

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	3
2. Afdelingens organisation	4
3. Bygningmæssige forhold mv.....	6
3.1. Generelt	6
3.2. Rundgang	7
3.2.1. De åbne sengeafsnit	7
3.2.2. Lukket intensiv sengeafsnit P10.....	10
3.2.3. Psykiatrisk skadestue, P6	13
3.2.4. Ergoterapien	15
3.2.5. Grønne områder	16
4. Samtaler med enkelte patienter	17
5. Andre forhold	17
5.1. Overbelægning.....	17
5.2. Placering på åbent/lukket afsnit – låsesystemet	18
5.3. Adgang til frisk luft	21
5.4. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2	22
5.5. Patienternes kontakt med læge mv.....	23
5.6. Tilkald af politi i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger i afdelingen	23

5.7.	Besøg, visitation og adgang til telefonering.....	25
5.8.	Rygepolitik	28
5.9.	Forplejning.....	30
5.10.	Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.....	30
5.11.	Børn og unge	31
5.12.	Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling	32
5.13.	Vold mod personalet	33
5.14.	Opbevaring af journaler	34
5.15.	Handicaptilgængelighed	34
5.16.	Patientmøder.....	34
5.17.	Behandlingsplaner.....	36
5.18.	Stoffer	36
6.	Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen.....	36
6.1.	Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse	37
6.2.	Tvangsbehandling	44
6.3.	Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.....	48
6.4.	Beskyttelsesfiksering	54
7.	Opfølgning.....	57
8.	Underretning.....	58

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 6. november 2003 inspektion af Amtssygehuset, Psykiatrisk afdeling i Esbjerg.

Til stede under inspektionen var blandt andre ledende overlæge Jørgen Jensen og oversygeplejerske Grete Olesen. I det indledende møde deltog desuden ledelsen og medarbejderrepræsentanter fra alle afdelingens afsnit samt repræsentanter for Distriktpsychiatrien i Esbjerg og Varde.

Inspektionen indbefattede en indledende samtale med ledelse og medarbejderrepræsentanter fra det lokale samarbejdsudvalg, rundvisning på afdelingen og en opsamlende samtale med ledelsen.

I forbindelse med inspektionen anmodede jeg om kopi af tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 30-35 i bekendtgørelse nr. 534 af 27. juni 2002 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering foretaget på afdelingen i perioden fra den 1. januar 2003 til den 25. september 2003.

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

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

Forud for inspektionen modtog jeg bl.a. afdelingens ”Vejledning for læger og plejepersonale”.

Under inspektionen fik jeg bl.a. udleveret patientvejledningerne ”Velkommen til P10” og ”Velkommen til Psykiatrisk afsnit P3”. Jeg modtog også et eksemplar af ”Patienterne har ordet, 1. spørgeskemaundersøgelse på Amtssygehusets sengeafsnit i Ribe Amt” og ”Patienterne har ordet, 1. spørgeskemaundersøgelse i de distriktpsikiatriske teams i Ribe Amt” der begge er udgivet af Amtssygehuset i Ribe Amt og Kvalitetsafdelingen fra henholdsvis oktober 2002 og april 2003.

Denne rapport blev med brev af 17. december 2003 i en foreløbig udgave forelagt Psykiatrisk afdeling i Esbjerg og Ribe Amt som blev bedt om at fremkomme med eventuelle bemærkninger/rettelser inden en måned. Psykiatrisk afdeling i Esbjerg og Ribe Amt har fremsat enkelte bemærkninger i breve af henholdsvis 12. og 19. januar 2004. Bemærkningerne er indarbejdet i rapporten.

2. Afdelingens organisation

Amtssygehuset varetager de behandlingsmæssige opgaver af psykiatiske patienter i Ribe Amt. Amtssygehuset, Ribe Amt omfatter Psykiatrisk afdeling i Esbjerg, Psykiatrisk afdeling ved Ribe, distriktpsikiatriske teams og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Esbjerg.

Psykiatrisk afdeling i Esbjerg betjener ca. 125.000 indbyggere i den nordvestlige del af Ribe Amt. Afdelingen har ca. 800 indlæggelser og ca. 20.000 ambulante konsultationer om året.

Afdelingen udgøres af fem almenpsykiatriske sengeafsnit med hver 12 senge: lukket afsnit P10 (12 enestuer), og fire åbne afsnit, P1 (6 enestuer og 3 tosengsstuer), P2 (6 enestuer og 3 tosengsstuer), P3 (3 enestuer og 5 tosengsstuer) og P4 (3 enestuer og 5 tosengsstuer). På grund af et reduceret sengeantal er ikke alle senge på tosengsstuerne i brug. Desuden rummer afdelingen en geronto/neuropsykiatrisk klinik, som bl.a. varetager demensudredning og en psykiatriskskadestue med 5 overnatningspladser (brikse). Herudover rummer afdelingen administrationsbygninger, lokaler til ETC-behandling, træningskøkken og lokaler til fælles ergoterapiaktiviteter. Afdelingen har adgang til amtssygehusets gymnastiksal.

Afdelingen i Esbjerg har 29 enestuer og 31 pladser på tosengsstuer i den struktur afdelingen fik pr. 1. oktober 2003. Afdelingen i Esbjerg har ikke dagafsnit.

Afsnit P1 er et specialiseret psykoseafsnit som modtager patienter med skizofreni og paranoid psykose fra Esbjerg og Fanø kommuner. Afsnit P2 modtager patienter fra Esbjerg Vest, og afsnit P3 modtager patienter fra Esbjerg Øst og Fanø Kommune. Afsnit P4 modtager patienter fra Varde, Blåvandshuk, Blåbjerg og Helle kommuner. Afsnit P1 samarbejder med Psykose-teamet, afsnit P2 og P3 samarbejder med Distriktpsychiatrien Esbjerg/Fanø. Afsnit P4 samarbejder med Distriktpsychiatrien i Varde og de dertil hørende kommuner.

Afdelingen har siden 2001 reduceret sengeantallet fra 78 til aktuelt 60 sengepladser. Reduktionen har omfattet bl.a. nedlæggelse af gerontopsykiatrisk sengeafsnit med 9 sengepladser. I forbindelse hermed er den ambulante gerontopsykiatriske funktion udbygget og omfatter nu neuropsykiatrisk ambulatorium, gerontopsykiatrisk team og gerontopsykiatrisk støtteteam samlet under betegnelsen geronto-/neuropsykiatrisk klinik. Patienter tilhørende denne målgruppe indlægges i de almenpsykiatriske sengeafsnit.

Der er planlagt yderligere nedlæggelser af sengepladser således at antallet af senge ved starten af 2004 reduceres til 48. Afdelingen organiseres herefter med et lukket afsnit (12 pladser) og to åbne afsnit med hver 18 pladser og 4 dagobservationspladser. Idet psykoseafsnittet nedlægges, forstærkes psykoseteamet samtidig med yderligere en overlæge og tre sygeplejersker. Efter ombygningen vil alle sengepladser være enestuer med eget toilet og bad.

Ledelsen oplyste at den gennemsnitlige indlæggelsestid på afdelingen er 3 uger, mens patienter indlagt på det lukkede afsnit P10 i gennemsnit opholder sig 10 dage på afsnittet.

3. Bygningsmæssige forhold mv.

3.1. Generelt

Amtssygehuset, Psykiatrisk afdeling i Esbjerg ligger i udkanten af byen ved siden af et skovområde. Afdelingen er indrettet i det tidligere Spangsbjerg Hospital. På området er også børne- og ungdomspsykiatrisk sengeafsnit og ambulatorium beliggende. Afdelingens hovedbygning huser afsnittene P1, P2, P3 og P4 samt den psykiatriske skadestue (P6) og ergoterapien. Denne bygning står overfor en omfattende ud- og ombygning. Efter ombygningen (i 2005) vil alle sengepladser i de to nye åbne afsnit med hver 18 pladser som nævnt være enestuer med eget toilet og bad. Afsnit P10 har til huse i en nyere bygning opført til dette formål og taget i brug i 1999.

Afdelingen har egen park i tilknytning til hovedbygningen.

På baggrund af den planlagte ud- og ombygning af de åbne afsnit har jeg begrænset min gennemgang af disse afsnits fysiske forhold til et minimum med vægt på de fysiske forhold som afdelingen kan videreføre i de nye bygningsmæssige rammer.

Forud for inspektionen modtog jeg en kopi af ”Amtssygehuset i Esbjerg – forslag til udvendig bygningsvedligehold for 12 års periode” dækkende årene fra 1999 til 2010. Vedligeholdelsesplanen var vedlagt høringsbrev af 23. marts 1999 fra Ribe Amt, Serviceafdelingen, Bygningskontoret. Jeg går ud fra at den endelige udgave af vedligeholdelsesplanen svarer til det forslag jeg modtog.

3.2. Rundgang

3.2.1. De åbne sengeafsnit

De fire åbne sengeafsnit er placeret i hovedbygningens stueetage (P1 og P4) og første sal (P2 og P3). Afsnittene har de typiske karakteristika for ældre hospitalsbyggeri – højloftede, rummelige lokaler og store vinduespartier.

Vægge og lofter er holdt i lyse farver; døre og dørkarme er nogle steder malet i mørkere afdæmpede nuancer. På gulvene er der gråt linoleum.

Da de fire afsnit er næsten identiske arkitektonisk og med hensyn til indretning, vil min beskrivelse i de følgende afsnit have en temmelig generel karakter.

Køkkener og opholdsstuer

På alle fire afsnit er køkken/spisestue og opholdsstue indrettet, så de kan adskilles ved hjælp af en foldedør. Der er køkkenelementer i den ene ende af rummet og spiseborde i den anden ende. Størrelsen på rummene varierer lidt fra afsnit til afsnit, hvilket medfører at nogle køkkener/opholdsstuer virker mere komprimerede end andre.

Køkkenerne er standardmæssigt udstyret med køkkenborde, skabe og hårde hvidevarer. I køkkenerne spiser patienterne den mad der leveres fra Centralsygehusets store køkken.

Opholdsstuerne er indrettet forskelligt fra afsnit til afsnit, ligesom der er valgt forskellige farvetoner både hvad angår møbelbetræk, gardinstoffer m.v. Opholdsstuerne er møbleret med reoler, sofa-grupper, tv og lign.

