

Indholdsfortegnelse

1.	Indledning	3
2.	Afdelingens organisation	4
3.	Bygningmæssige forhold mv.	5
3.1.	Generelt.....	5
3.2.	Sengeafsnit.....	7
3.2.1.	Sengestuer	7
3.2.2.	Fælleslokaler.....	9
3.2.3.	Udendørsområder	11
3.2.4.	Aktiviteter	12
3.2.5.	Modtagelsen.....	13
3.2.6.	Øvrige lokaler.....	13
3.2.7.	Dagafsnit O6.....	14
4.	Samtaler med enkelte patienter	15
5.	Andre forhold	15
5.1.	Overbelægning	15
5.2.	Placering på åbent/lukket afsnit – låsesystemet.....	17
5.3.	Adgang til frisk luft.....	20
5.4.	Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2.....	21
5.5.	Patienternes kontakt med læge mv.	21
5.6.	Tilkald af politi i forb. med udførelse af tvangsforanst. i afd.....	22
5.7.	Besøg, visitation og adgang til telefonering	23
5.8.	Rygepolitik.....	27
5.9.	Forplejning	27
5.10.	Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner	28
5.11.	Børn og unge.....	29
5.12.	Orientering af patientrådgivere i forb. med tvangsbehandling	30
5.13.	Vold mod personalet.....	31

5.14.	Opbevaring af journaler	31
5.15.	Handicaptilgængelighed	32
5.16.	Patientmøder	32
5.17.	Behandlingsplaner	33
5.18.	Stoffer	33
5.19.	Rekruttering af personale og vikardækning	34
6.	Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen	34
6.1.	Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse	35
6.2.	Tvangsbehandling	38
6.3.	Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt	44
6.4.	Beskyttelsesfiksering	49
7.	Opfølgning	49
8.	Underretning	50

1. Indledning

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

Som et led i denne inspektionsvirksomhed foretog jeg og to af embedets øvrige medarbejdere den 23. februar 2004 inspektion af Psykiatrisk Afdeling på Horsens Sygehus.

Til stede under inspektionen var blandt andre administrerende overlæge Jørgen Tybjerg, oversygeplejerske Karen Severinsen, ledende lægesekretær Tonnie Merete Søgaard og souschef Torben Andersen, Psykiatريفorvaltningen i Vejle Amt.

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

I forbindelse med inspektionen anmodede jeg om kopi af 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 forud for den 8. december 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 forskelligt materiale fra afdelingen, herunder folderne ”Velkommen til afdeling O1”, ”Velkommen til afdeling O2” og ”Velkommen til afdeling O3” samt en introduktionsmappe til nyansatte på afdelingen.

Under inspektionen fik jeg udleveret afdelingens instruks fra januar 2004 med overskriften ”Begrænsninger, som ikke er bestemt i Psykiatriloven”.

Denne rapport blev med brev af 15. april 2004 i en foreløbig udgave forelagt Psykiatrisk Afdeling på Horsens Sygehus og Vejle Amt som blev bedt om at fremkomme med eventuelle bemærkninger/rettelser inden en måned. Jeg har ikke modtaget bemærkninger til den foreløbige rapport.

2. Afdelingens organisation

Psykiatrisk Afdeling på Horsens Sygehus er en del af psykiatritilbuddet i Vejle Amt. Amtet har i alt tre voksenpsykiatriske afdelinger placeret i Vejle, Kolding og Horsens. Psykiatrisk Afdeling på Horsens Sygehus betjener indbyggere i den nordlige del af Vejle Amt (omfattende Horsens, Brædstrup, Nørre Snede, Tørring-Uldum, Gedved og Juelsminde Kommuner) samt patienter til det lukkede afsnit fra tre kommuner i Vejle Amts midtzone.

Den psykiatriske sengeafdeling har 55 senge fordelt på to åbne sengeafsnit med hver 20 sengepladser og et lukket afsnit med 15 senge. Hertil kommer 4 pladser i en døgnåben modtagelse i tilknytning til det lukkede afsnit og et dagafsnit med 40 pladser. Ifølge den introduktionsmappe til nyansatte jeg modtog forud for inspektionen,

har afsnit O1 i gennemsnit 3 dagspatienter tilknyttet med varierende intervaller, og på afsnit O3 kommer der 1-3 dagspatienter ligeledes med varierende intervaller.

Psykiatrisk Afdeling på Horsens Sygehus er – som afdelingerne i Vejle og Kolding – organiseret i tværfaglige distriktpsikiatriske behandlingsenheder der tager sig af patienter fra et bestemt geografisk område eller fra bestemte lægepraksis, og for hvis patienter den pågældende enhed har ansvar hvad enten patienterne er indlagt eller har status som ambulante patienter. Dette indebærer at patienterne bevarer kontakten til de samme medarbejdere uanset hvor i et behandlingsforløb de befinder sig (døgning-lagt, dagpatient eller ambulat patient).

Psykiatrisk afdeling i Horsens betjener ca. 120.000 indbyggere i den nordvestlige del af Vejle Amt. Herudover betjener afdelingens lukkede afsnit som nævnt indbyggere i Vejle Amts midtzone, ca. 115.000.

Afdelingen har i januar 2004 afsluttet en renovering og nytilbygning af sengeafdelingerne således at alle sengestuer nu er indrettet som enestuer. Arbejdet har stået på i 3-4 år.

3. Bygningsmæssige forhold mv.

3.1. Generelt

Psykiatrisk Afdeling på Horsens Sygehus er placeret i en selvstændig bygning på sygehusets grund. Bygningen er opført i 1985. Der er tale om et lavt betonbyggeri indfældet i et kuperet terræn som skråner ned mod Horsens Fjord.

Afdelingens sengeafsnit er indrettet i stueplan/parterreetagen. En del af bygningen er i flere etager, og her er der på 1. sal etableret dagafsnit og på 2. sal kontorer og ambulatorier.

Den del af bygningen som huser afdelingens sengeafsnit, var kort tid forud for inspektionen blevet renoveret og delvist ombygget. Afdelingen var først få uger forud

for inspektionen flyttet ind i de nyistandsatte lokaler, og vedligeholdelsesstandarden var overalt på sengeafsnittene særdeles høj.

Fysisk er afsnittene udlagt som lange gange hvor ikke blot sengestuer, men også opholdsrum og terapirum mv. er placeret på begge sider af gangen, ofte bag lukkede døre. Denne konstruktion giver et lidt tillukket institutionspræg som dog konkret er forsøgt modvirket dels ved udsmykning af gangarealerne med fx kunst på væggene, grønne planter, små møbelgrupper og enkelte steder et bordtennis- eller skakbord, dels ved konstruktionen af byggeriets nye elementer hvor der er etableret panorama-vinduer, lysindfald, nicher mv. og anvendt materialetyper til fx gulvbelægningen som formidler et mindre klinisk præg end den lyse linoleumsbelægning som i øvrigt er fremtrædende i byggeriet.

Skønt sengeafsnittene er lavt beliggende i terrænet, forekom lokalerne her såvel som i resten af byggeriet veloplyste. Vægge, gardiner, møbelbetræk mv. er generelt holdt i lyse eller klare farver både i fælleslokaler og på sengestuer. Møbler og lamper mv. var de fleste steder nye og af et enkelt, moderne tilsnit. Der var planter, indrammede plakater og andre former for udsmykning overalt på afdelingen.

Der var rent og ryddeligt i samtlige de besigtigede fælleslokaler. Landskabet omkring bygningen er attraktivt, og afdelingens udendørsarealer var velholdte.

Det blev i forbindelse med inspektionen oplyst at afdelingen ønsker en ombygning af afdelingens nuværende hovedindgang som fører direkte ind på dagafsnittet, og at en sådan er projekteret.

