fjernsyn. Personalet oplyste at der generelt i afsnittet er forbud mod at medbringe egen computer og/eller eget fjernsyn; dette for at undgå at den enkelte patient isolerer sig på sit værelse.

Jeg besøgte desuden en patientstue der benyttes som ”udslusningsstue” i forbindelse med at patienten afslutter sit behandlingsforløb og skal forlade afsnittet. Stuen ligger lige ved indgangen til afsnittet og er i øvrigt indrettet som afsnittets andre stuer.

Patienterne deles om toilet og bad således at der findes et toilet- og baderum for hver to stuer. Toilet- og baderummene er beliggende på gangen. Afsnitsledelsen oplyste at det havde været et ønske under byggeriet af afsnittet at patienterne ikke skulle have eget bad og toilet på stuerne, idet det var vigtigt at personalet kunne holde øje med patienternes benyttelse af toilet/bad. Fx for at undgå at patienten efter et måltid kaster op, og for at patienten ikke inden vejning drikker 1 liter vand for at få vægten op.

Jeg besøgte to toilet- og baderum – det ene lidt større end det andet og med badekar. Rummene har hvide flisevægge og gråt klinkegulv. Toilet- og baderum så pæne og rene ud og havde god plads – med hylder mv. – til de enkelte patienters toiletsager.

Opholdsrum

Opholdsrummet er et stort lyst rum med et sofahjørne med sofaer, lænestole, to borde og fjernsyn. I den anden ende af rummet er der et rundbord med stole omkring. På den ene endevæg er der hylder med spil og bøger. På væggene hænger der billeder, der er planter på gulvet og på bordene, og i sofaer og stole ligger der mønstrede puder og plaider. Rummet har store vinduer ud til det grønne areal udenfor.

Opholdsrummet fremstår – som det øvrige afsnit – meget pænt, nyt og indbydende.

Fra rummet er der udgang til en altan i træ med caféborde og -stole.

Hobbyrum

Hobbyrummet er indrettet med et stort bord i midten af lokalet med plads til ca. otte personer omkring. Langs væggene er der opstillet staffelier og reoler med diverse hobbyredskaber. Derudover er der en computer og et skrivebord med tilhørende kontorstol. I rummet var der et ovenlysvindue hvilket bevirkede at rummet virkede lyst, til trods for det ikke i øvrigt har vinduer.

Spisestue

Spisestuen har karakter af en slags køkken-alrum i og med at der mellem spisestue og køkken er en glasvæg/vindue og en serveringsluge. Patienterne deltager – efter det oplyste – i varierende omfang i madlavningen i afsnittet.

I spisestuen er der et langbord med dug og matchende polstrede stole. På endevæggen er der ophængt reoler, og rummet er i øvrigt dekoreret med billeder på væggene og blomster/planter.

Fra spisestuen er der tillige direkte udgang til en større aflukket flisegård hvor der er opstillet haveborde og – stole, herunder solvogne.

Spisestue, køkken og gård er – ligesom de øvrige rum i afsnittet – meget pæne, rydelige, lyse og nye.

3.2.4. Afsnit A

Det almene dagsafsnit for småbørn (0-6 år) – afsnit A – ligger i en bygning grænsende op til og forbundet med administrationsbygningen til den ene side og afsnittets ambulatorium – ambulatorium A – i bygningen til den anden side.

Afsnittet har seks dagpladser og minder i den fysiske indretning om en lille børnehave. Ved indgangen til afsnittet er der således – som i en børnehave – garderobe med et ”rum” til hvert af børnene til sko, jakker, regntøj mv. På gangen er der i øvrigt børnetegninger og – billeder på væggene.

I afsnittet er der en større opholds- og spisestue. I rummet er der indrettet en ”legekrog” med et lille bord, stole og diverse legesager. I den anden ende – adskilt af reoler med spil og andre legesager – er der et langbord og seks Trip Trap-børnestole hvor børnene normalt spiser deres frokost.

Væggene er – ligesom væggene på gangen – dekoreret med børnetegninger og – billeder.

Fra afsnittet er der adgang til en legeplads umiddelbart udenfor.

3.2.5. Afsnit C

Døgnafsnit C – alment afsnit for skolebørn i alderen 7-13 år – grænser op til ambulatorium A til den ene side og dagafsnittene I og G til den anden side.

Afsnittet har ni døgnpladser fordelt på ni eneværelser. Afsnittet er renoveret og udbygget i 1999-2001.

Gangarealet er lyst og fint dekoreret med børnetegninger på væggene. Ved indgangen til de enkelte værelser har børnene selv skrevet og tegnet dørskilte med deres fornavne.

Fællesrum

Afsnittet har et stort lyst rum som både anvendes til spisestue og som legerum. I den ene ende af rummet er der et spisebord med stole og i den anden ende et lille legebord og diverse legesager. I rummet står der desuden reoler med spil og legesager. Fra opholds- og spisestuen er der direkte udgang til fliseterrasse og græsareal. Ca. midt på gangen er der en niche med en sofa, to lænestole og et bord. Ved siden af sofaarrangementet står en stor reol fyldt med (bræt)spil og enkelte andre legetøj.

Længere nede ad gangen er der endnu et opholdsrum hvor der er opstillet to computere, to fjernsyn, et bordfodboldspil samt reoler med bøger opdelt efter emner samt forskelligt legetøj. Rummet fremstod hyggeligt med børnebilleder (tegneseriefigurer) på væggene og planter i vindueskarmene.

Fra opholdsrummet er der direkte udgang til de omkringliggende græsarealer og til fliseterrasse med sandkasse og havemøbler.

Stuerne

Jeg besøgte efter mit valg en stue. Stuerne er hvidmalede og ca. 8 m². De er indrettet med sovesofa der kan slås op og bruges som sidde møbel om dagen. Derudover er der et skab, et bord og to stole og en opslagstavle. Den besøgte stue har to vinduer og fremstod lys og pæn og uden noget særligt institutionspræg. Der er mulighed for at patienten kan sætte sit personlige præg på stuen hvilket også sås at være gjort ved at der var hængt diverse billeder op, der var planter, eget legetøj og tegneserier.

Dørene til stuerne var forsynet med vrider på indersiden, og patienten kan således låse døren inde fra. Det blev oplyst at personalet altid kan låse op ude fra.

Patienterne deles om toilet og bad på gangen. Der er ét toilet- og baderum til hver tre patienter. Jeg besøgte efter eget valg et af disse toilet- og baderum der tillige indeholdt et badekar. Rummet – hvor der var hvide fliser og klinkegulv – fremstod pænt, rent og så relativt nyt ud.

Sektion med mulighed for skærmning

Nederst på gangen til afsnit C er der mulighed for afskærmning af to stuer fra den øvrige del af afsnittet ved hjælp af en dobbeltdør med glasruder. Denne dør kan låses. På inspektionstidspunktet var dobbeltdøren ulåst. Det blev oplyst at døren almindeligvis er ulåst og kun yderst sjældent er døren låst. Stuerne er indrettet på samme måde som afsnittets øvrige stuer. Den ene af disse stuer var belagt på inspektionstidspunktet.

I denne del af afsnittet er der et grupperum og endnu et opholdsrum med fjernsyn, reoler, sofahjørne med bord samt et spisebord med plads til fem-seks personer. Rummene er ligeledes dekoreret med billeder på væggen.

Opholdsrummet ligner i sin indretning – i højere grad end de øvrige opholdsrum – et ”voksenrum”/rum for lidt ældre børn i og med der ikke i samme grad er legetøj, børnebøger mv. i rummet.

Opholdsrummet har vinduer der vender ud mod udendørsarealet med græsplæner, fliseterrasse og sandkasser. Fra en glasdør er der adgang hertil.

3.2.6. Afsnit B

Dagafsnit B for småbørn (specialafsnit for småbørn i alderen 0-6 år) ligger i forlængelse af afsnit C's sengeafsnit og dagafsnittene I og G.

Afsnittet har – ifølge hospitalets hjemmeside og det modtagne skriftlige materiale – plads til syv dagindlagte børn. Som tidligere nævnt blev det under inspektionen oplyst at der er plads til otte børn i afsnittet.

Afsnittet bærer i høj grad præg af at være indrettet til afsnittes målgruppe – børn med neuropsykiatriske sygdomme, herunder autismspektrumforstyrrelser (gennemgribende udviklingsforstyrrelser). Såvel på gangarealer som i legestuerne anvendes farvestimuli – blandt andet ved ophæng (i børnehøjde) af fliser/brikker i forskellige

farver på gangarealerne og kasser til legetøj i bestemte farver. Herudover er der ved indgangen til den enkelte stue billeder af de børn der hører til den pågældende stue, ligesom der på børnenes pladser ved bordet i stuen er et billede af det enkelte barn.

Afsnittet er inddelt i to store stuer – ”Blå stue” og ”Grøn stue” hvor væggene i de pågældende stuer er malet henholdsvis blå og grønne. Stuerne er indrettet med spisebord og Trip Trap-børnestole, reoler langs væggene med legetøj og farvede kasser til legetøj. Der er planter i vinduet. Stuerne har en meget børnevenlig indretning med masser af legetøj og der er ryddeligt, pænt og lyst. I den ene ende af stuerne er der opstillet borde der er skærmet fra de øvrige borde. Det blev oplyst at bordene benyttes til individuel træning af børnene.

Fra stuerne er der udgang til en fliseterrasse og legeareal med havemøbler, rutschebane, sandkasser og gynger. Det blev under inspektionen oplyst at legepladsen skal renoveres – skitserne foreligger, men arbejdet er endnu ikke påbegyndt.

På gangen er der en niche med sofa, bord, reoler og forskelligt legetøj, herunder kasser på hjul med legetøj der er kørt ind under reolerne. På gangen er der tillige et akvarium med fisk.

Afsnittet har et skiftrum (bleskift) hvor der også er et badekar. Det blev oplyst at rummet er fra slutningen af 50'erne, men rummet er siden delvist renoveret og er i relativ god stand og tog sig pænt ud. Det blev oplyst at rummet er planlagt renoveret i 2006.

Uden for skiftrummet er der to gange tre håndvaske i børnehøjde. Ved spejlene er der sat symboler op som relaterer sig til forskellige ”badeværelsesaktiviteter” – fx en tandbørste.

Endvidere er der to separate toiletter på gangen – det ene af disse er i børnestørrelse, og det andet har et monterbart ”børnetoiletsæde”.

3.2.7. Afsnit D

Dagafsnit D – specialafsnit for skolebørn i alderen 7-13 år med neuropsykiatriske problemstillinger – ligger i en bygning for sig selv i forlængelse af bygningen med dagafsnit B.

Afsnittet har fem dagspladser og skoleaktiviteterne er integreret i afsnittet.

Ved indgangen til afsnittet er der – som i en børnehave – en garderobe (som i afsnit A) med et ”rum” til hvert af børnene med plads til overtøj, sko mv. Over for garderoben er der et hjørne med tv og spillemaskine hvor børnene kan spille Nintendo mv.

På gangen er der desuden en ”sofakrog” med en sofa og en reol med spil og bøger.

Desuden har afsnittet to skolestuer – stuerne har skoletavler, rundborde med kontorstole samt skabe, reoler og skuffer med forskelligt undervisningsmateriale. Derudover har den store skolestue egentlige skoleborde hvor der er individuelle pladser til børnene samt to akvarier med fisk. I den lille skolestue er der to computere og en printer.

Begge rum er pæne, lyse og hyggeligt/børnevenligt indrettet blandt andet med børnetegninger og alfabetet på væggene som i et almindeligt skoleklasselokale.

Endvidere er der i afsnittet et værksted blandt andet med høvlebænke, borde og stafelier samt et legerum og et puderum med eksempelvis borde, stole, spil og forskelligt legetøj.

