

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	3
2. Hospitalets organisation mv.	5
3. Bygningmæssige forhold mv.	7
3.1. Generelt	7
3.2. De enkelte afsnit	8
3.2.1. Retspsykiatrisk Afdeling R	8
3.2.1.1. Afsnit R1	9
3.2.1.2. Afsnit R2	12
3.2.1.3. Afsnit R3	14
3.2.2. Afsnit D1	19
3.2.3. Afsnit N3	24
3.2.3.1. Den intensive enhed	25
3.2.3.2. Den retspsykiatriske enhed	27
3.2.3.3. Gårdareal for afsnit N3	30
3.2.4. Afsnit N1	30
3.2.5. Afsnit S3	33
3.2.6. Fysioterapien	36
3.2.7. ECT-afdelingen	39
3.2.8. Sammenfatning	40
4. Samtaler med enkelte patienter	41
5. Andre forhold	43
5.1. Overbelægning mv.	43
5.2. Aflåsning, herunder skærmning, og forholdene for frivilligt indlagte 43	
5.3. Adgang til frisk luft	49
5.4. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2	53
5.5. Patienternes kontakt med læge mv.	54
5.6. Tilkald af politi i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger i afdelingen	54
5.7. Besøg, visitation og adgang til telefonering	56
5.8. Rygepolitik	60
5.9. Forplejning	61
5.10. Udslusning, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner	64
5.11. Børn og unge	66
5.12. Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling	66
5.13. Vold mod personalet	68
5.14. Opbevaring af journaler	68

5.15.	Handicaptilgængelighed.....	69
5.16.	Patientindflydelse.....	69
5.17.	Behandlingsplaner.....	70
5.18.	Euforiserende stoffer og alkohol.....	71
5.19.	Rekruttering af personale og sygefravær	71
5.20.	Navneskilte.....	72
6.	Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen	73
6.1.	Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse	77
6.2.	Tvangsbehandling	82
6.3.	Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt	88
6.4.	Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning	94
6.5.	Personlige alarm- og pejlesystemer	97
6.6.	Særlige dørlåse	97
7.	Opfølgning	97
8.	Underretning	97

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 23. august 2005 inspektion af Psykiatrisk Hospital i Århus.

Til stede under inspektionen var blandt andre cheflæge Per Jørgensen, ledende overlæger Poul Erik Buchholtz Hansen og Nils Gulmann samt oversygeplejersker Niels Erik Sanden og Susanne Ebling. Repræsentanter fra Århus Amt, der var varslet om inspektionen, deltog ikke i inspektionen, men var repræsenteret ved cheflægen der indgår i psykiatrilæden under driftsområdet Psykiatrien i Århus Amt.

Inspektionen omfattede en indledende samtale med de ovennævnte personer, samtaler med patienter der havde anmodet herom, rundvisning på udvalgte afsnit på hospitalet og en afsluttende samtale med cheflægen.

I forbindelse med inspektionen anmodede jeg om kopi af tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 32-39 i bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på

psykiatriske afdelinger vedrørende tvangsinlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og anvendelse af særlige dørlåse foretaget på hospitalet efter den 1. januar 2005, men forud for den 28. juli 2005, dog højst 10 tilførsler (de seneste) inden for hver kategori. Materialet blev udleveret i forbindelse med inspektionen. Tilførslerne gennemgås under pkt. 6.

Efter min anmodning om udlevering af behandlingsplaner mv. til senere gennemsyn modtog jeg desuden kopi af to behandlingsplaner, to udskrivningsaftaler og to koordinationsplaner for patienter indlagt på hospitalet (afsnit 5.17 og 5.10).

Forud for inspektionen modtog jeg forskelligt materiale fra hospitalet vedrørende de enkelte afsnit mv. Under inspektionen fik jeg udleveret yderligere materiale.

Ombudsmanden har tidligere (i 1990 og 1991) besøgt Psykiatrisk Hospital i Århus (Risskov). Der var ikke tale om en egentlig inspektion idet ombudsmanden på daværende tidspunkt ikke havde hjemmel til at inspicere kommunale, herunder amtskommunale, myndigheder, men besøget fandt sted efter invitation fra Århus Amtskommune. En redegørelse om dette besøg er optrykt i Folketingets Ombudsmands beretning for 1990, side 318ff. I foråret 1994 besøgte ombudsmanden igen hospitalet, og ombudsmandens redegørelse om dette besøg er optrykt i Folketingets Ombudsmands beretning for 1993, s. 407ff.

Jeg er desuden bekendt med at Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 aflagde besøg på Psykiatrisk Hospital i Århus den 20. maj 1996. Referatet af dette besøg er omdelt til tilsynets medlemmer den 27. september 1996. Der er siden gennem flere etaper foretaget en omfattende renovering af store dele af

hospitalet, og jeg er bekendt med at tilsynet den 27. juni 2001 deltog i indvielsen af nye fysiske rammer på en af hospitalets afdelinger.

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

Denne rapport har i en foreløbig udgave været sendt til Psykiatrisk Hospital i Århus og Århus Amt med henblik på at give myndighederne lejlighed til at fremkomme med eventuelle bemærkninger om de faktiske forhold som beskrevet i rapporten. Psykiatrisk Hospital i Århus har i brev af 21. december 2005 fremsat sådanne bemærkninger som er indarbejdet i rapporten. Jeg har ikke modtaget bemærkninger fra amtet.

2. Hospitalets organisation mv.

Psykiatrisk Hospital i Århus er en del af Århus Universitetshospital – et samarbejde mellem sygehusene i Århus og Aalborg, Aarhus Universitet samt Århus og Nordjyllands amter. Hospitalet er en central del af Psykiatrien i Århus Amt som har ansvaret for amtets indsats over for voksne med psykisk sygdom. Psykiatrien i Århus Amt er geografisk opdelt i fire regioner der har det behandlingsmæssige ansvar for patienterne i hver deres region der dækker nærmere angivne omtageområder (kommuner). To af regionerne hører under Psykiatrisk Hospital i Århus (region nord og syd), mens patienter fra de øvrige kommuner i amtet hører til de psykiatriske afdelinger i Silkeborg og Randers.

Foruden to almenpsykiatriske afdelinger der modtager patienter fra henholdsvis region nord og syd (afdeling N og S), har hospitalet også specialafdelinger som dækker hele amtet. Det drejer sig om en særlig gerontopsykiatrisk afdeling (afdeling D) og en retspsykiatrisk afdeling (afdeling R). Sidstnævnte afdeling

har tillige et afsnit for patienter fra Grønland (der den 1. januar 2003 blev overført fra Amtssygehuset i Vordingborg til Psykiatrisk Hospital i Århus). På hospitalet findes desuden en psykiatrisk skadestue som er amtets eneste åbne psykiatriske skadestue (og som i juni 2005 har afgivet en selvstændig årsberetning for 2004) og psykiatriske specialklinikker. Det drejer sig om Klinik for angst og personlighedsforstyrrelser, Klinik for mani og depression, Klinik for unge med skizofreni, Center for selvmordsforebyggelse og en oligofreniklinik der forestår undersøgelse og behandling af sindslidende udviklingshæmmede. På hospitalet foregår desuden såvel en klinisk psykiatrisk forskning som psykiatrisk grundforskning, og hospitalet har endvidere undervisningsforpligtelse.

Børne- og ungdomspsykiatrien i Århus Amt varetages af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital i Århus (som jeg foretog inspektion af den 24. august 2005). Dette hospital hører ikke ligesom Psykiatrisk Hospital i Århus organisatorisk under driftsområdet Psykiatrien i Århus Amt, men under driftsområdet for Børn og Unge.

På Psykiatrisk Hospital i Århus var der på inspektionstidspunktet i alt 176 almenpsykiatriske sengepladser, 32 gerontopsykiatriske sengepladser og 35 retspsykiatriske sengepladser. Et afsnit på afdeling nord med 16 sengepladser er efterfølgende blevet nedlagt (afsnit N2). Det blev oplyst at denne (på inspektionstidspunktet planlagte nedlæggelse) var begrundet i et ønske fra hospitalets side om omprioritering af hospitalets ressourcer. Det skyldes at belægningsprocenten, navnlig på afdeling nord, efter udbygning af lokalpsykiatrien har været lav i en længere periode, og at de patienter der indlægges, har brug for mere intensiv pleje. Nedlæggelsen af et sengeafsnit skal således gøre det muligt bl.a. at styrke personalenormeringen på de øvrige afsnit og dermed behandlingen af de indlagte patienter.

3. Bygningsmæssige forhold mv.

3.1. Generelt

Psykiatrisk Hospital i Århus er beliggende i Risskov i naturskønne omgivelser. Hospitalet er omgivet af et større parkanlæg tilhørende det psykiatriske hospital og grænsende ned til vandet. Parken var tidligere indhegnet og anvendtes udelukkende af hospitalets patienter, men er nu åben for offentligheden.

Hospitalet består af en række bygningskomplekser opført i gule mursten og i varierende etageantal. Samtlige hospitalsbygninger anvendes af det Psykiatriske Hospital.

De oprindelige bygninger stammer fra 1852, men der er i løbet af årene foretaget ombygninger og moderniseringer i alle bygningerne. Som allerede nævnt er der gennem de senere år foretaget en omfattende reovering af store dele af hospitalet. Det blev under inspektionen oplyst at der inden for de seneste 5-6 år var sket reovering for i alt ca. 350 mio. kr. Reoveringen har omfattet etablering af enestuer med eget toilet og bad således at størstedelen af patienterne (88 %) i dag har enestue med eget toilet og bad. På inspektionstidspunktet var der fortsat tosenkstuer på gerontopsykiatrisk afdeling og på det ene af de tre retspsykiatriske afsnit. Reoveringen har tillige omfattet indretning af tidssvarende opholdsrum, aktivitetsrum, kontorer mv., herunder kontorer til lægerne som er flyttet ud på afsnittene. Modtagelsen er endvidere ombygget og udvidet til en ny psykiatrisk modtagelse med 10 overnatningspladser. Det blev under inspektionen oplyst at der er planlagt en yderligere reovering, i første omgang på gerontopsykiatrisk afdeling, som i løbet af de kommende år vil bringe de sidste sengestuer mv. op på nutidig standard, men der var dog endnu ikke bevilget penge til denne sidste fase af reoveringen. Det er således planen at hospitalet fra år 2006 kun har enestuer.

Fra Århus Amts hjemmeside er jeg bekendt med dagsordenen for møde den 14. november 2005 i amtets Psykiatri- og Handicapudvalg hvoraf fremgår at der som et led i den fortløbende reovering af Psykiatrisk Hospital i Århus er søgt

om bevilling til bl.a. at indrette det nu nedlagte (og nyligt renoverede) sengeafsnit på afdeling nord til et nyt sengeafsnit for de gerontopsykiatriske patienter.

Med den seneste omfattende renovering som begyndte omkring år 2000, skelnes der for så vidt angår de fysiske rammer ikke længere mellem åbne og lukkede afsnit. De retspsykiatriske afsnit er dog stadig egentligt lukkede afsnit, og den gerontopsykiatriske afdeling havde indtil kort tid før inspektionen tillige et lukket afsnit. I afdeling nord er et afsnit (afsnit N3) omdannet til et afsnit for dels svære tilfælde, dels retspsykiatriske patienter der er særligt flugttuede. Afsnittet er fysisk opdelt i to særskilte afsnit (et ”intensivt” afsnit og et retspsykiatrisk afsnit).

Bygningerne fremstår generelt pæne og velholdte.

Jeg besigtigede under inspektionen en række af hospitalets enkelte afsnit. Afsnittene er beskrevet nedenfor i den rækkefølge de blev inspiceret.

3.2. De enkelte afsnit

3.2.1. Retspsykiatrisk Afdeling R

Afsnit R1, R2 og R3 er placeret i geografisk sammenhæng på den måde at afsnit R1 er beliggende i stueetagen med afsnit R2 på 1. sal – begge i bygning 14F. I bygningen overfor – bygning 14G der fysisk hænger sammen med bygning 14F – ligger afsnit R3.

Bygningskomplekset er fra 1969, men afdelingen er siden renoveret og moderniseret, senest i 1994. I sommeren 2005 blev der installeret et nyt ventilationsanlæg.

De retspsykiatriske afsnit er alle lukkede afsnit, og dørene til afsnittene er således låst.

3.2.1.1. Afsnit R1

Afsnittet har 10 sengepladser. Tidligere har der været 12 sengepladser fordelt på otte enestuer og to tosengsstuer, men en omfordeling i sommeren 2005 medførte at alle nu kan få enestue. Det blev i øvrigt under inspektionen oplyst at afsnittet har en 11. plads som kan bruges til aflastning i kortere perioder. På tidspunktet for inspektionen var der indlagt ni patienter i afsnittet.

Afsnittet modtager fortrinsvis patienter fra Århus Amt og er den eneste af de retspsykiatriske afsnit der har patienter med henblik på mentalobservation.

Gangarealet har hvide vægge, linoleum på gulvet og er pænt dekoreret med malerier og billeder på væggene. Gangarealet fremstår dog en smule mørkt.

Lige ved indgangen til afdelingen er der en lille telefonboks med glasdør – der er en mønttelefon, et lille bord og en polstret stol.

Stuerne

Ved indgangen til de enkelte stuer er der en lille tavle hvor den pågældende patients fornavn er angivet. I døren er der en inspektionslem der er aflåst. Det blev oplyst at lemmen ikke bruges.

Jeg besigtigede efter mit valg to stuer. Stuernes størrelse varierer mellem ca. 10 og 15 m² alt efter på hvilken side af gangen de er placeret, og er alle hvidmalede.

Den første (og største) af de to stuer (stue 2) har en hospitalsseng, vask, skab, skrivebord, sofa og sofabord. Herudover var der et tv og et musikanlæg som patienten selv havde medbragt. Stuen har to vinduer hvor gardinerne (der var noget slidte) var trukket for.

Den anden – mindre – stue (stue 10) havde tilsvarende møblement og inventar, dog med undtagelse af sofa. Patienten havde ikke medbragt tv, musikanlæg eller lignende. Det blev oplyst at den pågældende patient var indlagt med henblik på mentalobservation, og at der i disse tilfælde – efter patientens ønske – er mulighed for at låne tv af hospitalet. Patienter der er indlagt med behandlings- eller anbringelsesdom, må selv medbringe møbler og tv mv.

Begge stuer fremstod lidt tomme (ikke særligt personligt indrettet) og som følge heraf med et vist institutionspræg.

Det blev oplyst at patienterne ikke selv har nøgle til deres stuer, men at personalet har mulighed for at aflåse den enkelte stue.

Bade- og toiletforhold

Afsnittet har to toilet- og baderum til mænd og ét toilet- og baderum til kvinder. Dette rum er samtidig indrettet til handicaptøilet med armstøtter mv.

Desuden er der yderligere to toiletter på gangen.

Toilet- og baderummene er relativt store og har en god indretning. De har hvide fliser med en vandret blå stribe. I rummene er der vindue. Rummene fremstod velholdte og rene.

Fællesrum mv.

Spisestue

Spisestuen ligger i et indhak – en niche – på gangen. Lokalet er på ca. 30 m² og er malet i en gul farve. Vinduerne har lyse gardiner. I spisestuen er der opstillet fire borde med tilhørende stole. På væggene hænger der billeder, og der er planter i vindueskarmene. Spisestuen tager sig ryddelig, lys og hyggelig ud.

I tilknytning til spisestuen ligger et mindre køkken hvortil der er adgang for patienterne.

Opholdsrum

Opholdsstuen virker stor, lys og rummelig og er malet delvist i en kraftig orange farve og delvist hvid. Der er lyse gardiner i de relativt mange vinduer. Opholdsstuen var malet kort tid før inspektionstidspunktet, men var ikke i øvrigt istandsat siden 1994, og der var ingen aktuelle planer herom.

Den ene ende af rummet er indrettet som sofahjørne – med sofa, sofabord, lænestole og tv. I den anden ende af rummet er der opstillet et billardbord og en kondicykel.

Opholdsstuen fremstår hyggelig med den nævnte indretning, herunder med billeder på væggene og planter i vindueskarmene.