Jeg har forståelse for afdelingens ønske om ombygning af afdelingens hovedindgang således at al færdsel til og fra afdelingens forskellige afsnit ikke længere sker gennem dagafsnittet. Jeg har noteret mig at ombygningen er projekteret.

3.2. Sengeafsnit

3.2.1. Sengestuer

Der er 15 pladser på det lukkede afsnit (O2) og 20 pladser på hvert af de to åbne afsnit (O1 og O3). Derudover er der fire pladser i modtagelsen som er placeret i tilknytning til, men afsondret fra det lukkede afsnit. Alle sengestuer er enkeltstuer, men ledelsen oplyste dog at der på tidspunktet for inspektionen var 24 patienter indlagt på hvert af de åbne afsnit hvilket betød at nogle patienter måtte dele stue. Der var på inspektionsdagen 11 patienter indlagt på det lukkede afsnit.

I forbindelse med inspektionen besigtigede jeg efter mit valg stuerne 2 og 20 på afdeling O1, 5 og 18 på afdeling O2 og 3, 7 og 12 på afdeling O3. Stuernes størrelser varierer mellem ca. 15 og ca. 20 m², men alle stuer forekommer rummelige.

På de åbne afsnit er der de fleste steder sovebrikse på stuerne som kan benyttes som siddemøbel om dagen. På stuerne 2 på O1 og 7 på O3 var der dog hospitalssenge. På det lukkede afsnit er der alle steder hospitalssenge på stuerne. Sengestuernes møblering indbefatter desuden typisk et bord og tre-fire stole, heriblandt en lænestol, et sengebord, et klædeskab og en opslagstavle. Enkelte steder var der tv som stuens beboer selv havde medbragt. Der er god plads til personlige ejendele på stuerne, men de fleste stuer havde dog et næsten ubeboet præg.

Der er store vinduer med gardiner for. I stue 18 på afdeling O2 er der sat film på vinduet således at naboerne i en nærliggende beboelsesejendom ikke kan se ind på stuen om dagen. Når lokalet oplyses efter mørkets frembrud, skærmer filmen ikke for indkig, og gardiner må i stedet benyttes. Filmen dæmper det naturlige dagslys en smule. Det blev oplyst at også de øvrige sengestuer på den side af bygningen som grænser umiddelbart op til nabobebyggelsen, har skærmede vinduer. Alle stuer har loftsllys og sengelampe og typisk også en hængelampe.

Nogle af de vinduer på det lukkede afsnit som vender ind mod den lukkede atriumgård til hvilken patienterne har fri adgang, kan åbnes. Personalet på afsnittet udtrykte under inspektionen ønske om at der skabes mulighed for at også de øvrige vinduer

kan åbnes med henblik på udluftning. Afsnittets øvrige vinduer er aflåst og kan kun åbnes ved hjælp et særligt håndtag.

Uden for hver stue er der en lille tavle hvor fornavnet på stuens beboer er anført.

Enkelte steder må tre stuer dele to badeværelser, men som hovedregel har patienterne eget badeværelse. I hvert fald på afsnit O1 er der endvidere et ekstra toilet som kan benyttes af patienterne. Jeg besøgte i forbindelse med inspektionen et par badeværelser som alle var flisebeklædte og indrettet med toilet, vask, spejl og bruser. Badeværelserne var i pæn stand. En enkelt af de besøgte stuer – stue 20 på afsnit O1 – har adgang til badeværelse fra stuen, men de fleste steder er indretningen sådan at patientens badeværelse befinder sig på gangen umiddelbart uden for patientens stue. Afdelingen ønsker hermed at sikre at patienterne jævnlige viser sig på fællesområderne og ikke forbliver på deres stuer i længere perioder ad gangen.

Det blev oplyst at enkelte af sengestuerne i forbindelse med renoveringen af afdelingen blev indrettet til at kunne benyttes af handicappede.

Jeg besøgte stue 3 på afsnit O3 som på tidspunktet for inspektionen var beboet af to patienter på grund af den aktuelle overbelægningssituation. Stuen er ca. 18 m². Den var indrettet med to brikse og sengeborde, men kun et klædeskab. Den ene af patienterne på stuen var således henvist til at opbevare sine personlige genstande under sin sovebriks.

Stuen forekom ikke trang selv om der var indsat en ekstra sovebriks. Den var dog noget rodet.

Det blev oplyst at problemet med overbelægning søges løst på den måde at patienter som har det godt sammen, og gerne hvor den ene tilbringer relativt få nætter på afdelingen, deler stue. Det blev endvidere oplyst at patienter af og til beder om at dele stue uafhængigt af belægningssituationen.

Jeg henviser for så vidt angår placeringen af to patienter på sengestuerne til mine bemærkninger under punkt 5.1. samt til min henstilling om aflåselige klædeskabe på stuerne samme sted.

To af de patienter som jeg havde samtaler med i forbindelse med inspektionen, oplyste at der er meget lyd på sengestuerne i de fire nybyggede sengestuer på afsnit O3. De to patienter havde erfaret at det ofte var muligt at følge med i en samtale som foregik i den tilstødende stue. Jeg fremførte dette for ledelsen som oplyste at der ikke tidligere havde været klager fra patienterne over at byggeriet er lydt, men at det ikke forekom ledelsen usandsynligt at lydforholdene kunne give anledning til kritik.

Som jeg anførte under den afsluttende samtale med afdelingens ledelse, går jeg ud fra at ledelsen undersøger problemets omfang og foretager det der måtte være fornuddent for at imødekomme problemet.

Sengestuerne giver mig ikke i øvrigt anledning til bemærkninger.

3.2.2. Fælleslokaler

Opholdsrum

De to åbne afsnit og det lukkede afsnit råder alle over røgfri opholdsrum og opholdsrum hvor der må ryges, samt et fælleslokale til spising.

På alle sengeafsnittene er der en dagligstue hvor der må ryges, og hvorfra der er adgang til afsnittets udendørsområde. Stuerne er indrettet med flere små møbelgrupper, heriblandt sofa, sofabord og lænestole. Der er reoler med spil, blade mv. og tv, dvd-afspiller og musikanlæg.

Der var adskillige patienter samlet i sengeafsnittenes rygerdagligstuer på tidspunktet for inspektionen, og lokalerne var meget tilrøgede. Flere af patienterne gav udtryk for at lokalerne oftest er røgfylde da der ryges meget. Det blev oplyst at udsugnin-

gen i rygerummene er ineffektiv da den blot fører luften ind på gangene, ikke ud af huset.

Bortset fra de gener som den meget røgfylde luft forårsagede, var lokalerne indbydende, og der var en god stemning.

Jeg henstiller til afdelingen at undersøge mulighederne for at sikre tilstrækkelig (egentlig) udsugning i rygelokalerne. Jeg beder afdelingen underrette mig om hvad undersøgelserne giver anledning til.

Afsnit O1 og O2 har nyindrettede røgfri fælleslokaler i de dele af bygningen som vender ud mod Horsens Fjord. Lokalerne har mørkbejdsede trægulve og store panoramavinduer med udvendige skodder.

På afsnit O1 er der tale om to mindre, røgfri dagligstuer forbundet af en lille mellemgang. I den ene stue er der bl.a. tv, i den anden er der bl.a. en reol med spil mv. På afsnit O2 er der tale om en længere gang med nicher som udgør et røgfrit fællesrum med flere små møbelgrupper. Rummet er af en patient blevet døbt Tankegangen.

På afsnit O2 er der yderligere to opholdsstuer – en for ikke-rygere hvor der var en skinne til et tv, men hvor selve tv'et var til reparation, og en for rygere hvor der var tv samt en skydedør som gav mulighed for at opdele stuen i to. Ingen af stuerne var i brug på tidspunktet for inspektionen.

Jeg går ud fra at tv'et nu er genopsat efter reparationen.

