

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	3
2. Organisationen af det psykiatriske område i Viborg Amt	4
3. Bygningsmæssige forhold mv.	5
3.1. Generelt	5
3.2. Rundgang	6
3.2.1. Gerontopsykiatriske afdelinger	6
3.2.2. Rehabiliteringsafdelingen Viborg/Syd	8
3.2.3. Modtagelses/intensivafdeling	9
3.2.4. Retspsykiatrisk Afdeling - 5. etage	11
3.2.5. Retspsykiatrisk Afdeling - 6. etage	13
3.2.6. Højhusergoterapien	15
4. Samtaler med enkelte patienter	17

5. Andre forhold	17
5.1. Overbelæg.....	17
5.2. Adgang til frisk luft	18
5.3. Låsesystemet.....	19
5.4. (Politianmeldelse af) vold mod personalet.....	20
5.5. Udslusning af færdigbehandlede patienter	21
5.6. Patientmøder	22
5.7. Børn og unge	22
5.8. Opbevaring af journaler	23
5.11. Rygning.....	24
5.12. Udskrivningsaftaler.....	24
6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen.....	24
6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse.....	25
6.2. Tvangsbehandling.....	30
6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt	33
5.4. Beskyttelsesfiksering.....	39
7. Opfølgning.....	43
8. Underretning.....	44

1. Indledning

Den 1. januar 1997 trådte lov nr. 473 af 12. juni 1996 om Folketingets Ombudsmand i kraft. Ifølge lovens § 7, stk. 1, omfatter ombudsmandens kompetence alle dele af den offentlige forvaltning; den tidligere eksisterende begrænsning i ombudsmandens kompetence over for (amts)kommunerne er således ophævet.

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 kommer "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 27. september 2000 inspektion af Viborg Amt Psykiatrisk Sygehus, Søndersøparken. Til stede under inspektionen var blandt andet fra Viborg Amt: formand for Socialudvalget Aage Koch-Jensen, Kontorchef fra Socialpsykiatrisk kontor Steffen Røhl. Fra sygehuset: Konstitueret cheflæge Inge Munk Møller og konstitueret chefsygeplejerske Dorrit Roholt samt repræsentanter fra sygehusets enkelte afdelinger.

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

I forbindelse med inspektionen anmodede jeg om kopi af sygehusets tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 26 - 32 i bekendtgørelse nr. 879 af 10. december 1998 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering foretaget i 1999, jf. nærmere herom nedenfor under punkt 6. Materialet sendt til mig ved brev af 5. oktober 2000.

I tilslutning til inspektionen udarbejdede jeg

- et referat af det indledende møde,
- et notat om iagttagelser under rundgang på sygehuset, og
- et referat af den afsluttende samtale med ledelsen.

Med brev af 11. oktober 2000 blev dette materiale forelagt Viborg Amt Psykiatrisk Sygehus, Sønderøparken og Viborg Amtskommune som blev bedt om at fremkomme med eventuelle bemærkninger/rettelser inden en måned. Jeg modtog herefter brev af 14. november 2000 fra sygehuset med sygehusets bemærkninger. Bemærkningerne blev indarbejdet i en foreløbig rapport som blev sendt til Psykiatrisk Sygehus, Sønderøparken og Viborg Amtskommune. Med brev af 6. juni 2001 modtog jeg bemærkninger til den foreløbige rapport fra Viborg Amt og Sønderøparken. I denne endelige rapport er disse bemærkninger indarbejdet.

2. Organisation af det psykiatriske område i Viborg Amt

Psykiatrien i Viborg Amt er inddelt i tre hovedområder; de distriktpsychiatriske enheder (i alt fire distrikter), de socialpsykiatriske enheder (boformer i henhold til servicelovens §§ 92 og 93) og endelig Sønderøparken. Der er desuden etableret en døgtjeneste som har 15-20 henvendelser dagligt (dels personligt, dels telefonisk).

Søndersøparken er inddelt i følgende afdelinger: En retspsykiatrisk afdeling fordelt på to etager (med hhv. syv og ti pladser), to almenpsykiatriske afdelinger (18 pladser i alt), en modtagelses/intensivafdeling (i alt ti pladser), to rehabiliteringsafdelinger (i alt 28 pladser), to gerontopsykiatriske afdelinger (i alt 22 pladser), Caritas træningskollegie (otte pladser), langtidsafsnit Hus 3 (13 pladser – hvoraf de otte er i § 93-regi) og endelig bofællesskabet Sct. Jørgenvej (13 pladser). Sygehuset rummer desuden den psykiatriske døgtjeneste og den fælles afdeling for ergoterapi. I alt har sygehuset 129 sengepladser. Den daglige ledelse varetages af cheflægen som har det lægefaglige ansvar og chefsygeplejersken som har ansvar for de administrative og sygeplejemæssige opgaver.

3. Bygningsmæssige forhold mv.

3.1. Generelt

Psykiatrisk Sygehus, Søndersøparken er beliggende i Viborg by ud til Søndersø. Sygehusets bygninger er omgivet af grønne arealer og fra sygehusets bygninger er der udsigt over Søndersø. Hovedparten af de lukkede afdelinger på Søndersøparken befinder sig i sygehusets største bygning, højhuset. Højhuset rummer således den retspsykiatriske afdeling (fordelt over to etager), to almenpsykiatriske afdelinger, en modtagelses/intensivafdeling, en rehabiliteringsafdeling og den fælles ergoterapi. I en selvstændig bygning ligger desuden to gerontopsykiatriske afdelinger herunder gerontoterapien og i yderligere en selvstændig bygning en rehabiliteringsafdeling mere. Endelig består sygehuset af et træningskollegie, et langtidsafsnit, et bofællesskab og den psykiatriske døgtjeneste. I alt har sygehuset som nævnt 129 sengepladser.

3.2. Rundgang

Rundgangen begyndte på gerontopsykiatrisk afdeling.

3.2.1. Gerontopsykiatriske afdelinger

De to gerontopsykiatriske afdelinger befinder sig i en selvstændig murstensbygning som ligger lidt væk fra højhuset på adressen Søndersøparken nr. 21. Fra denne bygning er der udsigt over Søndersø. I stueetagen ligger gerontopsykiatrisk afdeling 363, på første etage gerontopsykiatrisk afdeling 364. Bygningen rummer desuden geronto-ergoterapi og en administrationsafdeling.

Under inspektionen besigtigede vi gerontopsykiatrisk afdeling 363 i stueetagen. Afdelingen har 11 sengepladser og udgøres af en lang gang med tilstødende døre. På skilte ved dørene står patienternes navne. Gangen har gråt linoleumsgulv og lyse, gule vægge. Det blev oplyst at gangen blev malet for to år siden. På gangen er der sofaarrangementer og blomster. Der er billeder og opslagstavler på væggene (sidstnævnte med oversigter over personalet, daglige rutiner mv.). Fra gangen er der adgang til en elevator.

Skiltning med patienternes navne på steder hvor udefrakommende, herunder besøgende og håndværkere har adgang, giver anledning til betænkeligheder. Jeg beder sygehuset om at oplyse hvilke overvejelser sygehuset har gjort i denne forbindelse. Jeg beder om amtets bemærkninger hertil.