Køkken-alrummet er et stort lyst rum hvor selve køkkenet kun er adskilt fra spisesektionen af en mur der er lidt højere end køkkenbordet. Der er således gode muligheder for at børnene kan hjælpe til i køkkenet hvilket blev oplyst at de også jævnlige gør. I spisesektionen er der et langbord med stole omkring. For enden af langbordet hænger en stor tavle hvor børnenes dagsprogram er tegnet ind (piktogrammer så børnenes selv forstår det). Langs endevæggen er der reoler og skabe.

Fra køkken-alrummet er der udgang til en altan med borde og stole og derfra videre adgang til en lege- og bålplads ad en trappe (afsnittet er beliggende på 1. sal). Lege- og bålplads er nyopført i flotte naturmaterialer og falder godt ind i de grønne omgivelser med græsarealer og mange træer. På legepladsen er der blandt andet et klatrestativ, sandkasse, gynger, en tipi, fodboldmål, basketkurve, bålplads samt tre borde/bænkesæt.

Som det fremgår af gennemgangen af de fysiske forhold på hospitalet ovenfor, er det muligt for nogle patienter at låse døren til deres egen sengestue, fx hvis de ønsker at sove uden at være nervøs for at andre patienter kommer ind på stuen, mens dette ikke er muligt for de fleste af hospitalets patienter.

Jeg anmoder hospitalet om generelt at overveje spørgsmålet om at etablere muligheden for patienterne at aflåse egen stue på (nogle af) de afsnit (fx de ungdomspsykiatriske afsnit) hvor det ikke er muligt i dag, og meddele mig resultatet af disse overvejelser. Jeg anmoder om at overvejelserne kommer til at omfatte såvel muligheden for at den enkelte patient kan låse indefra når vedkommende er til stede på stuen, fx om natten, som muligheden for at aflåse stuen udefra når patienten ikke er på stuen.

Jeg er opmærksom på at det for nogle patienters vedkommende kan give anledning til betænkeligheder at patienten får mulighed for at låse sig inde på stuen, fx fare for at den pågældende til fare for sig selv barrikaderer sig på stuen, eller i tilfælde hvor patienten af andre årsager ikke bør være alene eller uden direkte opsyn. I overvejelserne bør derfor indgå muligheden for at muligheden for at aflåse døren til egen stue helt eller delvist blokeres i konkrete tilfælde. Jeg gør samtidig opmærksom på at personalet – naturligvis – til enhver tid skal kunne låse sig ind på en stue hvortil patienten selv har låst døren.

De besigtigede afsnit på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital fremstår generelt relativt nye, pæne, rene og velholdte. De fysiske forhold giver mig ikke anledning til yderligere bemærkninger.

4. Samtaler med enkelte patienter

Jeg havde under inspektionen ikke – som jeg normalt har – samtaler med patienter, pårørende eller andre (fx bruger- eller patientråd). Jeg havde dog dagen før under min inspektion af Psykiatrisk Hospital i Århus (voksenpsykiatri) en kort samtale med formanden for ”DE9 – Foreninger for pårørende til psykisk syge i Århus Amt”. Formanden afleverede et brev vedrørende nogle forhold på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital. Foreningen har modtaget et separat svar på brevet.

5. Andre forhold

5.1. Overbelægning mv.

Hospitalet har som nævnt ovenfor aktuelt 34 døgnpladser og 34 dagpladser. Døgnpladserne er alle fordelt på eneværelser, dog således at afsnit E råder over en dobbeltstue der fungerer som en slags ”buffer” i tilfælde af akutte indlæggelser. Stuen fungerer således ikke som dobbeltstue og afsnittet er heller ikke normeret herefter.

Hospitalet har ikke problemer med overbelægning, men kan i korte perioder have overbelægning på grund af akutte indlæggelser. Ledelsen oplyste at der særlig til undersøgelse/diagnosticering og ambulant behandling er ventetid, men at der reelt ikke er ventetid til indlæggelse. Jeg modtog forud for inspektionen hospitalets aktivitetsopgørelse til amtet for perioden januar-juni 2005. Det fremgår heraf at den gennemsnitlige ventetid i perioden var 6,9 måneder for småbørn, 5,1 måneder for skolebørn og 9,5 måneder for unge. For 40,3 % af småbørnene, 54,7 % af skolebørnene og 63,2 % af de unge var ventetiden under tre måneder i denne periode. Det fremgår også at ventetiden for de ventende patienter, opgjort pr. 1. juli 2005, var 5,3 måneder for småbørn, 4,7 måneder for skolebørn og 3,7 måneder for unge. Pr. 1. juli 2005 ventede 180 småbørn, 232 skolebørn og 106 unge på behandling/undersøgelse.

Afdelingen oplyste at udskrivning ikke sker tidligere end ønsket fordi ”mere trængende” børn og unge venter på behandling og/eller undersøgelse, men at hvert afsnit i forbindelse med en akut indlæggelse vurderer om der er patienter der er klar til udskrivning.

Det fremgår af den modtagne aktivitetsopgørelse at den gennemsnitlige belægningsprocent i perioden januar-juni 2005 var 83 (døgnpladser), mod 86 % i samme periode i 2004. I den opgjorte periode modtog hospitalet 751 henvisninger (eksklusiv akutte indlæggelser), der var 128 akutte indlæggelser, og der blev startet 562 nye sager (indlæggelser og patienter fra venteliste), mens der blev afvist 140 patienter (inklusive de der blev afvist efter forambulant møde). I perioden var der 1.776 patienter i behandling (indlagte og ambulante).

Det fremgår af det modtagne materiale at den gennemsnitlige indlæggelsestid varierer fra afsnit til afsnit, men også inden for afsnittene. Således fremgår det af informationsfolderen "Velkommen til Afsnit B – specialafsnit for småbørn – Forældreinformation" at børnene her bliver indlagt til observation og behandling fra 12 uger til ½ år. I afsnit C hvor er børnene inddelt i tre grupper, kan indlæggelsestiden i den ene gruppe variere fra få uger til flere måneder, mens de to andre grupper samt ambulatoriet modtages til planlagt behandling af ca. et års varighed. Dette fremgår af det modtagne materiale om dette afsnit. Det fremgår af folderen "Velkommen til Dagafdeling – afsnit D – Forældreinformation" at der i afsnit D indlægges fire børn der starter og slutter samtidigt. For denne gruppe er indlæggelsestiden ca. 12-13 uger. Herudover har afsnittet en plads hvor indlæggelsestiden kan variere. Af folderen "Indlæggelse på Center for Spiseforstyrrelser" fremgår det at varigheden af indlæggelsen fastlægges når patienten påbegynder fase 2 i forløbet. Som udgangspunkt varer indlæggelsen det antal uger som svarer til det antal kilo den pågældende patient mangler for at nå op i normalvægtsområdet plus 8 uger. Den maksimale indlæggelsestid er 9 måneder. Ledelsen oplyste at den gennemsnitlige indlæggelsestid i afsnittet er 4 måneder. Det blev videre oplyst at den gennemsnitlige indlæggelsestid på de ungdomspsykiatriske afsnit (E og F) højst er 14 dage, således at mange kun er indlagt 1-2 døgn og få er indlagt i flere måneder. Ledelsen kunne umiddelbart kun huske en patient der havde været indlagt i mere end 1 år.

Hospitalet har i samarbejde med amtet udgivet to foldere med titlen "Rådgivende samtale i ventetiden" – den ene til barnet og den unge og den anden til forældrene. Det fremgår heraf at hospitalet pr. 1. januar 2005 tilbyder en rådgivende samtale til

patienter (og deres familier) som må vente mere end tre måneder på start af undersøgelse/behandling. Samtalen finder sted ”inden for fire uger fra det tidspunkt, hvor hospitalet har accepteret en henvisning til undersøgelse/behandling.” Folderne indledes med et afsnit om at barnet/den unge er blevet henvist til hospitalet, men at det ikke er muligt at påbegynde undersøgelse og behandling med det samme, og at dette betyder ventetid. Det anføres at ventetid kan være en belastende og en uvis periode for patienten – og også for familien.

Jeg har endvidere modtaget folderen ”Forældreaftener Afsnit A” hvoraf det fremgår at der afholdes forældreaftener for forældre (og andre pårørende) til børn på venteliste til afsnit A – i erkendelse af at ventetiden kan være lang.

Det er naturligvis beklageligt at børn og unge som henhører under hospitalet, og som har behov for undersøgelse og/eller behandling, må stå på venteliste i længere tid. På baggrund af det oplyste går jeg dog ud fra at der hurtigst muligt efter henvisningen foretages en vurdering af alle henviste børn og unge med henblik på en vurdering af om den pågældende skal undersøges/behandles akut, eller om den pågældende kan sættes på venteliste – således som jeg har gengivet forløbet ovenfor under punkt 2 for så vidt angår afsnit A og B.

Jeg går samtidig ud fra at Århus Amt stedse er opmærksom på at søge at sikre at der til enhver tid er et tilstrækkeligt antal dags- og sengepladser til rådighed.

5.2. Aflåsning, herunder skærmning, og forholdene for frivilligt indlagte

Patienterne låses ikke inde på deres stuer, og afdelingen anvender ikke særlige låsesystemer. Dog er yderdørene på småbørnsafsnittene (A og B) forsynet med dobbelte dørgreb – som det er almindeligt i daginstitutioner (fx børnehaver).

De oplukkelige vinduer på afsnit F er forsynet med lås således at de ikke umiddelbart kan åbnes helt, men alene kan åbnes ca. 10 cm til udluftning.

Ud over det lukkede afsnit F har hospitalet som nævnt ovenfor på både afsnit E, F og C mulighed for at aflåse en del af afsnittene med henblik på at skærme enkelte patienter. Afsnit E og C kan således delvist fungere som lukket afsnit og er i den forstand integrerede afsnit. Under den indledende samtale blev det oplyst at denne skærmmulighed kun sjældent benyttes på afsnit C, men at der i højere grad benyttes personlig skærmning af patienter med behov for en lukket dør. På inspektionstidspunktet var den ene af de to sengestuer i det skærmede afsnit i afsnit C belagt. Det blev under rundgangen oplyst at døren almindeligvis er åben og således kun yderst sjældent er låst. På tidspunktet for inspektionen opholdt der sig to patienter i det skærmede afsnit i afsnit F. Døren dertil var lukket, men ikke låst. Det blev også oplyst at hvis indlagte unge har behov for lukket psykiatri, overføres den pågældende (i videst muligt omfang) til det lukkede afsnit F.

Det blev under inspektionen oplyst at der pågår overvejelser om at åbne afsnit F og – forstod jeg – benytte det skærmede afsnit til de (få) patienter der har behov for en lukket dør. Flere af de indlagte patienter på det lukkede afsnit F er efter det oplyste frivilligt indlagte, og også på de åbne afsnit findes patienter der er tvangsindlagte. Da ikke alle patienter der er indlagt på afsnit F – eller eventuelt i de skærmede afsnit på afsnit E og C – er tvangsindlagte/-tilbageholdte, forekommer det således at frivilligt indlagte er placeret på aflåste afsnit.

Jeg beder hospitalet om at oplyse hvorvidt det forekommer at det skærmede afsnit på afsnit E er aflåst mens den øvrige del af afsnittet (som normalt) fungerer som åbent afsnit. Såfremt dette er tilfældet, beder jeg afdelingen oplyse hvorledes en sådan dørraflåsning registreres.

Under inspektionen fik jeg indtryk af at hospitalet er opmærksom på de problemer det kan give at have frivilligt indlagte patienter (der som konsekvens af at en eller flere medpatienter er tvangsindlagt/-tilbageholdt) er anbragt på et aflåst afsnit, uanset at dette for de frivilligt indlagte patienter er et åbent afsnit, således forstået at de bliver låst ud hvis de beder personalet herom (eller at der i modsat fald af den vagtha-

vende læge foretages en vurdering af om betingelserne for en tvangstilbageholdelse er opfyldt).