På afsnit O3 er det røgfri opholdsområde indrettet i samme rum som spisestuen således at der i en del af lokalet er opstillet enkelte bløde møbler, sofabord og tv.

Spisestuer

Afsnittenes spisestuer er åbne, lyse rum indrettet med mindre borde med plads til 4-6 spisende. På det lukkede afsnit er spisestuen størrelsesmæssigt i underkanten, og det blev oplyst at afsnittets personale har udtrykt ønske om at udvide rummets kapacitet ved inddragelse af et mindre, tilstødende lokale, men at dette ikke kan lade sig gøre fordi døren mellem de to lokaler er en branddør.

I tilknytning til spisestuen er der på hver afdeling et rummeligt, moderne køkken som dels benyttes til anretning mv. af maden fra sygehusets centralkøkken, dels kan anvendes af afsnittets personale og patienter.

Gangarealer

På alle tre sengeafsnit er der store gangarealer hvor der er opstillet enkelte møbelgrupper og fx reoler med spil mv., bordtennisbord, bordfodbold, ribbe og kondicykel. Der er endvidere mønttelefoner på gangene. På afsnit O2 stod der også en hospitals-seng på gangen. På afsnit O3 er der indrettet et område med reoler med legetøj, trafikgulvtæppe og børnemøbler. Der er endvidere på gangene på alle afsnit opslagstavler og whiteboardtavler med oversigter over ugens aktiviteter, patienternes kontaktpersoner mv.

På afsnit O2 besøgte jeg endvidere et lille familierum hvor patienter kan vælge at modtage besøg af deres børn. I rummet var der foruden siddemøbler og et bord reoler med legetøj.

De beskrevne fælleslokaler giver mig ikke i øvrigt anledning til bemærkninger.

3.2.3. Udendørsområder

Afsnittenes udendørsområder er rummelige atriumgårde som er udformet med terrasse, stier og bede og udstyret med forskellige typer udendørsmøbler. Gården i det lukkede afsnit er helt omsluttet af de fire længer som udgør afsnittet, men det blev op-

lyst at det enkelte gange er lykkedes for patienter at flygte henover det flade tag på bygningen som er forholdsvis lav.

Udendørsområderne giver mig ikke anledning til bemærkninger.

3.2.4. Aktiviteter

På afsnit O2 besøgte jeg ergoterapien som udgøres af et større rum med arbejdsborde og et mindre rum hvor der er opstillet en pc og printer. Det blev oplyst at rummet også benyttes til fysiske øvelser. Når det er tilfældet, fjernes møblerne, og der lægges måtter på gulvet.

I forgangen til lokalet er der skabe og reoler med materialer til brug i ergoterapien.

Det blev oplyst at der er problemer med udluftningen i ergoterapien i forbindelse med aktiviteter som involverer maling, lim, træ mv., bl.a. fordi vinduerne i lokalet er flugtsikrede og dermed ikke blot kan åbnes på vid gab. Det blev i forbindelse med inspektionen oplyst at afdelingen har anmodet amtets tekniske forvaltning om at finde en løsning på problemet, men at der endnu ikke forelå et endeligt svar på afdelingens henvendelse. Jeg forstod at også bedriftssundhedstjenesten var involveret i sagen.

Jeg beder amtet oplyse hvilke skridt der er taget med henblik på en løsning af problemet.

På O2 besøgte jeg endvidere musikterapi rummet hvor der er et klaver og mange andre musikinstrumenter.

Der er endvidere et hobbyrum på O3.

Det blev i forbindelse med inspektionen oplyst at afdelingen er i færd med at etablere en netcafe med tre pc'er for patienterne på de åbne afsnit.

De beskrevne lokaliteter giver mig ikke i øvrigt anledning til bemærkninger.

3.2.5. Modtagelsen

I tilknytning til, men afsondret fra det lukkede afsnit, er afdelingens modtagelse med fire sengepladser. Modtagelsen har egen indgang igennem hvilken indlæggelser på det lukkede afsnit foregår. Ud over sengestuerne samt badeværelse udgøres modtagelsen af et venterum med tv og et kontor.

I forbindelse med inspektionen besigtigede jeg en af sengestuerne hvor der var opstillet to senge og aflåselige skabe samt bord og stole. Der var endvidere en håndvask.

Det blev oplyst at sengepladserne i modtagelsen inden for det sidste halve år forud for inspektionen havde været benyttet 2-3 gange.

Lokalerne i modtagelsen giver mig ikke anledning til bemærkninger.

3.2.6. Øvrige lokaler

I forbindelse med inspektionen af afsnit O2 besigtigede jeg også det rum hvor fikseringssengen er placeret. Sengen var delvist tildækket. I et skab i rummet opbevares remme mv. Jeg fik forevist et vaskbart stofbælte som afdelingen på daværende tidspunkt havde på prøve.

Jeg så endvidere på O2 et undersøgelsesværelse som bl.a. rummer udstyr til genoplivning og akupunktur, et lille konferencerum og afsnittets medicinskab.

Der er på alle tre afsnit kontor og personalerum.

Disse lokaler giver mig ikke anledning til bemærkninger.

3.2.7. Dagafsnit O6

Psykiatrisk afdelings dagafsnit benyttes af 40 patienter. Afsnittet befinder sig på bygningens 1. sal og udgøres af en lang gang med lokaler til begge sider. Dagafsnittet var ikke nyistandsat som afdelingens øvrige afsnit. Det blev oplyst at afsnittet sidst blev malet ca. fem år forud for inspektionen. Afsnittet fremstod dog som resten af afdelingen velholdt og var pænt rengjort.

Dagafsnittet råder over en række praktiske værksteder, heriblandt træværksteder hvor der bl.a. fremstilles opslagstavler og møbler, et male/lakværksted, et metalværksted hvor der sættes cykler i stand, og et tekstilværksted med væve, symaskiner mv. Der er endvidere et stort køkken hvor de patienter som er tilknyttet afsnittets cafeprojekt, tilbereder den mad som sælges i cafeen. Herudover er der indrettet grupperum hvor patienterne kan afholde projektmøder.

Det blev oplyst at Arbejdstilsynet kommer på tilsyn i arbejdslokalerne.

På afsnittet er der endvidere en fælles dagligstue og to mindre stuer med brikse og siddemøbler hvor patienter kan opholde sig alene hvis de trænger til et hvil i løbet af dagen. Derudover er der bl.a. et musikterapium, et træningsrum med kondicykel, ribbe, boksebold, trampolin og andre træningsredskaber og et fysioterapium.

Gangen brydes af to nicher hvor der er indrettet toilet- og baderum til brug for afsnittets patienter. To af toiletrummene er handicapegnede. Der var dog på begge toiletrum kun ét armgreb ved toilettet.

Fra dagafsnittet er der adgang til et stort mødelokale som afsnittet benytter til det ugentlige cafearrangement for afdelingens patienter. Afholdelsen af cafeen er et dagafsnittets værkstedsprojekter. Når lokalet ikke benyttes som cafe, fungerer det

som mødelokale for hele Horsens Sygehus, hvilket efter det oplyste giver en del uønsket trafik på dagafsnittet.

4. Samtaler med enkelte patienter

Under inspektionen havde jeg enkeltsamtaler med fem patienter fra afdelingen som alle havde ønsket samtale.

Samtalerne gav dels anledning til at konkrete spørgsmål blev taget op med ledelsen under inspektionen, dels til konkrete sager. De enkelte patienter har efter nærmere aftale modtaget separat svar som opfølgning på samtalerne.

5. Andre forhold

5.1. Overbelægning

Afdelingen har som nævnt kun enestuer. De to åbne sengeafsnit O1 og O3 har hver 20 sengepladser, mens det lukkede afsnit O2 har 15 sengepladser. Den døgnåbne modtagelse har plads til fire patienter fordelt på to tosengsstuer, men disse senge er alene til brug ved modtagelse, dvs. uden indlæggelse.