Fra gangen er der adgang til afdelingens spisestue. Der er et stort bord med stole omkring. Der er dug og blomster på bordet. Lokalet rummer desuden et mindre køkkenafsnit med blandt andet køleskab og komfur. Der er vinduer med gardiner ud mod vejen.

Afdelingens køkken har lyse vægge og er indrettet med borde og stole. Der er et køkkenafsnit med køkkenbord med vask og skabe samt et køleskab. Køkkenet har vinduer mod vejen.

Midt på gangen er en stor niche der anvendes som opholdsrum. Der er en sofagrube og borde og stole. Der står et tv. Fra nichen er der adgang til en terrasse ud mod søen. Nichen har store vinduer med udsigt over terrassen, afdelingens have og søen.

Afdelingen har et bad som deles af hele afdelingen. Badeværelset er normalt aflåst når det ikke benyttes. Afdelingen har to toiletter. Begge er handicaptilgængelige.

Foran bygningen ud mod søen ligger en større have med græs, træer og buske. Der er et ståltrådshegn og en hæk omkring haven. Haven er ikke sikret område.

Under inspektionen besøgte vi stue 10. Stuen er beboet. Rummet har vindue med gardiner og er malet i lyse farver. Der er en elseng, et skrivebord med en stol, et skab, et sengebord, en vask med spejl, lamper og billeder på væggen. Der er en kaldeknop. Der adgang til at medbringe personlige ting, men de fleste patienter ønsker ikke at indrette sig permanent da de bor på plejehjem.

Det blev oplyst at det ikke er tilladt at ryge i spisestuen, og på patientstuerne kun såfremt der er personale tilstede.

Afdelingen fremstod pæn og ren.

3.2.2. Rehabiliteringsafdelingen Viborg/Syd

Afdelingen ligger i højhuset på 1. etage. Afdelingen har 14 sengepladser. Afdelingen huser blandt andet mennesker med skizofren- og personlighedsforstyrrelser mellem 20 og 50 år. Afdelingen består af en lang gang med døre på begge sider ind til stuerne mv. Patienternes navne fremgår af skilte ved dørene. Gangen er malet i en lys grå farve og er indrettet med skabe og reoler, et akvarium, et elorgel, billeder på væggen og grønne planter.

Jeg henviser til mine bemærkninger ovenfor under punkt 3.2.1. vedrørende skiltning med patienternes navne.

Midt på gangen er der en større niche som er møbleret. Den bruges som hyggekrog.

Afdelingens aktivitetsrum er udstyret med et bord med tre pc'er, reoler og hylder med spil og pjecer. Der er en sofagrube, et arbejdsbord, et tv, et større bord med stole omkring og et mindre tekøkken med køleskab.

Afdelingen har fire mindre toiletter og et stort. Sidstnævnte benyttes tillige som depot for linned o.l.

Stuerne på afdelingen består af fire store stuer, fire mellemstore og fire mindre stuer. Under inspektionen besigtigede vi stuer i alle tre størrelser. Der var tale om stuerne 1, 4, 7 og 8.

Det blev oplyst at det er tilladt at ryge på stuerne (dog ikke i sengen) samt i aktivitetsrummet, i hyggekrogen på gangen og i den store opholdsstue. Det blev desuden oplyst at yderdøren ikke er låst om dagen.

Afdelingen fremstod meget pænt istandsat og ren.

3.2.3. Modtagelses/intensivafdeling

Afdelingen ligger i højhuset på 3. etage. Afdelingen har i alt ti sengepladser, heraf er de fire modtagelsespladser. Indgangen til afdelingen består af en sluse mellem to aflåste glasdøre med tonet glas. Det blev oplyst at slusen dels tjener som sikring mod bortgang, dels yder beskyttelse af patienterne (og andre) mod uvedkommende. Afdelingen består af en lang gang med døre på begge sider ind til stuerne mv. Gangen er malet lys lime og er indrettet med skabe og reoler, lænestole, en sofa og grønne planter.

Sammen med modtagestuerne ligger afdelingens telefonboks. Boksen som udgøres af et mindre rum er normalt ulåst, men kan aflåses såfremt afdelingen skal huse retlige patienter som har telefoncensur. I sådanne tilfælde benyttes telefonen efter aftale med personalet.

Afdelingen har en opholdsstue med et køkken som er indrettet med et bord med stole, to sofagrupper, et tv, et køkkenafsnit med komfur og køleskab.

Afdelingens køkken ligger i øvrigt i forbindelse med spisestuen i et L-formet lokale. Lokalet er indrettet med spisebord med stole, køkkenafsnit med køkkenbord, vask, skabe, køleskab, opvaskemaskine, fryser, kaffemaskine og ismaskine.

I en større niche midt på gangen er indrettet en opholdskrog med en sofa-gruppe, hi-fi anlæg, blomster mv. Nichen er blandt andet oplyst af dags-

lys gennem store vinduer med gardiner. Over for nichen ligger en stor dagligstue med tv, pc, en sofagrube og et bord med stole.

Afdelingen har en stue som anvendes til fikseringer. Stuen som er malet hvid er indrettet med et skab, et rullebord og en stol til den faste vagt. Det blev oplyst at den faste vagt normalt befinder sig i lokalet sammen med den fikserede for lukket dør. Undertiden kan vagten – af hensyn til den fikserede patient – tage ophold på gangen foran stuen hvortil døren i givet fald står på klem, således at vagten kan se og høre patienten, men således at der ikke er almindeligt indkig til stuen.

Der er et vindue med gardiner. Der er udsigt over Søndersø. Der er eget toilet og bad i tilknytning til stuen. Centralt placeret i lokalet står en seng som er redt op med et rødt sengetæppe. Under sengetæppet på sengen ligger mavebælte og fodremme klar. Disse er skjult af sengetæppet.

På gangen ligger desuden personalets kontor hvorfra der gennem et vindue er udkig over en del af gangen.

De fire stuer umiddelbart ved indgangen til afdelingen er modtagestuer. Disse stuer er placeret samlet for enden af gangen. Der er placeret et badeværelse med brusebad og toilet i tilknytning til modtagestuerne. Badeværelset deles af patienterne i de fire modtagestuer. Døren til badeværelset er ulåst, men kan låses indefra.

Under inspektionen besøgte vi stue 10 som er en modtagestue og som var beboet under inspektionen. Stue 10 er malet i en lys farve, stuen har vindue med gardiner, en seng, en opslagstavle, et bord, en lænestol og en almindelig stol og et skab.

Vi besøgte desuden stue 1 (tosengsstue) og 7. Stue 7 er et L-formet lokale med en seng, et bord med stole, fire skabe, en kommode og vinduer med gardiner. Stuen har eget toilet og bad.

Afdelingen har desuden et stort konferencerum som på tidspunktet for inspektionen blev anvendt som patientstue på grund af overbelæg. Konferencerummet er indrettet med en række borde med stole omkring. Der var redt op til patienten på en udtrækssofa.