Herudover er der på gangen en niche med sofabord og stole hvor beboerne kan ryge. I nichen er der desuden et spisebord/langbord.

Aktivitets-/terapilokale

Afsnittet har et aktivitets-/terapilokale på ca. 30 m². Midt i rummet er der et bordtennisbord. Rummet indeholder desuden en ribbe, reoler med spil mv. og diverse kondiredskaber, herunder motionscykel og vægtløftningsudstyr. Lokalet er desuden indrettet med håndvask, aflåselige skabe og et langbord med stole omkring.

Det blev oplyst at rummet også kan benyttes om aftenen til hobbyaktiviteter.

Gårdareal

Fra aktivitets-/terapilokalet er der adgang til et gårdareal – dels en fliseterrasse med parasoller og havemøbler af plastik, dels en cementbelagt basketballbane og et større græsareal. Fliseterrassen er adskilt fra det øvrige gårdareal af et højt, kraftigt trådhegn med en aflåselig låge i hegnet. Området i øvrigt er omgivet af træer og højt trådhegn. Det blev oplyst at der ikke er mulighed for indkig i gården for offentligheden da planter/buske er vokset tæt til omkring det yderste hegn samtidig med at der på den anden side af hegnet er en jordvold med bevoksning. Især fliseterrassen forekom en smule trang/klaustrofobisk på grund af det omkringliggende hegn, men var dog forsøgt gjort hyggelig med krukke med blomster, grill mv.

Fikseringsstue

Afsnittet har ikke en egentlig fikseringsstue. Der står en seng klar til dette formål i kælderen. Sengen kan køres op i afsnittet, men som regel benyttes den enkelte patients stue i forbindelse med fiksering. Bælter mv. findes i afsnittet.

3.2.1.2. Afsnit R2

Afsnit R2 ligger – som nævnt – på 1. salen over R1, og afsnittet har stort set samme opbygning for så vidt angår stuer, fællesrum mv. Spisestue, køkken og niche er således stort set identisk med afsnit R1 og er derfor ikke yderligere beskrevet under dette punkt.

Dette afsnit modtager fortrinsvis patienter fra Vejle Amt.

På inspektionstidspunktet var der indlagt 10 patienter svarende til afsnittets antal sengepladser.

På gangen er der – som i det øvrige afsnit – linoleum på gulvet, og gangarealet er malet med en lilla farve på væggene.

Stuerne

Ved indgangen til de enkelte stuer er der en lille tavle hvor den pågældende patients fornavn er angivet.

Jeg besøgte efter mit valg tre af afsnittets stuer. Stuerne varierer størrelsesmæssigt mellem ca. 10-15 m². Stuerne er hvidmalede og har spraglede/mønstrede gardiner i vinduerne. Stuernes møblement består af sofa- eller spisebord med en-to stole, en almindelig seng og et skab.

Stuerne gav god mulighed for at sætte et mere personligt præg på indretningen. Den første af de besøgte stuer var således udsmykket med billeder og plakater på væggene, et bord med planter, tv-bord og tv samt et computerbord med diverse computertilbehør. Det blev oplyst at den pågældende patient havde været på afsnittet i adskillige år. Det blev endvidere oplyst at det fra 20. januar 2005 var blevet tilladt patienterne at have eget tv på stuerne.

Særlig én af de øvrige to stuer havde et væsentligt mere institutionspræget udseende.

Stuerne så i øvrigt rimeligt velholdte og rene ud.

Toilet- og badeforhold

Toilet- og bad er indrettet på samme måde som beskrevet ovenfor under afsnit R1. Dog kunne jeg under inspektionen konstatere at det besøgte toilet- og baderum trængte til rengøring.

Opholdsrum

Afsnittets opholdsrum svarer størrelsesmæssigt til opholdsrummet i afsnit R1. Rummet er malet i en (kraftig) gul farve og virker lyst på grund af de mange vinduer.

Rummet er det eneste fællesrum i afsnittet hvor patienterne må ryge hvilket rummet i høj grad bar præg af på inspektionstidspunktet – det virkede meget tilrøget.

Opholdsrummet er i øvrigt indrettet med såvel almindelige borde med stole som mindre sofaborde med lænestole. Herudover er der tv, musikanlæg, et køleskab og reoler med spil, bøger mv. I vinduerne er der samme spraglede (og slidte) gardiner som på værelserne.

Rummet tager sig – den tilrøgede luft til trods – rimelig pænt og rent ud med billeder på væggene og planter på gulvet og i vindueskarmene.

Fikseringsstue

Da der på inspektionstidspunktet lå en (fikseret) patient i fikseringsstuen, besøgte jeg ikke denne under inspektionen. Jeg henviser i øvrigt til pkt. 5.2.

Terapirum

Afsnittet råder over to terapirum, og i det ene af disse er der opsat et billardbord.

3.2.1.3. Afsnit R3

Afsnit R3 – også kaldet grønlanderafdelingen – ligger som nævnt i tilknytning til de øvrige retspsykiatriske afsnit og er fordelt på tre etager i samme bygning – kælder, stue og 1. sal. Afsnittet blev nyindrettet til 1. januar 2003 hvor grønlanderne blev overført fra Amtshospitalet i Vordingborg.

Der er fri adgang ad trapperne for patienterne mellem stuen og 1. sal hvor patienternes stuer er beliggende.

Der er plads til 14 patienter på afsnittet. På inspektionsdagen var der indlagt 13 patienter. I det fremsendte informationsmateriale og på hospitalets hjemmeside er det imidlertid anført at afsnittet har 12 pladser.

Stuen og 1. sal er i det væsentligste indrettet ens.

De skilte der er opsat på afsnittet, er på både dansk og grønlandsk. Afsnittet har flere grønlandere blandt personalet.

Gangarealer

Gangarealerne er relativt lyse og pæne, og for enden af gangarealerne er der store vinduer. Der er linoleum på gulvene.

Overalt på gangene er der pyntet med grønlandsk inspireret kunst på væggene, og på gulvet og i vindueskarmene står der planter.

Stuerne

Ved indgangen til de enkelte stuer er der en lille tavle med den pågældende patients navn. I vid udstrækning er såvel patientens fornavn som efternavn anført.

Jeg besigtigede efter mit valg to stuer (stue 12 og stue 14). Stuerne varierer i størrelse mellem ca. 10-15 m².

I hver stue er der en håndvask. Møblementet i øvrigt består af et almindeligt bord, et skrivebord med stol, et skab og en reol. I vinduerne er der gule gardiner. Stuerne er hvidmalede. I den ene af de besigtigede stuer var der en sovesofa, mens der på den anden stue var en hospitalsseng. I den ene stue var der et tv som patienten havde medbragt. I den anden stue var der et musikanlæg.

Stuerne var ikke herudover særlig personligt indrettede og havde et vist institutionspræg, hvilket for den ene stues vedkommende yderligere blev understreget af hospitalssengen.

Det blev under inspektionen oplyst at patienten i den ene (sidstnævnte) stue var blevet indlagt for nylig hvilket til dels kan forklare at denne stue ikke fremstod som særlig personligt indrettet.

Toilet- og badeforhold

På såvel 1. sal og i stueetagen er der to toilet- og baderum. Herudover er der et handicaptollet som anvendes til dametoilet hvis der er kvinder indlagt.

Der er lyse fliser på væggene, og rummene fremstod relativt pæne bortset fra at det kunne konstateres at i hvert fald toilet- og baderum på 1. sal trængte til rengøring på inspektionstidspunktet.

Fællesrum mv.

Dagligstuer/opholdsrum

Der er et opholdsrum såvel på 1. sal som i stueetagen – de er stort set ens indrettet.

I opholdsrummene – der er malet lyseblå – er der borde, stole, herunder lænestole, sofaer og tv. Det er tilladt at ryge i rummene. Rummene fremstod ryddelige, lyse og rene.

Spisestuer

Der er en spisestue på såvel 1. sal som i stueetagen. De er næsten ens indrettet.

Spisestuerne ligger som indhak/nicher på gangen. I spisestuerne er der langborde med plads til ca. 15 personer. Nicherne er lyse, ryddelige og er udsmykket med billeder mv. på væggene.

Køkken

Der findes et køkken både i stueetagen og på 1. sal. Køkkenerne har hvide elementer, er ca. 15 m² og har god bordplads. Begge køkkener så rene og nye ud.

Skufferne der indeholder køkkenknive, er aflåste.

Patienterne har adgang til køkkenet, og de tilbereder maden af de råvarer som afsnittet modtager fra centralkøkkenet og nogle gange fra Grønland eller Anstalten ved Herstedvester. Der laves (således) også grønlandsk mad, herunder grønlandsk mad der kan tilberedes af danske råvarer.

Gårdareal

Fra spisestuen i stueetagen er der udgang til en stor have med delvist overdækkede fliseområder med havemøbler, en basketballkurv, beplantede bede og græsareal. Haven grænser til tre af siderne op til omkringliggende bygninger og er til den sidste side afspærret med et hegn af plast i ca. tre meters højde. Arealet er pænt vedligeholdt og meget lyst da ingen af de omkringliggende bygninger er højere end to etager. Det må også benyttes af patienter fra afsnit R1 og R2. Døren til arealet er låst.

It-café

På 1. sal er der indrettet en it-café i et lokale ca. midt på gangen. Her står der to computere med internetopkobling. I it-caféen er det – ligesom i dagligstuerne – tilladt at ryge.

Aktivitetsrum

På 1. sal er der indrettet et aktivitetsrum med fodboldspil, bordtennis, klaver, kondicykel og tv. Rummet er malet i samme lyseblå farve som det ovennævnte opholdsrum. Aktivitetsrummet er meget rummeligt og velindrettet. Herudover virker rummet lyst og rent.

Desuden er kælderetagen – med sine tre rum – indrettet som aktivitetsrum. I og med at rummene er beliggende i kælderniveau, er de forholdsvis mørke.

Der er (gule) fliser på gulvet, og i det store af rummene er der opstillet et langbord med stole omkring. Langs væggene er der reoler, og der er hængt plakater op. Endvidere er der to trommer og to guitarer samt et cafésæt med bord og stole. Rummet benyttes blandt andet til undervisning.

I tilknytning til det nævnte rum findes et mindre rum der var under indretning til videokonferencerum (med henblik på samtaler over video til Grønland, bl.a. i forbindelse med behandlingen af retssager). Rummet har hidtil været anvendt som lagerlokale og anvendes fortsat i en vis udstrækning hertil – bl.a. står der gamle computere mv. i reolerne.

Det tredje kælderlokale, der ligesom videokonferencerummet ikke har vinduer, er indrettet som biograf. Væggene er malet sorte med påsatte glinsende (papir)stjerner, og for enden af lokalet er der et relativt stort lærred med bordeaux fløjlsforhæng. Resten af rummet er indrettet med orange biografæder der er lavet af plastik. Biografen virker meget hyggelig, gennemført og professionelt lavet. Biografen kan også benyttes af afsnit R1 og R2.

Aktivitetsrummene i kælderetagen er fint udnyttede og godt indrettede, men forekom dog en smule rodede ligesom noget af inventaret så ud til at være af ældre dato.

3.2.2. Afsnit D1

Gerontopsykiatrisk afsnit D1 befinder sig i stueetagen i samme bygning som afsnit D2 der er beliggende på 1. sal i bygning 24K.

Gerontopsykiatrisk afdeling er stort set ikke renoveret siden afdelingen blev oprettet i 1987. Det blev under inspektionen oplyst at der er planlagt totalrenovering af afdelingen i 2006. Som også tidligere nævnt er der endvidere søgt om midler til indretning af det nu nedlagte afsnit i afdeling nord som gerontopsykiatrisk afsnit.

Afsnittet har tidligere været et lukket afsnit, men det blev oplyst at hospitalet siden marts 2005 – som forsøgsordning – har anvendt afsnittet som et åbent afsnit. Hoveddøren til afsnittet var således ulåst på inspektionstidspunktet. Det blev oplyst at hoveddøren står åben fra kl. 10-20 alle dage.

I afsnittet er der 16 sengepladser. Samme antal pladser er der i afsnit D2 der på inspektionstidspunktet var lukket og lagt sammen med afsnit D1 i stueetagen på grund af lav belægning i sommer(ferie)perioden.

Afsnittet er malet i forskellige (relativt kraftige) farver. Det blev oplyst at dette er sket efter vejledning fra en psykolog med særligt kendskab til farvers indvirkning på den menneskelige psyke.

Samtlige vinduer i afsnittet er (ældre) indsatsvinduer som var ved at blive renoveret på inspektionstidspunktet. Både på stuerne, i gangen og i opholdsrum mv. er der låsemekanismer på vinduerne.

Om låsemekanismerne henvises til pkt. 5.2.

Gangareal

Væggene på gangen er malet i en (kraftig) rosa farve. På gulvet og i vinduerne står der grønne planter, og på væggene hænger billeder og malerier. I vinduerne er der lyse gardiner.

Langs gangen står der lænestole og almindelige stole med borde som ”hyggekrege” flere steder.

Til trods for at gangarealet – øjensynligt – som resten af afsnittet er af ældre dato, fremstår det indbydende og hyggeligt.

Stuerne

De 16 sengepladser er fordelt på fire enestuer og seks dobbeltstuer. Dobbeltstuerne skal nedlægges i forbindelse med den planlagte renovering i 2006.

Stuerne er malet i forskellige farver. Uden for hver stue er patientens navn angivet ved såvel fornavn som efternavn. Det blev oplyst at dette generelt er nødvendigt i denne type afsnit grundet patienternes tilstand/diagnose (så den enkelte patient kan finde sin stue).

Jeg besigtigede efter mit valg i alt fire stuer – to enestuer (stue 4 og 5) og to dobbeltstuer (stue 9 og 10).

Enestuerne er malet i henholdsvis en grøn farve og en blå farve, er ca. 10 m² og har et stort vindue. Stuerne er indrettet med en hospitalsseng, et sengebord, et skrivebord med stol, en lænestol, et institutionslignende ur, en opslagstavle samt en håndvask lige indenfor døren. I stue 4 hvor der var en patient indlagt, fremstår møblet som værende af ældre dato ligesom tapetet tydeligt ses at være slidt. Patienten på denne stue havde kun i ringe grad sat et personligt præg på indretningen. Det blev oplyst at den pågældende patient er meget

dårlig og derfor ikke skal have for mange stimuli på sin stue. Derudover blev det oplyst at personalet generelt opfordrer patienterne til ikke at indrette sig for personligt i stuerne, og at det sker under fastholdelse af at der er tale om en (midlertidig) indlæggelse og ikke et (mere permanent) plejehjemslignende ophold.

Den anden enestue havde standardmøblement som var noget ramponeret. Der var desuden en skade på væggen. Der var ingen patient indlagt på denne stue.

Dobbeltstuerne er ca. 18 – 20 m² – den ene lidt større end den anden, og begge stuer har et stort vindue. Stuerne er meget spartansk indrettet med to hospitalssenge, to sengeborde, en lænestol, et mindre skab, et institutionslignende ur, to almindelige stole, en opslagstavle samt en håndvask lige indenfor døren. Også her fremstår møblet som værende af ældre dato, tapetet er slidt, og malingen på vinduerne skaller. På den største dobbeltstue var der indlagt en patient på inspektionstidspunktet, mens der på den anden dobbeltstue, som er afsnittets mindste dobbeltstue, ikke var indlagt nogen. Det blev oplyst at denne stue i praksis kun anvendes til en enkelt patient ad gangen. Dette skyldes de meget dårlige pladsforhold hvor det er svært at komme rundt med fx kørestol eller rollator, ligesom der er behov for mere plads især til udadrettede patienter.

Der er rygning forbudt på samtlige patientstuer. Rygning er kun tilladt i dagligstuen.

Stuerne kan låses indefra af patienten, men kan samtidig låses op udefra af personalet.

I højere grad end hvad tilfældet var for de øvrige afsnit jeg besøgte under inspektionen, ligner de besøgte stuer sengestuerne på et somatisk sygehus. Jeg har dog forståelse for argumentet om at undgå at indlæggelsen forveksles med/får karakter af et plejehjemsophold.