Som jeg oplyste under inspektionen, har Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 i forbindelse med tilsynets inspektioner af psykiatriske hospitaler og afdelinger også beskæftiget sig med spørgsmålet om afdelinger hvor der er både frivilligt indlagte og tvangsindlagte/-tilbageholdte patienter. I overensstemmelse med det som tilsynet har tilkendegivet, bør en ordning som den omtalte efter min mening praktiseres således at en patient der indlægges på et psykiatrisk hospital, og hvor der ikke er tale om at den pågældende er tvangsindlagt eller -tilbageholdt, bør tilbydes en plads på en uaflåst del af det psykiatriske hospital, at en patient der overgår fra at være tvangsindlagt/tvangstilbageholdt til at være frivilligt indlagt, tilbydes anbringelse på en uaflåst del af hospitalet, og at det kun undtagelsesvist bør forekomme at en frivilligt indlagt patient af kapacitetsmæssige grunde ikke tilbydes en plads på en uaflåst del af hospitalet. Sker det, bør patienten hurtigst muligt tilbydes en plads på et uaflåst afsnit.

Det er efter min opfattelse en forudsætning for at den praktiserede ordning er i overensstemmelse med bestemmelserne i psykiatriloven (lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien som senest ændret ved lov nr. 1371 af 20. december 2004) om tvangstilbageholdelse, at det er helt klart for den enkelte patient hvilken retlig status den pågældendes indlæggelse har (frivillig eller tvangsmæssig), at hospitalet er meget opmærksom på at der sker ophævelse af en beslutning om tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse straks når betingelserne herfor ikke længere er til stede, og at patienten i den forbindelse informeres om at indlæggelsen nu er frivillig, og at de frivilligt indlagte patienter umiddelbart har mulighed for at forlade hospitalet når de måtte ønske det.

Idet jeg går ud fra at hospitalet altid orienterer frivilligt indlagte patienter der indlægges på afsnit F om at anbringelsen er frivillig, at der gælder de samme vilkår som hvis afsnittet var åbent mv., at der altid er personale til stede til at låse frivilligt indlagte patienter ud hvis de beder om det, og at anbringelsen af frivilligt indlagte pati-

enter i øvrigt så vidt muligt administreres i overensstemmelse med det ovenfor anførte, har jeg ikke yderligere bemærkninger til spørgsmålet.

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

Der er således på den ene side hjemmel til at foretage aflåsning af en afdelings yderdøre og på den anden side utvivlsomt et forbud mod aflåsning af dørene til patienters stuer (bortset fra de særlige tilfælde på sikringsafdelingen).

Psykiatriloven eller administrativt fastsatte bestemmelser fastsat i henhold til psykiatriloven indeholder ikke en nærmere angivelse af størrelsesmæssige krav til en afdeling. Jeg går – som jeg også tidligere har givet udtryk for, og som jeg også gav udtryk for under inspektionen – imidlertid ud fra 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 kan herefter rejses spørgsmål om hvorvidt det er i overensstemmelse med psykiatriloven at etablere en (meget) lille (sær)afdeling – et skærmet afsnit på en afdeling.

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

Som bekendt skal der efter psykiatrilovens § 46 fremsættes forslag til revision af psykiatriloven i folketingsåret 2005-6. Jeg har ikke fundet at burde udtale nogen endelig opfattelse af det her rejste spørgsmål.

Som jeg også oplyste under inspektionen, er indgreb i den personlige frihed eller andre foranstaltninger der griber ind i psykiatriske patienters integritet uden for det lovregulerede område, for tiden genstand for overvejelser hos Folketingets Ombudsmand. Spørgsmålet om blandt andet skærmning vil blive taget op med de relevante myndigheder. I relation til min inspektion af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital i Århus, foretager jeg mig på det foreliggende grundlag ikke noget vedrørende spørgsmålet.

Fiksering – der stort set kun anvendes på afsnit F – foregår normalt på patientens egen stue. Afsnittet har tidligere haft en stue indrettet til fikseringsrum, men dette er opgivet, idet der efter afsnittets opfattelse var forbundet for stort ubehag hermed. Det blev oplyst at de ungdomspsykiatriske afsnit er i besiddelse af fikseringsmateriale der opbevares i et aflåst skab i et depotrum i det enkelte afsnit.

Det blev oplyst at der altid foretages en vurdering af hvilke remme der konkret skal anvendes ved fikseringer, således at der først anvendes bælte og herefter eventuelt suppleres med hånd- og/eller fodremme. Ledelsen oplyste at der altid er fast vagt når en patient er fikseret.

Det blev oplyst at hospitalet meget sjældent oplever at patienter af tryghedsgrunde selv beder om at blive fikseret.

Jeg går ud fra at fikseringsmaterialet altid transporteres diskret (fx i et pudebetræk) til og fra anvendelsesstedet, og at den faste vagt hvis denne placeres på gangen (og ikke inde på stuen) kun har døren så meget på klem at det er muligt at se patienten hele tiden uden at det er muligt for personer der færdes på gangen uden for, at kigge ind til den fikserede.

Om frivillig fiksering henviser jeg i øvrigt til punkt 6.3. nedenfor.

5.3. Adgang til frisk luft

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

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

Af bemærkningerne til forslaget til ændringslov (lovforslag L 36, fremsat af justitsministeren den 27. marts 1998) fremgår at hensigten med denne affattelse af § 2 har været at ”understrege behovet for og vigtigheden af, at forholdene på de psykiatriske afdelinger forbedres, herunder navnlig de bygningsmæssige forhold” (side 16).

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

Alle indlagte på hospitalet har adgang til frisk luft hver dag. Ledelsen oplyste at alle indlagte børn og unge kommer ud hver dag. Til alle afsnit hører en (gård-)have. Som nævnt oven for under punkt 3.2.1. er der til afsnit F knyttet to lukkede gårdhaver hvortil der i princippet er fri adgang. Gårdhaverne er som nævnt ikke sikrede idet det vil være muligt at forcere murerne og komme op på taget ligesom plankeværket kan forcere. Uvedkommende har ikke adgang til indkig i gårdhaverne.

Det oplyste om adgang til frisk luft giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.4. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2

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

Det fremgår af det modtagne materiale fra afsnit A at der umiddelbart efter indlæggelsen bliver ”udarbejdet en behandlingsplan, som beskriver formålet med opholdet hos os samt de behandlingsmæssige initiativer, der vil blive i gang sat”. Behandlingsplanen gennemgås med forældrene.

I materialet vedrørende afsnit B er det anført at der efter ”aftale med og i samarbejde med forældrene foretages psykologisk undersøgelse, talepædagogisk undersøgelse, observation af funktionsniveau, lægelig undersøgelse, fysioterapeutisk undersøgelse samt tilrettelæggelse og udførelse af behandling.”

Det fremgår af materialet fra afsnit G at der ”ved indlæggelsen” udarbejdes en behandlingsplan i samarbejde med unge (eller voksne).

Endvidere fremgår det af det modtagne materiale at de dagsindlagte børn (afsnit A, B og D) forsynes med en kontaktbog der benyttes til daglig kontakt med hjemmet. Kontaktbogen udleveres ved indlæggelsen. Det fremgår desuden – og det var også mit indtryk under inspektionen – at hospitalet har en tæt kontakt til de indlagte børn og unges forældre.

Jeg beder hospitalet om at oplyse hvordan denne (videre) vejledning finder sted.

5.5. Patienternes kontakt med læge mv.

Ledelsen oplyste at alle indlagte har en sagsansvarlig behandler som patienten løbende har kontakt med, men at det ikke altid er en læge der er den behandlingsansvarlige. På ungdomsafsnittene er den behandlingsansvarlige enten en læge eller en psykolog. Det blev oplyst at de indlagte på afsnit G har møde med den behandlingsansvar-

lige hver dag. Som anført ovenfor forsynes de dagindlagte børn med en kontaktbog der benyttes til den daglige kontakt til hjemmet. For alle indlagte udarbejdes der en behandlingsplan.

Som anført ovenfor under punkt 2. tildeles alle patienter (og forældre) mindst to kontaktpersoner.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger. Dog bemærker jeg at jeg går ud fra at det er muligt at skifte kontaktperson i det omfang et sådant ønske er sagligt begrundet, fx hvis der opstår et (åbenlyst) modsætningsforhold mellem patienten (og evt. forældrene) og kontaktpersonen.

5.6. Tilkald af politi i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger i afdelingen

Jeg har tidligere rejst spørgsmålet om politiets medvirken ved udførelse af tvangsforanstaltninger i psykiatrien over for Justitsministeriet. Justitsministeriet har ved brev af 23. juli 2001 fremsendt en kopi af ministeriets svar af samme dato til Sundhedsministeriet til brug for besvarelsen af spørgsmål nr. 11 af 22. februar 2001 til Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71. I Justitsministeriets svar til Sundhedsministeriet er blandt andet anført følgende:

”...

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

Politiet vil f.eks. kunne anvende fysisk magt til at fastholde en voldsom patient eller til at føre patienten til et egnet lokale på hospitalet på samme måde, som hvis der var tale om detentionsanbringelse af en uregerlig per-

son uden for sygehusregi. Politiet er i forbindelse med sådanne indgreb ikke undergivet instruktion fra sygehuspersonalet.

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

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

...”

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

Ved lov nr. 444 af 9. juni 2004 om politiets virksomhed der trådte i kraft den 1. august 2004, blev retsplejelovens § 108 ophævet.

Under inspektionen blev det oplyst at politiet ikke kommer med ind på afsnittet ved tvangsindlæggelse af patienter (unge), men bringer den unge til slusen i afsnit F hvor der sker overdragelse til plejepersonalet. Hospitalet råder ikke over selvstændig psykiatrisk skadestue, men amtet har oprettet en fællesskadestue der er beliggende på Psykiatrisk Hospital i Århus (voksenpsykiatereien).

Jeg forstod at politiet kun tilkaldes til hospitalet når der er tale om egentlige politiopgaver. Ledelsen gav udtryk for at samarbejdet med politiet fungerer godt.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.7. Besøg, visitation og adgang til telefonering

Det blev oplyst at hospitalet ikke har skrevne interne regler om de begrænsninger og indgreb der kan ske i patienternes personlige frihed under indlæggelsen, men afdelingens enkelte afsnit har en husorden (leveregler) der regulerer det almindelige daglige liv på afdelingen.

Som jeg oplyste under inspektionen, har jeg tidligere i forbindelse med inspektioner af psykiatriske afdelinger anbefalet at afdelingerne udfærdiger skrevne regler om de begrænsninger og indgreb der kan ske i patienternes personlige frihed under indlæggelsen, samt regler der regulerer det almindelige daglige liv på afdelingen. 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 visitation af breve og pakker, om besøgsforbud og om adgang til at bestemme begrænsninger i adgangen til at benytte telefon. Der er heller ikke på anden måde fra centralt hold fastsat regler på området.

For at institutioner som fx psykiatriske afdelinger kan fungere, er det nødvendigt for den daglige drift at have en række regler og ordninger for hvordan dagliglivet i afdelingen kan forløbe hensigtsmæssigt. Retsgrundlaget herfor er ikke en formel lov, men den såkaldte anstaltsanordning.

Også det retlige grundlag for de indgreb/begrænsninger som der her er tale om, skal søges i anstaltsanordningen, og baggrunden for reglerne herom er ordens- og sikkerhedsmæssige hensyn.

I modsætning til de ordninger mv. der regulerer det almindelige daglige liv i institutionerne (fx spisetider), er der her tale om – efter omstændighederne – byrdefulde indgreb i den enkelte patients udfoldelsesmuligheder. Og reglerne omfatter også tvangsindlagte og tvangstilbageholdte patienter.

Jeg henstiller til hospitalet at overveje udfærdigelsen af (lokale) generelle retningslinjer, og som lovet under inspektionen vedlægger jeg til inspiration interne regler

som er udfærdiget af Psykiatrisk Afdeling i Vejle. Jeg vedlægger desuden en kopi af de interne retningslinjer som er udarbejdet af Sct. Hans Hospital som jeg senere har modtaget.

Jeg beder jeg hospitalet om at underrette mig om hvad overvejelserne resulterer i.