Det er naturligvis uheldigt at sygehuset er nødsaget til at placere patienter i konferencerummet i forbindelse med overbelæg. Jeg beder sygehuset oplyse hvor ofte dette forekommer og hvor længe en patient i værste fald indkvarteres i dette lokale. Jeg henviser i øvrigt til mine bemærkninger nedenfor under punkt 5.1. vedrørende belæg.

Det blev oplyst at det alene er tilladt at ryge midt på gangen (herunder i nichen) af hensyn til udsugningsanlægget. Det er ikke tilladt at ryge på stuerne.

Afdelingen fremstod meget pænt istandsat og ren.

3.2.4. Retspsykiatrisk Afdeling - 5. etage

Afdelingen ligger i højhuset. Man kommer ind i afdelingen via en sluse. Afdelingen har i alt ti sengepladser. Enkelte patienter deler bad og toilet. Afdelingen består af en lang gang med døre på begge sider ind til stuerne mv. Gangen er malet i en frisk gul farve. Gangen er indrettet med stole, lænestole og grønne planter.

Midt på gangen ligger en større niche der tjener som opholdsrum med borde, stole, lænestole mv. Over for nichen ligger et større opholdsrum som er udstyret med sofagrupper, bord med stole, grønne planter og et tv. Der er brændemærker efter cigaretter i sofaen. Det blev oplyst at sygehuset afventer at den patient som har lavet mærkerne udskrives hvorefter sofaen vil blive ombetrukket. I den forbindelse bemærkede personalet at man altid tilstræber at inventaret er nyt og vedligeholdt, idet dette normalt får patienterne til at behandle det ordentligt.

Afdelingen har en stue som alene anvendes til fikseringer. Midt i stuen som er malet i lyse farver står en seng hvorpå fodremme og mavebælte er fastspændt. Sengen er ikke tildækket med sengetæppe eller andet.

Den tildækning af sengen (når den ikke er i brug) som er gjort i modtagelsesafdelingen, jf. ovenfor under pkt. 3.2.3., kan efter min opfattelse medvirke til at situationen i forbindelse med fikseringer ikke bliver unødigt dramatisk. Jeg beder sygehuset oplyse om sygehuset har overvejet også at tildække sengene på sygehusets andre fikseringsstuer.

Afdelingens eget værksted indeholder en pc, arbejdsborde, malegrej, en vask, et chatol, lænestole og sofabord. Væggene er udsmykket med billeder som patienterne selv har lavet.

Afdelingens telefonboks er normalt ulåst, men kan aflåses såfremt afdelingen skal huse retlige patienter som har telefoncensur.

Afdelingens spisestue er udstyret med to grupper af borde med stole. Lokalet er oplyst af dagslys fra fire store vinduer med gardiner. Der står et bordtennisbord, en kondicykel og grønne planter. Lokalet er udsmykket

med plakater. I tilknytning til lokalet ligger afdelingens køkken som er aflåst.

Stuerne på afdelingen er alle enestuer med eget toilet og bad. Vi besøgte stue 4 som er udstyret med en seng, en sofa med sofabord, gulvtæppe, billeder på væggen, skabe, en vask og en skænk.

Det blev oplyst at rygning er tilladt på stuerne (dog ikke i sengen).

Om afdelingens døgnrytme blev det oplyst at der er opvågning kl. 7.30, morgenmad fra kl. 8. Kl. 8.30 er den endelige grænse for at stå op. Besøg skal som hovedregel aflægges efter kl. 13.00 af hensyn til dagsprogrammet. Omkring kl. 23.00 skal patienterne tænke på at gå i seng.

Afdelingen fremstod meget pænt istandsat og ren.

3.2.5. Retspsykiatrisk Afdeling - 6. etage

Afdelingen ligger i højhuset. Afdelingen har egen indgang via et glasparti.

Afdelingen har i alt syv sengepladser. Afdelingen består af en lang gang med døre på begge sider ind til stuerne mv. Gangen er malet i en lys gråblå farve på den ene side og hvid på den anden side. Gangen er indrettet med stole, lænestole og grønne planter. Der står desuden et chatol.

Afdelingens besøgsstue var belagt med en patient på tidspunktet for inspektionen. Der var således otte patienter på dette tidspunkt.

Det er naturligvis uheldigt at sygehuset er nødsaget til at placere patienter i besøgsstuen i forbindelse med overbelæg, herunder fordi besøgsstuen derved ikke kan benyttes til besøg. Jeg beder sygehuset oplyse hvor ofte dette forekommer og hvor længe en patient i værste fald indkvarteres i dette lokale. Jeg henviser i øvrigt til mine bemærkninger nedenfor under punkt 5.1. vedrørende belæg.

Afdelingen har et opholdsrum der er indrettet som pc-rum og thekøkken. Der står tørrestativer og rulleborde, der er et spise/arbejdsbord med stole. Der er vinduer med gardiner. Det blev oplyst at lokalet på længere sigt skal indrettes som dagligstue.

Opholdsstuen på afdelingen består af en større niche midt på gangen. Den er indrettet med en sofagrube, et tv og en videomaskine, et bord med stole, et klaver samt reoler med spil. Der er et stort vinduesparti med gardiner.

Der var et vaskerum med fælles vaskemaskine. Patienterne står selv for tøjvask, men kan få fornøden hjælp hertil.

Der er et personalekontor med et vindue så patienterne kan se ind.

Ved siden af opholdsarealet (nichen) er der en indvendig trappe som fører ned til den retspsykiatriske afdeling på femte etage. Der er en låst dør mellem de to afdelinger.

Afdelingen har et spisekøkken som er udstyret med spisebord med stole og et køkkenafsnit med skabe, komfur mv.

Under inspektionen besigtigede vi stue 17 og 18. Stue 17 var ikke beboet på tidspunktet for inspektionen.

Stue 18 var beboet. Stuen består af to værelser, et toilet samt bad. Stuen er indrettet som en lejlighed med reoler, billeder på væggen, grønne planter, skrivebord mv. Det blev oplyst at patienten som bebor stuen på et senere tidspunkt skal have en PC med internetadgang. Stuens rum er meget lyse, med store lokaler og en god udsigt. Der var et skilt med patientens navn ude foran stuen.

Jeg henviser til mine bemærkninger ovenfor under punkt 3.2.1. vedrørende skiltning med patienternes navne.

Afdelingen fremstod meget pænt istandsat og ren.

3.2.6. Højhusergoterapien

Højhusergoterapien er fælles for alle sygehusets afdelinger. Ergoterapien befinder sig i højhusets underste etage. Etagen og de enkelte værksteder er aflåst, medmindre der er personale tilstede. Højhusergoterapien består af en lang gang med en række lokaler omkring hvori der ligger værksteder, motionsrum, bordtennisrum, edb-lokale, musiklokale og opholdsrum. På selve gangen er der bibliotek.

Højhusergoterapiens opholdsstue ligger ud til et sikret haveareal. Der er udsigt over og udgang til haven fra stuen.