Stuerne er – ligesom afsnittet i øvrigt – generelt meget nedslidte. Henset til den planlagte reovering og modernisering eller flytning i 2006 giver dette mig ikke anledning til at foretage mig yderligere, bortset fra at bemærke at jeg går ud fra at reoveringen tillige vil omfatte udskiftning af det slidte møblement.

Toilet- og badeforhold

Toilet- og badeværelser er fordelt på to rum der er indrettet med såvel toilet og bad, to rum kun med toilet og et rum med to bade og to håndvaske. Der er adgang til alle toilet- og baderum fra gangen.

Rummene er indrettet med gråt linoleum på gulvet og med lyse fliser på væggene. Installationerne – toiletkummer, håndvaske mv. – ser relativt velholdte ud. I rummene med bad er der forhæng der kan trækkes for, og siddeskamler til patienterne. Alle toiletter er desuden indrettet handicapvenligt med armstøtter mv. Rummene var rene.

Fællesrum mv.

Spisestue

Spisestuen er et stort rum på ca. 40 m² der på endevæggene er malet i en (kraftig) blå farve. På gulvet er der – som i de øvrige rum i afsnittet – gråt linoleum.

I rummet er der fire borde med polstrede stole omkring – på bordene, hvorpå der var lagt duge, stod der på inspektionstidspunktet friske blomster. Herudover er der tv, kommoder, væglamper samt adskillige planter i vinduerne og billeder på væggene hvilket er med til at gøre rummet hyggeligt. På væggen hænger der tillige en madplan for ugens enkelte dage og en bordplan med patienternes pladser.

Møblelementet, tapetet og vinduerne fremstår – som på afsnittet i øvrigt – gammelt og slidt.

Det blev oplyst at patienterne så vidt muligt spiser i spisestuen (og ikke på egen stue), og at patienterne ikke må ryge i spisestuen.

Det blev endvidere oplyst at der er mulighed for at køre ”bløde” møbler ind til patienter som måtte ønske at opholde sig i spisestuen i stedet for i dagligstuen hvor der (må) ryges.

Dagligstue

Dagligstuen er ca. 30 m² og væggene har en gul/brun farve. Rummet er adskilt fra spisestuen med skydedøre. I rummet er der tre kakkelborde med lillapolstrede lænestole og sofaer omkring. Herudover er der to kommoder med bøger, musikanlæg mv. På væggene er der billeder. På inspektionstidspunktet stod der friske blomster på bordene ligesom der i vinduerne stod grønne planter.

Dagligstuen er det eneste rum hvor patienterne må ryge. Det blev under inspektionen oplyst at der til tider ryges massivt i dagligstuen hvilket den også bar præg af. Vægge og loft var således tydeligt misfarvet og havde en grå/gul/brun farve så det ikke umiddelbart er muligt at bestemme væggenes og loftets oprindelige farver. Dette skyldes tilsyneladende dels ælde, dels tobaksrygning. Det kunne under inspektionen konstateres – og blev bekræftet af personalet – at udluftningen i dagligstuen er dårlig. Rummet virkede indelukket og havde en kraftig lugt af gammel røg/tobak. Der er opsat en ventilator i loftet som efter det oplyste jævnligt tjekkes af teknikere.

Til trods for at spisestue og dagligstue i høj grad er forsøgt gjort hyggelige med mange farver, blomster og billeder på væggene, fremstår rummene – særligt dagligstuen – meget slidte og indelukkede. Henset til den planlagte

renovering eller flytning i 2006, foretager jeg mig dog ikke yderligere vedrørende dette forhold.

Gårdareal

Fra gangen er der udgang til en større fliseterrasse og en græsplæne. Her er der opstillet fem haveborde med stole rundt omkring. Langs fliseterrassen er der plantet buske der stod i blomst, og langs murene er der plantet store hortensiabuske der også stod i blomst. På inspektionstidspunktet var der stillet stillads op i forbindelse med renovering af vinduerne.

Gårdarealet er delvist lukket af med mure fra de tilgrænsende bygninger, men er ikke fuldstændigt lukket.

Gårdarealet fremstod pænt, rimeligt velholdt og indbydende.

Køkken

Fra gangen er der adgang til et anretterkøkken som altid er aflåst og ikke benyttes af patienterne. På døren er det med et skilt angivet at køkkenet skal være aflåst ud til gangen.

Køkkenet fremstod relativt rent, men som det øvrige afsnit tydeligt slidt (med afskalninger på låger mv.).

3.2.3. Afsnit N3

Afsnit N3 er beliggende på 1. sal i bygning 24F og er opdelt i en intensiv enhed og en retspsykiatrisk enhed. Sidstnævnte enhed er oprettet pr. 1. marts 2005 og anvendes typisk til varetægtsfængslede i surrogat. Det blev oplyst at den intensive enhed anvendes til de dårligste (almenpsykiatriske) patienter, uanset om de pågældende er under retslige foranstaltninger eller ej.

Afsnittet har 16 sengepladser fordelt med otte pladser i hver enhed. Samtlige stuer er enestuer.

De to enheder er aflåst, og overalt på afsnittet er der låsemekanismer på vinduerne.

Enhederne grænser op til og er adskilt af et større aktivitetsrum (med låste døre til begge sider). Aktivitetsrummet er indrettet med bordtennis, klaver og et bord med stole. Rummet er meget lyst, har højt til loftet, store vinduer og er malet i en lysegrøn farve. Det blev under inspektionen oplyst at aktivitetsrummet anvendes af såvel intensivenheden og den retspsykiatriske enhed.

Afsnittet er renoveret i forbindelse med opdelingen og fremstår derfor – som det fremgår nedenfor – meget pænt og velholdt.

3.2.3.1. Den intensive enhed

På inspektionstidspunktet var syv af enhedens otte sengepladser belagt.

Gangareal

Gangarealerne er pæne, lyse og har malerier på væggene. Det blev oplyst at afsnittet – ligesom mange af hospitalets andre afsnit/afdelinger – har en rotations-/udlånsordning med hospitalets museum der gør det muligt at låne og jævnligt udskifte afsnittets malerier.

Spisestue og fjernsynsstue er indrettet i nicher på gangen.

Stuerne

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

Jeg besigtigede efter mit valg en stue (stue 11) i den intensive enhed. Stuen er ca. 10 m², og det blev oplyst at stuen var en af de mindste stuer i afsnittet. Stuen der er hvidmalet, fremstår lys. I vinduet er der nye gardiner i et lysebrunt mønster.

Møblelementet består af en el-drevet hospitalsseng, en sengelampe, et sengebord og et skrivebord med stol som alt sammen så relativt nyt ud.

Stuen var ubeboet på inspektionstidspunktet, men gav dog indtryk af at give god mulighed for at patienten kan sætte et personligt præg på indretningen.

Alle stuerne har eget bad og toilet. Badeværelset er ca. 5 m², har hvide fliser og fremstod nyt og rengjort.

Fællesrum mv.

Spisestue

Spisestuen er malet i en lysegul farve og har matchende mønstrede gardiner. I nichen er der et langbord med stole omkring med plads til ca. 10 personer. For enden af nichen er der hængt reoler op. Såvel i vindueskarmene som på reolerne står der planter ligesom der også her hænger billeder på væggene.

Spisestuen har vinduer langs den ene væg og fremstår derfor meget lys.

Spisestuen er i øvrigt enkelt og stilfuldt indrettet.

Fjernsynsstue/opholdsrum

For enden af gangen er der indrettet en niche som fjernsynsstue/opholdsrum.

Nichen er malet i en lyseblå farve og indrettet med bord, sofa, lænestole og tv. Der er pyntet med planter på bordet og i vinduerne, og rummet tager sig meget hyggeligt, lyst og rent ud.

Telefonrum

Der er fra gangen adgang til et lille rum hvor der er en mønttelefon, et bord og en stol.

Køkken

Fra spisestuen er der videre adgang til et køkken. Køkkenet er kun for personalet og er derfor aflåst. Køkkenet er hvidmalet og har lyse elementer og skabe. Køkkenet tager sig nyt og ryddeligt ud.

3.2.3.2. Den retspsykiatriske enhed

Lige indenfor indgangen til den retspsykiatriske enhed findes et aflåst medicinrum hvor personalet blandt andet opbevarer patienternes medicin (i et aflåst skab), bæltter og remme til brug ved fiksering (som foregår på stuerne) samt genoplivningsudstyr.

Gangarealet svarer til gangarealet i den intensive enhed.

Stuerne

Som i den intensive enhed er der ved indgangen til hver stue en lille tavle der angiver den pågældende patients fornavn.

Jeg besøgte efter mit valg to stuer – hvoraf en var beboet og en var ubeboet.

Stuerne er indrettet på samme måde som stuerne i den intensive enhed, dog var de en smule større end den ovennævnte stue, ca. 12-14 m². Desuden er der en lænestol som standardinventar på disse stuer.

Patienten på den af de to besigtigede stuer der var beboet, havde selv medbragt tv, video, stereoanlæg, planter og diverse pyntegenstande og havde dermed i høj grad sat sit personlige præg på indretningen af stuen. Stuen fremstod hyggelig og havde ikke noget særligt institutionspræg.

Patienterne må ryge på stuerne.

Alle stuerne har eget bad og toilet der svarer til badeværelserne i den intensive enhed.

Fællesrum mv.

Spisestue

Spisestuen er indrettet i en niche og er stort set indrettet som spisestuen i den intensive enhed, dog var der på inspektionstidspunktet foretaget gennembrud i ydermuren i forbindelse med anlæg af gårdareal, jf. nedenfor. Hullet i væggen var dækket til med en stor spånplade.

Opholdsrum

Der er indrettet to nicher langs gangarealet. Begge er malet i en lyseblå farve og svarer i et vist omfang til indretning af tv/opholdsstuen i den intensive enhed. Der er matchende gardiner i vinduerne.

Nicherne – den ene noget større end den anden – er indrettet med sofaer, sofaborde og lænestole i samme stil som nichen i den intensive enhed. Derudover er der i begge nicher i den retspsykiatriske enhed almindelige borde med stole omkring. I den store niche er der desuden et tv, ligesom der er

indrettet et computerhjørne med computer og printer. Computerhjørnet er adskilt fra den øvrige del af nichen med et reolarrangement hvor der står bøger, spil mv.

Patienterne må ryge i opholdsrummene hvilket denne del af afsnittet (den retspsykiatriske enhed) i høj grad bar præg af i form af røg/tobakslugt der uundgåeligt havde spredt sig til hele enheden.

Aktivitetsrum

Et rum der hidtil har fungeret som mødelokale, var på tidspunktet for inspektionen under indretning til aktivitetsrum og blev til dels allerede anvendt som et sådant. Rummet er ca. 25 m² og lyst pga. rummets mange vinduer. I rummet er der blandt andet et fodboldbord.

Rummet er indrettet med et langbord, og der står kontorstole omkring bordet hvor der er plads til ca. otte personer. Derudover står der reoler langs væggene, der er ophængt opslagstavler og opstillet et bordfodboldspil. Derudover er der udsmykket med billeder på væggene.

Køkken

Fra spisestuen er der adgang til køkkenet som er stort set identisk med køkkenet i den intensive enhed. Det blev oplyst at patienterne jævnligt hjælper til i køkkenet i forbindelse med anretning og evt. madlavning.

Samtlige stuer og fællesrum på afsnit N3 fremstod velindrettede med nyt inventar, og der var rent overalt.

3.2.3.3. Gårdareal for afsnit N3

Gårdarealet for afsnit N3 var under etablering. I den retspsykiatriske enhed var der på inspektionstidspunktet som nævnt lavet hul i ydermuren med henblik på etablering af adgangsvej fra spisenichen, jf. ovenfor.

Det blev oplyst at tegningerne til gården og til adgangsvejen var udarbejdet i samarbejde med politiet med henblik på at mindske (eventuel) flugtrisiko. Som det fremgår af pkt. 5.3., er gården taget i brug i begyndelsen af september 2005.

3.2.4. Afsnit N1

Det almenpsykiatriske afsnit N1 er beliggende i stueetagen i bygning 24C. Afsnittet er ét af afdeling N's nu fire åbne afsnit (hvor der er mulighed for skærmning ved at lukke de fire pladser i hver ende af).

I afsnittet er der 16 sengepladser – alle fordelt på enestuer. Samtlige pladser var belagt på inspektionstidspunktet, heraf var tre pladser belagt med tvangsindlagte patienter.

Afsnittet er renoveret samtidig med afsnit N3 og fremstår overalt i en god stand.

Gangareal

Afsnittets gangarealer er lyse med stort lysindfald og er malet i varierende lyse farver. Væggene er udsmykket med malerier og billeder.

På gangen er der flere steder hængt reoler op ligesom der er opslagtavler til diverse meddelelser. Herudover er der på gangen hængt en aktivitetstavle op der angiver de planlagte aktiviteter for den igangværende uge.

Spise- og opholdsstuerne er indrettet som nicher i forhold til gangen og er malet i andre farver end gangarealet i øvrigt.

Stuer

Jeg besigtigede efter mit valg en stue. Stuen var en standardstue for så vidt angår størrelsen – ca. 10 m². Stuen var ubeboet på inspektionstidspunktet.

Stuerne er hvidmalede og har lyst linoleum på gulvet. Møblementet består af en hospitalsseng, et sengebord på hjul, et skrivebord med en polstret stol, hylder, en almindelig stol, en lænestol samt skrivebords- og sengelampe.

Hver stue har eget badeværelse med toilet og brusebad. Badeværelset har hvide fliser på væggene og har også lyst flisegulv.

Fællesrum mv.

Spisestuer

Det blev oplyst at afsnittet er indrettet med to spisestuer og to opholdsstuer med henblik på at skabe mere ro i afsnittet. Det blev desuden oplyst at indretningen i praksis virker efter hensigten og faktisk skaber mere ro for patienterne. Afsnittet er indrettet som et omvendt ”L”, og de to spise- og opholdsstuer er beliggende i hver sin ”fløj” i afsnittet.

Spisestuerne er malet i en lysegul farve (som i afsnit N3) og indrettet med langbord med plads til ca. 10 personer. Herudover hænger der billeder på væggene, og der står stueplanter på gulvet.

I tilknytning til den ene spisestue er der køkken.

Opholdsstuer

Opholdsstuerne er malet delvist i en lyseblå farve og delvist i hvid. I vinduerne er der matchende gardiner. Rummene er lyse pga. det store lysindfald fra vinduerne. Rummene er indrettet med rundborde og polstrede stole, sofabord, sofa og lænestole. Herudover er der tv, reoler med spil og bøger samt musikanlæg. På væggene er der malerier og sakselamper. På gulvet står der mange store, grønne stueplanter. Opholdsstuerne fremstår hyggelige og velindrettede med relativt nyt møblement.

Det er tilladt at ryge i opholdsstuerne.

Aktivitetsrum

Aktivitetsrummet er et lyst pænt rum med mange farver. Rummet er indrettet med et langbord med stole. Derudover er der (aflåste) skabe med diverse hobbyredskaber, en (ældre) kondicykel og et klaver. Der står planter i vindueskarmene. Rummet fremstår samlet set hyggeligt og velindrettet.

Det blev oplyst at rummet til tider tillige anvendes som møde-/personalelokale.

Gårdareal

Fra afsnittet er der adgang til et stort gårdareal med fliseterrasser, bede og små træer. Døren til gården var aflåst på inspektionstidspunktet. Det blev af personalet oplyst at døren låses afhængigt af hvilke patienter der er indlagt. Da der på inspektionstidspunktet var tre tvangsindlagte patienter, var døren låst. Døren låses – efter det oplyste – op efter anmodning fra de frivilligt indlagte patienter.

3.2.5. Afsnit S3

Det almenpsykiatriske afsnit S3 er ét af afdeling S's i alt fem åbne afsnit (med mulighed for skærmning som på afsnit N1). Afsnittet er beliggende i bygning 35B og 35C der er et sammenhængende bygningskompleks i ét plan. Afsnittet er således fysisk adskilt fra de øvrige afsnit i afdeling S der alle ligger i bygning 24H. Afsnittet er indrettet i vinkelform.

Afsnittet er renoveret (for 10 mio. kr.) i juli 2004 og fremtrådte overalt i meget flot stand. Der var rent overalt.