Hospitalet har ikke lokaler der er særligt indrettede til at modtage besøg i. Dog er slusen i afsnit F (se herom ovenfor under punkt 3.2.1.) også indrettet med henblik på besøg. Det blev dog oplyst at slusen meget sjældent blev benyttet hertil. Besøg på de enkelte afsnit forgår som udgangspunkt i afsnittets fællesrum, men kan også foregå på patientens stue og i enkelte tilfælde andre steder. I afsnit E kan der således fx afholdes besøg i pauserummet. (punkt 3.2.2.).

Det fremgår af det modtagne materiale at de fleste afsnit har fastsat besøgstider, men at det er muligt at modtage besøg også på andre tidspunkter hvis det kan forenes med behandlingen. Besøg uden for besøgstiden skal aftales telefonisk med afsnittet. Af de modtagne leveregler for afsnit F fremgår det således af punkt 4 at der er besøgstid på hverdage (undtagen onsdag hvor der er fællesaften for alle patienter) fra kl. 15.00 til kl. 21.00. I weekenderne begynder besøgstiden kl. 9.00. I afsnit G er der besøgstid hver onsdag, og der kan aftales besøg i weekenderne fra fredag kl. 16 til søndag kl. 16, men alene i tidsrum udenfor måltider og samværstider. På afsnit C aftales besøg mellem kontaktpersonerne og den enkelte familie, men barnet kan ikke modtage besøg i spise- og hviletiden. Da afsnittet er lukket i weekenderne er de fleste børn hjemme i weekenderne (dog er barnet som regel indlagt den første weekend), med mindre barnets fysiske tilstand er truet.

Hvis hospitalet (de enkelte afsnit) har mistanke om at en besøgende medbringer euforiserende stoffer eller andre uønskede genstande (fx våben), bliver den pågældende bedt om at efterlade sin taske hos personalet inden besøget. Hvis dette nægtes bliver den pågældende nægtet adgang til afsnittet.

Ledelsen oplyste at det er den behandlingsansvarlige læge (psykolog mv.) og patientens kontaktperson(er) der beslutter om patienten kan modtage besøg, skal visiteres, skal have censureret sin post, kan benytte sin mobiltelefon mv.

Alene stofmisbrugende og selvskadende patienter visiteres ved indlæggelsen. Dette sker for at sikre at den pågældende ikke medbringer våben, alkohol, narkotika mv. som ikke må medtages på hospitalet.

Jeg går ud fra at hospitalet (herudover) kun gennemfører visitation ved (særlig) mistanke om at den pågældende patient er i besiddelse af stoffer mv., fx i gentagelsestilfælde af patienter som afdelingen ved er stofmisbrugere.

På afsnittene E og F findes mønttelefoner, men mange patienter medbringer deres egen mobiltelefon. Både på afsnit E og F er der fastsat regler for anvendelse af mobiltelefoner. Det er hospitalets opfattelse at brugen af mobiltelefoner er et vigtigt kommunikationsmiddel i ungdomskulturen og en del af de unges identitet. Jeg har modtaget en kopi af afsnit E's regler for brug af mobiltelefon under indlæggelse. Det fremgår heraf at mobiltelefonen som hovedregel skal befinde sig på værelset så opkald ikke forstyrrer andre patienter. Telefonen må ikke medbringes ved møder, måltider og andre fællesaktiviteter. Opkald fra telefonen skal foretages på værelset eller uden for afsnittet. Og mobiltelefonen skal være slukket om natten – gældende fra kl. 22.30. Det fremgår af afsnit F's levereregler (punkt 12) at det er tilladt at have mobiltelefon på værelset, men ikke på fællesarealerne. Det blev under inspektionen oplyst at det stadigt stigende omfang af mobiltelefoner med kamera er den direkte årsag til at mobiltelefoner kun må benyttes på egen stue – eller udenfor afsnittene.

Det blev oplyst at der også findes regler for brugen af mobiltelefoner på de to afsnit for skolebørn. De fleste børn på afsnit C må have deres mobiltelefon om aftenen, men skal aflevere telefonen til personalet når de skal sove. Personalet foretager en individuel vurdering af barnets behov for telefonen, således at barnet ikke begrænses i sin sociale kontakt. Det blev videre oplyst at afsnittet laver aftaler med barn og for-

ældre om brugen af mobiltelefon under indlæggelsen ("mobilkontrakter") som underskrives både af barnet og af forældrene. Videre fremgår det af det modtagne materiale fra afsnit C at forældrene er velkomne til at ringe om aftenen og sige godnat til deres barn. Dette skal helst ske inden 21.30. Afsnittet opfordrer til at et sådant opkald ikke varer mere end 10 minutter – af hensyn til de øvrige forældre der gerne vil ringe.

Jeg beder om – til orientering – om at modtage en kopi af en sådan aftale om brug af mobiltelefon på afsnit C.

Jeg er bekendt med at man på nogle (voksen)psykiatriske afdelinger i visse situationer fastsætter begrænsninger i patienters adgang til at telefonere af behandlingsmæssige årsager. Jeg beder hospitalet oplyse om sådanne individuelle begrænsninger fastsættes for patienter på hospitalet – særligt afsnit E og F. Jeg beder i givet fald om oplysninger om hvad der kan udgøre grundlaget herfor. Jeg henviser i øvrigt til mine bemærkninger om interne regler ovenfor.

5.8. Rygepolitik

Ifølge § 2 i lov nr. 436 af 14. juni 1995 om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende senest ændret ved lov nr. 545 af 24. juni 2005, skal amtsrådet med virkning senest fra den 1. januar 1996 fastsætte bestemmelser om røgfri miljøer på amtets sygehuse mv. Fastlæggelsen af rygepolitikken kan delegeres til de enkelte institutioner mv.

På hele hospitalet gælder en rygepolitik – vedtaget på et SU-møde den 17. maj 1989 – som jeg har modtaget en kopi af. Det fremgår heraf at der ved alle indgangsdøre og afsnit opsættes et skilt hvoraf det fremgår at hospitalet har rygeregler, og at man skal se efter skilte der anviser rygetilladelse. Rygning er bl.a. ikke tilladt på gangarealer, toiletter, patientværelser, opholdsrum og køkkener. Rygning er ikke tilladt på konferencer, møder og kurser, men der kan aftales rygepauser udenfor mødelokalet. Både for patienter og personale indrettes rum hvor rygning er tilladt.

Ledelsen oplyste at en arbejdsgruppe nedsat af amtet arbejder med ny rygepolitik pr. 1. januar 2006 der skal gælde for alle amtets institutioner mv. Så vidt jeg forstod, var det overordnede sigte med den nye politik at al rygning skal ud af amtets institutioner.

Det fremgår af de modtagne rygeregler for patienter på afsnit E at reglerne er udarbejdet på baggrund af de regler der gælder i hele amtet, og at reglerne tager udgangspunkt i at der skal være plads til alle – både rygere og ikke-rygere. I afsnittet må der ryges i rygerrummet, og der må ryges i aktivitetsrummet i formiddagspausen (10.00-10.30) samt til fredagscafé (13.30-14.00). Det fremgår endvidere af reglerne at det skal være muligt at færdes røgfrit i afsnittet.

Af levereglerne for afsnit F (punkt 10) fremgår det at det ikke er tilladt at ryge på værelserne og på gangene, men at rygning er tilladt i to af dagligstuerne. Under min rundgang blev det oplyst (og fremvist) at der nu kun findes et rygerum i afsnittet. Afsnitsledelsen oplyste under inspektionen at afsnittet hele sommeren (2005) havde gjort forsøg med at aflåse rygerrummet således at de unge var henvist til at gå udenfor hvis de skulle ryge. Det blev oplyst at forsøget fungerede godt – ligesom den almindelige ordning fungerer godt. De unge overholder det generelle rygeforbud og ryger kun i rygerummet og udenfor. Afsnittet har ikke problemer med at de unge vil ryge på sengestuerne. Det blev videre oplyst at afsnittets personale er meget opmærksomme på hvor meget der ryges – afsnittet vil nødtigt have at de unge lærer at ryge mens de er indlagt.

Det blev oplyst at afsnit G endnu ikke havde fået nedskrevet deres leveregler.

Rygepolitikken giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.9. Forplejning

Forplejningen til patienterne kommer fra centralkøkkenet på Psykiatrisk Hospital i Århus og er således den samme som gives til patienterne på dette (voksen) psykiatri-

ske hospital. De enkelte afsnit har mulighed for at bestille råvarer og selv tilberede mad. Ledelsen oplyste at maden er mere traditionel end de fleste børn og unge ønsker sig, men at der også fremstilles ”ungmad” (fx pizza). Det var ledelsens indtryk at der var almindelig tilfredshed med maden, men at det var muligt at finde klager.

Afsnitsledelsen for afsnit F oplyste at der om eftermiddagen altid tilbydes frugt, men at der ikke altid tilbydes kage. Omvendt tilbydes der salat til alle måltider, men der er sjældent mange der ønsker det. Afsnittes unge køber meget cola, slik og chokolade.

Det blev oplyst at der på skolebørnsområdet kan være problemer med kosten da nogle 9-11-årige drenge tager meget på, mens børn med spiseforstyrrelser skal have federe mad. Afsnittet har et skab hvor de låser nogle madvarer der forbeholdes børn med spiseforstyrrelser inde (fx Nutella, kiks, juice mv.).

For afsnittene G og C (patienter med anoreksi) lægges der vægt- og aktivitetsplaner, og der er i disse afsnit særlig fokus på maden. På afsnittene skal patienten fast tage henholdsvis 1 kg (afsnit G) og 750 g (afsnit C) på om ugen. Det fremgår af det modtagne materiale vedrørende afsnit C at kostplanen udarbejdes af hospitalets diætist med udgangspunkt i køkkenets sortiment. Hvis det er nødvendigt at give maden som sondemad, tages en sådan beslutning i samarbejde med forældrene.

Det blev oplyst, og det fremgår af folderen ”Velkommen til Dagafdeling – afsnit D – Forældreinformation” at børnene på afsnit D på skift (ca. en gang om ugen) deltager i madlavningen ligesom de på skift er med til at købe ind.

Ledelsen oplyste at køkkenet på Psykiatrisk Hospital (voksenpsykiatri) arbejder med nye kostplaner. Rapporten vedrørende min inspektion af Psykiatrisk Hospital i Århus dagen forinden (den 23. august 2005) indeholder et afsnit om den på hospitalet vedtagne kostpolitik.

I forbindelse med inspektionen spiste jeg og mine medarbejdere et måltid svarende til det som de unge på afsnit E fik til frokost den pågældende dag.

Jeg modtog ingen klager over forplejningen. Jeg foretager mig ikke noget vedrørende forplejningen.

5.10. Udslusning, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Hospitalet udskriver patienter til hjemmet, til en behandlingsinstitution i amt, kommune eller lignende. Hospitalet har ind imellem færdigbehandlede patienter som det kan være svært at finde en egnet plads til efter en udskrivning. På inspektionstidspunktet var der en patient indlagt som burde have været udskrevet til et kommunalt tilbud. Men det havde vist sig vanskeligt da der reelt ikke findes egnede tilbud. Det var efter flere måneders forsøg endnu ikke lykkedes at finde en egnet plads til den pågældende. Det var ledelsens opfattelse at nogle vanskeligheder ved at finde passende tilbud grundede sig i det forhold at de tilbud der modtog de udskrevne patienter, havde en anden forventning/opfattelse af patienten end hospitalet. Ledelsen oplyste at det var vigtigt at finde det rigtige tilbud idet forkerte tilbud ofte resulterer i genindlæggelser.

Jeg forstod at det særligt på anoreksiområdet kan være forbundet med vanskeligheder at finde tilbud da der generelt er mangel på egnede socialpsykiatriske pladser hvorfor sådanne patienter oftere (end andre) oplever behov for genindlæggelse. Ledelsen oplyste at Århus Amt som led i de seneste psykiatriforhandlinger havde fået 3,5 mio. til særlige foranstaltninger til anoreksipatienter.