Haven som således ligger i umiddelbar tilknytning til højhuset, består af et stort græsareal som er afgrænset af et højt stakit/trådnet. Haven har haveborde med bænke på en fliseterrasse, buske og træer. Haven indeholder desuden en nyttehave som patienterne selv står for. Over for haven ligger

en ejendom som nu huser et socialcenter. På længere sigt planlægges ejendommen benyttet til en psykiatrisk afdeling.

Det er uheldigt at uvedkommende har adgang til at se ind i haven. Jeg har imidlertid noteret mig det oplyste om brugen af ejendommen over for haven, og jeg foretager på dette grundlag ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

På den anden side af gaden ligger Daghus Viborg hvor patienterne har adgang til en motionsal.

Det blev oplyst at patienterne kun opholder sig i højhusergoterapien sammen med personale. Det blev endvidere oplyst at sygehuset har fået bevilliget midler til at ansætte en håndværker der særligt skal indgå i ergoterapien for så vidt angår de retspsykiatriske patienter som savner håndværksmæssige aktiviteter.

Højhusergoterapien fremstod meget pæn istandsat og ren.

Hovedindtrykket af de bygningsmæssige rammer og vedligeholdstilstanden på de enkelte afsnit var godt.

Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 har i forbindelse med tilsynets inspektioner af psykiatriske hospitaler gentagende gange udtalt kritik af psykiatriske afsnit som har stuer med to senge eller flere. Tilsynet har tilsvarende udtalt kritik af stuer uden eget toilet og bad. I overensstemmelse hermed finder jeg at det er en mangel at sengepladserne flere steder består af tosengsstuer og at ikke alle stuerne har eget toilet og bad. Jeg kunne forstå at der ikke foreligger (aktuelle) planer om at ændre på disse forhold. Jeg har ikke grundlag for at henstille at dette sker. Jeg går imidlertid ud fra at afdelingen er meget opmærksom på hvorledes patienter sammensættes på tosengsstuer.

4. Samtaler med enkelte patienter

Under inspektionen havde jeg enkeltsamtaler med seks patienter.

Samtalerne gav dels anledning til at konkrete spørgsmål blev taget op med ledelsen under inspektionen, dels til konkrete sager. Alle patienter har fået særskilt skriftligt svar.

5. Andre forhold

5.1. Overbelæg

Sygehuset oplyste at overbelæg er et generelt problem. Det er mest problematisk på de lukkede afdelinger. På kort sigt søges problemet afhjulpet ved en løbende intensiveret vurdering af behovet for indlæggelse på lukket afdeling for hver enkelt patient. Amtets fire døgnhuse fungerer som aflastning i tilfælde af overbelæg.

Det blev oplyst at den retspsykiatriske afdeling har haft mange patienter som har været indlagt gennem meget lang tid (f.eks. en i 18 år og en i ti år). I forbindelse med overbelæg på den retspsykiatriske afdeling forsøger sygehuset løbende at få belægningen ned ved at skubbe på for at få spørgsmålet om anbringelsen taget op på ny.

Jeg har fra sygehuset modtaget en belægningsoversigt for 1999 fordelt på måneder, for hele sygehuset og for de enkelte afdelinger. Det fremgår heraf at belægningsprocenten for 1999 for hele sygehuset måned for måned var på hhv. 103, 102, 102, 100, 106, 109, 105, 108, 110, 108, 98 og 100 procent. For modtagelsesafdelingen var belægningsprocenten hhv. 110, 119, 112, 119, 131, 132, 124, 127, 141, 134, 114 og 125 og for den retspsykiatriske afdeling hhv. 106, 113, 107, 105, 120, 122, 114, 110, 114, 117, 111 og 102.

For de to afdelinger var der således tale om et konstant overbelæg i 1999, og for sygehuset som helhed var der tale om at der kun i to måneder i 1999 var et belæg som passede til antallet af sengepladser.

Jeg beder sygehuset om at oplyse om denne tendens også gjorde sig gældende for tidligere år og for 2000 samt at redegøre for hvorledes sygehuset bestræber sig på at overbelægget ikke indebærer at patienterne placeres på samme stuer eller i lokaler som ikke er indrettet som patientstuer. Jeg beder om amtets bemærkninger hertil.

5.2. 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 det 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, Københavns og Frederiksberg kommuner om den fortsatte udbygning af tilbudene til sindslidende, og at parterne bl.a. er enige om en

målsætning om at alle patienter skal have mulighed mindst ét miljøskift om dagen, herunder mulighed for at komme ud i frisk luft dagligt (side 17 i bemærkningerne).

Det blev oplyst i forbindelse med inspektionen at patienterne kan få adgang til den lukkede have eller andre udendørsarealer, stort set når de ønsker det og i hvert fald hver dag.

Dette giver ikke anledning til bemærkninger.

5.3. Låsesystemet

Det blev i forbindelse med inspektionen oplyst at de frivilligt indlagte befinder sig på samme afdelinger som de tvangsindlagte/-tilbageholdte, det vil sige på afdelinger hvor yderdørene er låst. Når frivilligt indlagte befinder sig på lukket afsnit, aftales udgang med personalet. Patienter uden tvangsforanstaltninger har fri udgang.

Sygehuset oplyste at sygehuset ved ophævelse af en tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse altid gør det klart for patienten at tvangsindlæggelsen/-tilbageholdelsen er bragt til ophør og at patienten kan forlade sygehuset, når han eller hun ønsker det. Det blev oplyst at sygehuset dagligt vurderer om en patient har behov for at være bag låste døre, og at patienterne – såfremt dette ikke vurderes at være tilfældet – forsøges placeret uden for Sønderøparken i et døgnhus eller lignende.

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

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

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

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

5.4. (Politianmeldelse af) vold mod personalet

Sygehuset oplyste at der forekommer vold og trusler om vold mod personalet. Sådanne episoder indberettes efter sygehusets interne retningslinier til ledelsen som overvejer og træffer beslutning om eventuel politianmeldelse.

Sygehusets sikkerhedsudvalg har udarbejdet en ”Vejledning vedrørende indlagtes overgreb og trusler mod personalet” som jeg har modtaget et eksemplar af. Det fremgår blandt andet heraf at vold mod personalet betragtes som et fælles problem og vejledningen indeholder retningslinier for hvorledes voldsepisoder håndteres.

Dette giver ikke anledning til bemærkninger.

5.5. Udslusning af færdigbehandlede patienter

Af ”Socialplan 2000” fra Viborg Amt fremgår blandt andet følgende (s. 70):

” ...

Faglig kontinuitet i indsatsen bliver i de kommende år et centralt tema for de samlede psykiatriske tilbud.

Kontinuitet i indsatsen skal sikres både i forbindelse med overgangen fra ét tilbud til et andet, men også i samspillet/sammenhængen mellem flere samtidige tilbud, som den enkelte bruger modtager.

For at styrke indsatsen er kontinuitet valgt som et arbejdstema for den samlede organisation for årene 1999 til 2002. Foreløbig med følgende udviklingspunkter:

- en udvidelse af de lovbestemte behandlingsplaner, således at de følger brugeren fra indvisning hos det distriktspsykiatriske team til udvisning, og ikke som nu kun under indlæggelse
- klare aftaler med kommunerne om, hvem der har ansvaret for udarbejdelse af de sociale handleplaner
- etablering af en tovholderfunktion i forhold til de specielt udsatte sindslidende, som bor i eget hjem. Indsatsen skal primært være en koordinerende og støttende funktion
- udarbejdelse af standarder for ’gode overgange’ mellem de forskellige tilbud i psykiatrien incl. de kommunale

...”