Afsnittet har 16 sengepladser fordelt på 16 enestuer.

Gangarealer

Afsnittets gangarealer er lyse og pæne. Ved indgangen er der en niche på gangen der er indrettet med to små borde som står i hver sin ende af nichen. Omkring bordene står der store røde, polstrede lænestole. Der står grønne planter på bordene.

Herudover er der – såvel i nichen ved indgangen som på gangarealerne i øvrigt – udsmykket med malerier på væggene, og der er planter på gulvet.

På gulvene er der lyst linoleum.

Stuer

Ved indgangen til de enkelte stuer er der en lille tavle hvor den pågældende patients fornavn er anført.

Jeg besøgte efter mit valg to stuer. Stuerne varierer i størrelse mellem ca. 12 og 20 m². Jeg besøgte både en af de store stuer med eget toilet og bad (stue 16) og en af de mindre stuer uden eget toilet og bad (stue 2).

Der er ni store stuer med eget badeværelser og syv mindre stuer, hvor patienten må bruge bade- og toiletrum på gangen. Der er i alt tre toiletter/baderum på gangen.

Stuerne er hvidmalede og har lyst, beigefarvet, linoleum på gulvet. Især fra den ene (store) stue er der en flot udsigt til den omkringliggende natur. Patienterne kan aflåse deres stuer indefra.

Møblementet i stuerne består af en ny hospitalsseng, et sengebord, et skrivebord med stol, reoler, en lænestol, en almindelig stol samt skrivebords- og sengelampe. Herudover er der et aflåseligt skab.

Patienterne i begge stuer har i høj grad sat deres personlige præg på indretningen – fx med staffeli, malergrej, medbragte bøger og billeder samt pyntegenstande og planter/blomster.

Stuerne fremstår lyse, rene og med nyt inventar. Det er mit indtryk at man i afsnittet har ramt en god balance mellem på den ene side patientens personlige præg/indretning overfor på den anden side et udseende der i højere grad svarer til stuerne på et somatisk sygehus.

Toilet- og badeforhold

Badeværelserne der ligger i tilknytning til stuerne, har hvide fliser på væggene og terassogulv. Rummet er handicapegnet idet der er armstøtter ved toilettet mv. Der er lyst badeforhæng ved bruseren.

På gangen er badeværelserne tillige indrettet som kombinerede toilet- og baderum. Badeværelserne har hvide fliser på væggene og lyse klinker på gulvet. Desuden er der en radiator og badeforhæng for brusesektionen.

Fællesrum

Spisestue

Spisestuen er et stort hvidmalet rum, indrettet med to langborde med stole og med plads til ca. 10 personer ved hvert bord.

På væggene er der hængt reoler op. Møblementet fremstår meget nyt, og møblerne passer stilmæssigt til hinanden hvilket gælder for afsnittets møblement generelt.

Herudover er der udsmykket med billeder på væggene – det blev oplyst at mange af afsnittets billeder er malet af en af de indlagte patienter.

Spisestuen var hyggelig og stilfuldt indrettet.

Fra spisestuen er der adgang til køkkenet – også for patienterne. Det blev oplyst at patienterne ofte hjælper med anretning og evt. tilberedning af maden.

Aktivitetsrum/møderum

Aktivitetsrummet er et stort rum indrettet med et langbord hvor der står kontorstole omkring. Der er plads til ca. 12 personer. Rummet er hvidmalet og fremstår pænt og lyst pga. lysindfaldet fra vinduerne.

I den anden ende af rummet er der indrettet en lille legekrog med børnebord og -stole og forskelligt legetøj. Derudover er der i denne ende af rummet et sofabord og tre lænestole.

Væggene er udsmykket med billeder, og der står planter i vinduerne og på gulvet.

Opholdsstue/mødesal

Dette lokale er indrettet som et større rum (ca. 40 m²) og har ruder/glas ud til gangen således at det er muligt at kigge ind når man går forbi, selv om døren er lukket. Patienterne og personalet holdt morgenmøde på inspektionstidspunktet, og jeg havde derfor ikke mulighed for at besigtige lokalet nærmere. Det var dog muligt at konstatere at det var indrettet med borde og stole med plads til samtlige patienter i afsnittet.

Telefonrum

Der er indrettet et mindre rum til telefonering fra en mønttelefon.

Rygerum

Der er rygning forbudt i fællesrummene og på stuerne. Patienterne er derfor henvist til at ryge i et dertil indrettet rygerum. Jeg besigtigede ikke dette rum, men fik oplyst at det ligger bag opholdsrummet med et vinduesparti mellem rummene.

Afsnittet er generelt velindrettet og hyggeligt og efterlod et godt indtryk.

3.2.6. Fysioterapien

Fysioterapien er beliggende som en selvstændig bygning og er renoveret i 1999.

Rummene er hvidmalede og har trægulve. Overalt i bygningen står der planter i vindueskarmene og (på gangarealet) på gulvet.

Behandlingsrum/Grupperum

Det blev oplyst at man tidligere kun har haft mulighed for at adskille de enkelte patienter under fysioterapeutisk behandling med skærme mellem de enkelte brikse. I forbindelse med renoveringen i 1999 har fysioterapien nu fået tre selvstændige behandlingsrum/grupperum således at der nu er mulighed for at behandle den enkelte patient i et aflukket rum.

Rummene er indrettet med en briks, reoler med diverse remedier samt et lille bord og to stole.

Fællesrum og gymnastiksal

Fællesrummet og gymnastiksalen er relativt store rum – særlig gymnastiksalen hvor der også er højt til loftet. Der er meget gulvplads i begge rum således at de kan fungere efter deres formål – til patienternes fysiske udfoldelse.

I rummene er der skabe/hylder med diverse remedier til brug for den fysioterapeutiske behandling, herunder store (gummi)bolde. I begge lokaler er der tillige musikanlæg.

Herudover er der i gymnastiksalen ribber på væggene, måtter, vægtløftningsudstyr, kondicykler (tre stk.) samt en balancestang.

Fysioterapien fremstod overalt meget ny, indbydende og velindrettet til sit formål.

Under rundgangen i fysioterapien mv. blev det i øvrigt oplyst at fysioterapien har ni ansatte og 3-400 brugere om ugen, hvoraf ca. halvdelen er tidligere indlagte patienter som møder ambulantly efter udskrivning. Dette er et højt tal idet det normalt er svært at motivere patienterne til at benytte fysioterapien. I tallet indgår ikke de aktiviteter som foregår på afsnittene, herunder for patienter der ikke har tilladelse til udgang og af denne grund ikke må benytte

fysioterapien. Det blev endvidere oplyst at der på de enkelte afsnit hænger opslag med oplysning om de aktiviteter som fysioterapien mv. tilbyder. Et af de nye tiltag er stavgang.

Andre lokaler tilknyttet fysioterapien

Det blev oplyst at fysioterapien tillige har lokaler rundt omkring på hospitalet – tilknyttet de enkelte afdelinger (særligt sengeafsnittene).

Jeg besøgte (en del af) disse øvrige lokaler.

I bygning 24 F (1. sal) ligger en aktivitetsgang hvor der bl.a. er et rum der bliver brugt til morgengymnastik. Lokalet er beliggende i en nyrenoveret fløj og fremstod således også meget nyt, lyst, indbydende og med højt til loftet. I rummet er der spejle, bolde, en ribbe og stole. Herudover ligner lokalet i det væsentligste fællesrummet i fysioterapibygningen om end det er en smule større.

Ud mod parken – bag de øvrige hospitalsbygninger – findes træningscentret ”Motionshulen” som jeg tillige besøgte. ”Motionshulen” ligger i en selvstændig bygning og er indrettet med et stort træningslokale (ca. 50 m²) der i vid udstrækning ligner et træningslokale i et almindeligt fitnesscenter. Lokalet er lyst med sine mange vinduer ud mod parken, og på gulvene står der tre-fire større stueplanter. I tilknytning til træningslokalet er der (kønsopdelte) baderum.

I træningslokalet er der i alt 27 forskellige træningsmaskiner, herunder stepmaskiner, kondicykler, vægtløftningsmaskiner og romaskiner. Herudover er der musikanlæg samt tre håndvaske.

Det blev oplyst at ”Motionshulen” benyttes hyppigt af såvel personale (i fritiden) som patienter, herunder ambulante patienter, og at personalet har god

erfaring med ad denne vej at have noget at være sammen om/have denne fælles relation med patienterne. Der kan være op til 20 personer i lokalet samtidig. Det blev endvidere oplyst at der altid er fysioterapeuter til stede når rummet benyttes, og at der udarbejdes individuelle træningsprogrammer sammen med de enkelte patienter.

Både aktivitetsrummet og træningscentret ”Motionshulen” fremstod indbydende, rene og velindrettede.

Det blev under inspektionen i øvrigt oplyst at der på hospitalsområdet findes et industriværksted. Dette værksted har status af socialpsykiatrisk aktivitetstilbud og benyttes af både patienter fra hospitalet og brugere udefra. Det blev endvidere oplyst at dette værksted også er godt besøgt. Dette værksted blev ikke besigtiget.

Endvidere blev det under besigtigelsen på afsnit R3 (grønlænderafsnittet) oplyst at afsnittet råder over motorcrosscykler og en båd, og at personalet var i færd med at bygge en kano sammen med patienterne på afsnittet.

3.2.7. ECT-afdelingen

ECT-afdelingen er beliggende i en særskilt bygning, og er landets største ECT-afdeling med ca. 2000 behandlinger om året.

Samtlige lokaler i afdelingen – herunder selve behandlingsrummet – er hvidmalet og har (farverige) billeder på væggene. Der er linoleum på gulvet.

Ved indgangen til afdelingen er der indrettet et venterum med bord og polstrede stole. Herfra er der adgang til et større rum der er indrettet med 11 hospitalssenge med ”droptilslutningsudstyr” ved hver plads. Rummet anvendes til forudgående undersøgelse af patienterne, herunder måling af blodtryk mv.

Fra undersøgelsesrummet er der adgang til selve ECT-behandlingsrummet der er ca. 20 m². Behandlingsrummet er indrettet med skriveborde, håndvask samt forskelligt behandlingsudstyr.

Både undersøgelsesrummet og behandlingsrummet har ovenlysvinduer hvilket får lokalerne til at fremstå relativt lyse til trods for der ikke er almindelige vinduer.

Endelig er der et opvågningslokalet (ca. 40 m²) med plads til seks senge med ”droptilslutningsudstyr” – der stod ingen senge i lokalet på inspektionstidspunktet. I dette lokale er der vinduer. Det blev under inspektionen oplyst at der typisk kun går få minutter før patienterne kommer til sig selv efter ECT-behandlingen, og at patienterne som regel opholder sig i opvågningslokalet i højst en halv time.

Fra opvågningslokalet er der videre adgang til et ”afsluttende venterum” der er indrettet med bord og polstrede stole – her tilbydes patienterne efter omstændighederne frugt, kaffe og/eller vand efter behandlingen.

Det blev under rundgangen i ECT-afdelingen bl.a. oplyst at ECT-behandling har god effekt på 90 % af de behandlede patienter. Det blev videre oplyst at afdelingen har gennemført brugerundersøgelser der har vist at de behandlede patienter, herunder patienter som har været behandlet med tvang, generelt har været tilfredse med behandlingen. Behandling foregår sjældent med tvang, og det er i givet fald som regel kun den første behandling som er tvangsmæssig.

3.2.8. Sammenfatning

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

En af de patienter som jeg talte med, fremsatte et ønske om at det blev muligt for patienterne at låse deres stuer indefra. Jeg anmodede hospitalet om generelt at overveje spørgsmålet om etablering af mulighed for patienterne for at aflåse stuer på (nogle af) de afsnit hvor det ikke er muligt i dag, og meddele mig resultatet af disse overvejelser. Jeg anmodede om at overvejelserne kom til at omfatte såvel muligheden for at patienterne kan låse indefra når de er til stede på stuen, fx om natten, som muligheden for at aflåse stuen udefra når patienterne ikke er på stuen.

Hospitalets ledelse har i den anledning i brev af 28. september 2005 anført følgende:

”...

Når patienternes mulighed for aflåsning af egen stue ikke i dag er generel hænger det sammen med, at det har talt imod en udvidelse, at der med de kendte låsesystemer vil være risiko for, at nogle patienter i visse situationer vil blokere låsen/døren. Men kan der findes en forsvarlig låsemæssig løsning, vil Psykiatriledelsen være indstillet på, at alle patienter principielt får lige adgang til at låse egen stue både inde- og udefra. Psykiatriledelsen har derfor taget skridt til i samarbejde med hospitalets tekniske afdeling at undersøge mulige forsvarlige låseløsninger”.

Jeg har noteret mig det oplyste og beder om underretning om resultatet af denne undersøgelse.

De besigtigede afsnit på Psykiatrisk Hospital i Århus fremstår generelt i en god, nogen steder rigtig god stand, og der var generelt set rent og ryddeligt overalt. De fysiske forhold giver mig ikke anledning til yderligere bemærkninger end de der er anført ovenfor under pkt. 3.2.2.

4. Samtaler med enkelte patienter

Under inspektionen havde jeg samtaler med otte patienter som alle havde ønsket en samtale med mig. Alle patienterne har modtaget separat svar som

opfølgning på samtalerne, for den enes vedkommende dog først efter at jeg efter aftale med patienten havde modtaget et brev fra den pågældende. Nogle af de spørgsmål som patienterne rejste, er nævnt de relevante steder i denne rapport.

Den patient som efterfølgende skrev til mig, klagede med henvisning til to vedlagte pjecer (Århus Amts pjece ”Brugere i psykiatrien” og en lokal pjece som patienten modtog da hun ankom til afsnit N3) over at afsnittet ikke er bevidst om amtets politik i forhold til psykiatriens brugere, at afsnittet ikke har noget klart patient- eller brugersyn, at hverken patienter eller de pårørende tages seriøst af afsnittet, og at fritids- og beskæftigelsestilbuddene på afsnittet mangler fantasi og målrettethed. Hun bemærkede i den forbindelse at amtets pjece – som hun først sent var blevet bekendt med og i øvrigt selv havde måttet skaffe sig – burde være tilgængelig på alle afsnit.

Jeg sendte en kopi af brevet videre til Århus Amts Psykiatri- og Handicapudvalg til besvarelse og bad om underretning om amtets svar også med henblik på at det kunne indgå i inspektionssagen. Jeg har efterfølgende modtaget kopi af brev af 26. oktober 2005 til den pågældende. Det fremgår heraf bl.a. at afdelingsledelsen har medgivet at flere ting ikke har fungeret optimalt på afsnittet, herunder beskæftigelsestilbuddene. Der er bl.a. henvist til at forholdene på afsnittet dengang var præget af at afsnittet var nyetableret, og det er oplyst at afsnittet senere har arbejdet målrettet på at afhjælpe manglerne. Det fremgår endvidere af brevet at amtets pjece nu udleveres rutinemæssigt til alle patienter sammen med en lokal informationspjece.

Jeg anmoder hospitalet om at oplyse nærmere om den skriftlige information der findes på afsnittene, herunder om der for alle afsnit er udarbejdet en lokal folder (husorden).

5. Andre forhold

5.1. Overbelægning mv.

Hospitalet har som nævnt fortsat enkelte tosengsstuer. De fleste enestuer har eget bad og toilet.

Det blev oplyst at der stort set ikke forekommer overbelægning. Tværtimod har belægningsprocenten som tidligere nævnt, efter udbygning af lokalpsykiatrien været faldende og i øvrigt lav i en længere periode. Det gælder navnlig på afdeling nord, hvor i gennemsnit kun 80 af de dengang 96 senge på denne afdeling har været belagt. Den gennemsnitlige belægning er i øvrigt ca. 90 %.

§ 71-tilsynets rapport af 27. september 1996 indeholder et afsnit om belægningen på de enkelte afdelinger for årene 1991 til 1995. Det fremgår heraf at der i hele denne periode havde været en belægningsprocent på mellem 78,4 og 96,6 på afdelingerne samlet set.

Jeg har noteret mig det oplyste om at der stort set ikke forekommer overbelægning. Hvis det skulle forekomme, går jeg ud fra at hospitalet er meget opmærksomt på hvorledes patienterne sammensættes på (ene)stuerne, og at det løbende vurderes hvilke patienter der kan/skal bo sammen.