Det fremgår af § 71-tilsynets referat fra besøget den 20. maj 1996 at hospitalet siden oprettelsen næsten konstant har haft to-fem patienter indlagt som må forblive indlagt i en længere periode end det behandlingsmæssigt er strengt nødvendigt på grund af venteliste til relevante bo- og behandlingstilbud. Dette fandt tilsynet beklageligt. Det fremgår at samme tal var 25-30 patienter på Psykiatrisk Hospital.

Ledelsen oplyste at hospitalet sammen med amtet havde udarbejdet en pjece hvori det ideelle forløb af en udskrivelse til et anbringelsessted var beskrevet. Jeg modtog et eksemplar af pjecen "Samarbejdsmodellen". Heri beskrives samarbejdet mellem

patienten, patientens netværk, personalet på hospitalet, patientens kommune, amtet og det anbringelsessted som patienten skal flyttes til. Det fremgår af pjecens forord at arbejdet har taget udgangspunkt i anbringelse af indlagte patienter, men at det er blevet besluttet at modellen også skal bruges i forhold til ambulante patienter der skal placeres i en boform. På længere sigt vil det blive vurderet om modellen også kan bruges når det er andre typer foranstaltninger der skal iværksættes.

Jeg har noteret mig det oplyste om at afdelingen i almindelighed ikke har patienter indlagt i længere tid på grund af problemer med udslusning.

Psykiatrilovens § 3, stk. 4-5, har følgende ordlyd:

”Stk. 4. Overlægen har endvidere ansvaret for, at der for patienter, som efter udskrivning må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

Stk. 5. Såfremt en patient, der er omfattet af stk. 4, ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, har overlægen ansvaret for, at den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejder en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.”

Ledelsen oplyste under inspektionen at hospitalet nok ikke altid får udarbejdet de udskrivningsaftaler og koordinationsplaner som hospitalet er forpligtet til i henhold til psykiatrilovens § 3, stk. 4 og 5, men at hospitalet udarbejder sådanne hvor der ellers kunne være tvivl om det videre forløb for patienten. Det blev oplyst at der sjældent er et egentligt behov for sådanne aftaler eller planer, da hospitalet i kraft af det meget tætte samarbejde med Århus Kommune på anden vis udarbejder planer så der ikke er tvivl om hvad der skal ske for patienten.

Under inspektionen modtog jeg en kopi af en koordinationsplan udarbejdet for en patient.

Overlægen har efter psykiatrilovens § 3, stk. 4, pligt til at udarbejde skriftlige udskrivningsaftaler mellem patienten, den psykiatriske afdeling, de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienterne, medmindre overlægen kan lægge til grund at patienten selv vil søge den behandling eller de sociale tilbud der er nødvendige for patientens helbred. Dvs. at sådanne aftaler også skal udarbejdes i de tilfælde hvor psykiatrisk afdeling formidler kontakten til de relevante myndigheder.

Efter lovens § 3, stk. 5, har overlægen i alle tilfælde hvor en patient efter stk. 4 ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, en pligt til at foranledige at afdelingen udarbejder en koordinationsplan.

Det fremgår af forarbejderne til psykiatrilovens § 3, stk. 4 og 5, at ordningen med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner alene omfatter en mindre gruppe af alvorligt sindslidende patienter som uden særlig opfølgning risikerer at falde uden for behandlingssystemet uden at nogen bemærker det (ofte betegnet som "uanbringelige", "marginaliserede" eller "dobbelt udstødte").

Med disse bemærkninger beder jeg hospitalet om at oplyse nærmere om hospitalets praksis i forbindelse med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Til inspiration for det tidligere omtalte arbejde med revisionen af psykiatriloven, har jeg sendt Indenrigs- og Sundhedsministeriet en kopi af den omtalte pjece "Samarbejdsmodellen" – således som jeg forstod det var hospitalets ønske.

Til orientering kan jeg oplyse at jeg i sagen vedrørende min inspektion af Augustenborg Sygehus, Almenpsykiatrisk Afdeling, har modtaget kopi af et notat fra sygehuschefen til § 71-tilsynet hvori det bl.a. er anført at formuleringen af ovennævnte bestemmelser i psykiatriloven giver anledning til betydelige fortolkningsproblemer. Jeg har i den anledning sendt Indenrigs- og Sundhedsministeriet et eksemplar af den endelige rapport vedrørende denne inspektion hvori notatet er gengivet, med henblik på

at det der er anført om udarbejdelsen af udskrivnings- og koordinationsaftaler, kan indgå i ministeriets arbejde i forbindelse med den revision der skal ske af psykiatriloven i 2005/06.

5.11. Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling

§ 27 i psykiatriloven 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, spalte 2091):

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

I § 3, stk. 2, i bekendtgørelsen om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger (bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004), er det bestemt at tvangsmedicinering forudsætter at patienten og patientens rådgiver er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger.

Under inspektionen oplyste ledelsen at patientrådgiverne er flinke til at komme til stede på hospitalet og at langt hovedparten kommer inden for 24 timer (psykiatrilovens § 26). Ledelsen oplyste at der altid beskikkes en patientrådgiver når der iværksættes tvangsforanstaltninger.

Ledelsen oplyste at både patienten, dennes forældre, patientrådgiveren og en kontaktperson fra afsnittet deltager i patientklagenævnets møde. Det blev oplyst at hospitalet har et godt samarbejde med patientklagenævnet.

Det fremgår af patientklagenævnets årsberetning for 2004 at 81 % af patienterne deltog i patientklagenævnets møder i 2004, og at patientrådgiverne deltog i 85 % af møderne. Det fremgår ikke af årsberetningen specifikt hvorledes fremmødeprocenten var for patientrådgivere for Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital idet tallet for Århus også indeholder sager vedrørende Psykiatrisk Hospital (voksne).

Adspurgt oplyste ledelsen at Sundhedsministeriets pjece ”Tvang i psykiatrien – om psykiatriske patienters rettigheder ved tvangsindgreb” udleveres til patienter der udsættes for tvang og herudover ligger til rådighed i afsnittene sammen med andet informationsmateriale på både dansk og andre sprog.

Jeg forstår det oplyste således at afdelingen tildeler patienten en patientrådgiver i alle situationer hvor tildeling af en patientrådgiver er obligatorisk.

Jeg går på baggrund af det oplyste ud fra at patientrådgiverne orienteres i alle tilfælde af tvangsanvendelse hvor der skal udpeges en patientrådgiver således at denne har mulighed for at varetage sit hverv på forsvarlig måde, jf. lovens § 27.

5.12. Vold mod personalet

Det forekommer at patienter optræder voldeligt og/eller truende over for personalet. Det fremgår af de modtagne leveregler for afsnit F (punkt 6) at vold og trusler ikke er tilladt på afsnittet, og at vold kan føre til politianmeldelse.

Med udgangspunkt i ”Voldspolitik & Vejledning om vold for Århus Amt” – som vedtaget af amtsrådet den 8. februar 2000 – er der blevet udarbejdet ”Generelle retningslinjer for politianmeldelse ved børn og unges overgreb/vold overfor personalet på Børn og Unge Områdets institutioner”. Det fremgår af retningslinjerne at det er institutionslederen eller skolelederen der er ansvarlig for at relevante personer og myndigheder underrettes om episoder der har karakter af overgreb, vold og trusler, samt for at der foretages anmeldelse til politiet. Amtets generelle politik og vejledning indeholder følgende definition af vold:

”Det betragtes som voldsudøvelse, hvis en medarbejder lider fysisk overlast i form af overgreb, slag spark osv. Der er også tale om voldsudøvelse, hvis en medarbejder føler sig truet fysisk eller psykisk eller oplever psykiske reaktioner på grund af længerevarende risiko for vold og trusler om vold. Det betragtes som vold, uanset om voldsmanden er bevidst om handlingens karakter og konsekvenser eller ej.”

Under overskriften ”politianmeldelse” er det i retningslinjerne anført at der skal ske politianmeldelse hvis en medarbejder har været udsat for vold således som vold er defineret af amtsrådet. Det fremgår også at de særlige omstændigheder der kan knytte sig til barnets eller den unges alder og udvikling, principielt er uafhængige af beslutningen om anmeldelse, men at forholdene altid vil indgå i det efterfølgende sagsforløb. Det er samtidig her anført at det er institutionslederen eller skolelederen der foretager anmeldelsen, men at den enkelte medarbejder altid har ret til selv at foretage anmeldelse. Børn og Ungeafdelingen skal orienteres om sager hvor der er sket politianmeldelse.

Det var ledelsens opfattelse at hospitalet havde et godt samarbejde med politiet, og at politiet tager eventuelle anmeldelser alvorligt.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Forud for inspektionen modtog jeg desuden en kopi af hospitalets voldsforebyggelsespolitik der – ligeledes med udgangspunkt i amtets politik og vejledning – blev godkendt på et MED-udvalgs møde den 16. januar 2002.

5.13. Opbevaring af journaler

Afdelingens patientjournaler opbevares aflåst i hængemapper på kontorerne i de enkelte afsnit. Ledelsen oplyste at kun relevant personale har adgang til journalmapperne.

Ledelsen oplyste at der på hospitalet – foreløbigt – alene føres en elektronisk medicinjournal. Hospitalet har endnu ikke fået fuldt elektroniske patientjournaler, men oplyste at en sådan var under udarbejdelse i en arbejdsgruppe under amtet.

Jeg går således ud fra at hvert afsnit opbevarer journalerne for egne patienter, og at det kun er det relevante personale på afsnittet der har adgang (nøgle) til de skabemapper hvor journalerne opbevares.

5.14. Handicaptilgængelighed

Ledelsen oplyste at hospitalet ind imellem har patienter med fysiske handicap der er kørestolsbrugende. Bygningsmæssigt er hospitalet rummeligt, og flere steder findes der ramper og toilet- og baderum til kørestolsbrugere.

Uanset at afdelingen ikke er handicapegnet overalt, giver forholdene mig ikke anledning til bemærkninger.

5.15. Patientindflydelse

Ifølge psykiatrilovens § 30 kan sundhedsministeren fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger.

Med hjemmel i lovens § 30 har indenrigs- og sundhedsministeren udarbejdet bekendtgørelse nr. 1337 af 15. december 2004 om patientindflydelse på psykiatriske sygehuse og afdelinger. Bekendtgørelsen der trådte i kraft 1. januar 2005, afløste bekendtgørelse nr. 708 af 20. november 1989 om patientråd og patientmøder på psykiatriske sygehuse og afdelinger.

§ 1 i den gældende bekendtgørelse har følgende ordlyd:

”På hvert psykiatrisk sygehus eller afdeling skal der udformes bestemmelser om patienternes muligheder for at øve indflydelse på generelle

forhold med betydning for patienternes ophold på sygehuset eller afdelingen under indlæggelse. Afdelingsledelsen skal sikre, at bestemmelserne er tilgængelige for patienterne.

Stk. 2. Rammerne for inddragelse af patienterne i spørgsmål af generel karakter bør bl.a. fastlægges under hensyn til antallet af patienter på afdelingen, patientsammensætningen og den gennemsnitlige indlæggelsestid på afdelingen.”

Hospitalet har ikke noget patientråd. Det blev oplyst at der ugentligt afholdes møder med patienterne i de enkelte afsnit (E, F og G).

Jeg beder hospitalet om at sende mig en kopi af de bestemmelser som er udfærdiget (eller er under udfærdigelse) i medfør af bestemmelsen i bekendtgørelsens § 1. Medmindre det fremgår af disse bestemmelser, anmoder jeg hospitalet om at oplyse hvorvidt der afholdes møder – og i givet fald hvor ofte – hvor forældrene (som gruppe) til de indlagte børn og unge på de enkelte afsnit har mulighed for at øve indflydelsen på de generelle forhold på hospitalet.

