

Indholdsfortegnelse

1.	Indledning	3
2.	Afdelingens organisation mv.	5
3.	Bygningsmæssige forhold mv.....	7
3.1.	Generelt	7
3.2.	Sengeafsnit	8
3.2.1.	Elmehus.....	8
3.2.2.	Poppelhus – Skadestue/Modtagelse og skærmet enhed.....	12
3.2.3.	Poppelhus – Afsnit 43	15
3.2.4.	Birkehus – Afsnit 31	17
3.2.5.	Toftehus – Afsnit 21 og 22	19
	Toftehus – Afsnit 23 og 24	20
3.2.6.	El-stimulationsbehandling	22
4.	Samtaler med enkelte patienter	22
5.	Andre forhold.....	23
5.1.	Overbelægning mv.....	23
5.2.	Aflåsning, herunder skærmning, og forholdene for frivilligt indlagte	25
5.3.	Adgang til frisk luft.....	32
5.4.	Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2	33
5.5.	Patienternes kontakt med læge mv.....	33
5.6.	Tilkald af politi i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger i afdelingen	34
5.7.	Besøg, visitation og adgang til telefonering.....	36
5.8.	Rygepolitik.....	40
5.9.	Forplejning	42
5.10.	Udslusning, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.....	44
5.11.	Børn og unge	47
5.12.	Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling	48
5.13.	Vold mod personalet	50
5.14.	Opbevaring af journaler	52
5.15.	Handicaptilgængelighed.....	52
5.16.	Patientindflydelse	53
5.17.	Behandlingsplaner.....	54
5.18.	Euforiserende stoffer og alkohol.....	54
5.19.	Rekruttering af personale og sygefravær	55
5.20.	Navneskilte.....	57

6.	Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen	57
6.1.	Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse	61
6.2.	Tvangsbehandling	66
6.3.	Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt	74
6.4.	Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning	80
6.5.	Personlige alarm- og pejlesystemer	80
6.6.	Særlige dørlåse	80
7.	Opfølgning	80
8.	Underretning	81

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 17. november 2005 inspektion af Roskilde Amtssygehus Fjorden.

Til stede under inspektionen var blandt andre psykiatridirektør Nils Degn, cheflæge Stig Kastbjerg og chefsygeplejerske Nete Maltha. Repræsentanter fra Roskilde Amt, Social- og Psykiatriforvaltningen, der var varslet om inspektionen, deltog ikke i inspektionen.

Inspektionen omfattede en indledende samtale med ledelse og medarbejderrepræsentanter, rundvisning på udvalgte afsnit på sygehuset, samtaler med de patienter der havde anmodet herom og en opsamlende samtale med ledelsen.

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

personlige alarm- og pejlesystemer og anvendelse af særlige dørlåse foretaget på afdelingen forud for den 28. september 2005 hvor inspektionen blev varslet. Materialet blev udleveret i forbindelse med inspektionen. Tilførslerne gennemgås under pkt. 6.

Forud for inspektionen modtog jeg forskelligt materiale fra sygehuset vedrørende personaleforhold, vedligeholdelsesplaner og forskellig patient- og pårørendeinformation vedrørende sygehusets forskellige afsnit mv. Under inspektionen fik jeg udleveret yderligere materiale.

Efter min anmodning under inspektionen om at modtage eksempler af behandlingsplaner til senere gennemsyn modtog jeg med brev af 24. november 2005 kopi af to behandlingsplaner for patienter (indlagt på hvert sit afsnit).

Jeg er bekendt med at Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 aflagde besøg på Roskilde Amtssygehus Fjorden den 6. marts 2001, og at besøget omfattede en rundgang i på afsnit 21 i Toftehus, afsnit 31 i Birkehus og afsnit 41 i Poppelhus, den skærmede enhed. Referatet af dette besøg er omdelt til tilsynets medlemmer den 31. maj 2001. Der er siden sket flere bygningsmæssige ændringer på sygehuset (jf. pkt. 3.1.).

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 sygehuset før og under inspektionen og fra sygehusets hjemmeside, og således blev ikke alle drøftet særskilt under selve inspektionen.

Denne rapport har i en foreløbig udgave været sendt til Roskilde Amtssygehus Fjorden og Roskilde Amt med henblik på at give myndighederne lejlighed til at fremkomme med eventuelle bemærkninger om de faktiske forhold som beskrevet i rapporten. Roskilde Amtssygehus Fjorden og amtet har i et samlet brev af 30. januar 2006 fremsat sådanne bemærkninger som er indarbejdet i rapporten.