Gangarealer

Gangene oplyses af væglamper og lysstofrør der er placeret i loftet. På gangarealerne er opstillet møbelgrupper hvor patienterne kan opholde sig, læse i de fremlagte blade og bøger eller andet. Der står endvidere borde hvor der kan laves forskellige aktiviteter, lægges puslespil, spilles playstation mv. På væggene hænger plakater, opslagstavler og holdere til relevante brochurer. Foran vinduerne hænger forskelligfarvede gardiner. Fra gangene er der adgang til patientstuerne og til køkkener/opholdsrum samt til afsnittenes øvrige lokaler – linnedrum, rengøringsrum, konferencerum, samtalerum, personaletoiletter, vagtrum m.v. I afsnittenes vagtrum opbevares bl.a. journaler og medicin. Fra gangarealerne på alle de åbne sengeafsnit er der adgang til en elevator. På alle afsnittene er der adgang til patienttelefon enten i separat telefonrum eller ved at der på gangen er placeret en halvkuppel af gennemsigtigt plastic, hvori telefonen er sat op.

Gangarealerne var funktionelle, men efterlod alligevel et rodet og uoverskueligt indtryk. I forbindelse med renoveringen og nyindretningen går jeg ud fra at Psykiatrisk afdeling (Amtssygehuset) er opmærksom på at undgå dette.

Toilet- og baderum

På hvert afsnit er der flere toilet- og baderum, som varierer i størrelse og indretning. Rummene har lyse fliser på væggene og gardiner foran vinduerne. I badeværelserne er der – udover et toilet, håndvask og spejl – en bruseniche, badeforhæng samt badestole. På toiletterne – uden bad – består interiøret af et wc, en håndvask, et spejl og en toilethylde.

Der er en kaldeknop på badeværelserne, således at patienterne kan komme i kontakt med personalet hvis der opstår problemer.

Ingen af badeværelserne/toiletterne er særlig handicapegnede. Det badeværelse på afsnit P3 som blev betegnet som ”det mest handicapegnede” har fx ikke ekstra håndgreb på væggen i brusekabinen, ligesom der kun er sat et enkelt – og ikke to – armgreb op i forbindelse med toilettet. Heller ikke omkring håndvasken er der taget ekstra hensyn til at forholdene skal være tilgængelige for eventuelt handicappede patienter.

Rygerum

På afsnit P2 og P3 i hovedbygningens første sal er et enkelt lokale indrettet som et fælles rygerum for de to afsnits patienter. I lokalet er der et billardbord, en sofagrube og to stolegrupper med borde. Der er et musikanlæg i lokalet, men intet fjernsyn. Dette er et bevidst valg i forsøg på at hjælpe patienterne til at ryge mindre. Af samme årsag må der heller ikke drikkes kaffe i dette rygerum.

Lokalet bærer tydeligt præg af den megen røg – væggene er gullige og luften tung. Møblerne har et vist institutionspræg, men er velholdte.

Vinduerne vender ud mod den omgivende park og de nærvedliggende skovarealer.

På afsnit P1 og P4 i stueetagen må der ryges i alle lokaler, undtaget i et enkelt røgfrit rum. Det røgfri rum er møbleret med lyse træmøbler, et stort spisebord, en sofagrube, et tv samt et bordfodboldspil. På gulvet er der lagt et gråt gulvtæppe. Der er direkte udgang til parken gennem en glasdør.

Patientstuer

Under inspektionen besøgte jeg efter eget valg stue 219, 223, 216 på afsnit P3 og stue 110 på afsnit P1. En enkel af disse stuer

var en tosengsstue (stue 216), mens de andre var enestuer; dog var stue 219 oprindelig tosengsstue, men benyttes nu kun til en patient. Stuerne er holdt i hvide og grå farver, og de er møbleret med hospitalsseng(e), med tilhørende sengebord på hjul, klædeskab(e), et mindre bord, stole samt en aflåselig metalboks som patienterne kan opbevare private ejendele i. På stuerne er der en håndvask og et spejl.

Patientstuernes vinduer er, som alle andre vinduer i sygehusets hovedbygning, dobbelte og forsynet med et låsesystem således at kun et enkelt vindue i hvert vinduesparti kan åbnes, og kun på klem, mens det yderste kan åbnes helt. Under inspektionen blev det oplyst at der umiddelbart ikke er nogen begrundelser for at have lås på vinduerne.

Idet jeg bemærker at det forekommer uforståeligt at vinduer på åbne afsnit, herunder også vinduer i personalerum o.l., er aflåst således at de kun kan åbnes helt med en nøgle, beder jeg afdelingen om muligt at oplyse om baggrunden for dette, herunder om der i forbindelse med ombygningen er planlagt ændringer, således at patienterne selv kan åbne vinduerne helt.

3.2.2. Lukket intensiv sengeafsnit P10

P10 er indrettet i en nybygget tilbygning. Der er 12 enestuer på afsnittet. Indgangen deles med den psykiatriske skadestue. Der er opsat videoovervågning af indgangsområdet. Videoovervågningen tilkobles efter kl. 15 hvor yderdøren aflåses. Selve det lukkede afsnit består af to gange der krydser hinanden.

For at komme ind på afsnittet skal man igennem en sluse, et hvidmalet lokale med gråt linoleumsgulv og pastelfarvede døre. Disse farver går igen på hele afsnittet. Linoleummet på gulvet er af en særlig lyddæmpende kvalitet for at dæmpe afsnittets støjniveau.

I forbindelse med slusen er der et modtagelseslokale. Dette rum er hvidt med lyse træmøbler og mønstrede gardiner. I direkte tilknytning til dette lokale er der et toilet og bad. Her er der gråt flisegulv og hvide fliser på væggene. Ruderne i vinduerne er matterede. Der er sæbedispenser og papirhåndklæder.

Afsnittets gangarealer er alle brede og lyse. Der er store ovenlysvinduer der giver et behageligt (dags)lys. Der står blomsterkasser på gangen med grønne planter. Ifølge personalet var planterne netop skiftet efter en voldsom episode med en patient få uger tidligere. På den tværgående gang hvor de to gange mødes, hænger der et whiteboard hvoraf alle patienternes fornavne og kontaktpersoner fremgår. Her er endvidere indrettet en krog med bløde stole og sofa. Enkelte steder på gangene er der placeret stole og borde.

Vagtlokalet på afsnittet er placeret i hjørnet mellem de to gange ca. midt i afsnittet. Der er panoramavinduer ud til gangene hvilket gør personalet i stand til at overskue størstedelen af afsnittet.

På gangen mellem indgangen og vagtlokalet ligger der bl.a. et konferencerum, afdelingssygeplejerskens kontor, et undersøgelses- og samtalerum, et samtalerum, et depot og et rengørings- og skylle- rum.

Hvor gangene mødes er der endvidere et lille rum hvorfra patienterne kan telefonere. Rummet var rent og pænt.

Jeg besøgte afsnittets stue 1 som er indrettet med en hospitals-seng, to stole, et bord, et skab og et rullebord. Væggene er lyse, og der hænger et farvet gardin for vinduet. Alle bygningens vinduer er med spejlrefleks. Det betyder at man kan se ud, men ikke ind af vinduerne medmindre man er helt tæt på. Ifølge personalet har der

ikke været problemer med indkig. Alle stuerne har eget toilet og bad. Bade- og toiletrummet er adskilt fra stuen med en skydedør. Der er hvide fliser på væggene, grå fliser på gulvet og farverige badeforhæng. Over håndvasken er der placeret en plade med spejlfunktion.

Stue 7 er afsnittets handicapegnede stue. Selve stuen er indrettet som stue 1. Toilet- og baderummet er derimod større, håndvasken har hæve/sænke funktion, og der er armgreb på begge sider af toiletet. Ellers svarer rummet til de øvrige stuers toilet- og baderum.

På den tværgående gang ligger der et køkken- og terapilokale, hvorfra der er adgang til et udendørs terrasseområde. I lokalet er der køkkenelementer og et komfur på den ene væg. Der er et bord med fire stole, en stepmaskine, et fjernsyn og en playstation. I tilknytning til dette lokale er der et lille rum hvor der opbevares forskellige rekvisitter til aktiviteter – eksempelvis er der et bordtennisbord og en guitar.

Afsnittets opholdsstue og spisestue er adskilt af store døre. Opholdsstuen har et vindue og en glasdør ud til parken. Det er et lyst lokale. Møblerne er i lyst træ med betræk af blåt stof. Der er en sofagruppe i stuen og et fjernsyn. Der er gardiner med blå mønster for dør og vindue. I spisestuen er der 2 glasdøre ud til parken. I lokalet er der 4 spiseborde og et bord med kaffe, te og frugt. Det er et lyst lokale i hvide og grå grundfarver med blå og grønt betræk på stolene. I den ene ende af lokalet er der en stålhåndvask med fontænefunktion.

Hele afdelingen har moderne lysstofrør som lyskilde foruden ovenlysvinduerne i gangarealerne.

Afsnittet har to stuer der ligger afskåret fra resten af afsnittet med en glasdør. Stuerne ligger på hver sin side af midtergangen der er indrettet som dagligstue. Endevæggen af gangen er ligeledes af glas med døre der fører ud til en afskærmet gårdhave. I midterrummet er der lyse træmøbler og to læderstole. Der er farvestrålende reproduktioner på væggene og forskellige spil og blade på bordene. De to patientstuer i dette afskærmede område bruges hovedsageligt til patienter der skal fikseres. Jeg besøgte den ene af disse stuer. Selve stuen er holdt i hvidt. Stuen er indrettet med hospitalsseng, to stole, to borde og et skab. Der er farvede gardiner for vinduerne. På bordet lå der på tidspunktet for inspektionen en informationsmappe til patienter og pårørende. I direkte tilknytning til stuen – bag en skydedør – er der et toilet- og baderum, indrettet som de øvrige på afsnittet.

Det blev oplyst at afdelingen ud over bælte har både hånd- og fodremme, men at dette udstyr aldrig ligger fremme, men medbringes skjult for afsnittets øvrige patienter i en pose der almindeligvis benyttes til vasketøj, når en fiksering er nødvendig. Afdelingen anvender ikke handsker.

3.2.3. Psykiatrisk skadestue, P6

Den psykiatriske skadestue ligger i parterre-etagen i hovedbygningen. Indgangspartiet der som nævnt deles med P10 er i glas med et grønt stålskelet.

Indgangsarealet fremstår lyst. Der er en trappe ned til den psykiatriske skadestue. Modsat trappen er der etableret en lift fra stueetagen til parterre-etagen. Arealet er nyt og velholdt. Der er reproduktioner på væggene i klare farver.