Det blev oplyst at der sjældent forekommer overbelægning. Eventuel overbelægning afvikles i første omgang ved at slække på den distriktsmæssige inddeling til de to åbne afsnit og herefter ved midlertidigt at placere to patienter på en enestue. Er der ledige senge på det lukkede afsnit, kan "overskydende" patienter på de åbne afsnit tilbydes disse, men afdelingen er forsigtig med (unødigt) overbelægning på det lukkede afsnit. Afdelingen har aldrig patienter anbragt på gangene.

Ledelsen oplyste at den gennemsnitlige belægningsprocent i 2003 var 92. På tidspunktet for inspektionen var der på afdelingen indlagt 11 patienter på det lukkede afsnit og 24 patienter på hver af de åbne afsnit, hvoraf nogle overnattede hjemme, dvs. i alt 59 patienter og fire mere end der på afdelingen er enestuer til. Under min

rundgang konstaterede jeg at der var angivet to patientnavne på i hvert fald fire stuer på afsnit O3.

Efter det oplyste forekommer det at patienter foretrækker at ligge på tosengsstue og derfor ønsker at dele stue med en anden patient. To af de patienter jeg talte med, var anbragt sammen på en enestue. Begge patienter gav udtryk for at de havde forståelse for at to patienter måtte dele stue når der var flere patienter indlagt end afdelingen har stuer til, men de foretrak begge at have egen stue hvor det var muligt at være alene. På den stue de delte (og som jeg besøgte), var der kun ét aflåst skab hvilket betød at kun den ene patient kunne benytte skabet, mens den anden måtte opbevare sine ting under og bagved sin seng.

Jeg forstår at overbelægning forekommer i perioder med den konsekvens at to patienter placeres på samme stue, og bemærker at jeg går ud fra at afdelingen i den sammenhæng er meget opmærksom på hvorledes patienterne sammensættes på stuerne.

Som jeg anførte under inspektionen, bør der efter min opfattelse ikke være to patienter på enestuerne. Hvis dette ikke kan undgås, bør de største af afdelingens stuer benyttes til dobbeltbelægning. Efter min opfattelse bør stuer der benyttes til dobbeltbelægning, møbleres herefter, således at begge patienter (i hvert fald) tilbydes et skab der kan aflåses.

Jeg henstiller til afdelingen at sørge for aflåselige klædeskabe til de patienter som i forbindelse med overbelægning placeres midlertidigt på stuerne. Jeg beder afdelingen om underretning herom.

Jeg bemærker at afdelingen efter min opfattelse ikke ved at sørge for aflåselige klædeskabe til de patienter som i forbindelse med overbelægning placeres midlertidigt på stuerne, "legaliserer" dobbeltbelægning. Jeg går samtidig ud fra at amtet stedse er opmærksom på at søge at sikre at der til enhver tid er et tilstrækkeligt antal sengepladser til rådighed.

Afdelingen har ikke venteliste til indlæggelse, men kun til ambulat behandling. Ledelsen oplyste af 98% af afdelingens indlæggelser er akutte. Det blev oplyst at den gennemsnitlige indlæggelsestid på afdelingen i 2003 var ca. 22 dage. Patienter indlagt på de åbne afsnit O1 og O3 er i gennemsnit indlagt ca. 4 uger, mens patienter indlagt på det lukkede afsnit O2 i gennemsnit opholder sig 10-11 dage på afsnittet. Patienter fra Psykiatrisk Afdeling i Vejle der indlægges på det lukkede afsnit i en kort periode (ofte kun få dage), er med til at trække gennemsnittet ned, idet disse patienter herefter tilbageføres til afdelingen på Vejle Sygehus. Adspurgt oplyste ledelsen at der ikke forekommer forhastede udskrivninger, men at et øget pres på sengepladserne betyder en intensivering af behandlingen. Den gennemsnitlige indlæggelsestid skal efter ledelsens vurdering ikke være under 20 dage.

5.2. Placering på åbent/lukket afsnit – låsesystemet

Ledelsen oplyste at det forekommer at frivilligt indlagte patienter placeres på det lukkede afsnit O2, men at antallet varierer meget. I perioder er halvdelen af de indlagte på det lukkede afsnit frivilligt indlagte, mens det i andre perioder er dem alle. På tidspunktet for inspektionen var syv patienter indlagt frivilligt på det lukkede afsnit, mens fire var tvangsindlagte/tvangstilbageholdte. Ledelsen oplyste at nogle patienter ønsker indlæggelse på O2 på grund af de mere ”trygge” fysiske forhold og den bedre personalenormering. I disse tilfælde orienteres patienterne altid om grunden til placeringen og om at de er undergivet samme vilkår som patienter på åbent afsnit.

Ledelsen oplyste at afdelingen er meget opmærksom på de problemer det kan give at have frivilligt indlagte patienter anbragt på et lukket afsnit og tvangsindlagte/tvangstilbageholdte patienter anbragt på åbne afsnit, og at afdelingen bl.a. derfor ikke har indrettet særlige skærmede afsnit. De patienter der indlægges frivilligt på det lukkede afsnit, indlægges her fordi der er en faglig begrundelse for det, men patienterne flyttes til et åbent afsnit når den faglige begrundelse for indlæggelse på lukket afsnit ikke længere er til stede (hvis de ikke udskrives på dette tidspunkt), og bliver altid orienteret om at de er undergivet samme vilkår som patienter på åbent afsnit.

Som jeg oplyste under inspektionen, har Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 i forbindelse med tilsynets inspektioner af psykiatriske hospitaler også beskæftiget sig med spørgsmålet om afdelinger hvor der er både frivilligt indlagte og tvangsindlagte/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 tvangsindlagt eller -tilbageholdt, bør tilbydes en plads på en uaflåst del af det psykiatriske sygehus, at en patient der overgår fra at være tvangsindlagt/tvangstilbageholdt 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 tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse straks når betingelserne herfor ikke længere er til stede, og at patienten i den forbindelse informeres om at indlæggelsen nu er frivillig, og at de frivilligt indlagte patienter umiddelbart har mulighed for at forlade 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.

Patienterne låses aldrig inde på deres stuer, og yderdørene til de åbne afsnit er meget sjældent låste. Er der behov for aflåsning af yderdørene på de åbne afsnit, flyttes den pågældende patient i videst muligt omfang til det lukkede afsnit. Afdelingen anvender ingen særlige låsesystemer.

På det indledende møde viste ledelsen nogle statistiske oversigter over antallet af tvangsforanstaltninger mv. anvendt på afdelingen i 2002 og 2003. Det fremgik af oversigten for 2002 at der havde været et tilfælde af ”døraflåsning” samt et tilfælde af ”aflåsning af yderdøre”. Ledelsen oplyste at der kun kunne være tale om aflåsning af afdelingens yderdøre (som beskyttelsesforanstaltning) idet patienterne som nævnt aldrig låses inde på deres sengestuer, men ledelsen kunne ikke umiddelbart redegøre for hvorfor de to tilfælde var opført på hver sin linje i statistikken.

Der kan umiddelbart være tale om at der i 2002 var et tilfælde af fysisk magtanvendelse i form af døraflåsning efter psykiatrilovens § 17 og et tilfælde af aflåsning som beskyttelsesforanstaltning efter § 18, og dette kan være forklaringen på at de to tilfælde er opført adskilt. For god ordens skyld beder jeg dog afdelingen oplyse nærmere herom.

Afdelingen har ikke indrettet særlige stuer der anvendes til fiksering af patienter, men anvender en hospitalsseng der holdes opredt til brug når det er nødvendigt. Sengen, der er placeret på O2, er udstyret med bælte og hånd- og fodremme. Det vurderes i hvert enkelt tilfælde hvilke remme der bør benyttes. Er det nødvendigt at fikseres en patient indlagt på et åbent afsnit, flyttes den pågældende til det lukkede afsnit.