I forbindelse med inspektionen blev det oplyst at amtet bestræber sig på at have et godt samarbejde med kommunerne på det psykiatriske område. Der afholdes møder med kommunerne med henblik på at sikre væresteder, plejehjem mv. og for at undgå gråzoner mellem amtets og kommunernes tilbud til psykiatriske patienter. Dette har blandt andet resulteret i gode aftagelsesmuligheder i kommunalt regi.

Dette giver ikke anledning til bemærkninger.

5.6. Patientmøder

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

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

Af bekendtgørelsens § 1, stk. 2, fremgår det at amtsrådet skal beslutte, hvorvidt der på det enkelte psykiatriske sygehus eller afdeling skal oprettes patientråd eller afholdes patientmøder.

Ifølge bekendtgørelsens § 1, stk. 4, skal amtsrådet udfærdige nærmere retningslinier for oprettelse af patientråd og afholdelse af patientmøder, herunder om antallet af medlemmer i de nævnte organer samt disses virksomhed.

Sygehuset oplyste at der ikke er noget patientråd. Det blev oplyst at der afholdes patientmøder på de enkelte afdelinger en gang om måneden. Ledelsen deltager i møderne en gang årligt og i øvrigt efter behov.

Jeg beder Viborg Amt om at sende mig et eksemplar af de nævnte retningslinier.

5.7. Børn og unge

FN-konventionen af 20. november 1989 om Barnets Rettigheder (børnekonventionen) indeholder i artikel 37, litra c, bl.a. følgende bestemmelse:

”...

Især skal ethvert barn, der er berøvet friheden, holdes adskilt fra voksne, medmindre en sådan adskillelse ikke anses at tjene barnets tarv,

...”

Bestemmelsen indebærer en forpligtelse til at sikre at børn der frihedsberøves som udgangspunkt holdes adskilt fra voksne (medmindre dette ikke tjener barnets tarv).

Børn- og ungepsykiatrien holdes adskilt fra voksenpsykiatrien i amtet. Den nedre grænse for indlæggelse i voksenpsykiatriske afdelinger er 20 år, men der kan være enkelte tilfælde i retspsykiatrisk afdeling hvor patienterne kun er 18 år, men ingen under 18 år.

Dette giver ikke anledning til bemærkninger.

5.8. Opbevaring af journaler

Patientjournaler eksisterer i Viborg Amt alene i det amtslige psykiatriske edb-system EPJ (Elektronisk Patient Journal) eller VAPS (Viborg Amts Psykiatri System). Systemet er udviklet i amtet og det blev i forbindelse med inspektionen oplyst at kun særligt godkendte medarbejdere har adgang til systemet. Sikkerhedsmæssigt ligger systemet efter amtets vurdering helt på linie med et aflåst papirbaseret journalsystem.

Dette giver ikke anledning til bemærkninger.

5.11. Rygning

Under rundgangen konstaterede jeg at der var forskellige regler for rygning på afdelingerne. De forskellige regler er omtalt ovenfor under punkt 3.

Ifølge lov nr. 436 af 14. juni 1995 om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende, § 2, skal amtsrådet have fastsat bestemmelser om røgfri miljøer på bl.a. amtskommunale sygehuse. Sygehuset har en generel skriftlig rygepolitik vedtaget af Samarbejdsudvalget den 19. december 1995 som jeg har modtaget efter inspektionen.

Dette giver ikke anledning til bemærkninger.

5.12. Udskrivningsaftaler

Som det fremgår ovenfor under punkt 5.5. opererer psykiatrien i Viborg Amt med ”en udvidelse af de lovbefalede behandlingsplaner, således at de følger brugeren fra indvisitering hos det psykiatriske team, og ikke som nu kun under indlæggelse”.

Jeg har fra sygehuset modtaget en udfyldt behandlingsplan for psykiatrien i Viborg Amt. Der blev i forbindelse med inspektionen oplyst at amtet tilstræber at behandlingsplanerne kan læses og forstås af patienterne.

Dette giver ikke anledning til bemærkninger.

6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

Som nævnt i indledningen anmodede jeg under inspektionen om at modtage kopi af sygehusets tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 26 - 32 i bekendtgørelse nr. 879 af 10. december 1998 om

tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering foretaget i 1999.

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

6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

Jeg har i alt modtaget 84 skemaer til brug for tilførsler i tvangsprotokollen om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse i 1999. Heraf fremgår det at tvangsindlæggelse fandt sted i 36 tilfælde, og at der i 40 tilfælde blev truffet beslutning om tvangstilbageholdelse - med eller uden forudgående tvangsindlæggelse. I syv tilfælde er det anført at der er tale om såvel tvangsindlæggelse som tvangsbehandling. Jeg går ud fra at dette skyldes at tvangsindlagte patienter har anmodet om at blive udskrevet umiddelbart efter tvangsindlæggelsen. I et tilfælde var det ikke muligt at se hvilken type tvangsforanstaltning det drejede sig om (der er tale om et ældre skema fra Sundhedsstyrelsen, og skemaet er en fortsættelse af tidligere skemaer).

I forbindelse med inspektionen modtog jeg en kopi af en planche (overhead) med statistiske oplysninger vedrørende blandt andet tvangsforanstaltninger. Det fremgår af disse optællinger at der i 1999 var 38 tilfælde af tvangsindlæggelse og 40 tilfælde af tvangstilbageholdelse hvilket ikke stemmer overens med mine optællinger ovenfor.

Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

Tvangsprotokollen består af særlige skemaer udarbejdet af Sundhedsstyrelsen. For frihedsberøvelse benyttes tvangsprotokol - skema 1. Af Sundhedsstyrelsens vejledning af 10. december 1998 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv., fremgår at der ved afkrydsning på skemaerne skal angives om det drejer sig om første skema for den aktuelle tvangsforanstaltning eller om skemaet er en fortsættelse af tidligere skema. Skemaerne indeholder afkrydsningsrubrikker til dette formål.

I fire tilfælde er der dog anvendt et ældre skema fra Sundhedsstyrelsen som ikke indeholder nogen rubrik vedrørende dette. I 12 tilfælde er det ikke angivet ved afkrydsning hvorvidt der er tale om det første skema eller en fortsættelse af tidligere skema.

Det er en fejl.

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

Af Sundhedsstyrelsens vejledning af 10. december 1998 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv., side 2, fremgår at overlægens attestation skal fremgå af protokol-

len. Der er en særlig rubrik hertil i skemaet som dog ikke findes i alle ældre skemaer.

I en af de modtagne skemaer fremgår overlægens attestation ikke.

Dette er beklageligt.