Da hele afsnittet ligger i parterre-etagen – sammen med ergoterapien – er det generelt mørkere end afdelingens øvrige afsnit. I hele hovedbygningens længde er lokalerne placeret på begge sider af gangen.

Gangarealet på den psykiatriske skadestue er holdt i hvide, grå og mørkegrønne farver. Der er billeder og opslagstavle på væggene. Der er loftsbelysning fra lysstofrør. På gangen er der placeret stolegrupper ved borde, og der står et rullebord med drikkevarer. Gangarealet benyttes på dette afsnit blandt andet som ventenum for patienter. Arealet bærer præg af at blive benyttet til ophold.

Der er 5 patientstuer på afsnittet. Efter mit valg besøgte jeg stue 5. På stuen var der en hospitalsstolseng, en stol og et bord, et skab, et sengebord på hjul, en håndvask med spejl og en holder til papirhåndklæder. Stuen er holdt i samme farver som gangen. I bagerste ende af lokalet er der et vindue med lyse gardiner. Da afsnittet ligger i parterre-etagen med vinduerne placeret i jordhøjde, og da vinduet på denne stue yderligere er nordvendt, var stuen noget mørk.

I samme ende af skadestuen som patientstuerne er afsnittets vagtlokale. Dette rum har mange funktioner og bruges af mange personalegrupper – herunder både plejepersonale og vagthavende læger. Lokalet fremstod overfyldt og derfor også rodet. I direkte tilknytning til dette lokale er der et kontor for sekretærene. Dette lokale fremstod tilsvarende rodet. Lokalerne anvendes både til ophold og til arbejde.

I tilknytning til skadestuen er der en fjernsynsstue, et køkken og et samtalerum.

Der er en telefonboks placeret på væggen i gangen.

3.2.4. Ergoterapien

Ergoterapiafsnittet er placeret i hovedbygningens parterre-etage. Farverne i dette afsnits gange svarer til farverne på skadestuens gange. Der står en kondicykel på gangen. Alle arealer i afsnittet er præget af færdige produkter fra værkstedet. Det efterlader et indtryk af hygge, men tilsvarende også uorden.

I afsnittet er der et stort værkstedslokale. På tidspunktet for inspektionen blev lokalet flittigt benyttet. Der var pileflet i gang, der var patienter der strikkede, der hang tørrede blomster ned fra loftet til blomsterbinding, der var sy-materialer, der var værktøj til forskelligt træarbejde, der var maling og materialer til fremstilling af smykker. I et lille indhak i den ene ende af lokalet var der stillet borde op langs væggen hvor der var udstillet færdige produkter. Lokalet har linoleumsgulv.

Der er indrettet en café i afsnittet hvor en cafégruppe hver onsdag eftermiddag står for at arrangere hygge for hele afdelingen. I cafélokalet findes et bordtennisbord, en darts-kive, et klaver og en hyggekrog. Der er kork på gulvet. Der er billeder på væggene, grønne planter, tørrede blomster og store gulvlysestager. Dette lokale fremstår ligeledes hyggeligt, men rodet.

I forbindelse med cafélokalet er der et køkken. Det er holdt i hvide og grå farver. Lokalet anvendes af ergoterapiafsnittet både som træningskøkken og til cafégruppen. Lokalet fremstod pænt og rent.

Ergoterapiens motionslokale med plads til op til 15 personer ad gangen er indrettet med flere motionsredskaber og -maskiner. Der er opsat vejledninger i brugen af disse, men lokalet benyttes kun af patienter når der er personale til stede. Langs den ene væg hænger

der skummadrasser der bruges i forbindelse med gulvøvelser. Endvidere er der en ribbe i lokalet. Der er linoleumsgulv i lokalet.

I parterre-etagen er der yderligere et lokale der bruges til elektrochokbehandling (ETC-behandling). Lokalet er indrettet med en briks og et skrivebord samt forskelligt lægeudstyr. I tilknytning til dette lokale er der et opvågningsrum med tre hospitalssenge, men rummet anvendes ikke til mere end to patienter af gangen.

3.2.5. Grønne områder

Foran hovedbygningen er der en større park med blomsterbede og gangarealer med småstensbelægning. Parken er omkranset af træbevoksning som skærmer synet ind til hospitalet.

Gårdarealet til den lukkede intensiv afdeling P10 er afskærmet af et ca. 2 meter højt plankeværk. Plankeværket er bygget af lodrette opsatte brædder af ca. 15 centimeters bredde som sidder forskudt på begge sider af tværgående midterbjælker. Det betyder at det er muligt at kigge ind i den afskærmede gård der er tilknyttet det lukkede afsnit hvis indkigsvinklen er skrå. Over store dele af plankeværket vokser der slyngplanter som i et vist omfang forhindrer indkig i hvert fald i sommerhalvåret. Det blev oplyst at parken – og dermed stien – rundt om gården til det lukkede afsnit, er åben for offentligheden, men at der ikke er almindelig færdsel på stien idet offentligheden almindeligvis færdes i Nørreskoven på den anden side af hovedvejen. Også patienterne fra de åbne afsnit går i Nørreskoven når de går ud.

Det er naturligtvis uheldigt at uvedkommende har mulighed for at se ind i gården. Jeg har imidlertid noteret mig at der ikke er almindelig færdsel på stien rundt om afsnittets gårdarealer, og jeg foretager mig derfor ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

De bygningsmæssige forhold som beskrevet ovenfor 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). Kun en patient havde på forhånd fremsat ønske om en samtale, men han ønskede på inspektionsdagen alligevel ikke at tale med mig. Jeg modtog imidlertid et brev fra en patient. Denne patient har modtaget særskilt skriftligt svar.

5. Andre forhold

5.1. Overbelægning

Afdelingen har, som nævnt, aktuelt 60 sengepladser fordelt på både enestuer og tosengsstuer.

Afdelingen har ikke problemer med overbelægning. De åbne sengeafsnit har fysisk plads til flere patienter end de er budgetteret til idet der ved nedlæggelsen af sengepladser (endnu) ikke blev ændret på de fysiske forhold. Der er således fysisk plads til flere patienter (end de 12 normerede) på afsnittene og afdelingen har altid plads til de patienter der kommer. Afdelingen har således aldrig patienter liggende på gangene. Afdelingen har ikke venteliste til indlæggelse, men kun til ambulant behandling (4-6 uger). Adspurgt oplyste afdelingsledelsen at der ikke forekommer forhastede udskrivinger, men at et øget pres på sengepladserne betyder en intensivering af behandlingen.

Af materialet som jeg modtog i forbindelse med inspektionen, fremgår det at afdelingen i de første 8 måneder af 2003 havde en total gennemsnitlig belægningsprocent på 84,8 målt på sengedage. Belægningsprocenten var højest på det åbne afsnit P3 (96,1) og lavest på det lukkede afsnit P10 (63,5). Antallet af sengedage var lavest i juni måned.

Jeg går ud fra at det planlagte ombygningsprojekt gennem ændringen af afdelingens fysiske forhold vil reducere antallet af "ekstra pladser" og således øge risikoen for overbelægning. Idet jeg går ud fra at amtet stedse er opmærksom på at der til enhver tid er et tilstrækkeligt antal sengepladser til rådighed, foretager jeg ikke noget vedrørende spørgsmålet.

5.2. Placering på åbent/lukket afsnit – låsesystemet

Ledelsen oplyste at det forekommer at frivilligt indlagte patienter placeres på det lukkede afsnit P10. På inspektionsdagen var der således 3-4 frivilligt indlagte på P10, mens det efter det oplyste i perioder er de fleste af P10's patienter der er frivilligt indlagte. På inspektionsdagen var en patient tvangstilbageholdt på et åbent afsnit, men dette sker efter det oplyste ca. 10 gange om året. Det forekommer at tvangstilbageholdte patienter flyttes fra det lukkede afsnit til et åbent afsnit selvom tvangstilbageholdelsen opretholdes. Ledelsen oplyste at mange patienter ønsker indlæggelse på P10 på grund af de bedre fysiske forhold (enestuer) og den bedre personalenormering. I disse tilfælde orienteres patienterne altid om både grunden til placeringen, og om at de er undergivet samme vilkår som patienter på åbent afsnit.

Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 har i forbindelse med tilsynets inspektioner af psykiatriske hospitaler også beskæftiget sig med spørgsmålet om afdelinger hvor der er både frivilligt indlagte og tvangstilbageholdte patienter. I overensstemmelse med det som tilsynet har tilkendegivet, bør en ordning som den omtalte efter min mening praktiseres således at en patient der indlægges på en psykiatrisk afdeling, og hvor der ikke er tale om at den pågældende er tvangsendlagt eller -tilbageholdt, bør tilbydes en plads på en uaflåst del af det psykiatriske

sygehus, at en patient der overgår fra at være tvangsindlagt til at være frivilligt indlagt tilbydes anbringelse på en uaflåst del af sygehuset, og at det kun undtagelsesvist bør forekomme at en frivilligt indlagt patient af kapacitetsmæssige grunde ikke tilbydes en plads på en uaflåst del af afdelingen – sker det bør patienten hurtigst muligt tilbydes en plads på et uaflåst afsnit.

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

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

Afdelingen har ikke deciderede skærmede pladser. På afsnit P10 er to stuer – som nævnt ovenfor – placeret således at de ved lukning af en glasdør kan isoleres fra det øvrige afsnit. Det blev oplyst at disse to stuer (kan) anvendes til patienter der er så urolige at de ikke kan være sammen med de øvrige patienter i afsnittet. Døren til de to stuer er normalt ulåst. De to stuer anvendes til patienter der er fikserede, men kun meget sjældent samtidigt. Er der behov for fiksering af to patienter samtidigt findes en stue i det øvrige afsnit til patient nr. to, således at de to fikserede patienter ikke kan ligge og kigge over på hinanden. Når en patient er fikseret, er der altid fast vagt. Jeg forstår det således at glasdøren til de to isolerede stuer kan være låst når en patient er fikseret selv om der er fast vagt, og at dette sker for at hindre afsnittets øvrige patienter i at gå forbi stuen.

Ledelsen oplyste at ombygningen af de åbne afsnit betyder at afdelingen får mulighed for fysisk at etablere skærmning af 2 x 6 patientstuer.

Patienterne låses aldrig inde på deres stuer og yderdørene til de åbne afsnit er aldrig låste – heller ikke når der er tvangstilbageholdte i de åbne afsnit. Afdelingsledelsen kunne ikke komme i tanke om hvornår der sidst havde været låst døre til et åbent afsnit. Forud for 1999 havde afdelingen ikke et lukket afsnit.