5.16. Behandlingsplaner

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

Jeg har fra hospitalet modtaget tre behandlingsplaner for patienter på afsnit F. Det fremgår af den ene at forældrene – i modsætning til patienten – samtykker til planens gennemførelse.

Det blev under inspektionen oplyst at hospitalet på alle afsnit lægger stor vægt på samarbejdet med forældrene til de indlagte børn og unge, jeg går derfor ud fra at en behandlingsplan altid drøftes med forældremyndighedsindehaveren til den indlagte, med mindre det er åbenbart at den unge selv kan varetage sine interesser eller hvis

der er tale om et åbenbart modsætningsforhold mellem den unge og hans eller hendes forældre.

Behandlingsplanerne giver ikke anledning til andre bemærkninger.

5.17. Euforiserende stoffer og alkohol

Det fremgår af det modtagne materiale for afsnit E og F at alkohol og euforiserende stoffer ikke er tilladt i afsnittene (på hospitalets område).

Ledelsen oplyste at der i perioder kan findes euforiserende stoffer mv. på enkelte afsnit, men at det efter ledelsens opfattelse ikke var et stort problem. Som tidligere nævnt visiteres stofmisbrugende patienter ved indlæggelsen hvis der er mistanke om at de bringer noget med sig. Ledelsen har ikke kendskab til at der har været patienter indlagt der har handlet med stoffer eller lignende.

Det er ikke ledelsens opfattelse at patienter er økonomisk afhængige af andre patienter – heller ikke i kraft af handel med andet end stoffer og alkohol. Men også for at imødegå sådan en afhængighed er personalet på alle afsnit opmærksomme på om nogle børn/unge sælger til, eller bytter deres ejendele med andre patienter. Personalet forsøger at begrænse sådanne aftaler. Det blev oplyst at det særligt kan være nødvendigt at beskytte patienten i en manisk periode. Personalet taler med de unge om hvor mange penge det er hensigtsmæssigt at være i besiddelse af og tilbyder opbevaring hvis den pågældende fx har fået mange penge med til tøj.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger. Jeg henviser til pkt. 5.7. ovenfor vedrørende visitation mv.

5.18. Kæresteforhold mellem patienterne

Det er ikke tilladt for patienterne at have seksuelt samkvem under indlæggelsen – hverken med hinanden eller andre. Hospitalet oplever indimellem at to unge indleder

et kæresteforhold, men har almindeligvis ikke problemer med at patienterne ikke kan være i fred for andre. Personalet har særlig opmærksomhed på de 15-17-årige der kan have problemer med både egne og andres grænser, og hvor der let opstår signalforvirring (både egne og andres signaler).

Udover at bemærke at jeg går ud fra at de nævnte restriktioner mv. er begrundet i behandlingsmæssige og/eller sikkerhedsmæssige årsager – og endda omsorg, giver det oplyste mig ikke anledning til bemærkninger.

5.19. Rekruttering af personale og sygefravær

Afdelingen har generelt ikke problemer med rekruttering af pædagogisk og sygeplejeuddannet personale, men der kan i perioder være vanskeligheder med at få besat stillinger som nattevagter. Alle ledige stillinger besættes med faguddannet personale. For så vidt angår lægerne, oplever afdelingen de samme problemer som mange andre steder i landet og har svært ved at få læger og speciallæger nok. Der fastansættes ikke personale med anden uddannelsesmæssig baggrund i lægestillinger, men det forekommer at der ansættes en læge i lavere charge end ønsket eller fx psykologer i tidsbegrænsede stillinger. Ledelsen oplyste at det forekommer at der ikke er ansøgere til opslåede lægestillinger.

Jeg har noteret mig at hospitalet i lighed med mange andre psykiatriske hospitaler og afdelinger kan have svært ved at få læger og speciallæger nok.

Hospitalet har på baggrund af amtets fokus på sygdom og sygefravær gennem en årrække, udarbejdet en sygefraværspolitik der er godkendt på MED-udvalgsmødet den 17. december 2003. Det fremgår at det i forbindelse med opfølgning på amtets årlige sygefraværstatistik blev besluttet at gennemføre en række aktiviteter for at nedbringe sygefraværet. I politikken beskrives de almindeligste årsager til sygefravær, holdningen til sygefravær, blandt ledelse og medarbejdere og håndtering af sygefravær. I håndteringen skelnes der mellem kortvarig sygdom, hyppig sygdom,

længerevarende sygdom og sygdomme hvor udsigten til at man bliver rask (og kan vende tilbage på arbejde) er ringe. Det gennemgående er at hospitalet (og kollegaerne) holder kontakten til den sygemeldte, at årsagen til fraværet forsøges klarlagt, at der følges op på samtaler og møder, og at tilbagekomsten til arbejdet lettes mest muligt evt. ved nedsat tjenestetid eller ved omplacering til en anden stilling.

Ledelsen oplyste at politikken fungerer rigtig godt, og at sygefraværet var vendt i 2004. Det var ledelsens indtryk at også medarbejderne var glade for politikken og særligt for tilbuddet om løbende samtale under fraværet. Under inspektionen modtog jeg en opgørelse over sygefraværet på hospitalet i perioden 1998 - 2004. Det fremgår heraf at sygefraværet i perioden er faldet fra 13,25 % i 1998 til 9,05 % i 2004 – dog er faldet ikke sket jævnt. Ledelsen oplyste at den seneste opgørelse for (det første halvår af) 2005 gav forhåbninger om at fraværet ikke ville blive højere end niveauet i 2004. Det er meningen at sygefraværet skal bringes længere ned.

Jeg har noteret mig det oplyste.

5.20. Lovgrundlaget

Under inspektionen blev samspillet mellem psykiatriloven, lov om forældremyndighed og lov om social service kortvarigt drøftet.

Det var ledelsens opfattelse at hospitalet gennem årene havde udviklet en tilfredsstillende praksis på området og derfor ikke i almindelighed oplevede at samspillet gav anledning til problemer. Ledelsen oplyste at hospitalet anvender tvangsmæssige foranstaltninger efter reglerne i psykiatriloven, medmindre forældrene samtykker i foranstaltningerne, og anvendelsen således anses for frivillig.

Som jeg oplyste under inspektionen har ombudsmanden overfor Indenrigs- og Sundhedsministeriet peget på en række punkter som bør undergives en overvejelse (afklares, præciseres, medtages mv.) i forbindelse med ministeriets arbejde med den tidligere omtalte forestående revision af psykiatriloven. Ombudsmanden har herunder

peget på samspillet mellem psykiatriloven, lov om forældremyndighed og lov om social service.

Jeg har ikke i forbindelse med denne inspektion fundet grundlag for at iværksætte en nærmere undersøgelse af den uklarhed om retsgrundlaget for anvendelse af tvangsindgreb over for børn og unge der kan opstå bl.a. som følge af at sådanne indgreb er reguleret flere steder i lovgivningen, og at der ikke i lovgivningen findes nogen konsekvent skelnen mellem psykiatriske indgreb over for børn og unge og psykiatriske indgreb over for voksne.

6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

Som nævnt i indledningen anmodede jeg under inspektionen om at modtage udskrift/kopi af hospitalets tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 32-39 i bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og anvendelse af særlige dørlåse foretaget på afdelingen efter den 1. januar 2005 (hvor bekendtgørelsen trådte i kraft), men forud for den 28. juni 2005 hvor inspektionen blev varslet. Såfremt antallet af tilførsler (skemaer/udskrifter) oversteg 10 inden for hver kategori, ønskede jeg alene at modtage kopier af de 10 seneste tilførsler (skemaer/udskrifter).

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

Bekendtgørelsens §§ 33-40 indeholder bestemmelser om hvilke oplysninger der skal ske tilførsel af i afdelingens tvangsprotokol. Indberetningen efter § 44, stk. 1, skal indeholde de i §§ 33-40 krævede oplysninger, jf. bekendtgørelsen § 45, stk. 1, 1. pkt. Indberetningen til Sundhedsstyrelsen skal dog ikke indeholde oplysninger om den ordinerende læges navn eller navne på det implicerede personale. Ligesom indberetningen til den ansvarlige sygehusmyndighed hverken indeholder oplysninger om patientens navn og cpr.nr. eller den ordinerende læges og det implicerede personalets navn.

I tilknytning til tvangsbekendtgørelsen har sundhedsministeriet udarbejdet en vejledning af 21. december 2004 om udfyldelse af tvangsprotokoller (registrering af tvang i psykiatrien) samt registrering af anvendelse af udskrivningsaftaler/koordinationsplaner. Det fremgår af denne vejledning at de psykiatriske afdelinger efter retningslinjerne i vejledningen løbende skal indberette elektronisk til Sundhedsstyrelsen ved anvendelse af det af sundhedsstyrelsen udarbejdede elektroniske indberetningsprogram. Indberetning af tvangsforanstaltninger der er iværksat inden påbegyndelsen af den elektroniske indberetning, skal som hidtil ske på papirskemaer. Når en afdeling har påbegyndt elektronisk indberetning, er det ikke muligt at gå tilbage til indberetning på papirskemaer.

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

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

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

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

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

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

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

Jeg beder hospitalet oplyse hvorledes hospitalets procedure for registrering af tvangsanvendelse og indberetning til Sundhedsstyrelsen er, herunder hvorvidt hospitalet fortsat umiddelbart anvender de tidligere papirskemaer der herefter indtastes i sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem, og om – og i givet fald hvor – der foretages notat om at indberetningen er sket. Jeg er opmærksom på at der på mange af de modtagne skemaer er sat ”flueben” ved forskellige oplysningsfelter, og

at dette tyder på at oplysningerne efter noteringen på skemaet har været anvendt – antageligt i forbindelse med en elektronisk registrering/indberetning.

De skemaer jeg har modtaget, er alle kopier af de tidligere papirskemaer, men da de oplysninger der skal tilføres til tvangsprotokollen, fremgår af tvangsbekendtgørelsen, har jeg valgt at gennemgå det modtagne materiale uden at afvente hospitalets oplysninger om proceduren for den elektroniske indberetning.

Jeg går (foreløbig) ud fra at hospitalet anvender de tidligere papirskemaer, og at det er oplysningerne fra disse skemaer der (efterfølgende) indtastes i det elektroniske system.

Som nævnt i indledningen modtog jeg det materiale jeg anmodede om under inspektionen. Materialet indeholder i alt 15 skemaer vedrørende frihedsberøvelse (tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse – skema 1), 3 skemaer vedrørende tvangsbehandling (skema 2) og 36 skemaer vedrørende fiksering og fysisk magtanvendelse (skema 3). Jeg har – i overensstemmelse med min anmodning – foretaget en sortering af de modtagne skemaer, således at min gennemgang nedenfor alene omfatter de 10 seneste tilførsler vedrørende frihedsberøvelse (skema 1) og fiksering og fysisk magtanvendelse (skema 3). Min gennemgang vedrørende tvangsbehandling omfatter – naturligvis – alle de modtagne 3 skemaer (skema 2). Denne begrænsning beror primært på ressourcehensyn.

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

6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

Jeg har – som nævnt ovenfor – gennemgået i alt 10 skemaer til brug for tilførsler i tvangsprotokollen om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, heraf 3 vedrøren-

de tvangsindlæggelse, samtidig omfattende 1 tilførsel om tvangstilbageholdelse, 6 udelukkende vedrørende tvangstilbageholdelse, og 1 skema hvor der ikke er sket afkrydsning af om frihedsberøvelsen er begyndt som tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse. Tilførslerne (skemaerne) vedrører frihedsberøvelse iværksat i perioden fra den 8. februar 2005 til den 3. juni 2005.

Tvangsprotokollen består af særlige skemaer (nu elektroniske blanketter) udarbejdet af Sundhedsministeriet. For frihedsberøvelse benyttes Tvangsprotokol – skema/blanket 1, som anvendes både ved tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse således at det ved afkrydsning (markering) skal angives om frihedsberøvelsen er begyndt som tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse. Det fremgår af brugervejledningen til sundhedsstyrelsens elektroniske indberetningssystem vedrørende indberetning af anvendelse af tvang i psykiatrien (herefter kaldet brugervejledningen) at det i den elektroniske blanket kun er muligt at vælge én type frihedsberøvelse til angivelse af om frihedsberøvelsen er begyndt som tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse.