Ledelsen oplyste at der altid er fast vagt når en patient er fikseret. Den faste vagt placeres uden for patientens sengestue med døren på klem således at de øvrige patienter ikke kan kigge ind hvis de går forbi.

Enkelte patienter beder af tryghedsgrunde om at blive fikseret. På afdelingen anvendes sådan fiksering kun hvor lægen er enig i at fiksering kan være nødvendig, og fikseringen noteres i tvangsprotokollen med bemærkning om at den er frivillig.

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 tvangsindlagte og -tilbageholdte patienter på det lukkede afsnit O2 har adgang til frisk luft i afsnittets egen (indre) gårdhave hvortil der er adgang hele døgnet. Nogle patienter har frihed til at gå til kiosken på hospitalsområdet enten alene eller med ledsager. Det fremgår af velkomstfolderen til afsnit O2 at lægen og kontaktpersonen i samråd tager beslutning om udgang ud over adgangen til gårdhaven.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Det fremgår af det informationsmateriale til patienterne på afsnit O1 som jeg modtog forud for inspektionen ("Velkommen til afdeling O1"), under afsnittet "Husregler" at der for enkelte patienters vedkommende af behandlingsmæssige grunde kan være tale om begrænset udgangstilladelse.

Jeg beder afdelingen oplyse hvilke patienter der er tale om, og herunder under hvilke betingelser udgangen fra afsnittet kan begrænses.

5.4. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2

Efter § 3, stk. 2, i lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien skal lægen vejlede patienten om formålet med indlæggelsen, opholdet og behandlingen samt om udsigterne til en bedring af helbreds-tilstanden.

Jeg beder afdelingen oplyse hvorledes denne vejledning finder sted.

5.5. Patienternes kontakt med læge mv.

Patienterne tildeles ved indlæggelsen en behandlingsansvarlig læge med hvem der holdes samtale ca. en gang ugentligt eller efter behov, ligesom alle patienter tildeles en eller flere kontaktpersoner. Det fremgår af informationsfolderen til dagafsnittet O6 at kontaktpersonen her følger patienten i hele forløbet. Det blev oplyst at patienter indlagt på det lukkede afsnit typisk har behov for hyppigere og længere samtaler med lægen, men at behovet varierer afhængig af patientens tilstand.

Ledelsen oplyste at der i forbindelse med ethvert møde mellem læge og patient kan (og bør) træffes aftale om hvornår det næste møde skal finde sted.

Ledelsen bekræftede at det er muligt at skifte kontaktperson i det omfang ønsket vurderes som sagligt begrundet, fx hvis der opstår et (åbenlyst) modsætningsforhold mellem patienten og kontaktpersonen.

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 den akutte modtagelse i tilslutning til afsnit O2. Politiet kommer således ikke ind på selve afsnittet ved indlæggelser.

Afdelingen ønsker ikke politiets tilstedeværelse hvis det kan undgås, men der kan være situationer som personalet ikke selv kan klare. Ledelsen kunne kun huske én episode flere år tilbage hvor politiet var blevet tilkaldt, men på inspektionsdagen blev politiet tilkaldt til hjælp med fiksering af en patient på afsnit O2. Afdelingen beder kun meget sjældent politiet om assistance til en tvangsfiksering, og adspurgte bekræftede ledelsen 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 i de enkelte afsnit fastsat besøgstider inden for hvilke besøg bedes afviklet af hensyn til behandlingen og de øvrige patienter på afdelingen. Det er muligt efter behov at aftale andre individuelle besøgstider. Der er ikke særskilte lokaler til besøg. Besøg afvikles derfor i fælles opholdsrum eller på stuerne. Dog er der på det lukkede afsnit indrettet et særligt rum med legetøj der kan benyttes når patienter har besøg af børn (et familierum).

Afdelingens ledelse har i januar 2004 fastsat en instruks om de begrænsninger som ikke er bestemt af psykiatriloven. Instruksen svarer til den instruks der gælder for Psykiatrisk Afdeling på Vejle Sygehus. Det fremgår heraf at besøgsforbud kan forekomme, fx hvor besøgende har udvist voldelig og/eller truende adfærd over for pati-

enter og/eller personale. For patienter med misbrug kan der indgås aftale om besøgsforbud, overvågede besøg eller (ikke-kropslig) visitation af den besøgende. Kompetencen til at træffe sådanne beslutninger er i instruksen tillagt overlægen – og i dens fravær en hertil bemyndiget læge, således at overlægen snarest muligt efterfølgende tager stilling til anvendelsen af begrænsningen. Det fremgår at begrænsninger klart skal fremgå af journalen, og at de skal revurderes med højst 14 dages mellemrum.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Afdelingen visiterer ikke breve eller pakker, men der kan efter instruksen laves aftale med en patient med misbrug om at post åbnes i personalets påsyn. Andre patienter kan indgå en frivillig aftale om personalets gennemlæsning af post.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Det fremgår af velkomstfolderen vedrørende afsnit O2 at alle patienter visiteres for bl.a. skarpe genstande ved indlæggelsen af hensyn til sikkerheden. Ledelsen oplyste at dette ikke sker systematisk, men mere er et signal afdelingen ønsker at sende til patienterne. Kun kendte misbrugere, patienter kendt som selvbeskadigende og andre patienter hvor der konkret er mistanke om uønskede genstande, visiteres. Der er kun meget sjældent tale om egentlig kropsvisitation.

Jeg beder afdelingen overveje at få adgangen til visitation indarbejdet i afdelingens instruks om de begrænsninger som ikke er bestemt af psykiatriloven. Jeg beder afdelingen underrette mig om resultatet af disse overvejelser.

Der er opstillet mønttelefoner der passes af patienterne, på alle afsnittene. På de to åbne afsnit henstilles der i velkomstfolderen til at mønttelefonerne ikke benyttes efter kl. 22.00.

Det fremgår af velkomstfolderne til de to åbne afsnit at mobiltelefoner må benyttes på egen stue, men ikke i fællesrum. Det blev oplyst at mobiltelefoner ligeledes er tilladte på det lukkede afsnit.

Det fremgår af instruksen at det af behandlingsmæssige årsager (mani, konfusionstilstande eller andre psykotiske tilstande) kan besluttes midlertidigt at lukke mønttelefonen og/eller midlertidigt inddrage patientens egen mobiltelefon, fx for at forhindre at patienten kompromitterer sig selv. Afdelingen havde fx forbudt en patient at have sin mobiltelefon med under indlæggelsen efter at patienten gentagne gange havde blokeret for opkald til alarmcentralen.

Mobiltelefoner skal være slukkede såfremt de virker forstyrrende i afdelingen og under behandlingsaktiviteter, herunder under behandlingsmæssige samtaler mv. med læger og plejepersonale.

Det blev under inspektionen oplyst at afdelingen oplever at patienter har mobiltelefoner med internetfaciliteter og kamera. Brug af sådanne telefoner var foreløbigt forbudt på afsnit O2. Ledelsen havde endnu ikke forholdt sig til det, men overvejede at forbyde sådanne telefoner. En patient havde på tidspunktet for inspektionen truffet aftale med personalet om kun at bruge sin mobiltelefon med kamera når pågældende var på egen stue.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Det fremgår af velkomstfolderen til afsnit O2 at handel og bytning patienterne imellem ikke er tilladt under indlæggelse. Jeg forstod på ledelsen at patienterne i konkrete tilfælde får lov til at handle og bytte indbyrdes.