Afdelingen anvender ingen særlige låsesystemer, men alle yderdøre låses ca. kl. 21.00, hvorefter vagtpersonale skal anvende kode for at komme ind.

Jeg har tidligere i forbindelse med min inspektion af Psykiatrisk Afdeling på Vejle Sygehus udtalt følgende:

”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 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 patientværelser med et dertil knyttet afdelingspersonale. Der kan herefter rejses spørgsmål om hvorvidt det er i overensstemmelse med psykiatriloven at oprette en (meget) lille (sær)afdeling som alene indeholder tre patientstuer med nogle udenomsarealer, og som stort set altid, eller i hvert fald ofte, er aflåst af hensyn til en, to eller alle tre patienter. Givet er det at det ikke vil være i overensstemmelse med psykiatriloven at oprette en lille lukket særafdeling for kun én patient, uanset at der i tilslutning til selve patientstuen f.eks. tilbydes ophold på gangareal og adgang til bad og toilet.

Jeg er opmærksom på at det her rejste spørgsmål også kan rejses for så vidt angår etablering af såkaldt skærmede afsnit på en afdeling hvor skærmningen består i at der fysisk indrettes et mindre, aflåst område for ganske få patienter.

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, ... Jeg har imidlertid sendt Indenrigs- og Sundhedsministeriet et eksemplar af den endelige rapport af 27. november 2002 og af denne opfølgingsrapport med henblik på at det rejste spørgsmål kan indgå i ministeriets overvejelser i forbindelse med udarbejdelsen af forslaget til revision af psykiatriloven.”

I lyset af det netop citerede beder jeg Amtssygehuset, Psykiatrisk afdeling i Esbjerg om at oplyse nærmere om anvendelsen af de to stuer på afsnit P10.

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 Københavns og Frederiksberg 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).

Ledelsen oplyste at patienter på det lukkede afsnit P10 har adgang til frisk luft i afdelingens egen gårdhave. Jeg forstod på ledelsen at der er adgang til gårdhaven hver dag. Enkelte patienter er fra tid til anden undergivet restriktioner. Det kan fx være bestemmelse om at der kun er adgang til gårdhaven med ledsagelse af personalet.

Det fremgår af det informationsmateriale til patienterne på afsnit P10 som jeg modtog under inspektionen ("Velkommen til P10"), at der hver mandag, onsdag og fredag fra kl. 13.30 til ca. 14.00 for nogle patienter i afsnittet er mulighed for at deltage i en fælles gåtur.

Gårdhaven som ligger i forbindelse med det lukkede afsnit, giver patienterne adgang til frisk luft, men kun begrænset mulighed for gåture. Jeg går ud fra at alle patienter på afsnit P10 så vidt muligt tilbydes deltagelse i de nævnte gåture. For god ordens skyld beder jeg afdelingen præcisere hvad der nærmere ligger i formuleringen "For de ptt der har mulighed for at deltage i fælles gåtur". Det ønskes herunder oplyst i hvilket omfang afdelingen er nødsaget til at afslå patienters ønske om at deltage.

5.4. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2

Efter § 3, stk. 2, i lovekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (som ændret ved lov nr. 377 af 6. juni 2002) skal lægen vejlede patienten om formålet med indlæggelsen,

opholdet og behandlingen samt om udsigterne til en bedring af helbredstilstanden.

Jeg beder afdelingen oplyse hvorledes denne vejledning finder sted.

5.5. Patienternes kontakt med læge mv.

Det fremgår af vejledningsmappen ”Velkommen til P10” at der altid afholdes en lægesamtale i forbindelse med indlæggelsen og igen kort tid efter indlæggelsen. Det fremgår også at patienten samtidig med indlæggelsen får tildelt to kontaktpersoner der er ansvarlige for indlæggelsesforløbet. Herefter afholdes der lægesamtaler i henhold til behandlingsplanen, og når der er særlige behov herfor.

I vejledningen til de indlagte på P3 er det oplyst at patienten under indlæggelsen tilknyttes en læge og to kontaktpersoner med hvem patienten planlægger behandling og pleje.

Jeg går ud fra at tilsvarende forhold gør sig gældende på de øvrige tre afsnit.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

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

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

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

...”

Justitsministeriet 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.

I forbindelse med tvangsindlæggelser indbringer politiet patienten til en forgang (sluse) med modtagelseslokale uden for afsnit P10. Politiet kommer således ikke ind på selve afsnittet.

Afdelingen ønsker ikke politiets tilstedeværelse hvis det kan undgås, men der kan være situationer hvor personalet ikke selv kan klare en tilspidset situation. I ”Vejledning for læger og plejepersonale” er beskrevet hvorledes personalet skal håndtere og udføre en tvangsfiksering under hensyn til både

patientens og personalets sikkerhed. Jeg går ud fra at politiet alene optræder på afdelingen i forbindelse med egentlige politiopgaver.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.7. Besøg, visitation og adgang til telefoning

Der er ikke særskilte lokaler til besøg. Besøg afvikles derfor på afsnittene, i fælles opholdsrum eller på stuerne. På alle afsnit afvikles besøg primært på stuerne af hensyn til de øvrige patienters adgang til fællesarealerne. De enkelte afsnit har selv bestemt besøgstider. På afsnit P3 er der på døren opsat et skilt der angiver at der er besøgstid på hverdage mellem kl. 15.00 og 21.30 og i weekenden og på helligdage mellem kl. 10.00 og 21.30. Det fremgår samtidig af afsnittets velkomstfolder at der under besøg bedes tages hensyn til måltider og hviletider.

Det blev oplyst (og fremgår af ”Velkommen til afsnit P10”) at besøg på afsnittet som udgangspunkt finder sted på stuerne af hensyn til medpatienter og roen på afdelingen. Besøg af børn under 15 år kan kun ske ifølge med en voksen og efter forudgående aftale med personalet med henblik på at besøget kan foregå i modtagelseslokalet i slusen umiddelbart udenfor afsnittet. Dette sker efter det oplyste af sikkerhedsmæssige grunde idet afsnittet tidligere har oplevet uheldige episoder under besøg af børn. Det fremgår af afsnittets husorden at kredsene af besøgende er begrænset til de (få) nærmeste pårørende.

Det blev oplyst at en patient på P10 senest har fået afslag på at modtage besøg af en patient indlagt på et af de åbne afsnit. Ledelsen oplyste at det i afdelingen er kutyme at afdelingsledelsen ikke blander sig i afsnitsledelsernes beslutninger, men at der har været klager over også behandlingsmæssige

indskrænkninger i adgangen til besøg og telefonering, herunder det nævnte tilfælde.

Nogle patienter bruger cafélokalet i terapien som besøgsrum. Dette rum er almindeligvist åbent hele dagen, men er i perioder aflåst om aftenen.

Der er mønttelefoner på alle afsnittene. Det er ofte denne telefon pårørende ringer til. Telefonen passes af patienterne.

Det er afdelingens overordnede princip at alle patienter må have og anvende mobiltelefon under almindelig hensyntagen til de øvrige patienter. Nogle patienter kan af behandlingsmæssige årsager have behov for begrænsninger i brugen af mobiltelefon. I sådanne tilfælde – typisk når der er tale om en misbrugsproblematik i forbindelse med en psykisk sygdom – indgås en gensidig kontrakt med den pågældende patient om sådanne begrænsninger. Jeg forstod at sådanne kontrakter indgås mundtligt som led i behandlingsforløbet.

Enkelte lokaliteter er ”mobiltelefonfri zoner” fx motionsrummet i terapien hvilket er angivet med opslag på døren til lokalet.

Det blev oplyst at mobiltelefonen skal være slukket under behandlingsmæssige samtaler mv. med læger og plejepersonale.

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 Psykiatrisk afdeling i Esbjerg 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 har forstået at afdelingen ikke har skrevne regler om indgrebene/begrænsningerne (udover den nedskrevne husorden for afsnittet P10), og at det er op til afsnitsledelserne at fastsætte disse. Under hensyn til at der er tale om efter omstændighederne væsentlige indgreb/begrænsninger i den enkelte patients udfoldelsesmuligheder, bør der som nævnt efter min opfattelse udfærdiges skriftlige regler (retningslinjer) for denne type af indgreb/begrænsninger, herunder også med angivelse af hvem der har kompetence til at træffe afgørelse om indgrebene/begrænsningerne, og hvornår beslutninger om indgreb/begrænsninger skal revurderes.

Ledelsen oplyste under inspektionen at den var indstillet på at overveje at få nedskrevet sådanne regler (retningslinjer) for hele afdelingen. Jeg lovede i den forbindelse af sende et eksempel på sådanne retningslinjer udarbejdet af en anden psykiatrisk afdeling.

Jeg beder afdelingen oplyse mig om hvad afdelingens overvejelser har ført til og vedlægger (til afdelingen) et eksempel på sådanne retningslinjer.

Spørgsmålet om visitation af patienter og besøgende samt patienternes modtagelse af post blev ikke særskilt berørt under inspektionen.

Jeg beder afdelingen oplyse hvorvidt det forekommer at patienter og besøgende visiteres efter tilbagekomst til afdelingen og forud for besøg, samt i hvilket omfang breve og pakker til patienterne åbnes i personalets påsyn. I bekræftende fald bedes afdelingen oplyse under hvilke betingelser sådanne indgreb finde sted.

5.8. Rygepolitik

Ifølge lov nr. 436 af 14. juni 1995 om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende, § 2, 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.

Amtssygehuset i Esbjerg har ikke et generelt rygeforbud der gælder for hele sygehusets område.

Afdelingen har en generel rygepolitik om at der kun må ryges i de dertil indrettede rum, men denne politik håndhæves ikke lige strengt på de forskellige afsnit. De forskellige grader af håndhævelse hænger sammen med at patienterne på de enkelte afsnit er forskellige. Alt efter hvilken patient der er tale om, griber personalet ind hvis der ryges andre steder – ikke i alle situationer er det hensigtsmæssigt at starte eller optrappe en konflikt på grund af rygning. Af hensyn til kommende patienter og brandfaren er det ikke tilladt at ryge på patientstuerne.