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

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

Patienterne låses ikke inde på deres stuer, og hospitalet anvender ikke særlige låsesystemer.

Ved lov nr. 1371 af 20. december 2004 om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien er der indført mulighed for at anvende personlige

alarm- og pejlesystemer og særlige låse over for en patient der lider af demens eller demenslignende tilstande, for at hindre at vedkommende ved at forlade en psykiatrisk afdeling udsætter sig selv eller andre for en betydelig risiko for at lide personskade (lovens § 17 a).

Dørene til de lukkede afsnit er aflåste. Da ikke alle de indlagte patienter på disse afsnit er tvangsindlagte/-tilbageholdte forekommer det således at frivilligt indlagte er placeret på aflåste afsnit.

Det blev oplyst at det endvidere hænder at yderdørene på de åbne afsnit låses. Frivilligt indlagte patienter der vil ud, bliver herefter lukket ud af personalet.

Det blev oplyst at hospitalet netop havde modtaget nye retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen med hensyn til registrering når der sker aflåsning af et afsnit. Tidligere registrerede hospitalet hver gang det skete, men der skal nu kun ske registrering når der er tale om aflåsning i forbindelse med frihedsberøvelse på afsnittet. Der sker således ikke registrering ved aflåsning fx til natten eller i forbindelse med tyveri, og heller ikke ved aflåsning indtil overlægen har taget stilling til en patients begæring om udskrivning (som alene noteres i pågældendes journal). Jeg forstod at der er tale om aflåsning af yderdøre og ikke skærmede afsnit.

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. må aflåsning af en afdelings yderdøre alene forekomme i tilfælde hvor betingelserne for frihedsberøvelse er opfyldt, jf. psykiatrilovens § 17. Det er videre anført at dette kan forekomme uden at betingelserne i lovens § 14 er til stede, hvorfor det i så fald ikke er muligt (ved udfyldelse af tvangsprotokollen) at angive en af de i skemaet beskrevne begrundelser.

Jeg anmoder om oplysning om hvad det er for nye retningslinjer som hospitalet henviste til under inspektionen, og om en kopi af disse retningslinjer.

Der er som anført ovenfor lås på nogle vinduer, herunder på det gerontopsykiatriske afsnit D1 der tidligere har været et lukket afsnit, men nu på forsøgsbasis fungerer som et åbent afsnit. Vinduerne er dog kun låst på de lukkede afsnit.

Hvis patienterne forbliver på afsnit D1 og forsøgsordningen bliver gjort permanent, går jeg ud fra at afsnittet vil overveje at fjerne låsemekanismerne, og at samme overvejelse vil ske for så vidt angår eventuelle øvrige åbne afsnit med låsemekanismer på vinduerne. Jeg beder om underretning om hvad der videre sker vedrørende dette forhold.

Efter reoveringen skelnes der som tidligere nævnt ikke længere for så vidt angår de fysiske forhold mellem åbne og lukkede afsnit, dog er der som tidligere nævnt fortsat egentlige lukkede afsnit. I forbindelse med reoveringen er to sengeafsnit gjort til et med plads til i alt 16 patienter (otte i hver ende) med mulighed for at lukke de fire pladser i hver ende af, jf. omtalen af de åbne afsnit N1 og S3 i den bygningsmæssige gennemgang ovenfor. Det blev oplyst at hospitalet i praksis imidlertid ikke bruger denne mulighed da hospitalet fandt ud af at det var u hensigtsmæssigt. Det kan dog ikke afvises at det kan blive nødvendigt at benytte denne mulighed af normerings-/sikkerhedsmæssige årsager.

Det blev oplyst at skærmning (således) som udgangspunkt ikke er fysisk, men personel. Det blev endvidere oplyst at skærmning anvendes om et grundlæggende princip i tilgangen til alle patienterne og ud fra en vurdering af patientens tilstand. Skærmning anvendes til fx at dæmpe angst og uro, men vil også kunne bestå i aktivering af den pågældende patient. I alle tilfælde vil hospitalet foretage det der er mindst indgribende for patienten.

Uanset det oplyste om at hospitalet i praksis ikke anvender muligheden for at lukke af i den ene ende, beder jeg – også på baggrund af det oplyste om at

denne mulighed eventuelt vil kunne blive benyttet – hospitalet om at oplyse hvorvidt det er forekommet at de skærmede afsnit har været aflåst mens den øvrige del af afsnittet (som normalt) har fungeret som åbent afsnit. Såfremt dette er tilfældet, beder jeg hospitalet oplyse hvorledes en sådan døraflåsning er registreret.

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

Som jeg oplyste under inspektionen – og som det i øvrigt er hospitalet bekendt, har Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 i forbindelse med tilsynets inspektioner af psykiatriske hospitaler og afdelinger også beskæftiget sig med spørgsmålet om afdelinger hvor der er både frivilligt indlagte og tvangsindlagte/-tilbageholdte patienter. I overensstemmelse med det som tilsynet har tilkendegivet, bør en ordning som den omtalte efter min mening praktiseres således at en patient der indlægges på en psykiatrisk afdeling, og hvor der ikke er tale om at den pågældende er tvangsindlagt eller -tilbageholdt, tilbydes en plads på en uaflåst del af den psykiatriske afdeling. Ligeledes bør en patient der overgår fra at være tvangsindlagt/tvangstilbageholdt til at være frivilligt indlagt, tilbydes anbringelse på en uaflåst del af afdelingen, og det bør kun undtagelsesvist 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 hospitalet/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, samt at de frivilligt indlagte patienter umiddelbart har mulighed for at forlade afdelingen når de måtte ønske det.

Idet jeg går ud fra at hospitalet altid orienterer frivilligt indlagte patienter der indlægges på lukket afsnit om at anbringelsen er frivillig, at der gælder de samme vilkår som hvis afsnittet var åbent mv., at der altid er personale til stede til at låse frivilligt indlagte patienter ud hvis de beder om det, og at anbringelsen af frivilligt indlagte patienter i øvrigt så vidt muligt administreres i overensstemmelse med det ovenfor anførte, har jeg ikke yderligere bemærkninger til spørgsmålet.

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

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

Psykiatriloven eller administrativt fastsatte bestemmelser fastsat i henhold til psykiatriloven indeholder ikke en nærmere angivelse af størrelsesmæssige krav til en afdeling. Jeg går – som jeg også tidligere har givet udtryk for, og som jeg også gav udtryk for under inspektionen – imidlertid ud fra at der med begrebet

”afdeling” i psykiatriloven sigtes til en almindelig afdeling af normal størrelse med ”yderdøre” og med i hvert fald et tocifret antal sengestuer med et dertil knyttet afdelingspersonale. Der kan herefter rejses spørgsmål om hvorvidt det er i overensstemmelse med psykiatriloven at etablere en (meget) lille (sær)afdeling – et skærmet afsnit på en afdeling.

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

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

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

Fiksering foregår normalt på patientens egen stue. Hospitalet har ingen senge der er fastgjort til gulvet og ikke noget decideret fikseringsrum. Det blev oplyst at alle sengeafsnit er i besiddelse af fikseringsmateriale der opbevares i et aflåst skab i de enkelte afsnit.

Det blev oplyst at der altid foretages en vurdering af hvilke remme der konkret skal anvendes ved fikseringer, således at der først anvendes bælte og herefter eventuelt suppleres med hånd- og/eller fodremme. Det blev endvidere oplyst at der altid er fast vagt når en patient er fikseret. Den faste vagt placeres oftest inde på stuen, men hvis det skønnes nødvendigt fx fordi stuen er for lille, placeres den faste vagt uden for patientens sengestue med døren på klem, således at vagten hele tiden kan se patienten. Døren står kun så meget åben at det ikke er muligt for personer der færdes på gangen uden for, at kigge ind til den fikserede.

Under min rundgang bemærkede jeg i et tilfælde at døren til en patient der var fikseret, stod så meget åben at det var muligt at kigge ind til patienten.

Jeg går på denne baggrund ud fra at det vil blive overvejet at indskærpe at døren ikke må stå så meget åben i forbindelse med fiksering på stuen.

Jeg går desuden ud fra at fikseringsmaterialet altid transporteres diskret (fx i et pudebetræk) til og fra anvendelsesstedet.

Det blev oplyst at enkelte patienter af tryghedsgrunde selv beder om at blive fikseret.

Jeg beder om at modtage kopi af eventuelle instrukser om fiksering. Om frivillig fiksering henviser jeg i øvrigt til punkt 6.3. nedenfor.

5.3. Adgang til frisk luft

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

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

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

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

Til alle afsnit hører en (gård)have og hospitalet er beliggende i naturskønne omgivelser som kan benyttes af de patienter som frit kan forlade afsnittet. For så vidt angår de retspsykiatriske afsnit under afdeling R, er (gård)haven omkranset af et hegn, dog er gården til afsnit R3 på tre sider omkranset af bygninger.

Det blev under inspektion oplyst at alle indlagte på hospitalet har adgang til frisk luft hver dag, men at der dog var et problem for de retslige patienter der var indlagt på afsnit N3 der som tidligere nævnt er et nyindrettet afsnit med dels et intensivt afsnit, dels et retspsykiatrisk afsnit. Det blev oplyst at den gård som hører til dette afsnit, ikke var tilstrækkeligt sikret, men at der inden for ca. tre måneder ville blive etableret et tre meter højt hegn.

To af de patienter som jeg talte med, klagede ved mine efterfølgende samtaler med dem over manglende adgang til frisk luft hver dag. Den ene af disse patienter var indlagt på afsnit N3 (den intensive del). Patienten klagede over ikke at have haft adgang til frisk luft i de fem uger som patientens ophold i dette afsnit indtil da havde varet.

Personalet på afdelingen bekræftede at patienten (bortset fra enkelte ture med personalet) ikke havde haft adgang til frisk luft under opholdet på afsnittet. Personalet oplyste at det skyldes at afsnit N3 endnu ikke havde en lukket have. Det blev endvidere oplyst at etableringen af en sådan have ville blive påbegyndt den følgende uge. Personalet oplyste i den forbindelse at der også kunne være andre patienter i samme situation (oftest i kortere perioder). Det blev under samtalen med personalet tillige oplyst at forholdet var indberettet til ledelsen.

Jeg sendte en kopi af mit brev til patienten til hospitalets ledelse og bad ledelsen om at oplyse mig om hvornår den nævnte indberetning havde fundet sted, og hvad den nærmere vedrørte.

Hospitalets ledelse har i brev af 28. september 2005 oplyst at den retspsykiatriske del af afsnit N3 blev etableret i foråret 2005, og at erfaringerne efter etableringen viste at der var behov for et flugtsikret udeareal i umiddelbar tilknytning til afsnittet, da nogle af patienterne af sikkerhedsmæssige grunde ikke kunne tilbydes adgang til frisk luft på almindelige udgangsbetingelser. Det forhold der var indberettet, var således at der var behov for et flugtsikret udeareal til dette afsnit. Ledelsen har videre oplyst at der efter drøftelser mellem personalet og ledelsen i forsommeren blev truffet beslutning om etablering af en flugtsikker have, og at de sikkerhedsmæssige foranstaltninger herefter blev planlagt i samråd med politiet m.fl. Ledelsen har endelig oplyst at haven var klar til brug i begyndelsen af september 2005.

I svaret til patienten som jeg har modtaget kopi af fra hospitalet, er det anført at overlægen havde truffet afgørelse om at patienten ikke kunne få udgang fordi patienten blev anset for flugttruet, og at afgørelsen herom tillige skulle ses i sammenhæng med det manglende flugtsikre areal. Jeg forstår det sådan at hospitalet bekræfter at den pågældende ikke kunne få adgang til frisk luft dagligt. På baggrund af det oplyste under inspektionen må jeg forstå at det også har kunnet være tilfældet for andre patienters vedkommende.

Det er efter min opfattelse meget beklageligt hvis patienter (udelukkende) på grund af de bygningsmæssige forhold ikke har kunnet få adgang til frisk luft hver dag, fx ved at blive ledsaget til en anden gård og/eller under overvågelse af personale. Jeg har noteret mig det oplyste om at haven nu er etableret, og foretager mig på denne baggrund ikke mere vedrørende muligheden for at tilbyde patienterne på afsnit N3 adgang til frisk luft dagligt.

Som nævnt forstår jeg hospitalets afslag på udgang i det konkret tilfælde sådan at det tillige indebar at den pågældende ikke kunne komme ud i frisk luft dagligt. Jeg beder hospitalet om en udtalelse vedrørende dette forhold, herunder om det kan anses for at være i overensstemmelse med psykiatrilovens § 2 og forarbejderne hertil. Jeg beder desuden om amtets bemærkninger hertil.

Den anden patient som klagede over manglede adgang til frisk luft, var indlagt på afsnit R2. Denne patient oplyste at patienterne på dette afsnit kun sjældent kommer i haven, og at det begrundes med manglende tid fra personalets side. Han mente at det har sammenhæng med at det er besværligt at komme i haven fra dette afsnit fordi det er beliggende på 1. sal (over R1 som afsnittet deler have med). Han oplyste at der ikke havde været nogen i haven de sidste par dage forud for inspektionen. Han anførte endvidere at adgang til haven efter hans opfattelse er særlig vigtig fordi vinduerne på afsnittet ikke kan åbnes.

Ved kopi af mit svar til denne patient orienterede jeg hospitalets ledelse om hans klage således at ledelsen kunne tage stilling hvad klagen måtte give anledning til. Jeg bad ledelsen om at underrette mig herom. I brev af 28. september 2005 har ledelsen oplyst at afdelingsledelsen har oplyst at patienterne på afsnit R2 har mulighed for at benytte haverne i tilknytning til afsnit R1 og R3, og at patienterne på de daglige morgen- og eftermiddagsmøder med personalet har mulighed for at træffe nærmere aftale om fælles aktiviteter i haven. Ledelsen har videre oplyst at patienterne enkeltvis, parvis eller i grupper løbende taler med personalet herom hvis de gerne vil i haven. Ledelsen har videre oplyst at særlige forhold kan begrunde at en aftale om at komme i haven må udskydes, men at der ikke har været dage hvor patienter som har haft mulighed for ophold i haven, har været afskåret herfra.

Ledelsen har videre oplyst at nogle patienter som har udgang alene eller sammen med personalet, ikke ønsker at benytte haven, og at det også forekommer at patienter der kun har udgang til haven, ikke ønsker at benytte sig af denne mulighed. Er det tilfældet, vil personalet forsøge at motivere de pågældende til at komme ud. Hospitalets ledelse har på det foreliggende grundlag ikke fundet grundlag for at foretage sig mere vedrørende dette spørgsmål.

Jeg har noteret mig det oplyste. Jeg går således ud fra at personalet er opmærksomme på at sikre at patienterne (også på afsnit R2) får mulighed for at komme ud i haven hver dag (hvis de ønsker det). På det foreliggende grundlag foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold.

5.4. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2

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

Ledelsen oplyste at patienterne altid vejledes i overensstemmelse hermed.

Jeg beder hospitalet om at oplyse nærmere om hvordan vejledning efter den nævnte bestemmelse foregår.

5.5. Patienternes kontakt med læge mv.

Det blev under den afsluttende samtale oplyst at der er læger til stede i afsnittene hver dag, og at patienterne altid kan få en samtale med en læge hvis de har behov for det. Ledelsen var ikke bekendt med hvorvidt der ved samtaler med lægen aftales en ny tid.

Jeg anmoder hospitalet om at oplyse nærmere om patienternes kontakt med læge, herunder hvor ofte patienterne normalt har samtale med lægen (hvis de ikke selv tager initiativ hertil), og om der aftales en ny tid ved hver samtale således at patienten altid ved hvornår den næste samtale skal finde sted.

Jeg anmoder desuden om oplysning om hvorvidt der normalt deltager andre (fx sygeplejerske eller plejepersonale/kontaktperson) i samtalerne, og i bekræftende fald om det er muligt for patienten at få en samtale med lægen alene hvis patienten ønsker det.