Denne afkrydsning (markering) er sket i 9 af de 10 tilfælde. 3 frihedsberøvelser er begyndt som tvangsindlæggelse, og 6 er begyndt som tvangstilbageholdelse. I det sidste (10.) tilfælde (frihedsberøvelse iværksat den 8. februar 2005 og ophørt samme dag) er der således ikke sket afkrydsning til angivelse af om frihedsberøvelsen er begyndt som tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse.

Dette er en fejl.

Efter sundhedsstyrelsens vejledning skal begrundelsen for frihedsberøvelsen, jf. psykiatrilovens § 5, tillige angives (behandlings- eller farlighedsindikation). Begrundelsen angives ved afkrydsning (markering) i skemaet. Kravet om angivelse af begrundelsen for frihedsberøvelsen følger allerede af § 33, nr. 3, i tvangsbekendtgørelsen (ovennævnte bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger). Ifølge brugervejlednin-

gen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type begrundelse – enten helbred eller farlighed.

Der er i alle tilfælde ved afkrydsning angivet en begrundelse (i henhold til lovens § 5).

I de 3 tilfælde af tvangsindlæggelse er det ved afkrydsning angivet at tvangsindlæggelsen er sket på grund af farlighed. I 3 af de 6 tilfælde hvor frihedsberøvelsen er iværksat som tvangstilbageholdelse, er det sket af helbredsmæssige grunde og i 3 tilfælde på grund af farlighed. I det tilfælde hvor der ikke er sket afkrydsning til angivelse af om frihedsberøvelsen er begyndt som tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse, er der ved afkrydsning sket angivelse af at frihedsberøvelsen er sket på grund af farlighed.

Tvangsindlæggelse sker på grundlag af en lægeerklæring der er udarbejdet af den læge som har undersøgt den pågældende med henblik på indlæggelsen. Erklæringen må ikke være udstedt af en læge der er ansat på den psykiatriske afdeling hvor indlæggelsen skal finde sted, og lægen må ikke være inhabil (psykiatrilovens § 7). Det er dog overlægen på den psykiatriske afdeling der træffer den endelige administrative afgørelse om hvorvidt betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, jf. psykiatriloven § 9, stk. 2, og § 14, stk. 1, i Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 880 af 10. december 1998 om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser (tvangsindlæggelsesbekendtgørelsen). Af lovens § 4a og § 14, stk. 1, 2. punktum, i tvangsindlæggelsesbekendtgørelsen fremgår det videre at afgørelsen i overlægens fravær kan træffes af en anden læge på den psykiatriske afdeling, og at overlægen i sådanne tilfælde snarest skal tage stilling til beslutningen.

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

Af sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. fremgår det at (datoen for) overlægens attestation skal fremgå af protokollen. Der er en særlig rubrik hertil i de modtagne skemaer – og i den elektroniske blanket.

I alle 10 skemaer er der angivet en dato for overlægens stillingtagen. I 6 tilfælde har overlægen taget stilling til frihedsberøvelsen samme dag som iværksættelsen af frihedsberøvelsen. I 3 tilfælde har overlægen taget stilling dagen efter iværksættelsen, og i 1 tilfælde har overlægen taget stilling 2 dage efter iværksættelsen.

Det ene tilfælde hvor overlægens stillingtagen er angivet som senere end dagen efter iværksættelsen, vedrører en tvangsindlæggelse iværksat en lørdag (den 12. marts 2005) hvor overlægen har taget stilling den følgende mandag (den 14. marts 2005).

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

Jeg foretager mig ikke yderligere vedrørende de konkrete tilfælde hvor der er gået 1-2 dage fra iværksættelsen af frihedsberøvelsen til overlægens stillingtagen, men for god ordens skyld beder jeg dog hospitalet om at oplyse nærmere om hospitalets praksis med hensyn til indhentelse af overlægens stillingtagen.

Det påhviler til stadighed overlægen at påse at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magt, beskyttelsesfiksering, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse samt aflåsning af patientstue (Sikringsafdelingen) ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 1. For så vidt angår frihedsberøvelse, skal resultatet af denne efterprøvelse tilføres tvangsprotokollen henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage efter at frihedsberøvelsen blev iværksat, og herefter mindst hver fjerde uge så længe frihedsberøvelsen opretholdes, jf. lovens § 21,

stk. 2, 1. og 2. punktum, og tvangsbekendtgørelsens § 33, nr. 4. Efterprøvelsen udregnes ifølge vejledningen fra den dag hvor den første frihedsberøvelse blev iværksat (dag 0). Efterprøvelsesdatoerne ændres således ikke når en tvangsindlagt patient senere tvangstilbageholdes. Datoerne for efterprøvelser samt dato for overlægens stillingtagen i denne forbindelse anføres i rubrikken ”Efterprøvelse af frihedsberøvelse”.

Det fremgik af sundhedsstyrelsens tidligere vejledning af 20. december 2002 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. at oplysningerne fra et skema skulle overføres til et nyt skema hvis frihedsberøvelsen fortsatte ind i det næste kvartal. Det gjaldt dog ikke tidligere efterprøvelser.

I alle tilfælde er den obligatoriske efterprøvelse efter det i skemaerne angivne sket (senest) på det i loven angivne tidspunkt – i 4 tilfælde er ophævelsen af frihedsberøvelsen sket inden 3. dagen. I forbindelse med tvangsindlæggelse iværksat den 21. maj 2005 (samtidig indeholdende tvangstilbageholdelse samme dag) er feltet til angivelse af datoen for efterprøvelsen på 3. dagen dog udfyldt (med 3. dags datoen; den 24. maj 2005), uanset at det af skemaet fremgår at frihedsberøvelsen er ophørt den 23. maj 2005. Der er ikke gjort notat om overlægens stillingtagen til efterprøvelsen.

Udfyldelsen af feltet til angivelse af datoen for den obligatoriske efterprøvelse inden efterprøvelsen har fundet sted, kan give anledning til overvejelser om hvorvidt påførelsen af efterprøvningsdatoen sker mere eller mindre automatisk (måske for ikke at glemme hvilken dato efterprøvelsen skal foretages på) hvorved den efterfølgende kontrol af de obligatoriske efterprøvelser svækkes. Inden jeg fremkommer med min opfattelse heraf, beder jeg hospitalet om en udtalelse herom og herunder om hvad der er sket i det konkrete tilfælde.

Om betydningen af at der sker notering af de obligatoriske efterprøvelser på de i loven angivne tidspunkter, henviser jeg til dommen i UfR 2004.2184 V hvor en tvangstilbageholdelse blev kendt ulovlig – uanset at de materielle betingelser havde været

opfyldt i hele perioden – idet der hverken i journalen eller i tvangsprotokollen var foretaget notat om den foretagne efterprøvelse.

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

Datoen for overlægens attestation er i alle tilfælde på nær et angivet som samme dag som efterprøvelsen eller dagen efter (når der ses bort fra det ovennævnte tilfælde hvor der ikke er gjort notat om overlægens stillingtagen til den obligatoriske efterprøvelse på 3. dagen hvor frihedsberøvelsen var ophørt dagen forinden). I dette tilfælde er datoen angivet til 4 dage efter efterprøvelsen. Der er tale om en tvangstilbageholdelse iværksat den 25. marts 2005 (langfredag) hvor datoen for overlægens stillingtagen til efterprøvelserne på 3. dagen er angivet som værende sket den 29. marts 2005 – tirsdag efter påske.

Jeg beder hospitalet om en udtalelse om dette tilfælde.

I alle tilfælde er datoen for ophør af frihedsberøvelsen angivet. Datoen for overlægens stillingtagen er i 7 tilfælde angivet som ophørsdagen. I et tilfælde (en tvangstilbageholdelse den 3. juni 2005 som ophørte den 4. juni 2005) er datoen for overlægens stillingtagen angivet som 2 dage efter ophørsdagen, og i yderligere 2 tilfælde er rubrikken til angivelse af datoen for overlægens stillingtagen ikke udfyldt. Det drejer sig om en frihedsberøvelse iværksat den 8. februar 2005 som ophørte samme dag og den ovenfor omtalte tvangsindlæggelse iværksat den 21. maj 2005 (samtidig indeholdende tvangstilbageholdelse samme dag) som ophørte den 23. maj 2005.

Jeg er ikke bekendt med om der i den elektroniske blanket findes et felt til angivelse af datoen for overlægens stillingtagen til ophøret af frihedsberøvelsen.

Jeg foretager mig ikke noget i de konkrete tilfælde, men for god ordens skyld beder jeg dog hospitalet om at oplyse nærmere herom, herunder om hospitalets praksis i forbindelse med indhentelse af overlægens stillingtagen til ophøret af frihedsberøvelsen.

6.2. Tvangsbehandling

Jeg modtog 3 skemaer vedrørende beslutninger om tvangsbehandling hvoraf 2 skemaer vedrører den samme patient. Tilførslerne (skemaerne) vedrører alle beslutninger om tvangsbehandling truffet i tidsrummet fra den 29. december 2004 til den 22. juni 2005, men der er for så vidt angår den ene beslutning der er truffet i 2004, sket afkrydsning til angivelse af at der er tale om et fortsat skema – så de registreringer der er foretaget på de modtagne skemaer, er foretaget i 2005.

For tvangsbehandling benyttes tvangsprotokol – skema 2.

Ifølge sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. skal de enkelte tvangsformer registreres på hvert sit skema/blanket såfremt flere tvangsbehandlingsformer anvendes. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type behandling – enten medicinering, ECT, ernæring eller behandling af legemlig lidelse.

På hvert af de modtagne skemaer er der kun sket afkrydsning til angivelse af at skemaet kun vedrører én tvangsform. Der er tale om 2 tilfælde af ernæring (vedrørende samme patient) og 1 tilfælde af medicinering. I det ene tilfælde af ernæring (beslutning om iværksættelse af tvangsbehandling truffet den 9. juni 2005) er det i rubrikken ”Art og Omfang” anført følgende: ”Indgift af sondeernæring + kaleorid 1mmol/ml, 4 ml pr. gang”.

Idet jeg ikke har kendskab til om den væske der her skal indgives sammen med sondeernæringen er en del af ernæringen eller om der er tale om at patienten sammen med ernæringen modtager medicin eller behandling for en legemlig lidelse, anmoder jeg

om en udtalelse om hvorvidt der i dette tilfælde er tale om flere tvangsformer uanset at beslutningen ifølge afkrydsningen udelukkende vedrører tvangsbehandling med ernæring.

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

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

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

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

Datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen og for overlægens stillingtagen er angivet i alle tilfælde, og datoen for overlægens stillingtagen er på alle skemaer angivet som dagen for beslutningen. I alle tilfælde er navnet på den ordinerende overlæge også angivet.

Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 34, nr. 3, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af begrundelsen for tvangsbehandlingen. Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning afkrydses (markeres) den konkrete begrundelse for iværksættelse af den pågældende

tvangsbehandling i rubrikken ”Begrundelse”. Der henvises i den pågældende rubrik i skemaet til psykiatrilovens § 12 og § 13. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type begrundelse – enten § 12 (udsigt til væsentlig forringelse af helbredet) eller § 13 (nærliggende eller væsentlig fare for patienten eller andre).

Begrundelsen for beslutningen er ved afkrydsning angivet i alle tilfælde.

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

Indholdet af tvangsbehandlingen er angivet i alle tilfælde. I tilfældet vedrørende medicinering er indholdet af tvangsbehandlingen angivet med to alternative indgivelsesmåder, således at ordineringen lyder på tabletter alternativt injektion hvor alternativet er anført i en parentes.