De indrettede rygerum er lukkede på grund af rengøring og udluftning en time hver dag (kl. 10-11). Det besøgte rygerum var netop rengjort da jeg besøgte det, men det blev oplyst at udluftningen ikke er god nok, så rummene er hurtigt fyldt med røg og har derfor en meget tung luft. Efter det oplyste er der i forbindelse med den planlagte ombygning taget højde for at udsugningen i de planlagte rygerum bliver forbedret i forhold til det eksisterende udluftningssystem der har en meget beskedne virkning.

Som et led i behandlingen forsøger personalet at få patienterne til at ryge i rygelokalet – for ad denne vej at forsøge at begrænse rygningen. Enkelte kæderygere sidder det meste af dagen i rygerummene. På afsnit P3 oplyste personalet at der ikke længere var fjernsyn i rygerummet. Dette betød at nogle patienter ikke røg så mange cigaretter.

I afsnit P1 (og P4) er der ikke indrettet rygerum. I stedet er der et røgfrit rum. Efter det oplyste skyldes dette at de indlagte patienter på afsnittet (psykoseafsnittet) erfaringsmæssigt ryger mere end de øvrige patienter. Afsnitsledelsen oplyste at dette ikke er tilfredsstillende i forhold til de patienter på afsnittet der ikke ryger, men at dette forhåbentligt blev løst med ombygningen hvor der er planlagt tre centralt placerede rygerum. Afsnitsledelsen oplyste at end ikke det røgfrie lokale reelt var røgfrit, og at især en patient ryger på stuen uden at personalet griber ind (eneste alternativ er at den pågældende ikke kan være på afdelingen).

Jeg er enig i at rygeforholdene på afsnit P1 og P4 ikke er tilfredsstillende. På baggrund af ombygningsplanerne foretager jeg dog ikke noget vedrørende spørgsmålet.

Den generelle rygepolitik giver mig ikke anledning til bemærkninger. Jeg går ud fra at fravigelser fra rygepolitikken alene sker i overensstemmelse med afdelingens bestemmelse eller efter behandlingsmæssige overvejelser.

Det blev oplyst at distriktpsykiatriens lokaler er røgfri. Indførelsen af røgfrie lokaler viste sig lettere end forventet, og det tog ikke lang tid at vænne patienter og personale til det.

Afdelingens personale har taget en beslutning om at personalet ikke må ryge sammen med patienterne.

5.9. Forplejning

Afdelingen får mad leveret fra Centralsygehuset. Patienterne på de enkelte afsnit vælger blandt menuforslagene hver morgen på morgenmødet hvilken af menu de ønsker dagen efter. Patienterne på de enkelte afsnit får således serveret den samme mad, men de afsnittene får ikke nødvendigvis den samme menu. Der serveres varm mad til frokost og smørrebrød samt en lun ret til aften.

Ledelsen oplyste at patienterne generelt er meget tilfredse med maden. Patienter som jeg talte med under rundgangen, bekræftede dette.

I forbindelse med inspektionen spiste jeg og mine medarbejdere et måltid svarende til det som patienterne på afsnit P4 fik den pågældende dag. Maden som bestod af suppe og fisk, var meget veltillavet.

5.10. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

§ 3, stk. 4-5, i lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien 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 afde-

ling 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.”

I ”Vejledning for læger og plejepersonale” er der under punkter ”Udskrivningsaftale/koordinationsplan” bl.a. anført følgende:

”Hvis det må antages, at patienten efter udskrivning ikke selv vil søge den behandling eller de sociale tilbud, som er nødvendige for patientens helbred, kan der 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.

Såfremt en patient ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, kan den psykiatriske afdeling i samarbejde med de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. udarbejde en koordinationsplan for de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.”

Adspurgt oplyste ledelsen at det beroede på en fejl at der i det netop citerede afsnit stod ”kan” og ikke ”skal” idet planerne i de beskrevne situationer er obligatoriske. Ledelsen oplyste at dette ville blive rettet.

Jeg forstår herefter at afdelingen faktisk udarbejder udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i de situationer hvor loven foreskriver det. Jeg foretager på denne baggrund ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

5.11. Børn og unge

Amtet har som nævnt indledningsvist en særlig afdeling for børn og unge, børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling omfattende sengeafsnit og ambulatorium, hvis målgruppe er børn og unge i alderen fra 0 til og med 20 år. I

overgangsområdet til voksenpsykiatriområdet (18-20 år) kan afdelingen viderehenvise til voksenpsykiatrien såfremt det vurderes at tilstanden vil kræve en behandlingsvarighed (væsentligt) ud over det fyldte 21. år, jf. instruks nr. 2, "Samarbejdsaftale mellem børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien i Ribe Amt", i "Vejledning for læger og plejepersonale".

På Amtssygehuset, Psykiatrisk afdeling i Esbjerg vil patienterne således altid være over 18 år.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.12. Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling

§ 27 i lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien har følgende ordlyd:

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

Af forarbejderne til bestemmelsen fremgår bl.a. følgende (Folketingstidende 1989, tillæg A, spalte 2091):

" ...

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

" ...

I bekendtgørelse nr. 534 af 27. juni 2002 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger, § 3, stk. 2, er det bestemt at tvangsmedicinering forudsætter at patienten og patientens rådgiver er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger.

I forbindelse med inspektionen blev det oplyst at afdelingen (afsnit P10) efter et forud fastlagt system ringer til et fast korps af patientrådgivere. Patientrådgiveren bliver således telefonisk orienteret om at vedkommende er blevet beskikket, og at vedkommende har mulighed for at tale med patienten inden tvangsbehandling iværksættes. Patientrådgiveren kommer almindeligvis på besøg hos patienten i løbet af et døgn. Patientrådgiveren deltager ikke automatisk i de møder hvorunder behandlingen diskuteres, men rådgiveren orienteres altid om en beslutning om tvangsbehandling inden behandlingen iværksættes.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.13. Vold mod personalet

Amtssygehuset Ribe Amt har i marts 2003 udgivet pjecen ”Vejledning vedrørende patientvold – overgreb og trusler mod personalet” og i tilknytning hertil er der udarbejdet en ”Vejledning vedrørende patientvold” til ophængning på afdelingernes opslagstavle. Det fremgår heraf bl.a. (s. 8) at fysisk og psykisk vold udøvet af en patient på en psykiatrisk afdeling som hovedregel kan politianmeldes. Anmeldelse kan foretages af den voldsramte person eller patientens behandlingsansvarlige overlæge eller afsnitsledelse, hvorefter afdelingsledelsen orienteres. Afdelingsledelsen orienterer sygehusledelsen. Den skadelidtes arbejdsleder er ansvarlig for at der udfyldes en intern skadesanmeldelse.

Efter min opfattelse er det mest hensynsfuldt over for den forurettede at ledelsen under normale omstændigheder indgiver politianmeldelse, dog med mulighed for at undlade dette af hensyn til den forurettede. Jeg foretager mig ikke mere vedrørende spørgsmålet.

5.14. Opbevaring af journaler

Alle afdelingens patientjournaler opbevares i aflåste skabe i kontorlokalerne på de enkelte afsnit. Lokalerne er i dagtimerne enten bemanded med personale eller aflåst. Lokalerne er altid aflåst om natten. Læger og plejepersonale har adgang til journalerne.

Jeg har ikke anledning til at iværksætte nærmere undersøgelser af afdelingens ordning hvor- efter alt plejepersonale har adgang til patienternes journaler. Jeg går ud fra at ledelsen er opmærksom på at sikre at patienter eller andre uvedkommende ikke får adgang til journalerne. Jeg foretager mig ikke mere vedrørende spørgsmålet.

5.15. Handicaptilgængelighed

I afdelingens afsnit P10 er der efter ledelsens opfattelse ingen problemer med handicaptilgængeligheden. De øvrige afsnit er derimod ikke handicap-egnede overalt. Ledelsen oplyste at det er muligt for handicappede at komme på toilettet på alle afdelingens afsnit.

Jeg går ud fra at afdelingen i forbindelse med den forestående ombygning er opmærksom på (også) at sikre afdelingens handicaptilgængelighed.

5.16. Patientmøder

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

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

Af bekendtgørelsens § 1, stk. 2, fremgår at amtsrådet skal beslutte hvorvidt der på de enkelte psykiatriske sygehuse og afdelinger skal oprettes patientråd eller afholdes patientmøder.

Ifølge bekendtgørelsens § 1, stk. 4, skal amtsrådet udfærdige nærmere retningslinjer for oprettelse af patientråd og afholdelse af patientmøder, herunder for antallet af medlemmer i de nævnte organer samt disses virksomhed. Det blev oplyst at afdelingen ikke har oprettet patientråd, men at alle afsnit afholder daglige patientmøder. Mindst én gang i kvartalet afholdes møder med fast dagsorden hvorunder fx afsnittets husorden og retningslinjer for det almindelige omsorgsarbejde drøftes (bekendtgørelsens § 5). Der udarbejdes referat fra disse møder som afleveres til afdelingsledelsen. Ledelsen oplyste at patienterne ikke tilbydes oprettelse af patientråd, og at dette er accepteret. Det fremgår af afdelingsledelsens brev af 20. oktober 1999 til afdelingssygeplejerskerne på samtlige afdelingens afsnit, som jeg modtog forud for inspektionen, at sygehusledelsen har imødekommet at patientrådsmøder erstattes med ”husmøder” afsnitsvis. Ledelsen oplyste at ordningen skyldes indlæggelsestiderne på afdelingen idet patienter som nævnt gennemsnitligt er indlagt på afdelingen i 3 uger, mens indlæggelsestiden på afsnit P10 gennemsnitligt er 10 dage.

Jeg har modtaget referater fra sådanne kvartalsvise ”patientrådsmøder” – et fra hver af afdelingens fem afsnit.

Ordningen giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.17. Behandlingsplaner

Jeg har fra afdelingen modtaget to udfyldte, anonymiserede behandlingsplaner for afdelingen.

Jeg har gennemgået de modtagne planer som ikke giver mig anledning til bemærkninger.

5.18. Stoffer

Afdelingen har efter det oplyste sjældent fundet stoffer på afdelingen, men der har været eksempler herpå, fx på afsnit P2. Stoffer opleves ikke som et problem på afdelingen. Ledelsen oplyste at en af årsagerne hertil kan være at afdelingen ikke (eller meget sjældent) har patienter indlagt i lang tid hvorfor der ikke på afdelingen er en kultur for stoffer.