I de resterende tilfælde hvor attestationen er anført på skemaet, har overlægen taget stilling til frihedsberøvelsen samme dag i 48 tilfælde og dagen efter i 26 tilfælde. Dertil kommer ældre skemaer hvoraf det ikke kan ses hvilken dato overlægen har godkendt frihedsberøvelsen samt fortsatte skemaer hvor datoen for overlægens godkendelse i nogle tilfælde ikke er overført fra det første skema.

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 godt være flere dage efter frihedsberøvelsen. På denne baggrund giver det oplyste mig ikke anledning til bemærkninger.

Det påhviler til stadighed overlægen at påse, at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magt og beskyttelsesfiksering ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 1. For så vidt angår frihedsberøvelse skal resultatet af denne efterprøvelse tilføres tvangsprotokollen henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage efter at frihedsberøvelsen blev iværksat, og herefter mindst hver 4. uge, så længe frihedsberøvelsen opretholdes, jf. lovens § 21, stk. 2, 1. punktum.

Det fremgår at patienten i 69 ud af de 84 skemaer vedrørende frihedsberøvelse enten blev udskrevet senest på tredjedagen efter frihedsberøvelsen eller at de obligatoriske prøvelsesfrister i § 21, stk. 2, har været overholdt. I 6 af disse skemaer har efterprøvelsen imidlertid ikke i alle tilfælde været attesteret af en overlæge. I et tilfælde er attestationen sket i en forkert rubrik.

Dette er beklageligt.

I 14 tilfælde er der ifølge tvangsprotokollens oplysninger sket overskridelse af lovens frister for revurdering. Det drejer sig om følgende tilfælde:

- 1) tvangsindlæggelse og –tilbageholdelse af 21. januar 1999 hvor der ifølge skemaet ikke skete efterprøvelse i perioden 15. april 1999 til 3. juli 1999,
- 2) tvangstilbageholdelse af 30. marts 1999 hvor den første obligatoriske efterprøvelse ifølge skemaet skete en dag for sent,
- 3) tvangstilbageholdelse af 29. juli 1999 hvor den tredje efterprøvelse skete en dag for sent,
- 4) tvangsindlæggelse af 15. august 1999 hvor første og anden efterprøvelse skete en dag for sent, samt
- 5) frihedsberøvelser af hhv. 27. august 1998 og af 19. januar, 19. januar, 17. februar, 4. april, 4. maj, 20. maj, 1. august, 12. august, og 20. december 1999 hvor der ifølge skemaerne forløb mere end fire uger mellem en eller flere af de obligatoriske efterprøvelser

Det er beklageligt at fristerne for revurdering af om betingelserne for frihedsberøvelse fortsat var opfyldt i de nævnte tilfælde ifølge skemaerne ikke blev overholdt. Da overskridelserne alle var af kortere varighed, foretager jeg ikke yderligere vedrørende spørgsmålet. Jeg beder dog sygehuset om en udtalelse om det tilfælde som er omtalt ovenfor under pkt. 1).

Jeg har desuden konstateret at der i skemaerne vedrørende tvangsindlæggelser af 14. februar, 5. marts, 7. marts, 14. marts, 20. april, 30. april, 13. september 1999 og 24. november 1999 ikke er sket attestation af overlægen i forbindelse med ophævelse af frihedsberøvelsen. (Af skemaerne vedrørende tvangsindlæggelse af 20. og 30. april 1999 fremgår overlægens attestation imidlertid i forbindelse med den efterprøvelse der foregik samme dag som ophævelsen af frihedsberøvelsen.)

Dette er en fejl.

I et tilfælde ses der at være foretaget efterprøvelse efter at frihedsberøvelsen er ophørt (tvangstilbageholdelse af 4. april 1999). Således skete der ifølge skemaet efterprøvelse den 6. oktober 1999 mens det er anført at frihedsberøvelsen ophørte den 21. september 1999.

Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

I et tilfælde (tvangstilbageholdelse af 1. august 1997 som fortsat på diverse skemaer) fremgår det at der blev truffet afgørelse om frihedsberøvelsen den 1. august 1997 og at frihedsberøvelsen ophørte den 1. januar 2000.

Jeg beder sygehuset om en udtalelse om baggrunden for at den pågældende patient var frihedsberøvet i to år og fem måneder.

6.2. Tvangsbehandling

Jeg modtog 17 skemaer vedrørende beslutninger om tvangsbehandling; to skemaer vedrørte beslutning om ECT-behandling, 12 skemaer vedrørte tvangsmedicinering alene (heraf i et tilfælde af en legemlig lidelse), et skema vedrørte ernæringsmæssig behandling og to skemaer vedrørte medicin og ernæringsmæssig behandling. De nævnte skemaer omfatter i alt 52 tvangsbehandlinger.

Af den planche som jeg som nævnt ovenfor under pkt. 6.1. modtog i forbindelse med inspektionen, fremgår det at der i 1999 blev foretaget tvangsbehandlinger i 28 tilfælde hvilket ikke stemmer overens med mine optællinger ovenfor.

Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

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

I tre tilfælde er det ikke angivet ved afkrydsning hvorvidt der er tale om det første skema eller en fortsættelse af tidligere skema.

Dette er en fejl.

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning af 10. december 1998 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. skal de enkelte tvangsformer registreres på hvert sit skema såfremt flere tvangsbehandlingsformer anvendes.

Det er derfor en fejl at flere skemaer vedrører flere forhold.

Tvangsbehandling må kun anvendes over for personer der er indlagt og opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, og kun når andre behandlingsmuligheder må anses for uanvendelige. Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 1, og § 1, stk. 1, samt § 2 i Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 879 af 10. december 1998 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger (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 af en legemlig lidelse træffes af vedkommende psykiatriske overlæge og overlægen på den pågældende somatiske afdeling i fællesskab (tvangsbekendtgørelsens § 8, stk. 3).

Ved tvangsmedicinering skal der altid være en læge til stede. Det fremgår af § 6 i tvangsbekendtgørelsen.

Efter Sundhedsstyrelsens vejledning skal navnet på den ordinerende overlæge anføres på skemaet. Jeg har konstateret at der i ingen tilfælde er angivet navnet på en ordinerende overlæge på skemaet.

Dette er beklageligt. Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

Der er i alle tilfælde angivet en dato for overlægens stillingtagen som ligeledes i alle tilfælde er sammenfaldende med datoen for beslutningen om tvangsbehandlingen.

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning skal der ved afkrydsning angives en begrundelse for beslutningen om tvangsbehandling. Der henvises i den pågældende rubrik i skemaet til psykiatrilovens § 12 og § 13. I et tilfælde, skema af 16. juli 1999, er der ikke angivet en begrundelse.

Dette er beklageligt.

I rubrikken skal der ifølge vejledningen angives indholdet af tvangsbehandlingen, herunder præparatnavn, statsdosis, administrationsområde og eventuelt bivirkningsmedicin.

I to tilfælde, skemaer af 4. og 16. juli 1999, er alene angivet hvilken type medicin der er ordineret, men ikke hvilken startdosis der er truffet beslutning om.

Dette er beklageligt.

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

I skema af 1. marts 1999 er den tilladte magtanvendelse angivet som "Den nødvendige."