Som jeg oplyste under inspektionen – og som det fremgik at ledelsen var bekendt med – har jeg tidligere i forbindelse med inspektioner af psykiatriske afdelinger anbefalet at afdelingerne udfærdiger skrevne regler om de begrænsninger og indgreb der kan ske i patienternes personlige frihed under indlæggelsen samt regler der regulerer det almindelige daglige liv på afdelingen. Denne anbefaling hænger sammen med at der ikke i psykiatriloven eller i anden lovgivning (bortset fra hvad der kan udledes af retsplejelovgivningen) er fastsat bestemmelser om visitation af breve og pakker, om besøgsforbud og om adgang til at bestemme begrænsninger i adgangen til at benytte telefon. Der er heller ikke på anden måde fra centralt hold fastsat regler på området.

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

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

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

Psykiatrisk Afdeling på Horsens Sygehus har som nævnt ovenfor skrevne regler om de begrænsninger der ikke er bestemt i psykiatriloven (instruksen fra januar 2004) vedrørende visitation af breve og pakker, besøgsforbud og adgangen til at benytte telefon.

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.

Psykiatrisk Afdeling på Horsens Sygehus har ikke et generelt rygeforbud der gælder for hele afdelingens område, men ledelsen oplyste at Vejle Amt fra maj 2004 indfører rygeforbud for personalet på Horsens Sygehus (somatisk). Psykiatrisk afdeling vil forsøge at lægges sig op ad denne linje.

Afdelingen har en generel rygepolitik om at der kun må ryges i de dertil indrettede rum og ikke på sengestuer, gangarealer og i øvrige fællesrum. På det lukkede afsnit O2 er der alene forbud mod at ryge i sengen, mens der blot opfordres til at rygning begrænses på sengestuerne. Restriktionerne gælder også for personalet.

Det fremgår af afdelingens instruks om begrænsninger der ikke fremgår af psykiatriloven, at hvis retningslinjerne for rygning ikke efterkommes efter henstilling, skal der indgås en aftale med patienten om at cigaretter mv. opbevares på kontoret og udleveres efter aftale.

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.

5.9. Forplejning

Afdelingen får mad leveret fra køkkenet på Horsens Sygehus. Der serveres kold mad med en lun ret til frokost og varm mad om aftenen.

Amtet har ansat en diætist der efter en undersøgelse har udarbejdet en egentlig kostpolitik, således at hertil uddannet personale ("fedtmulere") kan vejlede patienterne og hjælpe dem til ikke at trøstespise mv.

Jeg er fra min inspektion af Psykiatrisk Afdeling på Vejle Sygehus bekendt med at Vejle Amt i 2002 har gennemført et udviklingsprojekt med fokus på overvægt og psykisk sygdom, og at projektet blev videreført i 2003 med det særlige sigte at implementere kostpolitik på alle psykiatriske afdelinger og socialpsykiatriske institutioner i amtet.

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 fik den pågældende dag.

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 afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

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

Adspurgt oplyste ledelsen at afdelingen ikke udarbejder mange udskrivnings- eller koordinationsplaner, men at afdelingen generelt gør meget for at holde kontakt med

patienterne efter udskrivning. Efter det oplyste havde afdelingen i 2002 lavet to udskrivningsplaner, men ingen koordinationsplaner.

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

Efter § 3, stk. 5, har overlægen i alle tilfælde en pligt til at udarbejde en koordinationsaftale.

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

Med disse bemærkninger må jeg på det foreliggende grundlag gå ud fra at afdelingen 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

På Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling på Kolding Sygehus har amtet oprettet en særlig afdeling for børn og unge hvis målgruppe er børn og unge i alderen fra 0 til og med 18 år. I overgangsområdet til voksenpsykiatriområdet (18-21 år) beror det på

en konkret vurdering af den enkelte patient om patienten skal viderehenvises til ungdoms- eller voksenpsykiatrien.

På Psykiatrisk Afdeling på Horsens Sygehus vil patienterne således altid være over 18 år. Det forekommer at afdelingen har unge under 20 år, men oftest kun til akut behandling.

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 har et godt samarbejde med patientrådgiverne der generelt kommer når de skal. Ledelsen oplyste at afdelingen (afsnit O2) efter et forud fastlagt system ringer til et fast korps af patientrådgivere der således telefonisk bliver orienteret om at de er blevet beskikket, og at de har mulighed for at tale med patienten inden tvangsbehandling iværksættes.

Det blev endvidere oplyst at statsamtmanden forestår den generelle orientering af patientrådgiverne, og at afdelingen årligt deltager i et møde med statsamtmanden om samarbejdet med Det Psykiatriske Patientklagenævn.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.13. Vold mod personalet

Det forekommer at afdelingen oplever at patienter optræder voldeligt og/eller truende over for personalet. Det er den administrerende overlæge der i givet fald anmelder forholdet til politiet. Om der sker anmeldelse, afhænger af en konkret vurdering af situationen. Almindeligvis anmeldes således ikke forhold i forbindelse med tvangsfiksering mens pludselige umotiverede overfald konsekvent anmeldes. Afdelingen oplever at politiet tager sådanne anmeldelser alvorligt.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.14. Opbevaring af journaler

Hospitalet fører elektroniske patientjournaler. Personale tilhørende behandlergruppen har adgang til journalerne, men adgangen til den enkelte patientjournal kan begrænses yderligere. Systemets logfunktion sikrer at kun personale med password har adgang, og der sker løbende stikprøvevis kontrol således at det er muligt at konstatere hvis personale foretager opslag i journaler uden saglig grund. Det samme system anvendes på Sct. Hans Hospital i Roskilde.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.15. Handicaptilgængelighed

Der er efter ledelsens opfattelse få problemer med handicaptilgængeligheden i afdelingens bygninger. Der er indrettet handicaptolletter og -bad på alle afsnittene, og på sengeafsnittene findes en særlig stor sengestue til brug for kørestolsbrugere, men afdelingen er ikke handicapegnet overalt. Afdelingen har relativt sjældent handicappede patienter.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

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.

Afdelingen har ikke noget patientråd, men der afholdes patientmøder på de enkelte afsnit hvor alle patienter har mulighed for at deltage. På det lukkede afsnit O2 og på afsnit O3 holdes der således patientmøde hver mandag morgen. Afsnit O3 holder også morgenmøder alle øvrige hverdage. På afsnit O1 holdes der morgenmøde på alle hverdage og aftenmøder mandag og torsdag.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.17. Behandlingsplaner

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

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

5.18. Stoffer

Afdelingen finder efter det oplyste sjældent stoffer på afdelingen, men der har været eksempler herpå, fx på afsnit O2. Stoffer opleves ikke som et problem på afdelingen, men problemet optræder i perioder på O2 hvor enkelte patienter har et sidemisbrug af hash eller alkohol. Stoffer bringes erfaringsmæssigt ind på afdelingen af besøgende hvoraf nogle er tidligere patienter. Fundne stoffer (hash) afleveres til destruktion.

Afdelingen har en aftale med politiet om at afdelingen kan få besøg af en hashhund, men afdelingen har endnu ikke anmodet herom.

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

5.19. Rekruttering af personale og vikardækning

Afdelingen har samme problemer med rekruttering af personale som mange andre steder i landet. I 2003 var otte lægestillinger ubesatte. På tidspunktet for inspektionen manglede afdelingen en overlæge, to afdelingslæger og en yngre læge, dog var der i flere af disse stillinger ansat en psykolog. Afdelingen forsøger således at ansætte personale med en anden relevant uddannelse hvis der ikke aktuelt er egnede ansøgere i den normerede (ønskede) personalekategori.

Ledelsen oplyste at antallet af fraværskdage på grund af sygdom blandt personalet ligger på et forholdsvis højt niveau. Således havde fraværet i 2003 på afsnit O2 et niveau svarende til 4½ stilling, ligeligt fordelt mellem langtidssygdom og korterevarende sygdom. Der arbejdes meget med sygefraværspolitikken der dækker hele amtet. Der pågår således fx et projekt mellem det lukkede afsnit O2 og et andet lukket afsnit i amtet omhandlende udveksling af kompetencer blandt personalet.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

Som nævnt i indledningen anmodede jeg under inspektionen om at modtage kopi af 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 forud for den 8. december 2003 (hvor inspektionen blev varslet).