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

6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

Som nævnt i indledningen anmodede jeg under inspektionen om at modtage kopi af afdelingens tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 30-35 i bekendtgørelse nr. 534 af 27. juni 2002 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering foretaget på afdelingen i perioden fra den 1. januar 2003 til den 25. september 2003. Såfremt antallet af tilførsler (skemaer) oversteg 20 inden for hver kategori, bad jeg om alene at modtage kopi af de 20 seneste tilførsler (skemaer).

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 kon-

centreret mig om hvorvidt proceduren i forhold til de gældende regler er blevet fulgt. Genemgangen giver mig anledning til følgende bemærkninger:

6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

Jeg har modtaget i alt 20 skemaer til brug for tilførsler i tvangsprotokollen om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse i 2003, heraf 8 vedrørende tvangsindlæggelse, samtidig omfattende 6 tilførsler om tvangstilbageholdelse, og 11 udelukkende vedrørende tvangstilbageholdelse – med eller uden forudgående tvangsindlæggelse (som vil fremgå af andre skemaer). I det sidste tilfælde går jeg ud fra at der er tale om tvangstilbageholdelse, men dette fremgår ikke helt klart af skemaet. Dette tilfælde (af 2. september 2003) vender jeg tilbage til nedenfor. Tilførslerne (skemaerne) vedrører frihedsberøvelse iværksat i perioden fra den 23. maj til den 19. september 2003.

Tvangsprotokollen består af særlige skemaer udarbejdet af Sundhedsministeriet. For frihedsberøvelse benyttes Tvangsprotokol – skema 1. Af bilaget til Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2002 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv., fremgår at der ved afkrydsning på skemaerne skal angives om det drejer sig om første skema for den aktuelle tvangsforanstaltning, eller om skemaet er en fortsættelse af et tidligere skema. Skemaerne indeholder afkrydsningsrubrikker til dette formål. Det fremgår af vejledningen at bilaget der indeholder en beskrivelse af hvordan de enkelte skemaer skal udfyldes, er optrykt på bagsiden af de enkelte skemaer.

Det er i alle tilfælde ved afkrydsning angivet hvorvidt der er tale om det første skema (19 tilfælde) eller en fortsættelse af tidligere skema (1 tilfælde).

Efter bilaget til vejledningen skal det tillige angives om frihedsberøvelsen er iværksat som tvangsindlæggelse eller som tvangstilbageholdelse, ligesom

begrundelsen efter lov nr. 403 af 26. juni 1998 om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (psykiatriloven – se lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998) skal angives (behandlings- eller farlighedsindikation). Oplysningerne angives ved afkrydsning i skemaet. Kravet om angivelse af begrundelsen for frihedsberøvelsen følger allerede af § 31, nr. 3, i tvangsbekendtgørelsen (bekendtgørelse nr. 534 af 27. juni 2002 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger).

Det er i 8 tilfælde ved afkrydsning angivet at frihedsberøvelsen er iværksat som tvangsindlæggelse, og i 11 tilfælde at frihedsberøvelsen er iværksat som tvangstilbageholdelse. I det sidste tilfælde er der ikke foretaget afkrydsning til angivelse af hvorledes frihedsberøvelsen er begyndt.

Der er i alle 20 tilfælde ved afkrydsning angivet en begrundelse (iht. § 5). I 8 tilførsler vedrørende tvangstilbageholdelse er tillige sat kryds til angivelse af begrundelse for tvangstilbageholdelse af frihedsberøvet (tvangsindlagt) patient. I 2 tilfælde vedrørende tvangsindlæggelse er der uanset at der ikke er anført dato for en eventuel tvangstilbageholdelse, sat kryds til angivelse af begrundelse for tvangstilbageholdelse af frihedsberøvet (tvangsindlagt) patient. I et tilfælde vedrørende tvangsindlæggelse med samtidig tvangstilbageholdelse og i et tilfælde vedrørende tvangstilbageholdelse er der sat kryds til angivelse af begrundelse for tvangstilbageholdelse af frihedsberøvet (tvangsindlagt) patient. I disse 2 tilfælde er datoen for frihedsberøvelsens iværksættelse og for tvangstilbageholdelsen af frihedsberøvet (tvangsindlagt) patient angivet til samme dag. I 6 tilfælde vedrørende tvangsindlæggelse også omfattende tvangstilbageholdelse er der (korrekt) sket afkrydsning til angivelse af begrundelse for tvangstilbageholdelse af frihedsberøvet (tvangsindlagt) patient med angivelse af en dato for tvangstilbageholdelse der ligger senere end datoen for frihedsberøvelsens iværksættelse. I det tilfælde hvor det som nævnt ovenfor ikke er angivet hvorvidt frihedsberøvelsen er iværksat som tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse, er

der angivet samme dato for iværksættelsen af frihedsberøvelsen og for tvangstilbageholdelsen af frihedsberøvet (tvangsindlagt) patient, og der er ved afkrydsning angivet begrundelse i begge felter. Det drejer sig om protokollen vedrørende frihedsberøvelsen den 2. september 2003 hvor det er angivet at overlægen samme dag har taget stilling til både frihedsberøvelsen og tvangstilbageholdelsen. I det sidste tilfælde der vedrører tvangstilbageholdelse, er der kun sat kryds i det første felt til angivelse af begrundelsen for frihedsberøvelsen.

Såfremt en tvangsindlagt patient forlanger sig udskrevet, men tvangstilbageholdes, angives i skemaet også datoen for denne tvangstilbageholdelse, datoen for overlægens stillingtagen samt begrundelsen i rubrikken ”Tvangstilbageholdelse af frihedsberøvet (tvangsindlagt) patient”. Dette fremgår af bilaget til vejledningen. Rubrikken ”Tvangstilbageholdelse af frihedsberøvet (tvangsindlagt) patient” skal således kun udfyldes såfremt der er tale om den beskrevne situation.

Tilførslerne i de ovenfor beskrevne protokoller antyder at det er afdelingens praksis at begge felter til angivelse af begrundelse i skemaet udfyldes samtidigt og skaber dermed en usikkerhed vedrørende udfyldelsen af alle protokollerne. I hvert fald de 8 tilførsler vedrørende tvangstilbageholdelse hvor der tillige er sat kryds til angivelse af begrundelse for tvangstilbageholdelse af frihedsberøvet (tvangsindlagt) patient, skaber en vis forvirring og er i bedste fald udtryk for en uhensigtsmæssig udfyldning af skemaerne.

Jeg beder afdelingen oplyse om afdelingens praksis vedrørende udfyldelsen af skemaerne på dette punkt, herunder hvorvidt de modtagne protokoller skal ses som et udtryk for at der på afdelingen sker en prøvelse af en eventuel anmodning om udskrivning af en patient samtidig med (samme dag) som den pågældende patient tvangsindlægges.

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

Af bilaget til Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2002 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv., fremgår det at (datoen for) overlægens attestation skal fremgå af protokollen. Der er en særlig rubrik hertil i skemaet.

I alle 20 tilfælde fremgår overlægens attestation af protokollen.

I 8 tilfælde har overlægen taget stilling til frihedsberøvelsen samme dag som iværksættelsen af frihedsberøvelsen, i 9 tilfælde dagen efter, i 2 tilfælde 2 dage efter og 3 dage efter i et tilfælde.

I et af de 2 tilfælde hvor datoen for overlægens attestation er anført som sket 2 dage efter iværksættelsen af frihedsberøvelsen, og det ene tilfælde hvor der gik 3 dage inden overlægen tog stilling til beslutningen, er der tale om frihedsberøvelser iværksat henholdsvis en lørdag og en fredag – og datoen for overlægens attestation er således i begge tilfælde en mandag. Det drejer

sig om tvangsprotokoller vedrørende tvangstilbageholdelser af 21. juni og 23. maj 2003. I det andet tilfælde hvor der gik 2 dage efter iværksættelsen af frihedsberøvelsen, blev frihedsberøvelsen iværksat en onsdag og beslutningen blev attesteret om fredagen. Det drejer sig om tvangsprotokol vedrørende tvangsindlæggelse af 27. august 2003.

Adspurgt oplyste ledelsen under inspektionen at afdelingen ikke opererer med en egentlig bagvagt der kan tage stilling til frihedsberøvelser iværksat i weekenden, men at afdelingens fem overlæger skiftes til at være rådighedsvagt. Rådighedsvagten skal stå til rådighed for telefonisk vejledning og stillingtagen, men skal ikke møde på afdelingen hvis der bliver ringet i rådighedsperioden (weekenden).

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 beder på baggrund af det under inspektionen oplyste, sammenholdt med de tidsrum der fremgår af de tre nærmere omtalte tvangsprotokoller, afdelingen oplyse nærmere om praksis mht. indhentelse af overlægens godkendelse.

Det påhviler til stadighed overlægen at påse at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magt og beskyttelsesfiksering ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 1. For så vidt angår frihedsberøvelse, skal resultatet af denne efterprøvelse tilføres tvangsprotokollen henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage efter at frihedsberøvelsen blev iværksat, og herefter mindst hver fjerde uge, så længe frihedsberøvelsen oprettholdes, jf. lovens § 21, stk. 2, 1. punktum, og tvangsbekendtgørelsens § 31, nr. 4. Efterprøvelsen udregnes ifølge bilaget til vejledningen fra den dag hvor den første frihedsberøvelse blev iværksat (dag 0). Efterprøvelsesdatoerne ændres således ikke når en tvangsindlagt patient senere tvangstilbageholdes.

I tvangsprotokollen vedrørende tvangstilbageholdelse af 21. juni 2003 (fortsat skema), tvangsindlæggelse af 10. juli 2003, tvangsindlæggelse af 6. august 2003, tvangstilbageholdelse af 18. august 2003 og tvangsindlæggelse af 19. august 2003, fremgår det ikke hvorvidt der for så vidt angår den først nævnte er sket efterprøvelse efter 3 dage (24. juli 2003), for så vidt angår det næst nævnte tilfælde hvorvidt der er sket efterprøvelse efter 30 dage + 8 uger (7. oktober 2003), og for så vidt angår de øvrige 3 tilfælde hvorvidt der er sket efterprøvelse efter 30 dage + 4 uger (7. oktober, 15. oktober og 16. oktober 2003). Jeg går ud fra at dette skyldes at disse efterprøvelser er anført på henholdsvis det forudgående skema og de efterfølgende skemaer, idet det af bilaget til vejledningen fremgår at alle de i bilaget nævnte oplysninger, herunder oplysninger om hvorvidt frihedsberøvelsen er begyndt som tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse og begrundelsen herfor, men ikke de tidligere efterprøvelser, skal overføres til det nye skema, såfremt frihedsberøvelsen fortsætter ind i det næste kvartal.