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

I et tilfælde, skema af 4. juli 1999, er der ikke angivet nogen former for tilladt magtanvendelse. Jeg går ud fra at dette betyder at der ikke måtte anvendes magt i det pågældende tilfælde.

Ved hver enkelt tvangsbehandling skal navnet på den tilstedeværende læge samt dato anføres i protokollen. Der er kun i et tilfælde angivet navnet på den tilstedeværende læge.

Dette er meget beklageligt. Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

Endelig skal datoen for beslutning om ophør af tvangsbehandlingen angives. I et tilfælde er dette ikke sket (skema af 29. december 1999).

Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

Af § 3, stk. 2, i tvangsbekendtgørelsen fremgår det videre at tvangsmedicinering (bortset fra visse akutte, farlige situationer) forudsætter at patienten og patientens rådgiver er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger.

Jeg anmoder sygehuset om nærmere oplysning om hvilken fremgangsmåde der anvendes for at sikre at kravet om information af patientrådgiveren opfyldes.

6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

Jeg modtog 101 skemaer til brug for tilførsler til tvangsprotokollen. Jeg har valgt at begrænse min undersøgelse til skemaer vedrørende 1. kvartal af 1999. Det drejer sig om 20 skemaer omhandlende i alt 28 tilfælde af tvangsfiksering og fysisk magt, herunder indgivelse af beroligende medicin. De ti tilfælde omhandlede ude-

lukkende tvangsfiksering, fire tilfælde omfattede indgivelse af beroligende medicin og et tilfælde omhandlede udelukkende anvendelse af fysisk magt. De resterende tilfælde (13) omhandlede kombinationer af tvangsfiksering, fysisk magt og indgivelse af beroligende medicin (f.eks. fastholden i forbindelse med bæltefiksering eller fastholden i kombination med indgivelse af beroligende medicin).

For tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt benyttes tvangsprotokol - skema 3. Som nævnt ovenfor under 6.1. skal der ved afkrydsning på skemaerne angives om det drejer sig om første skema for den aktuelle tvangsforanstaltning eller om skemaet er en fortsættelse af tidligere skema.

I tre tilfælde er det ikke angivet ved afkrydsning hvorvidt der er tale om det første skema eller en fortsættelse af tidligere skema.

Dette er en fejl.

I tre tilfælde er rubrikken alene markeret med en utydelig prik eller lignende hvilket gør det vanskeligt at afgøre om rubrikken er afkrydset eller ej (skema for 16. og 21. februar 1999 og 15. marts 1999).

Jeg går ud fra at sygehuset vil være mere opmærksom på at udfylde rubrikken med tydelig afkrydsning.

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

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

Under de samme betingelser kan en indlagt person fastholdes og om fornødent med magt føres til et andet opholdssted på sygehuset, jf. psykiatrilovens § 17, stk. 1. Over for personer der er frihedsberøvet efter reglerne i lovens kap. 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 om fornødent med magt skal have et beroligende middel, jf. lovens § 17, stk. 2.

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller mv., skal den aktuelle tvangsforanstaltning angives. Dette er sket i alle tilfælde.

Sundhedsstyrelsens skema 3 har fortrykte rubrikker til afkrydsning af begrundelsen for fikseringen eller den fysiske magtanvendelse. Skemaet vedrørende indgivelse af beroligende medicin af den 24. februar 1999, indeholder ikke en sådan afkrydsning.

Dette er en fejl.

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.

Af bekendtgørelse nr. 879 om tvangsbehandling mv. af 10. december 1998 fremgår at beslutningen i overlægens fravær kan træffes af en anden læge, og at over-

lægen i sådanne tilfælde efterfølgende snarest muligt skal tage stilling til beslutningen (bekendtgørelsens § 12, stk. 5).

I ingen af de tilfælde hvor der er anvendt fiksering er der angivet en ordinerende læge. I de fleste tilfælde forekommer et anført navn at være "hvidtet ud".

Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

I 3 tilfælde er det oplyst at der er anvendt hånd- og/eller fodremme. I alle disse tilfælde er anvendelsen efter skemaernes oplysninger sanktioneret af en overlæge samme dag eller dagen efter.

Dette giver ikke anledning til bemærkninger.

I et tilfælde, skema for 15. marts 1999, fremgår det at der er anvendt hånd- og/eller fodremme, men der er ikke angivet noget dato for overlægens stillingtagen.

Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

Efter tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 1, må fiksering af patienter, der af trykårsgrunde selv herom anmoder, kun ske med samtykke fra en læge. I et tilfælde fremgår det at der er sket frivillig bæltefiksering af en patient. Det fremgår ikke om en læge har ordineret fikseringen, idet navnet på den ordinerende læge forekommer at være "hvidtet ud".

Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

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

Jeg beder sygehuset om at redegøre for sygehusets 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 psykiatrilovens § 17, stk. 2, kræves indgivelse af beroligende medicin beslutning truffet af en læge. Lægen skal være til stede når et beroligende middel gives, jf. tvangsbekendtgørelsens § 19, stk. 2.

I ingen af de tilfælde hvor der anvendt beroligende medicin er der angivet en ordinerende læge. I de fleste tilfælde forekommer et anført navn at være ”hvidtet ud”.

Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

I ingen af sagerne vedrørende indgivelse af beroligende medicin fremgår det af skemaet om der var en læge til stede. Flere steder forekommer lægens navn at være ”hvidtet ud”.

Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

Ifølge tvangsbekendtgørelsens §§ 29-30 skal navnene på det implicerede personale ved tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt angives i tvangsprotokollen.

Der er kun i to tilfælde angivet navnet på det implicerede personale.

Jeg beder sygehuset om at oplyse nærmere om baggrunden herfor.

I tvangsprotokollen skal anføres tidspunktet for iværksættelse og ophør af tvangsforanstaltningen, jf. tvangsbekendtgørelsen § 28-29. Når det drejer sig om fysisk magtanvendelse i form af fastholden og beroligende medicin angives dog kun tidspunktet for iværksættelse, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. Dette indebærer at der skal anføres såvel dato som klokkeslæt, og kravet må af hensyn til de bagvedliggende kontrolhensyn også gælde for frivillige fikseringer.

I et tilfælde, skema for bæltefiksering af 24. februar 1999, er ophørsdato og – tidspunkt ikke angivet.

Dette er beklageligt.

På skema for fastholden af 12. marts 1999 er med håndskrift anført følgende under begrundelsen for foranstaltningen: ”blodprøveudtagning/somatisk tilstand.”

Anvendelse af fysisk magt efter psykiatrilovens § 17, stk. 1, kan alene ske under de ovenfor nævnte betingelser i lovens § 14, stk. 2. Såfremt fysisk magtanvendelse er begrundet i en behandling af en legemlig lidelse finder § 13, stk. 1, anvendelse, hvilket i givet fald skal registreres på et skema 2 (vedrørende tvangsbehandling). Jeg beder sygehuset om en udtalelse om det indgreb som er omfattet af det ovenfor nævnte skema af 12. marts 1999.