Endvidere anmoder jeg om nærmere oplysninger om kontaktpersonordningen, herunder muligheden for at skifte kontaktperson, fx hvis der opstår et (åbenlyst) modsætningsforhold mellem patienten og kontaktpersonen.

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

Jeg har tidligere rejst spørgsmålet om politiets medvirken ved udførelse af tvangsforanstaltninger i psykiatrien over for Justitsministeriet. Justitsministeriet har ved brev af 23. juli 2001 fremsendt en kopi af ministeriets

svar af samme dato til Sundhedsministeriet til brug for besvarelsen af spørgsmål nr. 11 af 22. februar 2001 til Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71. I Justitsministeriets svar til Sundhedsministeriet er blandt andet anført følgende:

”...

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

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

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

Under inspektionen blev det oplyst at politiet ikke kommer med ind på afsnittet ved tvangsindlæggelse af patienter, men kun følger med til døren til afsnittet.

Jeg anmoder hospitalet om at oplyse nærmere om tilkald af politi i forbindelse med farlige situationer hvor politiets bistand er nødvendig, fx hvor der er tale om vold eller trusler herom, herunder hvor ofte det sker.

Jeg beder desuden om oplysning om hvordan samarbejdet mellem politiet og hospitalet fungerer.

5.7. Besøg, visitation og adgang til telefonering

Det blev oplyst at hospitalet ikke har skrevne interne regler om de begrænsninger og indgreb der kan ske i patienternes personlige frihed under indlæggelsen. De enkelte afsnit har forskellige regler, fx om brug af mobiltelefon hvilket som udgangspunkt er tilladt. Der er desuden lavet retningslinjer for hvor meget patienter må have af egne genstande på stuerne. Jeg har ikke i forbindelse med inspektionen modtaget kopi af husordener eller lignende, men fra en af de patienter som jeg havde samtale med, har jeg efterfølgende modtaget kopi af (bl.a.) en husorden for afsnit N3 II, jf. pkt. 4.

Af hospitalets svar til en af de patienter som jeg havde samtale med, fremgår det at hospitalet har en instruks om (krops)visitation. Den pågældende patient havde klaget over at han var blevet underkastet en visitation af sin endetarm på mistanke om at han havde gemt stoffer der. Jeg bad ledelsen om at besvare hans klage og herunder oplyse om hjemlen til at foretage en sådan

undersøgelse. Jeg bad om underretning om svaret, og i hospitalets svar af 23. september 2005 til den pågældende er det (generelt) oplyst at hospitalet ikke har lovhjemmel til at foretage en undersøgelse af endetarmen ved tvang/uden patientens samtykke. Det fremgår tillige af brevet at den konkrete sag har givet anledning til en præcisering af hospitalets instruks på området så det sikres at patienterne altid gøres fuldstændig bekendt med de gældende regler og procedurer på området.

Jeg anmoder hospitalet om at sende mig en kopi af den nævnte instruks når den er præciseret.

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

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

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

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

Jeg henstiller til hospitalet at overveje udfærdigelsen af (lokale) generelle retningslinjer, og som lovet under inspektionen vedlægger jeg til inspiration interne regler som er udfærdiget af Psykiatrisk Afdeling i Vejle. Jeg har senere modtaget interne retningslinjer som er udarbejdet af Sct. Hans Hospital, og jeg vedlægger desuden en kopi af disse retningslinjer.

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

Hospitalet har ikke særlige lokaler til afvikling af besøg. Besøg på de enkelte afsnit forgår som udgangspunkt på patientens stue, men kan også foregå i fællesrum. De enkelte afsnit kan fastsætte besøgstider.

Det blev oplyst at der kan træffes beslutning om at en patient ikke skal have besøg (af bestemte personer) fordi det ikke er godt for den pågældende, eventuelt fordi patienten har problemer med stoffer. Besøg kan også foregå overvåget, og eventuelle restriktioner fra politiet for så vidt angår de retspsykiatriske patienter overholdes naturligvis.

Ledelsen oplyste at det er afsnitsledelsen der træffer beslutning om hvorvidt patienter kan modtage besøg, skal visiteres, skal have censureret sin post, kan benytte sin mobiltelefon mv.

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

Ledelsen oplyste endvidere at eventuelle generelle problemer tages op på patientmøderne. Som et eksempel blev det nævnt at der kort tid før inspektionen havde været problemer med stoffer på et afsnit hvilket havde ført til ransagning på afsnittet efter orientering af patienterne herom. Det blev oplyst at nogle af patienterne faktisk var blevet lettet over dette.

Jeg anmoder om oplysning om hjemlen for hospitalet til at foretage ransagning.

Jeg går i øvrigt ud fra at der kun iværksættes restriktioner over for patienterne som anses for nødvendige i det konkrete tilfælde, og at de ovenfor nævnte retningslinjer som jeg har henstillet til hospitalet at overveje udarbejdelse af, også vil indeholde kompetenceregler.

På alle afsnittene findes korttelefoner, men mange patienter medbringer deres egen mobiltelefon. Som udgangspunkt er det som nævnt ovenfor tilladt patienterne at benytte mobiltelefon, men der er forskellige regler på afsnittene. Det blev oplyst at patienterne på afsnit R1 afleverer deres mobiltelefoner, men får dem udleveret når de skal ud, mens patienterne på afsnit R3 som udgangspunkt har tilladelse til at have (og benytte) deres telefoner på afsnittet. Af husordenen for afsnit N3 II som jeg som nævnt har modtaget fra en patient, fremgår det at billedmobiltelefoner ikke er tilladt i dette afsnit.

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

5.8. Rygepolitik

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

Under inspektionen blev det oplyst at hospitalet ikke har en fælles rygepolitik, men at de enkelte afsnit har aftalt forskellige regler herom. På alle (de besigtigede) afsnit er der indrettet særlige opholdsstuer hvor det er tilladt at ryge. Nogle steder er det endvidere tilladt patienterne at ryge på stuerne. Alle andre steder er rygning ikke tilladt.

Det blev endvidere oplyst at amtsrådet havde vedtaget en politik om bl.a. rygning, og at sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse også er gjort til et emne for næste år. Jeg fik under inspektionen udleveret s. 1-16 af en rapport, udarbejdet af Psykiatrien i Århus Amt, om sundhedsfremme og forebyggelse i Psykiatrien i Århus Amt med hensyn til tobak, kost og fysisk aktivitet. Af rapporten fremgår det at Århus Amt, herunder de psykiatriske hospitaler, principielt skal være røgfrit pr. 1. januar 2006. Den generelle rygepolitik i Psykiatrien i Århus Amt er at det ved lokale aftaler skal sikres at ingen patienter/brugere eller medarbejdere bliver generet af røg fra tobak, men rygere skal dog tilgodeses, bl.a. ved at der indrettes lokaler og områder til rygning. Det anføres at bl.a. amtets sygehuse pr. 1. januar 2006 skal være røgfrie, men at der under særlige omstændigheder skal være mulighed for at indrette et rygerum eller rygeområde til brugere og patienter på amtets institutioner og sygehuse. Særlige omstændigheder omfatter længerevarende hospitalsophold og institutioner der har karakter af "eget hjem" for brugerne. Sådanne rygerum skal dog indrettes med det mål for øje at så få som muligt udsættes for passiv røg. For medarbejdere kan der undtagelsesvist indrettes enkelte rygerum efter drøftelse i lokale MED-udvalg. Med hensyn til realisering af politikken i Psykiatrien i Århus Amt fremgår det af rapporten at det pr. 1. januar 2006 ikke er tilladt at ryge indendørs på/i fællesarealer, opholdsstuer, køkkener, gange,

kontorer, forgange eller sengestuer. Muligheden for indretning af rygerum/rygeområde indebærer at de enkelte afdelinger må overveje om der skal være adgang til et rygerum til patienter og brugere der er afhængige af tobak. Særlige omstændigheder kan også omfatte de tilfælde hvor forskellige sikkerhedsmæssige og retslige hensyn betyder at indendørs rygerum må tillades. Det fremgår af rapporten at rygerum skal være helt aflukkede og med god mulighed for ventilation. Arbejdsgruppens anbefaling er at der ikke indrettes rygerum på afdelinger hvor patienter og brugere har mulighed for alene at gå udenfor. Det fremgår endvidere af rapporten at arbejdsgruppen ikke ser nogen mulighed for at intervenere i forhold til om der må ryges på en patients værelse/stue hvor dette som følge af patientens langvarige indlæggelse på en sengeafdeling må siges at have karakter af ”eget hjem”.

Rygepolitikken som den er vedtaget af amtet, giver mig ikke anledning til bemærkninger. Idet jeg går ud fra at Psykiatrisk Hospital i Århus vil sikre at de indgåede aftaler for de enkelte afsnit justeres hvis de ikke er i overensstemmelse med amtets generelle rygepolitik, foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette spørgsmål.

5.9. Forplejning

Forplejningen til patienterne kommer fra centralkøkkenet på hospitalet. Nogle afsnit modtager indimellem råvarer hvorefter patienterne sammen med personalet selv laver maden. På afsnit R3 modtages der indimellem råvarer fra Grønland og fra Anstalten ved Herstedvester.

Det fremgår af hospitalets hjemmeside og af den under pkt. 5.8. nævnte rapport fra Psykiatrien i Amtet at der i juni 2000 er udarbejdet en kostpolitik for Psykiatrisk Hospital i Århus. Rapporten fra Psykiatrien i Amtet omfatter også kost (og fysisk aktivitet).

Af denne rapport fremgår det bl.a. at centralkøkkenet arbejder med at udarbejde nye kostmodeller gennem projektet "Bedre mad til syge" som tager udgangspunkt i anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen. Der er særlige tilbud (diætistisk indsats) til patienter der oplever vægtstigning i forbindelse med behandling med psykofarmaka. Der tilbydes desuden (gennem Fysioterapeutisk afdeling) undervisning i sunde kost- og motionsvaner. Århus Amts politik i forhold til kost (og fysisk aktivitet) er at skabe rammer for og tilskynde til at fx brugere følger de officielle anbefalinger om sund kost og fysisk aktivitet. Amtsrådet vedtog i marts 2004 en strategi "Krop, mad og bevægelse" for fremme af fysisk aktivitet, sunde kostvaner og forebyggelse af fedme blandt amtets borgere. Denne strategi som fortsætter frem til 2007, er driftsområderne forpligtet til at søge at implementere. Det er arbejdsgruppens anbefaling at problemerne vedrørende bl.a. overvægt og midlerne til at afhjælpe dem systematisk indarbejdes i behandlingsplanerne.

Jeg har som tidligere nævnt kun modtaget s. 1-16 fra denne rapport.

Jeg anmoder hospitalet om at sende mig de yderligere sider fra rapporten (s. 17 ff.) der omfatter kost og fysisk aktivitet.

Det fremgår af ovennævnte kostpolitik at Psykiatrisk Hospital i Århus har specielle kostprogrammer og er meget opmærksom på at bl.a. noget medicin påvirker nogle patienter således at deres vægt øges.

Der serveres kold mad til frokost med en varm/lun ret og varm mad om aftenen. Ledelsen oplyste at patienterne generelt er tilfredse med maden, men under rundgangen klagede en af patienterne over aftensmaden. Han klagede nærmere bestemt over at grøntsagerne ofte er enten udkogte eller rå, og at maden ofte står for længe i varmeovn inden den kommer ud på afsnittene.

Jeg går ud fra at hospitalet vil gøre køkkenet bekendt med denne klage.

En af de patienter som jeg havde samtale med, klagede desuden over at der ikke altid er mad nok, at patienterne ikke må gemme mad til senere, og at mælken er begrænset og kun serveres om morgenen. I et svar af 23. september 2005 til den pågældende som jeg har modtaget kopi af fra hospitalet, er anført følgende:

”...

Det er vurderingen at kosten bestilles i en mængde så den, afhængig af patientantallet, lever op til køkkenets standarder for en ernæringsrigtig og kaloriemæssig afbalanceret kost. Og som sådan indgår kosten som et væsentligt element i den samlede behandlingsmæssige indsats. Personalet har ikke oplevet det rejste problem som almindeligt blandt patienterne, og ofte vil noget af maden være tilovers. Det kan dog ikke udelukkes, at nogle patienter i enkelte tilfælde kan have spist uforholdsmæssigt meget af noget af maden, så andre har måttet nøjes med mindre. Personalet vil være opmærksomt på denne situation. Når det ikke er tilladt patienterne at gemme mad, er det begrundet i hygiejnemæssige forhold.

I henhold til ernæringsmæssige retningslinjer, som er gældende for hospitalet, hjembestiller afsnittet dagligt ½ liter mælk pr. patient. patienterne har adgang til mælk om morgenen, og iflg. afdelingsledelsen stilles der også mælk frem på de tidspunkter i løbet af dagen, hvor der serveres kaffe og saft for patienterne.”

Jeg har noteret mig det oplyste, herunder at personalet vil være opmærksomt på den situation at ingen patienter spiser så meget at andre må nøjes med mindre (end almindelig portionsstørrelse). Det oplyste giver mig i øvrigt ikke anledning til bemærkninger, og jeg foretager mig på denne baggrund ikke mere vedrørende dette forhold.

Jeg har noteret mig det under inspektionen oplyste om at patienterne efter ledelsens opfattelse generelt er tilfredse med maden, men som bebudet under den afsluttende samtale beder jeg hospitalet om at oplyse nærmere om omfanget af klager over maden.

Det tilføjes at jeg og mine medarbejdere i forbindelse med inspektionen spiste et måltid svarende til det som patienterne på hospitalet fik til frokost den pågældende dag.

5.10. Udslusning, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Det blev oplyst at der generelt ikke er patienter der venter på botilbud efter at de er færdigbehandlet, men at der kan være det i specielle tilfælde. Nogle patienter kommer i ventetiden hjem med maksimal støtte. Problemet med ventetid forekommer stort set kun på afdeling R og kun for enkelte patienter. Der er heller ikke længere særlige problemer for så vidt angår de grønlandske patienter på R3 hvor hospitalet har et godt samarbejde med hjemmestyret i Grønland.

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

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

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

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

Jeg har i forbindelse med inspektionen modtaget kopi af to koordinationsplaner og to udskrivningsaftaler for patienter på hospitalet.

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

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

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

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

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

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

5.11. Børn og unge

Psykiatrisk Hospital i Århus modtager ikke børn og unge som i stedet modtages på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital i Århus. Jeg foretog som tidligere nævnt inspektion af dette hospital den 24. august 2005 og har udfærdiget en særskilt rapport herom.

5.12. Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling

§ 27 i psykiatriloven har følgende ordlyd:

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

Af forarbejderne til bestemmelsen fremgår bl.a. følgende (Folketingstidende 1988-89, tillæg A, spalte 2091):

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

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

Under inspektionen oplyste ledelsen at hospitalet har et godt samarbejde med patientrådgiverne som er flinke til at komme i afdelingen. Langt hovedparten kommer til stede på afdelingen inden for 24 timer (psykiatrilovens § 26). Ledelsen oplyste at der altid beskikkes en patientrådgiver når der iværksættes tvangsforanstaltninger.

Det blev oplyst at hospitalet tillige har et godt samarbejde med patientklagenævnet. Der afholdes som udgangspunkt et dialogmøde med nævnet hvert andet år.

Det fremgår af patientklagenævnets årsberetning for 2004 at 81 % af patienterne deltog i patientklagenævnets møder i 2004, og at patientrådgiverne deltog i 85 % af møderne. Tallene omfatter også Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital i Århus, og det fremgår ikke af årsberetningen specifikt hvorledes fremmødeprocenten var for patientrådgivere for Psykiatrisk Hospital i Århus.

Adspurgt oplyste ledelsen at Sundhedsministeriets pjece ”Tvang i psykiatrien – om psykiatriske patienters rettigheder ved tvangsindgreb” udleveres til patienter der udsættes for tvang.