Der er sket følgende afvigelse fra disse regler:

I forbindelse med en tvangstilbageholdelse iværksat den 2. september 2003 skete efterprøvelsen (efter 3 dage) på andendagen, den 4. september 2003, dvs. 1 dag for tidligt. Tvangstilbageholdelsen ophørte den 8. september 2003.

Efter loven påhviler det som nævnt til stadighed overlægen at sikre at frihedsberøvelsen ikke udstrækkes i videre omfang end nødvendigt. Dette indebærer at overlægen af egen drift skal bringe en frihedsberøvelse til ophør straks når betingelserne herfor ikke længere er til stede. Allerede derfor kan efterprøvelser naturligvis finde sted også på tidspunkter der ligger forud for de foreskrevne obligatoriske efterprøvelser. Dette fritager imidlertid efter min opfattelse ikke overlægen for også at foretage efterprøvelser på de i loven foreskrevne tidspunkter.

Jeg må i de øvrige 19 tilfælde lægge til grund at den obligatoriske efterprøvelse er sket på de i loven angivne tidspunkter, herunder tilførslen vedrørende

tvangstilbageholdelse iværksat den 23. maj 2003. I dette tilfælde er der på skemaet tegnet en pil fra datoen for ophør af frihedsberøvelsen til feltet til angivelse af datoen for efterprøvelsen efter 3 dage. Jeg går ud fra at pilen betyder at den angivne dato skal forstås som den dato hvor der skete efterprøvelse af frihedsberøvelsen – med den konsekvens at feltet til angivelse af ophørsdatoen må anses for udfyldt.

De obligatoriske efterprøvelser skal, som nævnt, foretages af overlægen, 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 særlige rubrikker i tvangsprotokollen til angivelse af datoen for overlægens stillingtagen.

I følgende tilfælde er den anførte dato for overlægens attestation angivet som senere end samme dag eller dagen efter efterprøvelsen:

I tvangsprotokol vedrørende tvangsindlæggelse af 10. juli 2003, er datoen for overlægens attestation af fjerde efterprøvelse angivet som 2 dage efter den pågældende prøvelse (30 dage).

I tvangsprotokol vedrørende tvangsindlæggelse af 6. august 2003, er datoen for overlægens attestation af første og anden efterprøvelse angivet som 2 dage efter den pågældende prøvelse (3 og 10 dage).

I tvangsprotokol vedrørende tvangsindlæggelse af 27. august 2003, er datoen for overlægens attestation af første (og eneste) efterprøvelse angivet som 2 dage efter den pågældende prøvelse (3 dage).

Idet jeg henviser til mine bemærkninger ovenfor om hvor lang tid der må gå før overlægens attestation anføres i protokollen, beder jeg afdelingen oplyse om afdelingens praksis mht. indhentelse af overlægens godkendelse i forbindelse med den obligatoriske efterprøvelse.

Jeg har desuden konstateret at der i 5 skemaer ikke er foretaget notat om efterfølgende ophør af frihedsberøvelsen (herunder den ovenfor omtalte tvangstilbageholdelse af 23. maj 2003 hvor skemaet er påtegnet en pil), og at datoen for overlægens stillingtagen til spørgsmålet om ophør i de samme 5 tilfælde ikke er anført.

Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom.

I de øvrige 15 tilfælde er datoen for ophør af frihedsberøvelsen angivet, og datoen for overlægens stillingtagen er i 14 af disse tilfælde angivet som ophørsdagen og i det 15. tilfælde som dagen efter.

6.2. Tvangsbehandling

Jeg modtog 9 skemaer vedrørende beslutninger om tvangsbehandling – alle vedrørende beslutning om tvangsmedicinering. Tilførslerne (skemaerne) vedrører tvangsbehandling besluttet i perioden fra den 31. december 2002 til den 3. september 2003.

For tvangsbehandling benyttes tvangsprotokol – skema 2. Som nævnt ovenfor under 6.1., skal det ved afkrydsning på skemaerne angives om det drejer sig om første skema for den aktuelle tvangsforanstaltning eller om skemaet er en fortsættelse af tidligere skema.

Det er i alle 9 tilfælde ved afkrydsning angivet hvorvidt der er tale om det første skema (6 tilfælde) eller en fortsættelse af tidligere skema (3 tilfælde).

Ifølge bilaget Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2002 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv., skal de enkelte tvangsformer registreres på

hvert sit skema såfremt flere tvangsbehandlingsformer anvendes. Hvert af de modtagne skemaer vedrører kun én tvangsform (medicinering).

Tvangsbehandling må kun anvendes over for personer der er indlagt og opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse. Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 1, og § 1, stk. 1, i Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 534 af 27. juni 2002 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger (tvangsbekendtgørelsen).

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.

Beslutning om tvangsbehandling af en legemlig lidelse træffes af vedkommende psykiatriske overlæge og overlægen på den pågældende somatiske afdeling i fællesskab (tvangsbekendtgørelsens § 8, stk. 3).

Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 32, nr. 4, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af navnet på den ordinerende overlæge. Efter bilaget til 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. Datoen for overlægens stillingtagen er på alle skemaer angivet som dagen for beslutningen.

Jeg har konstateret at overlægens navn er ikke angivet i noget tilfælde. Jeg går ud fra at dette skyldes at navnet ikke er overført til det gennemslag jeg har modtaget kopi af, der nederst i højre hjørne er påtrykt ”Sendes til sygehusmyndigheden” (skemaets 4. side), jf. pkt. 1 i Sundhedsstyrelsens vejledning.

Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 32, nr. 3, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af begrundelsen for tvangsbehandlingen. Ifølge bilaget til Sundhedsstyrelsens vejledning afkrydses 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. Begrundelsen for beslutningen er ved afkrydsning angivet i alle tilfælde.

I rubrikken ”Art og omfang” (tvangsbekendtgørelsens § 32, nr. 2) skal ifølge bilaget til vejledningen angives indholdet af tvangsbehandlingen, herunder præparatnavn, startdosis, administrationsområde og eventuelt bivirkningsmedicin. Den nærmere beskrivelse af behandlingsforløbet, herunder dosisændringer, skal fremgå af journalen. Indholdet af tvangsbehandlingen (medicineringen) er i alle tilfælde angivet.

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

I skema vedrørende beslutning om tvangsmedicinering truffet 3. september 2003 er ikke angivet nogen tilladt magtanvendelse. Jeg går ud fra at dette betyder at der ikke var behov for at anvende magt i det pågældende tilfælde.

(Det fremgår at der samme dag er truffet beslutning om ophør af tvangsbehandling.)

I skemaerne vedrørende beslutninger om tvangsmedicinering truffet henholdsvis den 31. december 2002, den 16. januar 2003 og den 10. juli 2003 er der i rubrikken "Tilladt magtanvendelse" anført at den nødvendige fysiske magt/kontrol kan anvendes.

Denne angivelse af de tilladte magtmidler er efter min opfattelse hverken adækvat eller tilstrækkelig.

I de øvrige 5 tilfælde er der vedrørende magtanvendelse tilladt enten fastholdelse eller føren og eventuel fastholdelse.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

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

For så vidt angår navnet på den tilstedeværende læge, der ikke er angivet i noget tilfælde, går jeg ud fra at det forholder sig som anført ovenfor, og at navnet således ikke overføres til det gennemslag jeg har modtaget kopi af.

For så vidt angår datoen for hver enkelt tvangsbehandling, bemærker jeg følgende:

I skema vedrørende beslutning om tvangsmedicinering truffet den 16. januar 2003 er der kun angivet en dato (den 17. januar 2003) hvor tvangsmedicinering fandt sted. Jeg går ud fra at beslutningen om tvangsmedicinering ikke blev effektueret på andre dage.

I skema vedrørende beslutning om tvangsmedicinering truffet den 10. juni 2003 er ikke angivet dato(er) for tvangsbehandlingen i perioden fra beslutningen blev truffet til den 24. juni 2003, men herefter er der angivet datoer for tvangsmedicineringen frem til den 31. juni 2003. Jeg går også i dette tilfælde ud fra at beslutningen ikke blev effektueret før den 24. juni 2003.

I skema vedrørende beslutning om tvangsmedicinering truffet den 3. september 2003 er ikke angivet dato(er) for tvangsbehandlingen. Jeg går ud fra at dette skyldes at beslutningen om tvangsbehandling ikke blev realiseret. Det er samtidig angivet at beslutningen om ophør af tvangsbehandlingen blev truffet samme dag.

Endelig skal datoen for beslutning om ophør af tvangsansværelsen angives.

I 2 tilfælde er dette ikke sket.

Jeg går ud fra at dette skyldes at der ikke ved overgangen til et nyt kvartal er truffet beslutning om ophør af tvangsbehandlingen, men at tilførslerne i tvangsprotokollen fortsætter på et nyt skema (jf. bilaget til vejledningen).

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 20 skemaer til brug for tilførsler til tvangsprotokollen vedrørende tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.

Hvert skema har plads til 3 tilfælde af tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt. De modtagne skemaer omhandler i alt 46 tilfælde af tvangsfiksering og fysisk magt, herunder indgivelse af beroligende medicin. Der er tale om 27 tilfælde af tvangsfiksering, 4 tilfælde af fastholden og 15 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin. Heraf var 8 kombinationer af tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og indgivelse af beroligende medicin (fx fastholden i forbindelse med bæltefiksering eller fiksering med remme i kombination med indgivelse af beroligende medicin).

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

- 1) udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på lemme 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.

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

sen 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 § 12, stk. 5, i tvangsbekendtgørelsen.

Efter tvangsbekendtgørelsens § 33, nr. 5 og 6, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af navnet på den ordinerende læge og navnene på det implicerede personale.

I intet tilfælde af tvangsfiksering er der angivet navnet på den ordinerende læge eller navnene på det implicerede personale. Jeg går ud fra at det forholder sig som anført ovenfor, og at navnet således ikke overføres til det gennemslag jeg har modtaget kopi af.

I 13 tilfælde er det oplyst at der er anvendt hånd- og/eller fodremme. Anvendelsen er efter skemaets oplysninger godkendt af en overlæge den samme dag eller dagen efter i alle 13 tilfælde.

Dette giver ikke anledning til bemærkninger.

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

Det blev under inspektionen oplyst at afdelingen ikke ønsker at benytte frivillig fiksering, men at det forekommer at patienter anmoder herom. Ledelsen oplyste at afdelingen forsøger at tale patienter fra sådanne ønsker idet en fiksering påvirker hele afdelingen uanset om den er frivillig eller tvangsmæssig.