5.4. Beskyttelsesfiksering

Jeg har modtaget 22 skemaer vedrørende beskyttelsesfiksering. Ved beskyttelsesfiksering forstås anvendelse af ethvert middel, der benyttes for at hindre, at en patient utilsigtet udsætter sig selv for væsentlig fare. Beskyttelsesfiksering må kun benyttes, efter at en læge har tilset patienten og truffet nærmere bestemmelse om anvendelse af et bestemt beskyttelsesmiddel (psykiatrilovens § 18).

For beskyttelsesfiksering/-foranstaltning benyttes tvangsprotokol - skema 4. Som nævnt ovenfor under 6.1. skal der ved afkrydsning på skemaerne angives om det drejer sig om første skema for den aktuelle tvangsforanstaltning eller om skemaet er en fortsættelse af tidligere skema.

I syv tilfælde er det ikke angivet ved afkrydsning hvorvidt der er tale om det første skema eller en fortsættelse af tidligere skema.

Dette er en fejl.

I to tilfælde er rubrikken alene markeret med en utydelig prik eller lignende hvilket gør det vanskeligt at afgøre om rubrikken er afkrydset eller ej (skema for 18. februar 1999 og 9. marts 1999).

Jeg går ud fra at sygehuset vil være mere opmærksom på at udfylde rubrikken med tydelig afkrydsning.

Det enkelte skema omhandler kun én form for tvangsanvendelse. Såfremt flere tvangsformer anvendes, skal de enkelte former registreres hver for sig, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning af 10. december 1998 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv.

Af skemaer vedrørende beskyttelsesfikseringer af 15. og 29. marts 1999 samt 26. juni 1999 og 20. juli 1999 fremgår såvel ordination af ”stofbælte eller lign.” og ”bordplade”.

Dette er en fejl.

I tvangsprotokollen skal anføres den form for beskyttelsesfiksering som anvendes, jf. tvangsbekendtgørelsens § 31. Dette er sket i alle tilfælde.

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

Navnet på den ordinerende læge fremgår ikke af nogen af de 22 skemaer som jeg har modtaget. Navnene er muligvis ”hvidtet ud”.

Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

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). I tvangsprotokollen skal efter bekendtgørelsens § 31 angives begrundelsen for beskyttelsesfikseringen og den situation hvor beskyttelsesfikseringen kan anvendes.

I skema for 26. juni 1999 er som begrundelse for ordinationen af beskyttelsesfikseringen blandt andet angivet ”...for at give patienten ro og hindre skade på pt. selv eller medpt.”

Efter psykiatrilovens § 18, stk. 1, kan beskyttelsesfiksering alene som nævnt alene ordineres med henblik på at hindre, at en patient utilsigtet udsætter sig selv for fare. Beskyttelsesfiksering kan således ikke begrundes i hensynet til andre patienter.

I skemaer for 19. og 29. marts 1999 samt 4. april 1999 er i beskrivelsen for de situationer hvor anvendelsen af beskyttelsesfikseringen/-foranstaltningen er tilladt, angivet "Beskyttelsesfiksering".

Denne angivelse af de situationer hvor beskyttelsesfikseringen/-foranstaltningen er tilladt, er efter min opfattelse hverken adækvat eller tilstrækkelig.

I skema for 19. juni 1999 er i beskrivelsen af de situationer hvor beskyttelsesfikseringen/-foranstaltningen er tilladt, angivet "for at hindre gentagelse", i skema for 12. august 1999 er angivet "Efter skøn".

Disse angivelser af de situationer hvor beskyttelsesfikseringen/-foranstaltningerne er tilladt, er efter min opfattelse ikke tilstrækkelig.

I skema for 12. marts 1999 er ikke angivet en situation hvor beskyttelsesfikseringen/-foranstaltningen er tilladt.

Dette er beklageligt.

En lægelig vurdering af berettigelsen af opretholdelse af brugen af beskyttelsesfiksering over for den enkelte patient skal, jf. tvangsbekendtgørelsens § 24, stk. 2, finde sted så, ofte som forholdene tilsiger det, dog mindst 3, 10, 20 og 30 dage ef-

ter, at beslutning om anvendelse af beskyttelsesfiksering blev truffet, og herefter mindst hver 4. uge, så længe ordinationen opretholdes. Resultatet af den fornyede lægelige vurdering, skal anføres i tvangsprotokollen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 31.

I skema for 25. februar 1999 skete de fire første efterprøvelser alle en dag for sent. Desuden forløb der mere end fire uger mellem den næstsidste og den sidste efterprøvelse. I skema for 19. marts 1999 skete den anden efterprøvelse to dage for sent. I skema for 26. april 1999 skete den tredje efterprøvelse første en dag for sent.

Dette er beklageligt.

I skema for 12. august 1999 skete efterprøvelserne henholdsvis 1, 11, 22, 32 dage efter ordinationen og der forløb herefter mere end fire uger inden næste efterprøvelse. I skema for 7. oktober 1999 skete den første efterprøvelse samme dag som ordinationen, den anden efterprøvelse tre dage efter, tredje efterprøvelse 14 dage efter, fjerde efterprøvelse 23 dage efter. Herefter gik der i et tilfælde mere end fire uger mellem efterprøvelserne.

Dette er beklageligt. Jeg bemærker at den første obligatoriske efterprøvelse ikke efter min opfattelse kan ske samme dag som ordinationen hvis dette indebærer at de følgende efterprøvelser forskydes i forhold til de lovmæssige frister.

I skema for 18. marts 1999 skete den første efterprøvelse (som førte til foranstaltningens ophævelse), først syv dage efter ordinationen. I skema for 1. april 1999 skete den anden og tredje efterprøvelse begge en dag for sent og den fjerde efterprøvelse (hvorved foranstaltningen blev ophævet) 12 dage for sent. I skema for

12. april 1999 skete den anden efterprøvelse først 17 dage efter ordinationen. I skema for 4. maj 1999 skete den anden efterprøvelse først 13 dage efter ordinationen, og den tredje efterprøvelse først 24 dage efter ordinationen. I skema for 21. maj 1999 skete den første efterprøvelse først efter 6 dage. I skema for 26. juni 1999 skete den anden efterprøvelse (hvorved foranstaltningen blev ophævet) 29 dage efter ordinationen. I skema for 29. juli 1999 skete den første efterprøvelse fem dage efter ordinationen, og den anden og tredje efterprøvelse hhv. 12 og 22 dage efter og den fjerde efterprøvelse 63 dage efter ordinationen. I skema for 5. oktober 1999 skete både den tredje og den fjerde efterprøvelse fire dage for sent.

Dette er meget beklageligt.

Det er samlet set meget kritisabelt at fristerne ikke er overholdt i så mange tilfælde og i nogle tilfælde meget væsentligt. Jeg henstiller til sygehuset at indskærpe reglerne over for personalet. Jeg beder sygehuset om underretning om hvad min henstilling giver anledning til.

I et enkelt tilfælde, skema for 21. maj 1999, er ikke angivet et ophørstidspunkt for foranstaltningen.

Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

7. Opfølgning

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

8. Underretning

Denne rapport sendes til Viborg Amt Psykiatrisk Sygehus, Sønderøparken og Viborg Amt, sygehusets patienter, Folketingets Retsudvalg og Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71.

Inspektionschef
Lennart Frandsen