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

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

5.13. Vold mod personalet

Det forekommer at patienter optræder voldeligt og/eller truende over for personalet. Det blev oplyst at afdelingsledelsen indberetter episoden til afdelingsledelsen der tager stilling til om episoden skal anmeldes til politiet. Det blev endvidere oplyst at Psykiatrisk Hospital i Århus følger samme politik som Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital i Århus (som til brug for min inspektion af dette hospital den 24. august 2005 har sendt mig en kopi af bl.a. dette hospitals voldsforebyggelsespolitik der med udgangspunkt i amtets politik og vejledning blev godkendt på et MED-udvalgsmøde den 16. januar 2002, og generelle retningslinjer for politianmeldelse). Ledelsen oplyste at der i den forbindelse er gjort op med myten om at vold og trusler er en del af arbejdet på en psykiatrisk afdeling.

I brevet af 21. december 2005 har hospitalet oplyst at Psykiatrien i Århus Amt har udlagt det til de enkelte afdelingers og institutioners lokale MED-udvalg ud fra de lokale forhold at beslutte og nedskrive lokale retningslinjer på voldsområdet. Disse retningslinjer udarbejdes på grundlag af Århus Amts generelle voldspolitik og vejledning herom. Som et eksempel på sådanne lokale retningslinjer har hospitalet vedlagt nedskrevne retningslinjer for afdeling Nord.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger. Idet retningslinjerne for afdeling Nord er vedlagt som et eksempel, går jeg ud fra at også de andre afdelinger har sådanne (nedskrevne) retningslinjer. Hvis ikke alle afdelinger har nedskrevne retningslinjer, anbefaler jeg at det sker således at det til enhver tid er muligt at se hvad der er afdelingens voldspolitik.

5.14. Opbevaring af journaler

Hospitalets patientjournaler befinder sig som udgangspunkt på kontorerne i de enkelte afsnit. Kontorerne er aflåst når de ikke er bemandet, og det er kun det behandlende personale der har adgang til journalerne.

Hospitalet har endnu ikke elektronisk patientjournal, men er startet med indlæggelse af medicindelen. Det blev oplyst at amtet var i færd med at udarbejde et fuldt elektronisk patientjournalssystem.

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

Jeg anmoder om oplysning om hvornår hospitalet forventer fuldt ud at overgå til elektroniske journaler.

5.15. Handicaptilgængelighed

Hospitalet har som tidligere nævnt bygninger i to etager. Hospitalets ældste bygninger er ca. 150 år gamle, mens de nyeste er omkring 40 år gamle. Det blev oplyst at spørgsmål om handicaptilgængelighed er indgået ved renoveringen hvor der således er indrettet handikaptoilet og –bad, elevatorer og ramper. Kørestolsbrugere kan således færdes på (store dele af) hospitalet. Ledelsen oplyste at afdelingen har enkelte kørestolsbrugende patienter blandt patienterne på gerontopsykiatrisk afdeling.

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

5.16. Patientindflydelse

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

Med hjemmel i lovens § 30 har indenrigs- og sundhedsministeren udarbejdet bekendtgørelse nr. 1337 af 15. december 2004 om patientindflydelse på psykiatriske sygehuse og afdelinger. Bekendtgørelsen der trådte i kraft 1.

januar 2005, afløste bekendtgørelse nr. 708 af 20. november 1989 om patientråd og patientmøder på psykiatriske sygehuse og afdelinger.

§ 1 i den gældende bekendtgørelse har følgende ordlyd:

”På hvert psykiatrisk sygehus eller afdeling skal der udformes bestemmelser om patienternes muligheder for at øve indflydelse på generelle forhold med betydning for patienternes ophold på sygehuset eller afdelingen under indlæggelse. Afdelingsledelsen skal sikre, at bestemmelserne er tilgængelige for patienterne.

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

Hospitalet har ikke noget patientråd. Det blev oplyst at der afholdes jævnlige møder med patienterne i de enkelte afsnit.

Jeg anmoder hospitalet om at sende mig en kopi af de bestemmelser som hospitalet har udfærdiget (eller udfærdiger) i medfør af bestemmelsen i bekendtgørelsens § 1. Medmindre det fremgår af disse bestemmelser, anmoder jeg hospitalet om at oplyse hvor ofte der afholdes møder med patienterne i de enkelte afsnit.

5.17. Behandlingsplaner

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

Jeg har fra hospitalet modtaget to behandlingsplaner for patienter på hospitalet.

Behandlingsplanerne giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.18. Euforiserende stoffer og alkohol

Det blev oplyst at der i perioder findes euforiserende stoffer mv. på hospitalet, og at der handles på terrænet som er offentligt tilgængeligt. Der skete som tidligere nævnt kort tid før inspektionen ransagning på et afsnit på grund af stofproblemer dette sted. Der er ligesom i København tale om et storbyproblem, men det er dog ledelsens opfattelse at problemet på Psykiatrisk Hospital i Århus er mindre end på de psykiatriske afdelinger i København. Ledelsen havde ikke hørt om problemer med afhængighedsforhold som følge af handel med euforiserende stoffer.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger. For så vidt angår visitation mv. henvises til pkt. 5.7. ovenfor.

5.19. Rekruttering af personale og sygefravær

Hospitalet har generelt ikke problemer med rekruttering af personale, bortset fra speciallæger hvor hospitalet oplever de samme problemer som mange andre steder i landet. Alle ledige stillinger besættes med faguddannet personale.

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

Hospitalet oplyste at der er problemer med sygefravær på hospitalet. Problemet med sygefravær som er et generelt problem inden for psykiatrien – også i udlandet – er for tiden et vigtigt emne. Det blev oplyst at sygefraværet bunder både i belastningen i arbejdet og i kulturen. Psykiatrien i Århus Amt har udfærdiget et ni-punkts program som jeg fik udleveret i forbindelse med inspektionen. De ni punkter har overskrifterne 1) sygefraværspolitik, 2) mellemliderudvikling, 3) BST-midler, 4) det langvarige sygefravær, 5) sygefraværstatistikken, 6) sygefravær – dagsordensættes halvårligt, 7) fokus

på arbejdet med sygefravær, 8) personaleblad – temanummer og 9) rekruttering.

Af det materiale som jeg har modtaget i forbindelse med min inspektion den 24. august 2005 af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital, fremgår det at dette hospital på baggrund af amtets fokus på sygdom og sygefravær, har udarbejdet en (egen) sygefraværspolitik (der er godkendt på MED-udvalgsmøde den 17. december 2003). Det fremgår endvidere at det er et led i amtets sygefraværspolitik at der lokalt på institutioner udarbejdes retningslinjer til forebyggelse af sygdom og støtte til den syge.

Det ovennævnte ni-punkts program er så vidt ses udarbejdet centralt, jf. også at det af det første punkt fremgår at der skal udarbejdes en overordnet sygefraværspolitik for hele Psykiatrien. Programmet er ikke dateret.

Jeg beder om oplysning om hvorvidt Psykiatrisk Hospital i Århus har planer om at udarbejde lokale retningslinjer til forebyggelsen af sygdom og støtte til den syge.

5.20. Navneskilte

Som det fremgår af den bygningsmæssige gennemgang er der flere steder opsat navneskilte udenfor sengestuerne, men bortset fra på gerontopsykiatrisk afsnit D1 og grønlanderafsnittet R3 er alene fornavnet angivet. For så vidt angår afsnit D1, blev det som nævnt oplyst at patienterne på dette afsnit har behov for navn på døren for at finde egen stue.

Besøg foregår som også tidligere nævnt på afsnittene, primært på patienternes stuer, men besøg kan også foregå i opholdsstuerne.

Til orientering kan jeg oplyse at jeg tidligere har udtalt at skiltning med patienternes fulde navne på steder hvor udefrakommende har adgang,

herunder besøgende og eventuelle håndværkere eller lignende, giver anledning til betænkeligheder. Efter min opfattelse bør der kun skiltes med fornavne, og kun hvor dette er nødvendigt fx af hensyn til patienten selv eller hvis sådan skiltning sker med patientens samtykke eller efter dennes ønske. Jeg går ud fra at hospitalet er opmærksomt herpå, og at hospitalet normalt ikke har patienters fulde navne sat op. Jeg foretager ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål.

6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

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

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

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

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

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

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 at der til brug for de psykiatriske afdelinger leveres et elektronisk indtastningsprogram med fem elektroniske blanketter omhandlende registrering af henholdsvis 1) frihedsberøvelse, 2) tvangsbehandling, 3) fiksering og fysisk magtanvendelse, 4) beskyttelsesfiksering/-foranstaltning, og 5) aflåsning af patientens stuedør på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland. Blanket 6

(personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse) skal dog foreløbigt indberettes på den af Sundhedsstyrelsen udarbejdede blanket.

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

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

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

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

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

Jeg beder hospitalet oplyse hvorledes hospitalets procedure for registrering af tvangsanvendelse og indberetning til Sundhedsstyrelsen er, herunder hvorvidt hospitalet fortsat umiddelbart anvender de tidligere papirskemaer der herefter indtastes i Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem, og om – og i givet fald hvor – der foretages notat om at indberetningen er sket. Jeg er opmærksom på at der på mange af de modtagne skemaer er sat ”flueben” ved forskellige oplysningsfelter, og at dette tyder på at oplysningerne efter noteringen på skemaet har været anvendt – antageligt i forbindelse med en elektronisk registrering/indberetning.

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

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

Det modtagne materiale indeholder i alt 20 skemaer vedrørende frihedsberøvelse (tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse – skema 1), 10 skemaer vedrørende tvangsbehandling (skema 2), 32 skemaer/udskrifter vedrørende fiksering og fysisk magtanvendelse (skema 3) og 11 skemaer vedrørende beskyttelsesfiksering/-foranstaltning (skema 4). De 20 skemaer vedrørende frihedsberøvelse er fordelt med 10 skemaer fra to forskellige afsnit fra samme afdeling. De 32 skemaer/udskrifter vedrørende fiksering og fysisk magtanvendelse er ligeledes modtaget fra to forskellige afsnit, men fra hver sin afdeling. De 11 skemaer vedrørende beskyttelsesfiksering/-foranstaltning er fra to afsnit indenfor samme afdeling.

Jeg har – i overensstemmelse med min anmodning – foretaget en sortering af de modtagne skemaer, således at min gennemgang nedenfor alene omfatter de 10 seneste tilførsler vedrørende frihedsberøvelse (skema 1), fiksering og fysisk magtanvendelse (skema 3) og beskyttelsesfiksering/-foranstaltning (skema 4). Min gennemgang vedrørende tvangsbehandling omfatter – naturligvis – alle de modtagne 10 skemaer (skema 2). Denne begrænsning beror primært på ressourcehensyn.

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

6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

Jeg har – som nævnt ovenfor – gennemgået i alt 10 skemaer til brug for tilførsler i tvangsprotokollen om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, heraf 5 vedrørende tvangsindlæggelse, hvoraf 2 samtidig omfatter tilførsel om tvangstilbageholdelse, og 5 udelukkende vedrørende tvangstilbageholdelse. Tilførslerne (skemaerne) vedrører frihedsberøvelse iværksat i perioden fra den 1. juni 2005 til og med den 22. juni 2005. 2 skemaer vedrører den samme patient som blev tvangstilbageholdt på ny to dage efter ophøret af den tidligere tvangstilbageholdelse.

Tvangsprotokollen består af særlige skemaer (nu elektroniske blanketter) udarbejdet af Sundhedsministeriet. For frihedsberøvelse benyttes Tvangsprotokol – skema/blanket 1, som anvendes både ved tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse således at det ved afkrydsning (markering) skal angives om frihedsberøvelsen er begyndt som tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse. Det fremgår af brugervejledningen til Sundhedsstyrelsens elektroniske indberetningssystem vedrørende indberetning

af anvendelse af tvang i psykiatrien (herefter kaldet brugervejledningen) at det i den elektroniske blanket kun er muligt at vælge én type frihedsberøvelse til angivelse af om frihedsberøvelsen er begyndt som tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse.

Denne afkrydsning (markering) er sket i alle 10 tilfælde. 5 frihedsberøvelser er som allerede nævnt begyndt som tvangsindlæggelse, og 5 er begyndt som tvangstilbageholdelse.

Efter Sundhedsstyrelsens vejledning skal begrundelsen for frihedsberøvelsen, jf. psykiatrilovens § 5, tillige angives (behandlings- eller farlighedsindikation). Begrundelsen angives ved afkrydsning (markering) i skemaet. Kravet om angivelse af begrundelsen for frihedsberøvelsen følger allerede af § 33, nr. 3, i tvangsbekendtgørelsen (ovennævnte bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger). Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type begrundelse – enten helbred eller farlighed.

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

I 2 de 5 tilfælde af tvangsindlæggelse er det ved afkrydsning angivet at tvangsindlæggelsen er sket af helbredsmæssige grunde og i de 3 andre tilfælde på grund af farlighed. I 2 af de 5 tilfælde hvor frihedsberøvelsen er iværksat som tvangstilbageholdelse, er det sket af helbredsmæssige grunde og i 3 andre tilfælde på grund af farlighed.

Tvangsindlæggelse sker på grundlag af en lægeerklæring der er udarbejdet af den læge som har undersøgt den pågældende med henblik på indlæggelsen. Erklæringen må ikke være udstedt af en læge der er ansat på den psykiatriske afdeling hvor indlæggelsen skal finde sted, og lægen må ikke være inhabil (psykiatrilovens § 7). Det er dog overlægen på den psykiatriske afdeling der

træffer den endelige administrative afgørelse om hvorvidt betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, jf. psykiatriloven § 9, stk. 2, og § 14, stk. 1, i Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 880 af 10. december 1998 om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser (tvangsindlæggelsesbekendtgørelsen). Af lovens § 4a og § 14, stk. 1, 2. punktum, i tvangsindlæggelsesbekendtgørelsen fremgår det videre at afgørelsen i overlægens fravær kan træffes af en anden læge på den psykiatriske afdeling, og at overlægen i sådanne tilfælde snarest skal tage stilling til beslutningen.

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

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

I alle 10 skemaer er der angivet en dato for overlægens stillingtagen. I 7 tilfælde har overlægen taget stilling til frihedsberøvelsen samme dag som iværksættelsen af frihedsberøvelsen, og i de resterende 3 tilfælde dagen efter iværksættelsen.

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

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

Det påhviler til stadighed overlægen at påse at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magt, beskyttelsesfiksering, personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse samt aflåsning af patientstue (Sikringsafdelingen) ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 1. For så vidt angår frihedsberøvelse, skal resultatet af denne efterprøvelse tilføres tvangsprotokollen henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage efter at frihedsberøvelsen blev iværksat, og herefter mindst hver fjerde uge så længe frihedsberøvelsen opretholdes, jf. lovens § 21, stk. 2, 1. og 2. punktum, og tvangsbekendtgørelsens § 33, nr. 4. Efterprøvelsen udregnes ifølge vejledningen fra den dag hvor den første frihedsberøvelse blev iværksat (dag 0). Efterprøvelsesdatoerne ændres således ikke når en tvangsindlagt patient senere tvangstilbageholdes. Datoerne for efterprøvelser samt dato for overlægens stillingtagen i denne forbindelse anføres i rubrikken ”Efterprøvelse af frihedsberøvelse”.

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

I alle tilfælde er den obligatoriske efterprøvelse efter det i skemaerne angivne sket (senest) på det i loven angivne tidspunkt – i 3 tilfælde er ophævelsen af frihedsberøvelsen sket inden 3. dagen.

Om betydningen af at der sker notering af de obligatoriske efterprøvelser på de i loven angivne tidspunkter, henviser jeg til dommen i UfR 2004.2184 V hvor en tvangstilbageholdelse blev kendt ulovlig – uanset at de materielle betingelser havde været opfyldt i hele perioden – idet der hverken i journalen eller i tvangsprotokollen var foretaget notat om den foretagne efterprøvelse.

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

Datoen for overlægens attestation er i alle tilfælde på nær 4 angivet som samme dag som efterprøvelsen. I de 4 tilfælde er overlægens attestation sket 1-2 dage efter efterprøvelsen.

I alle tilfælde er datoen for ophør af frihedsberøvelsen angivet. Rubrikken til angivelse af datoen for overlægens stillingtagen er ikke udfyldt i 7 tilfælde. I 2 tilfælde er datoen for overlægens stillingtagen angivet som ophørsdagen og i det sidste tilfælde 2 dage efter ophørsdagen. 2 af de 7 tilfælde hvor rubrikken til angivelse af datoen for overlægens stillingtagen ikke er udfyldt, drejer sig om frihedsberøvelser som ophørte dagen efter iværksættelsen hvor overlægen tog stilling til frihedsberøvelsen.