Der forekommer ikke frivillig fiksering i de 20 skemaer der er omfattet af min undersøgelse.

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 afdelingens 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 § 33, nr. 2 og 3, og § 34, nr. 2 og 3, skal 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 heraf. Rubrikkerne henviser indirekte i stikordsform til bestemmelserne i lovens § 14 og § 17.

Det fremgår af bilaget til vejledningen at det er af afgørende betydning for opgørelsen at der kun afkrydses for den væsentligste begrundelse, selv om der kan være flere begrundelser for den pågældende tvangsforanstaltning.

Indgrebets art er i alle tilfælde angivet i protokollerne. I et tilfælde er der ikke angivet en begrundelse. Det drejer sig om beslutning om beroligende medicin givet den 16. september 2003.

Dette er beklageligt.

I 3 tilfælde er begrundelsen for beslutning om fastholden angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende ”Urolig tilstand”. Det drejer sig om fastholden iværksat henholdsvis den 27. juni 2003 og to gange den 29. juli 2003. I tilfældet den 27. juni 2003 er der tillige angivet en anden begrundelse (hærværk).

I 2 tilfælde er begrundelsen for beslutning om indgivelse af beroligende medicin angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende ”Farlighed”. Det drejer sig om beslutning om indgivelse af beroligende medicin truffet henholdsvis den 22. maj og den 15. september 2003.

I et tilfælde er begrundelsen for beslutning om indgivelse af beroligende medicin angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende ”Forulempelse”. Det drejer sig om beslutning om indgivelse af beroligende medicin truffet den 26. august 2003.

Idet jeg henviser til de ovenfor gengivne betingelser i loven for hhv. fiksering (§ 14) og anvendelse af fysisk magt og indgivelse af beroligende medicin (§ 17), må jeg konstatere at der i de 6 nævnte tilfælde er fejl i de anførte begrundelser. Jeg kan på det foreliggende grundlag ikke konstatere om der er tale om forkerte afkrydsninger, eller om afdelingens (over)læger har anvendt tvangsmidler uden for de i loven hjemlede tilfælde. Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom.

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 § 34, nr. 5, og efter nr. 6, skal tillige navnene på det implicerede personale anføres.

I intet (af de relevante) tilfælde er der angivet navnet på den ordinerende henholdsvis tilstedeværende læge eller navnene på det implicerede personale. Jeg går som tidligere anført ud fra at det forholder sig således at navnet/navnene ikke overføres til det gennemslag jeg har modtaget kopi af.

Efter tvangsbekendtgørelsens § 33, nr. 4, og § 34, nr. 4, skal tidspunktet for indgrebs iværksættelse og ophør af tvangsfiksering og fysisk magtanvendelse anføres i tvangsprotokollen. Når det drejer sig om fysisk magtanvendelse i form af fastholden og indgivelse af beroligende medicin, angives efter bilaget til vejledningen dog kun tidspunktet for iværksættelse. Dette indebærer at der skal anføres såvel dato som klokkeslæt, og kravet må af hensyn til de bagvedliggende kontrolhensyn også gælde for frivillige fikseringer.

Der er i alle tilfælde af tvangsfiksering anført såvel tidspunkt for iværksættelse som ophørstidspunkt.

I alle 4 tilfælde af fastholdelse er anført såvel tidspunkt for iværksættelse som ophørstidspunkt, og således ikke kun tidspunktet for iværksættelsen som anført i bilaget til vejledningen.

I 6 af de 15 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin er der alene anført tidspunktet for iværksættelse, mens der i de øvrige 9 tilfælde tillige er anført ophørstidspunkt. I 7 af disse 9 tilfælde fremgår det af de angivne tidspunkter at indgivelsen af den beroligende medicin har varet op til 15 minutter. I de resterende 2 tilfælde er der angivet tidsrum på henholdsvis 1 time og 8 timer og 15 minutter. Det drejer sig om beslutning om indgivelse af beroligende medicin truffet den 10. september 2003 (kl. 20.00-21.00) og den 11. august 2003 (kl. 00.15-09.00). Jeg går ud fra at den pågældende patient har været påvirket af medicinen og har sovet i de 2 netop angivne tidsrum, og ikke at indgivelsen af den beroligende medicin varede i henholdsvis 1 time og 8 timer og 45 minutter.

Såfremt min antagelse ikke er rigtig, beder jeg afdelingen oplyse herom samt om den rigtige forståelse.

6.4. Beskyttelsesfiksering

For beskyttelsesfiksering benyttes tvangsprotokol – skema 4. Jeg har modtaget 3 skemaer vedrørende beskyttelsesfiksering.

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

Af tvangsbekendtgørelsens § 21, stk. 2, fremgår det nærmere at den lægelige ordination af beskyttelsesfiksering skal angive i hvilket omfang og i hvilke bestemte situationer et vist middel til beskyttelsesfiksering må anvendes. Administrationen af den ordinerede beskyttelsesfiksering overlades til plejepersonalet i det enkelte tilfælde (bekendtgørelsens § 21, stk. 3).

En lægelig vurdering af berettigelsen af opretholdelse af brugen af beskyttelsesfiksering over for den enkelte patient skal, jf. tvangsbekendtgørelsens § 28, stk. 2, finde sted så ofte som forholdene tilsiger det, dog mindst 3, 10, 20 og 30 dage efter at beslutning om anvendelse af beskyttelsesfiksering blev truffet, og herefter mindst hver fjerde uge så længe ordinationen opretholdes.

I tvangsprotokollen skal anføres den form for beskyttelsesfiksering som anvendes, jf. tvangsbekendtgørelsens § 35, nr. 2. Skemaet indeholder afkrydsningsrubrikker til dette formål.

Dette er sket i alle 3 tilfælde.

Det enkelte skema omhandler kun én form for tvangsanvendelse. Såfremt flere tvangsformer anvendes, skal de enkelte former registreres hver for sig, jf. bilaget til Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2002 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv.

De 3 modtagne skemaer vedrører kun én form for tvangsanvendelse.

I tvangsprotokollen skal den ordinerende læge anføres, jf. tvangsbekendtgørelsens § 31, nr. 5.

I ingen af de 3 tilfælde er navnet på den ordinerende læge angivet. Jeg går ud fra at det forholder sig som anført ovenfor, og at navnet således ikke overføres til det gennemslag jeg har modtaget kopi af.

Af tvangsbekendtgørelsens § 35, nr. 3 og 4, fremgår det endvidere at begrundelsen for beslutningen om beskyttelsesfikseringen (iht. Psykiatrilovens § 18) samt den situation hvor beskyttelsesfikseringen kan anvendes, skal angives i tvangsprotokollen. I bilaget til vejledningen er anført at der i rubrikken ”Begrundelse” skal angives den konkrete begrundelse for den iværksatte tvangsforanstaltning og at der i rubrikken ”Situation” skal angives de(n) situation(er) hvor beskyttelsesfikseringen/-foranstaltningen må anvendes.

I skema vedrørende beslutning om beskyttelsesfiksering af 15. marts 2003 synes tilførslen i rubrikken vedrørende begrundelsen at indeholde en gengivelse af bestemmelsen i psykiatrilovens § 18, ”for at hindre at patienten utilsigtet udsætter sig selv for væsentlig fare”, men tilførslen er svært læselig i den kopi jeg har modtaget. Det anførte i rubrikken ”Situation” er ikke læsbart.

Den angivne begrundelse er efter min opfattelse ikke kvalificeret i forhold til det konkrete tilfælde. Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom, herunder hvad der er anført i rubrikken "Situation" i dette tilfælde.

I skema vedrørende beslutning om beskyttelsesfiksering af 14. april 2003 er der i rubrikken vedrørende begrundelsen anført "udfald motorisk uro". I rubrikken "Situation" er anført "Delirøs tilstand ved demens, multiinfarct syndrom, haemorrhagia cerebri, har sovet yderst sparsomt den sidste uge".

Denne angivelse af den/de situationer hvor beskyttelsesfikseringen må finde sted, fremtræder mere som en uddybende begrundelse for anvendelse af fikseringen end som angivelse af i hvilke situationer fikseringen må anvendes. Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom.

Jeg bemærker for god ordens skyld at jeg går ud fra at anførslen i protokollen skal forstås som en beskrivelse af den pågældende patients tilstand idet psykiatriloven hjemler ikke mulighed for beskyttelsesfiksering for at sikre at en patient får søvn.

I skema vedrørende beslutning om beskyttelsesfiksering af 6. september 2003 er der i rubrikken vedrørende begrundelsen – så vidt jeg kan se – anført "for at undgå at pt. lider overlast". Situationen er angivet som "ved uro" – så vidt jeg kan se.

Hverken den angivne begrundelse eller situationen er efter min opfattelse kvalificeret i forhold til det konkrete tilfælde og situation hvor beskyttelsesfikseringen må anvendes. Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom.

Resultatet af den fornyede lægelige vurdering der skal finde sted efter tvangsbekendtgørelsens § 28, stk. 2, efter henholdsvis 3, 10, 20, 30 dage og

herefter hver fjerde uge, skal anføres i tvangsprotokollen, jf. bekendtgørelsens § 35, nr. 6.

Ifølge skema vedrørende beslutning om beskyttelsesfiksering af 15. marts og 14. april 2003, er beskyttelsesfikseringerne i disse tilfælde ophørt henholdsvis samme dag og dagen efter den blev besluttet.

Ifølge skema vedrørende beslutning om beskyttelsesfiksering af 6. september 2003 er der alene gjort tilførsel om den første obligatoriske efterprøvelse der er sket på 3. dagen. Datoen for ophør af beskyttelsesfikseringen er angivet til den 24. september 2003, dvs. 18 dage efter iværksættelsen. Der er ikke anført dato for den anden obligatoriske prøvelse (efter 10 dage).

Dette er en fejl.

Endelig skal – ifølge bilaget til vejledningen – anføres datoen for ophør af beskyttelsesforanstaltningen, såfremt foranstaltningen er ophørt i det pågældende kvartal som registreringerne på skemaet vedrører.

De 3 modtagne skemaer er alle påført ophørsdato.

7. Opfølgning

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

8. Underretning

Denne rapport sendes til Amtssygehuset, Psykiatrisk afdeling i Esbjerg, Ribe Amt, Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 og afdelingens patienter.

Lennart Frandsen
Inspektionschef