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

6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

Jeg har modtaget i alt 10 skemaer til brug for tilførsler i tvangsprotokollen om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse i 2003, heraf 4 vedrørende tvangsindlæggelse (alle uden tilførsler om tvangstilbageholdelse) og 6 udelukkende vedrørende tvangstilbageholdelse – med eller uden forudgående tvangsindlæggelse (som vil fremgå af andre skemaer). Tilførslerne (skemaerne) vedrører frihedsberøvelse iværksat i perioden fra den 1. oktober til den 20. november 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 det 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 9 tilfælde ved afkrydsning angivet at der er tale om det første skema. I det sidste tilfælde er det ikke angivet hvorvidt der er tale om det første skema eller en fortsættelse af et tidligere skema.

Dette er en fejl.

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 4 tilfælde ved afkrydsning angivet at frihedsberøvelsen er iværksat som tvangsindlæggelse (heraf 3 af helbredsmæssige grunde og 1 på grund af farlighed), og i 6 tilfælde at frihedsberøvelsen er iværksat som tvangstilbageholdelse (heraf 4 af helbredsmæssige grunde og 2 på grund af farlighed).

Der er i alle 10 tilfælde ved afkrydsning angivet en begrundelse (i henhold til § 5).

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. psykiatrilovens § 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 10 skemaer er der angivet en dato for overlægens stillingtagen. I 7 tilfælde har overlægen taget stilling til frihedsberøvelsen samme dag som iværksættelsen af fri-

hedsberøvelsen, og i 3 tilfælde har overlægen taget stilling dagen efter iværksættelsen.

Adspurgt oplyste ledelsen under inspektionen at afdelingens overlæger på skift fungerer som telefonisk bagvagt der kan tage stilling til frihedsberøvelser iværksat i weekenden og skal kunne møde på afdelingen hvis det bliver nødvendigt.

Det påhviler til stadighed overlægen at påse at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magt og beskyttelsesfiksering ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 1. For så vidt angår frihedsberøvelse skal resultatet af denne efterprøvelse tilføres tvangsprotokollen henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage efter at frihedsberøvelsen blev iværksat, og herefter mindst hver fjerde uge så længe frihedsberøvelsen opretholdes, jf. lovens § 21, stk. 2, 1. punktum, 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 tvangsinlagt patient senere tvangstilbageholdes.

Der er sket følgende afvigelser fra disse regler:

I forbindelse med en tvangsinlæggelse iværksat den 1. november 2003 er den først angivne efterprøvelse sket efter 10 dage. Der er således ikke notat om at der er sket efterprøvelse 3 dage efter iværksættelsen. Der er ikke angivet dato for tvangsinlæggelsens ophør, men den pågældende patient er udskrevet den 5. januar 2004.

I forbindelse med en tvangstilbageholdelse iværksat den 31. oktober 2003 skete efterprøvelsen (efter 3 dage) på fjerdedagen, den 4. november 2003, dvs. en dag for sent. Tvangstilbageholdelsen ophørte samme dag.

Dette er beklageligt.

I de øvrige tilfælde er den obligatoriske efterprøvelse efter det i skemaerne angivne sket (senest) på det i loven angivne tidspunkt.

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

Datoen for overlægens attestation er i alle tilfælde angivet som samme dag som efterprøvelsen.

Jeg har desuden konstateret at der i et skema ikke er foretaget notat om efterfølgende ophør af frihedsberøvelsen, og at datoen for overlægens stillingtagen til spørgsmålet om ophør i det samme tilfælde ikke er anført.

Dette er en fejl.

I de øvrige tilfælde er datoen for ophør af frihedsberøvelsen angivet, ligesom datoen for overlægens stillingtagen i disse tilfælde er angivet som ophørsdagen.

6.2. Tvangsbehandling

Jeg modtog 10 skemaer vedrørende beslutninger om tvangsbehandling. Tilførslerne (skemaerne) vedrører beslutninger om tvangsbehandling truffet i tidsrummet fra den 13. august 2003 til den 28. november 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 10 tilfælde ved afkrydsning angivet hvorvidt der er tale om det første skema (8 tilfælde) eller en fortsættelse af tidligere skema (2 tilfælde).

Ifølge bilaget til 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. Der er tale om 8 tilfælde af medicinering, et tilfælde af ECT-behandling og et tilfælde vedrørende behandling af en legemlig lidelse.

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.

I overensstemmelse med bilaget til Sundhedsstyrelsens vejledning er navnet på den ordinerende overlæge angivet i alle tilfælde, heraf i 5 tilfælde ved initialer. I det ene tilfælde der vedrører tvangsbehandling af en legemlig lidelse, er tillige angivet navnet på den ordinerende somatiske overlæge samt datoen for dennes stillingtagen, der er angivet som samme dag som beslutningen.

Jeg går ud fra at lægens initialer er tilstrækkeligt til at sygehuset entydigt kan fastslå hvem der har ordineret tvangsforanstaltningen, og jeg foretager på denne baggrund ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål.

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 er angivet i alle tilfælde på nær et. Det drejer sig om skemaet vedrørende beslutning om anvendelse af ECT-behandling den 23. oktober 2003. Det fremgår ikke af skemaet om/at behandlingen blev iværksat, men den 9. december 2003 blev der truffet beslutning om ophør – samtidig med at patienten blev udskrevet.

Det er beklageligt at indholdet af tvangsbehandlingen i dette tilfælde ikke er angivet. Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom.

I 2 tilfælde er indholdet af tvangsbehandlingen (begge medicinering) angivet med to alternative indgivelsesmåder, f.eks. formuleret således: ”T. Cisordinol dråber 20 mg x 1 alternativ Inj. Cisordinol 10 mg i.m. + 5 mg Akineton im.” (beslutning om tvangsmedicinering af 7. november 2003).

Jeg har i rapport af 15. april 2004 vedrørende min inspektion af Sct. Hans Hospital den 18. og 24. februar 2004 udtalt følgende:

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

Jeg går ud fra at den angivelsesmåde som anvendes på Sct. Hans Hospital (afsnit R1) med alternative indgivelsesformer (og doser) er udtryk for en praksis hvorefter der i første omgang forsøges med indgivelse af medicin peroral, og at personalet kun såfremt dette ikke effektivt lader sig gennemføre, f.eks. fordi patienten afviser at indtage medicinen eller efterfølgende kaster op, overgår til indgivelse af medicinen ved injektion. I

det ovenfor gengivne eksempel er alternativerne imidlertid sprogligt set ligestillede, og der gives således ingen præcisering af hvornår det ene alternativ skal vælges frem for det andet, dvs. hvad der vil være den udløsende faktor for at vælge henholdsvis peroral indgivelse eller indgivelse ved injektion. Hospitalets formulering i tvangsprotokollen giver derfor anledning til principielle overvejelser om den sproglige præcision som kan forlanges.

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

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

Jeg beder hospitalet om en udtalelse herom.”

Jeg beder Psykiatrisk Afdeling på Horsens Sygehus om en tilsvarende udtalelse.

Jeg beder (samtidig) afdelingen oplyse hvorvidt den pågældende patient i de 2 tilfælde (beslutninger om tvangsmedicinering af 14. august og 7. november 2003) modtog medicinen som tablet eller som injektion de henholdsvis 5 og 13 gange hvor medicinen ifølge skemaerne blev givet.

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

I 4 af de undersøgte skemaer er angivet ”fastholden” eller lignende i rubrikken om tilladt magtanvendelse. I de øvrige 6 tilfælde er ikke angivet noget i rubrikken.

Jeg går ud fra at dette betyder at der ikke var behov for at anvende magt i de pågældende tilfælde.