I den elektroniske blanket findes ikke et felt til angivelse af datoen for overlægens stillingtagen til ophøret af frihedsberøvelsen.

Jeg beder hospitalet om at oplyse om hospitalets praksis i forbindelse med indhentelse af overlægens stillingtagen til ophøret af frihedsberøvelsen.

6.2. Tvangsbehandling

Jeg modtog 10 skemaer vedrørende beslutninger om tvangsbehandling, men 2 af skemaerne vedrører den samme beslutning så jeg har reelt kun modtaget skemaer vedrørende 9 beslutninger om tvangsbehandling. Et af skemaerne vedrører en beslutning der er truffet ”080502” hvilket jeg umiddelbart læser som den 8. maj 2002 (patienten blev indlagt den 17. oktober 2001). Der er tale om en fortsættelse af et tidligere skema, og første notat om tvangsbehandling som omfatter behandling hver 14. dag, er fra den 13. april 2005. Jeg går derfor ud fra at beslutningen om tvangsbehandling er truffet før 2. kvartal 2005, og at ”080502” rettelig er den 8. februar 2005.

Jeg anmoder dog hospitalet om at oplyse om det er korrekt opfattet.

De øvrige tilførsler (skemaer) vedrører beslutninger om tvangsbehandling truffet i tidsrummet fra den 28. februar 2005 til den 22. juni 2005. Ud over det ovenfor nævnte tilfælde er der yderligere et tilfælde hvor der er sket afkrydsning til angivelse af at der er tale om et fortsat skema. Det drejer sig om det ene af de to skemaer vedrørende den samme beslutning som blev truffet den 24. maj 2005. På det fortsatte skema er der – i modsætning til det andet skema – ikke sket udfyldelse af rubrikkerne vedrørende tvangsbehandlingen.

Jeg anmoder om en udtalelse vedrørende årsagen til at der er to skemaer vedrørende denne anvendelse.

For tvangsbehandling benyttes tvangsprotokol – skema 2.

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. skal de enkelte tvangsformer registreres på hvert sit skema/blanket såfremt flere tvangsbehandlingsformer anvendes. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type

behandling – enten medicinering, ECT, ernæring eller behandling af legemlig lidelse.

På hvert af de modtagne skemaer er der kun sket afkrydsning til angivelse af at skemaet kun vedrører én tvangsform. Der er tale om 6 tilfælde af medicinering (herunder det tilfælde hvor der er 2 skemaer), 2 tilfælde af behandling med elektrostimulation (ECT-behandling) og et tilfælde af behandling af legemlig lidelse.

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

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

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

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

Datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen og for overlægens stillingtagen er angivet i alle tilfælde, og datoen for overlægens stillingtagen er

på alle skemaer angivet som dagen for beslutningen. I alle tilfælde er navnet på den ordinerende overlæge også angivet.

Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 34, nr. 3, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af begrundelsen for tvangsbehandlingen. Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning afkrydses (markeres) den konkrete begrundelse for iværksættelse af den pågældende tvangsbehandling i rubrikken ”Begrundelse”. Der henvises i den pågældende rubrik i skemaet til psykiatrilovens § 12 og § 13. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type begrundelse – enten § 12 (udsigt til væsentlig forringelse af helbredet) eller § 13 (nærliggende eller væsentlig fare for patienten eller andre).

Begrundelsen for beslutningen er ved afkrydsning angivet i alle tilfælde på nær et som jeg anser som et enkeltstående tilfælde.

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

Indholdet af tvangsbehandlingen er angivet i alle tilfælde. I alle tilfælde vedrørende medicinering på nær et er indholdet af tvangsbehandlingen angivet med to alternative indgivelsesmåder, således at ordineringen lyder på dråber/tabletter alternativt injektion hvor alternativet er anført enten udtrykkeligt som alternativ eller efter en skråstreg.

Selv om det i sidstnævnte situation ikke udtrykkeligt er anført at injektion kun skal gives hvis patienten nægter at tage dråber/tabletter fx fordi patienten ikke vil samarbejde, går jeg ud fra at det anførte skal forstås sådan, og at de behandlende læger er klar over at det skal forstås på denne måde. Jeg går således ud fra at hospitalet altid anvender mindste-middel-princippet (også)

ved tvangsbehandling, herunder tvangsmedicinering, således at det altid forsøges at give medicinen per oral før der anvendes injektion.

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

”Af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns sammenfatning af nævnets praksis vedrørende psykiatriske ankesager 1997-2002 fremgår på side 15 f at det er nævnets praksis at mindste middels-princippet indebærer at tvangsbehandling med injektion som udgangspunkt må betragtes som et mere indgribende middel end per oral 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 per oral, og at personalet kun såfremt dette ikke effektivt lader sig gennemføre, fx fordi patienten afviser at indtage medicinen eller efterfølgende kaster op, overgår til indgivelse af medicinen ved injektion. I det ovenfor gengivne eksempel er alternativerne imidlertid sprogligt set ligestillede, og der gives således ingen præcisering af hvornår det ene alternativ skal vælges frem for det andet, dvs. hvad der vil være den udløsende faktor for at vælge henholdsvis per oral 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 afsnittets læger.

Uanset om dette sidste er tilfældet, vil de kontrollerende myndigheder; det psykiatriske patientklagenævn, Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og til dels

embedslægeinstitutionen og Sundhedsstyrelsen samt Folketingets Ombudsmand, være henvist til at kontrollere hospitalets beslutninger på en i skriftlig henseende ufuldstændig baggrund. Jeg beder hospitalet om en udtalelse herom.”

Sct. Hans Hospital anførte i en udtalelse af 12. juli 2004 bl.a. at princippet om anvendelse af mindste-middel hyldes overalt i psykiatrien og således også ved tvangsbehandling. Det blev i udtalelsen videre oplyst at alle læger ved introduktionsundervisningen undervises i brugen af tvang og reglerne herfor, herunder at medicin skal forsøges givet oralt som det første, og at injektionsbehandling kun må anvendes hvis det afslås at medicinen gives oralt. Det er videre anført at det også i det medicinmodul der hører til den elektroniske patientjournal, udførligt er beskrevet hvordan medicin skal gives, og at den per orale ordination skal forsøges først. Hospitalet oplyste tillige at der efterfølgende skal gøres notat i journalen om hvorvidt den per orale eller intramuskulære indgivelse er anvendt, og hvis den per orale medicinering måtte opgives, skal omstændighederne der førte hertil, beskrives.

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

Uanset at injektion i 2 tilfælde udtrykkeligt er anført som alternativ, og det – for så vidt angår de andre tilfælde – kan siges at fremtræde som subsidiært, og uanset at jeg må gå ud fra at hospitalet altid anvender mindste-middel-princippet (også) ved tvangsmedicinering, således at det altid forsøges at give medicinen per oral før der anvendes injektion, samt at de behandlende læger er bekendt med denne praksis, henstiller jeg – under henvisning til ovennævnte principielle overvejelser om den sproglige præcision der kan forlanges – til hospitalet at overveje at give retningslinjer for udfyldelsen af tvangsprotokollen således at det sikres at udfyldelsen sker på en sådan måde at

det – også for udenforstående – tydeliggøres hvilken ordinationsform der skal forsøges først. Jeg beder om underretning om resultatet af disse overvejelser.

I et tilfælde er behandlingen angivet som injektion. Det drejer sig om den tvangsbehandling der blev iværksat ”080502”, og hvor det er angivet at der var tale om fortsættelse af et tidligere skema. Jeg har ovenfor spurgt til datoen for denne beslutning.

Jeg anmoder om oplysning om baggrunden for at der ikke er angivet alternativer i dette tilfælde.

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

I 8 af de 9 skemaer er angivet ”fastholdelse” i rubrikken om tilladt magtanvendelse. I et af disse tilfælde er det tillige anført at der kunne ske nødvendig personlig hygiejne, og i et andet tilfælde at det kunne ske i forbindelse med anæstesi (et af de 2 tilfælde af ECT-behandling).

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

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

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

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

I alle 9 tilfælde er der sket notering af at tvangsmedicineringen har fundet sted.

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

Endelig skal datoen for beslutning om ophør af tvangsanvendelsen angives. Dette er sket i alle tilfælde på nær et (det tilfælde med to skemaer).

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

6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

For tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt benyttes tvangsprotokol – skema 3. Jeg modtog som nævnt i alt 32 skemaer/udskrifter til brug for tilførsler til tvangsprotokollen vedrørende tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt. Som også anført har jeg begrænset min gennemgang til de 10 seneste skemaer. Da 2 af skemaerne imidlertid er fra efter den 28. juni 2005, har jeg ikke gennemgået disse skemaer, men de 10 forudgående skemaer. De gennemgåede skemaer dækker perioden 29. maj 2005 til og med 26. juni 2005 og omfatter 5 papirskemaer og 5 udskrifter. Skemaerne omfatter i alt seks forskellige patienter.

Hvert af de modtagne (papir-)skemaer har plads til 3 tilfælde af tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt. De 10 gennemgåede skemaer omhandler i alt 17 tilfælde af tvangsfiksering og/eller fysisk magt, herunder indgivelse af beroligende medicin. Der var tale om i alt 2 tilfælde af anvendelse af bælte, 1 tilfælde af anvendelse af remme, 5 tilfælde af fastholdelse (alle udskrifterne) og 9 tilfælde af anvendelse af beroligende medicin. Heraf er der en kombination af tvangsfiksering og indgivelse af beroligende medicin.

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

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

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

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

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

I alle tilfælde er iværksættelsestidspunktet angivet ved dato og klokkeslæt.

Ifølge lovens § 15, stk. 1, skal tvangsfiksering besluttes af en læge efter at denne har tilset patienten. Beslutning om at der foruden bælte skal anvendes hånd- eller fodremme, skal dog træffes af overlægen, jf. stk. 2. Bestemmelsen er ikke til hinder for at en beslutning i overlægens fravær træffes af en anden læge. I sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen, jf. lovens § 4a og tvangsbekendtgørelsen § 12, stk. 5.

I det tilfælde hvor der er truffet beslutning om anvendelse af remme, har overlægen taget stilling til beslutningen to dage efter at beslutningen blev truffet.

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

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

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

protokollen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 36, nr. 5, og efter nr. 6 skal tillige navnene på det implicerede personale anføres.

I alle tilfælde af tvangsfiksering, fastholdelse og indgivelse af beroligende medicin er navnet på den ordinerende læge angivet. For så vidt angår indgivelse af beroligende medicin, er navnet på den tilstedeværende læge tillige angivet i alle tilfælde, og i alle tilfælde er den ordinerende læge også den tilstedeværende læge.

I alle tilfælde på nær ét er navnene på det implicerede personale angivet, nogle gange alene ved fornavn og i et tilfælde ved henvisning til vagtholdet.

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 angivelse af fornavn, men jeg beder om en udtalelse om hvorvidt det entydigt til enhver tid kan fastslås hvem vagtholdet er, og om det er tilstrækkeligt til at opfylde kravet om angivelse af "navne" på det implicerede personale.

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

Der er ikke blandt de gennemgåede skemaer foretaget notat af at fikseringen var frivillig, men der findes blandt de 32 modtagne skemaer 2 tilfælde hvor det er noteret at fikseringen var frivillig. Der er i disse tilfælde noteret navn på den ordinerende (samtykkende) læge.

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

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

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

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

Efter tvangsbekendtgørelsens § 35, nr. 2 og 3, og § 36, nr. 2 og 3, skal der for så vidt angår tvangsfiksering og fysisk magtanvendelse i tvangsprotokollen ske tilførsel af indgrebets art og omfang tillige med begrundelsen for indgrebet. Skemaet indeholder særlige rubrikker til afkrydsning (markering) heraf. Rubrikkerne henviser indirekte i stikordsform til bestemmelserne i lovens § 14 og § 17. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type begrundelse – enten farlighed, forulempelse, hærværk, urolig tilstand eller frivillig bæltfiksering.

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

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

begrundelse for hvert indgreb. Også i alle de andre tilfælde er der sket angivelse af tvangsindgrebets art og begrundelse for indgrebet.

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

I alle tilfælde af fiksering og fastholdelse er ophørstidspunktet angivet.

I de 9 tilfælde vedrørende beroligende medicin er der alene angivet et iværksættelsestidspunkt.

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

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

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

I Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 er det – vedrørende blanket 3 Fiksering og fysisk magtanvendelse – angivet at tidspunktet for iværksættelse og ophør skal angives med dato og klokkeslæt. I sundhedsstyrelsens tidligere vejledning (af 20.

december 2002) var der herefter en tilføjelse om at der alene skulle angives iværksættelsestidspunkt når det drejede sig om fysisk magtanvendelse og beroligende medicin. Denne tilføjelse er ikke medtaget i den gældende vejledning (elle bekendtgørelse).

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

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

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

6.4. Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning

Jeg har som tidligere nævnt modtaget 11 skemaer vedrørende anvendelse af beskyttelsesfiksering/-foranstaltninger. De 10 seneste skemaer som jeg har gennemgået, vedrører indgreb der har fundet sted i perioden 10. april 2005 til og med 15. juni 2005 og omfatter i alt seks patienter.

For beskyttelsesfiksering benyttes tvangsprotokol – skema 4.

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 for at opretholde brug af beskyttelsesfiksering over for den enkelte patient skal, jf. tvangsbekendtgørelsens § 30, 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 § 37, nr. 2. Skemaet indeholder afkrydningsrubrikker til dette formål. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én form – enten stofbælte el. lign., aflåsning af yderdør eller andet.

Dette er sket i alle tilfælde.

Det enkelte skema/blanket omhandler kun én form for tvangsanvendelse. Såfremt flere tvangsformer anvendes, skal de enkelte former registreres hver for sig, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. Hvis der er tale om en anden form for tvangsanvendelse end stofbælte eller lignende eller aflåsning af yderdør, skal den konkrete foranstaltning kort beskrives.

Alle skemaer vedrører kun én form for tvangsanvendelse, og i det tilfælde hvor det er afkrydset at der er tale om anden anvendelse end stofbælte eller lignende eller aflåsning af yderdør, er det anført hvad foranstaltningen bestod i.

I tvangsprotokollen skal den ordinerende læge anføres, jf. tvangsbekendtgørelsens § 37, nr. 5.

Dette er sket i alle tilfælde.

Af tvangsbekendtgørelsens § 37, 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 vejledningen er det 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. Ifølge brugervejledningen er disse to felter ”fritekstfelter” hvori der kan skrives efter behov (max 100 karakterer).

Dette er sket i alle tilfælde.

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 § 37, nr. 6.

Ifølge skemaet vedrørende et af tilfældene fremgår det at anvendelsen ophørte to dage efter at anvendelsen blev besluttet. I yderligere et tilfælde ophørte anvendelsen tre dage efter beslutningen om anvendelsen.

I de øvrige tilfælde fandt der (også) en fornyet vurdering sted tre dage efter beslutningen om anvendelsen. I 4 tilfælde fandt der tillige en sådan ny vurdering sted igen 10 dage efter beslutningen om anvendelsen i 3 af tilfældene og 11 dage efter beslutningen om anvendelsen i det sidste tilfælde.

Det er beklageligt at efterprøvelsen efter 10 dage skete en dag for sent, men jeg går ud fra at der er tale om et enkeltstående tilfælde.

I alle tilfælde på nær 3 at der givet en begrundelse for opretholdelse af beslutningen i forbindelse med den fornyede vurdering.

Både (papir-)skemaerne og den elektroniske blanket indeholder et felt til angivelse af datoen for ophør af beskyttelsesforanstaltningen.

Skemaerne er alle påført ophørsdato.

6.5. Personlige alarm- og pejlesystemer

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

6.6. Særlige dørlåse

Jeg har heller ikke modtaget skemaer vedrørende anvendelse af særlige dørlåse.

7. Opfølgning

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

8. Underretning

Denne rapport sendes til Psykiatrisk Hospital i Århus, Århus Amt (Psykiatri- og Handicapforvaltningen), Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 og hospitalets patienter og pårørende.