Selv om det ikke udtrykkeligt er anført at injektion kun skal gives hvis patienten nægter at tage tabletter fx fordi patienten ikke vil samarbejde, går jeg ud fra at det anførte skal forstås sådan, og at de behandlende læger er klar over at det skal forstås på denne måde. Jeg går således ud fra at hospitalet altid anvender mindste-middelprincippet (også) ved tvangsbehandling, herunder tvangsmedicinering, således at det altid forsøges at give medicinen per oral før der anvendes injektion.

Jeg beder hospitalet oplyse hvorvidt den pågældende patient i det anførte tilfælde modtog medicinen per oral eller som injektion de 11 gange hvor medicinen ifølge skemaerne blev givet.

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

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

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

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

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

Jeg beder hospitalet om en udtalelse herom.”

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

dette afslås, og at det også i det medicinmodul der hører til den elektroniske patientjournal, udførligt er beskrevet hvordan medicin skal gives, og at den per orale ordination skal forsøges først. Hospitalet oplyste tillige at der efterfølgende skal gøres notat i journalen om hvorvidt den per orale eller intramuskulære indgivelse er anvendt, og hvis den per orale medicinering måtte opgives, skal omstændighederne der førte hertil, beskrives.

Hospitalet anførte endvidere at bemærkningerne i inspektionsrapporten havde givet hospitalet anledning til at overveje retningslinjer om udfyldelse af tvangsprotokollen som gør det tydeligt, også for udenforstående, hvilken ordinationsform der skal forsøges først. Dette noterede jeg mig i en opfølgingsrapport af 26. juli 2004.

Uanset at jeg alene har modtaget ét eksempel på anvendelse af tvangsmedicinering, og at alternativet heri er anført i parentes (også på denne måde kan siges at fremtræde som subsidiært), og uanset at jeg må gå ud fra at hospitalet altid anvender mindste-middel-princippet (også) ved tvangsmedicinering, således at det altid forsøges at give medicinen per oral før der anvendes injektion, og at de behandlende læger er bekendt med denne praksis, henstiller jeg – under henvisning til ovennævnte principielle overvejelser om den sproglige præcision der kan forlanges – til hospitalet at overveje at give retningslinjer for udfyldelsen af tvangsprotokollen således at det sikres at udfyldelsen sker på en sådan måde at det – også for udenforstående – tydeliggøres hvilken ordinationsform der skal forsøges først. Jeg beder om underretning om resultatet af disse overvejelser.

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

I de 3 modtagne skemaer er angivet ”fastholdelse” i rubrikken om tilladt magtanvendelse. I de 2 skemaer vedrørende ernæring er der desuden anført at bæltefiksering kan anvendes i et nærmere angivet tidsrum efter indgivelsen af ernæringen hvis patienten ikke kan holde sig i ro.

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

Navnet på den tilstedeværende læge er angivet i alle tilfælde hvor der er angivet dato for tvangsbehandlingen.

Det fremgik tidligere af sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2002 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. at oplysningerne fra et skema skulle overføres til et nyt skema hvis en tvangsbehandling fortsatte ind i et nyt kvartal – eller hvis antallet af behandlinger oversteg antallet af rubrikker på skemaet. Det gjaldt dog ikke datoer for de enkelte tidligere behandlinger.

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

I alle 3 tilfælde er der sket notering af at tvangsmedicineringen har fundet sted.

For god ordens skyld bemærker jeg dog at jeg går ud fra at hospitalet er opmærksom på at en overhængende risiko for effektivering af en allerede truffet beslutning om anvendelse af tvang kan opleves som tvang af patienten (såkaldt "skjult tvang"), og at hospitalet i sådanne situationer vurderer patientens samtykke i lyset heraf.

Endelig skal datoen for beslutning om ophør af tvangsansværelsen angives. Dette er sket i alle 3 tilfælde.

Kravet i tvangsbekendtgørelsens § 3, stk. 2, om information af patient og patientrådgiver er behandlet under punkt 5.12.

6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

For tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt benyttes tvangsprotokol – skema 3. Jeg modtog som nævnt i alt 36 skemaer til brug for tilførsler til tvangsprotokollen vedrørende tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt. Som også anført har jeg begrænset min gennemgang til de 10 seneste skemaer.

Hvert af de modtagne (papir-)skemaer har plads til 3 tilfælde af tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt. De 10 gennemgåede skemaer omhandler i alt 18 tilfælde af tvangsfiksering og/eller fysisk magt, herunder indgivelse af beroligende medicin. Der var tale om i alt 4 tilfælde af anvendelse af bælte, 3 tilfælde af anvendelse af remme, 8 tilfælde af fastholdelse og 3 tilfælde af anvendelse af beroligende medicin. Heraf er der 3 kombinationer af tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og indgivelse af beroligende medicin.

Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type tvangsforanstaltning – enten bælte, remme, handsker, fastholdelse, dåraflåsning eller beroligende medicin. Feltet er forudfyldt med en ”bullit” i ”Bælte”.

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

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

Under de samme betingelser kan en indlagt person fastholdes og om fornødent med magt føres til et andet opholdssted på sygehuset, jf. psykiatrilovens § 17, stk. 1. Over for personer der er frihedsberøvet efter reglerne i lovens kapitel 3, kan der anvendes den magt der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen.

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

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

I alle tilfælde er iværksættelsestidspunktet angivet ved dato og klokkeslæt.

Ifølge lovens § 15, stk. 1, skal tvangsfiksering besluttet af en læge efter at denne har tilset patienten. Beslutning om at der foruden bælte skal anvendes hånd- eller fodremme, skal dog træffes af overlægen, jf. stk. 2. 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 § 4a og tvangsbekendtgørelsen § 12, stk. 5.

I de 3 tilfælde hvor der er truffet beslutning om anvendelse af remme, har overlægen i 2 tilfælde taget stilling til beslutningen samme dag som beslutningen blev truffet og dagen efter i det sidste tilfælde. I 2 af disse tilfælde er navnet på den ordinerende læge er angivet, så jeg går ud fra at denne læge traf beslutningen i overlægens fravær, og at overlægen senere tog stilling til beslutningen. I det sidste tilfælde er navnet på den tilstedeværende læge angivet. Jeg går derfor ud fra at denne tilstedeværende læge også var den ordinerende læge (og at det er en fejl at navnet ikke er anført på linjen til angivelse af den ordinerende læge) der traf beslutningen i overlægens fravær, og at overlægen senere tog stilling til beslutningen.

Om indhentelse af overlægens stillingtagen henviser jeg til min anmodning ovenfor under punkt 6.1.

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

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

Bortset fra 4 tilfælde er navnet på den ordinerende læge angivet i tilfælde af tvangsfiksering, fastholdelse og indgivelse af beroligende medicin. I disse 4 tilfælde (2 tilfælde af fiksering, ét tilfælde af fastholdelse og ét tilfælde af indgivelse af beroligende medicin) er der alene (/i stedet for) angivet navnet på den tilstedeværende læge. For så vidt angår indgivelse af beroligende medicin, er navnet på den tilstedeværende læge således angivet i alle tilfælde. I 2 tilfælde er den ordinerende læge også den tilstedeværende læge.

Jeg går ud fra at den tilstedeværende læge i de 4 tilfælde hvor der ikke (også) er anført navnet på den ordinerende læge, også var den ordinerende læge, og jeg foretager på denne baggrund ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål.

I alle tilfælde er navnene på det implicerede personale angivet, nogle gange alene ved fornavn.

Jeg går ud fra at personalets fornavne er tilstrækkeligt til at afdelingen entydigt kan fastslå hvem der har deltaget i tvangsforanstaltningerne, og jeg foretager på denne baggrund ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål.

Efter tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 1, må fiksering af patienter der af tryghedsgrunde selv anmoder herom, kun ske med samtykke fra en læge.

Der er ikke blandt de gennemgåede skemaer foretaget notat af at fikseringen var frivillig, men der findes blandt de 36 modtagne skemaer ét tilfælde hvor det er noteret at fikseringen var frivillig. Der er i dette tilfælde noteret navn på den ordinerende (samtykkende) læge.

Det blev – som anført ovenfor under punkt 5.2. – under inspektionen oplyst at det er sjældent at patienter af tryghedsgrunde selv beder om at blive fikseret.

Jeg anmoder hospitalet om at oplyse om praksis med hensyn til at imødekomme anmodninger om frivillig fiksering.

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

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

Efter tvangsbekendtgørelsens § 35, nr. 2 og 3, og § 36, nr. 2 og 3, skal der for så vidt angår tvangsfiksering og fysisk magtanvendelse i tvangsprotokollen ske tilførsel af

indgrebets art og omfang tillige med begrundelsen for indgrebet. Skemaet indeholder særlige rubrikker til afkrydsning (markering) heraf. Rubrikkerne henviser indirekte i stikordsform til bestemmelserne i lovens § 14 og § 17. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type begrundelse – enten farlighed, forulempelse, hærværk, urolig tilstand eller frivillig bæltefiksering.

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

Der er i alle tilfælde sket afkrydsning af rubrikkerne for tvangsindgrebets art samt for indgrebets begrundelse. Der er kun afkrydset en begrundelse for hvert indgreb.

Tidspunktet for ophør af fikseringen eller den fysiske magtanvendelse skal angives med dato og klokkeslæt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 35, nr. 4, og § 36, nr. 4, og den gældende vejledning. Af den tidligere vejledning af 20. december 2002 skulle dog kun tidspunktet for iværksættelse angives når det drejede sig om fysisk magtanvendelse i form af fastholden og indgivelse af beroligende medicin.

I alle tilfælde af fiksering og i 7 tilfælde af fastholdelse er ophørstidspunktet angivet. I de 3 tilfælde vedrørende beroligende medicin er der alene angivet et iværksættelsestidspunkt og tilsvarende i ét tilfælde af fastholdelse.

Idet jeg henviser til det nedenfor citerede, foretager jeg ikke noget vedrørende dette spørgsmål i de konkrete tilfælde.

Psykiatrisk Afdeling på Odense Universitetshospital har i anledning af min inspektion af afdelingen den 20. april 2005 i brev af 28. juli 2005 (indeholdende bemærkninger til min foreløbige rapport) oplyst at det ikke er muligt at angive ophørstidspunkt i den elektroniske indberetning. I min endelige rapport af 30. august 2005 vedrørende inspektionen anførte jeg herefter følgende:

”Det fremgår af tvangsbekendtgørelsens §§ 35 og 36 (nr. 4) at tidspunktet for indgrebs iværksættelse og ophør skal anføres i tvangsprotokollen. Dette gælder tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.

I Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 er det – vedrørende blanket 3 Fiksering og fysisk magtanvendelse – angivet at tidspunktet for iværksættelse og ophør skal angives med dato og klokkeslæt. I sundhedsstyrelsens tidligere vejledning (af 20. december 2002) var der herefter en tilføjelse om at der alene skulle angives iværksættelsestidspunkt når det drejede sig om fysisk magtanvendelse og beroligende medicin. Denne tilføjelse er ikke medtaget i den gældende vejledning (elle bekendtgørelse).

Jeg forstår det af afdelingen oplyste således at der ikke i den elektroniske blanket kan ske angivelse af ophørstidspunkt for så vidt angår indgivelse af beroligende medicin, men også for så vidt angår fastholdelse.

Jeg beder Indenrigs- og Sundhedsministeriet om at oplyse hvorvidt min forståelse er korrekt.

Jeg foretager mig ikke noget mere i de konkrete tilfælde.”

6.4. Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning

Jeg har ikke modtaget skemaer vedrørende anvendelse af beskyttelsesfiksering/-foranstaltninger.

6.5. Personlige alarm- og pejlesystemer

Jeg har ikke modtaget skemaer vedrørende anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer.

6.6. Særlige dørlåse

Jeg har ikke modtaget skemaer vedrørende anvendelse af særlige dørlåse.

7. Opfølgning

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

8. Underretning

Denne rapport sendes til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital i Århus og Århus Amt. Den endelige rapport sendes tillige til Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 og hospitalets patienter og pårørende.

Lennart Frandsen
Inspektionschef