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

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

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

I skema vedrørende beslutning om tvangsmedicinering truffet den 23. oktober 2003 er der for så vidt angår den 4. og den 11. november 2003 ikke angivet dato (og navn), men ladte felter tomme. Tilsvarende gælder for så vidt angår den 4. december 2003 i skema vedrørende beslutning om tvangsmedicinering truffet den 7. november 2003.

Jeg går ud fra at beslutningen om tvangsmedicinering ikke blev effektueret disse dage.

I 2 tilfælde er der ikke anført datoer til angivelse af at tvangsbehandlingen fandt sted. Det drejer sig om skema vedrørende beslutning om tvangsmedicinering af 14. oktober 2003 og skema vedrørende beslutning om ECT-behandling af 23. oktober 2003. I begge tilfælde er datoen for ophør af beslutningen anført som samme dato som den pågældende patient blev udskrevet – henholdsvis 35 og 37 dage efter iværksættelsesbeslutningen.

Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom.

I 2 tilfælde er datoen for ophør noteret henholdsvis 28 og 13 dage efter sidst angivne dato for udført tvangsbehandling. I det sidst nævnte tilfælde ligger ophørsdatoen til-
lige 12 dage efter den anførte udskrivesdato.

Jeg går ud fra at det i de nævnte tilfælde ikke har været nødvendigt at anvende tvang i længere tid end anført på skemaerne. Jeg bemærker dog at jeg går ud fra at afdelingen er opmærksom på at en overhængende risiko for effektivering af en allerede truffen beslutning om anvendelse af tvang kan opleves som tvang af patienten (såkaldt "skjult tvang"), og at afdelingen i sådanne situationer vurderer patientens samtykke i lyset heraf.

Endelig skal datoen for beslutning om ophør af tvangsanvendelsen angives.

Datoen for beslutningen om ophør er sket i alle tilfælde. I et tilfælde (beslutning af 28. november 2003) ligger ophørsdatoen 12 dage efter den anførte udskrivesdato.

Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom.

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 11 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 11 modtagne skemaer omhandler i alt 25 tilfælde af tvangsfiksering og fysisk magt, herunder indgivelse af beroligende medicin. Der er tale om 17 tilfælde af

tvangsfiksering, 6 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin og et tilfælde af dør-aflåsning.

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

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

Under de samme betingelser kan en indlagt person fastholdes og om fornødent med magt føres til et andet opholdssted på sygehuset, jf. psykiatrilovens § 17, stk. 1. Over for personer der er frihedsberøvet efter reglerne i lovens kapitel 3, kan der anvendes den magt der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen. Er det af afgørende betydning for bedring af en meget urolig patients tilstand, kan lægen bestemme at patienten skal have et beroligende middel, om fornødent med magt, jf. lovens § 17, stk. 2.

Tidspunktet for iværksættelsen af fikseringen eller den fysiske magtanvendelse skal angives med dato og klokkeslæt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 33, nr. 4, og § 34, nr. 4.

Der er i alle tilfælde angivet et iværksættelsestidspunkt (dato og klokkeslæt).

Ifølge lovens § 15, stk. 1, skal tvangsfiksering besluttes af en læge efter at denne har tilsat patienten. Beslutning om at der foruden bælte skal anvendes hånd- eller fodremme, skal dog træffes af overlægen, jf. stk. 2. Bestemmelsen er ikke til hinder for at en beslutning i overlægens fravær træffes af en anden læge. I sådanne tilfælde

skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen, jf. lovens § 4a og § 12, stk. 5, i tvangsbekendtgørelsen.

I de 9 tilfælde hvor der er truffet beslutning om anvendelse af remme, har overlægen taget stilling til beslutningen samme dag som beslutningen blev truffet.

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.

Dette er sket i alle tilfælde (i enkelte tilfælde ved angivelse af initialer). Navnene på det implicerede personale er i alle tilfælde alene angivet ved brug af fornavne og for ganske få tillige ved angivelse af hvilket afsnit de hører til eller ved forbogstavet i deres efternavn.

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

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

Det blev under inspektionen oplyst at afdelingen kun benytter frivillig fiksering i tilfælde hvor lægen er enig i at fiksering kan være nødvendig, og fikseringen noteres i tvangsprotokollen med bemærkning om at den er frivillig.

Der forekommer ikke frivillige fikseringer i de 11 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 fikse 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.

Der er i alle tilfælde sket afkrydsning af rubrikkerne for tvangsindgrebets art samt for indgrebets begrundelse. Der er kun afkrydset en begrundelse for hvert indgreb. På et enkelt skema er øjensynligt krydset forkert hvilket er rettet ved overstregning af den forkert afkrydsede rubrik.

I tilfældet vedrørende beslutning om døraflåsning truffet den 15. november 2003 er begrundelsen for beslutningen angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende ”Farlighed”.

Hjemmel for døraflåsning findes i tvangsbekendtgørelsens § 17, stk. 1, 2. punktum, hvorefter der over for personer der er frihedsberøvet efter reglerne i kapitel 3, kan anvendes den magt der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen. På Sundhedsstyrelsens skema 3 findes ingen begrundelsesrubrikker som umiddelbart svarer til bestemmelsens betingelser. I bilaget til vejledningen er det anført at døraflåsning kan forekomme uden at betingelserne i lovens § 14 er til stede,

”hvorfør det i så tilfælde ikke er muligt at angive en af de i skemaet beskrevne begrundelser”.

Jeg beder afdelingen om at redegøre for afdelingens praksis med hensyn til aflåsning af døre, herunder hvilke døre som aflåses, og under hvilke omstændigheder.

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 de 6 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin er der ud over navnet på den ordinerende læge og navnene på det implicerede personale tillige angivet navnet på den tilstedeværende læge.

Tidspunktet for ophøret af fikseringen eller den fysiske magtanvendelse skal angives med dato og klokkeslæt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 33, nr. 4, og § 34, nr. 4. 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.

I alle tilfælde er angivet et ophørstidspunkt (dato og klokkeslæt).

I de 6 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin er således ud over iværksættelsestidspunkt tillige anført ophørstidspunkt. I disse tilfælde fremgår det af de angivne tidspunkter at indgivelsen af den beroligende medicin har varet op til 9 minutter.

6.4. Beskyttelsesfiksering

For beskyttelsesfiksering benyttes tvangsprotokol – skema 4. Jeg har modtaget et skema 4 der vedrører ordination af 13. april 2002 om aflåsning af yderdøre. Der blev truffet beslutning om ophør af ordinationen den 15. april 2002.

Som det fremgår af afsnit 5.2., oplyste ledelsen under inspektionen at yderdørene til de åbne afsnit meget sjældent er låste. Under henvisning hertil og til at det modtagne skema vedrører en ordination fra april 2002, har jeg besluttet ikke at foretage en systematisk gennemgang af skemaet sammenholdt med reglerne på området. Dette også ud fra en betragtning om at en gennemgang af et skema ikke giver noget retvisende billede af hvorledes afdelingen håndterer sådanne ordinationer.

Ved modtagelsen af kopierne fra tvangsprotokollen fik jeg oplyst at der ikke var vedlagt skemaer vedrørende beskyttelsesfiksering idet beskyttelsesfiksering ikke benyttes på afdelingen.

Jeg forstår det oplyste således at afdelingen benytter beskyttelsesfiksering i det omfang dette er nødvendigt, men at det ikke er sket i en længere periode forud for inspektionen. For god ordens skyld beder jeg afdelingen af- eller bekræfte dette.

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 Vejle Amt for at amtet kan få lejlighed til at kommentere det som afdelingen anfører.

8. Underretning

Denne rapport sendes til Psykiatrisk Afdeling på Horsens Sygehus, Vejle Amt, Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 og afdelingens patienter.

Lennart Frandsen
Inspektionschef