2. Afdelingens organisation mv.

Roskilde Amtssygehus Fjorden varetager al sygehusrelateret psykiatrisk behandling i Roskilde Amt. Psykiatrien i amtet er opdelt i fire distrikter således at borgerne behandles i det distrikt der hører til bopælskommunen. Dog varetager Distrikt Børn og Unge behandlingsopgaver for børn og unge i hele amtet. Distriktets afsnit er placeret i Roskilde.

Distrikt Nord der dækker Roskilde og Gundsø kommuner har både sengeafsnit og distriktpsychiatrisk center i Roskilde. Distrikt Midt der dækker Bramsnæs, Hvalsø, Lejre, Ramsø og Greve kommuner har sengeafsnit i Roskilde og distriktpsychiatriske centre i Roskilde og i Greve samt dagklinik i Roskilde. Distrikt Øst dækker Solrød, Skovbo, Køge og Vallø kommuner. Distriktet har sengeafsnit i både Roskilde og Køge hvor der også findes et distriktpsychiatrisk center. Under dette distrikt er også den døgnåbne psykiatriske skadestue (akutmodtagelse og korttidsafsnit) og amtssygehusets intensive skærmede afsnit for hele amtet placeret.

Roskilde Amtssygehus Fjorden er organisatorisk placeret i amtets Social- og Psykiatريفvaltning. Det politiske ansvar for amtssygehuset er placeret hos Psykiatriudvalget.

Roskilde Amt købte de nuværende bygninger i Roskilde af Københavns Kommune, Sct. Hans Hospital i 1987 og etablerede derved amtets eget psykiatriske sygehus der samtidig fik navnet Roskilde Amtssygehus Fjorden. Amtssygehuset har samlet 109 sengepladser, hvoraf de 28 er placeret i Køge. Alle senge-stuer er enestuer. Langt hovedparten af de patienter der er i kontakt med sygehuset behandles ambulant.

Amtssygehuset ledes af psykiatriledelsen der består af en psykiatridirektør, en cheflæge, en chefsygeplejerske og en socialpsykiatrichef. Under psykiatriledelsen findes afdelingsledelser for hvert af sygehusets fire distrikter – bestående af

en ledende overlæge og en ledende oversygeplejerske. Der er udarbejdet driftsaftaler mellem de enkelte distrikter og psykiatrilæden.

Distriktet Børn og Unge er opdelt i børne- og ungdomspsykiatri. Børnepsykiatrien dækker børn i aldersgruppen 0-14 år (inkludativ), mens ungdomspsykiatrien dækker aldersgruppen 14-17 år (inkludativ). På børnepsykiatrisk afdeling arbejdes der udelukkende med ambulante undersøgelses- og/eller behandlingsforløb. Ungdomspsykiatrisk afdeling råder både over et ambulatorium (afsnit 62) med mulighed for dagindlæggelse og et døgnafsnit (sengeafsnit, afsnit 61, Elmehus). De unge modtager skoletilbud som en integreret del af dag- eller døgnindlæggelsen i form af undervisning i små grupper eller individuelt. De unge har mulighed for at tage folkeskolens afgangsprøve efter 9. og 10. klasse, dog foregår selve prøven på patientens sædvanlige skole.

Distrikt Nords sengeafsnit med i alt 28 døgnpladser (afsnit 21/22 og 23/24, Toftehus) er inddelt i fire afsnit med hver 7 senge, der to og to befinder sig på samme etager og (er næsten sammenhængende) kan slås sammen. Afsnittene kan fungere som både åbne og lukkede afsnit. De fire afsnit varetager også ambulante opgaver. Under Distrikt Nord hører også amtssygehusets gerontopsykiatriske konsulentfunktion.

Distrikt Midt råder over tre sengeafsnit (afsnittene 31, 33 (Birkehus) og 50 (Lindehus)). Afsnit 31 er et integreret afsnit med 14 senge, 7 åbne pladser og 7 lukkede pladser. Afsnit 33 er indrettet som dagklinik (weekendlukket). Målgruppen i dette afsnit er patienter med lettere depressioner, angsttilstande, spiseforstyrrelser og personlighedsforstyrrelser der indlægges til korterevarende forløb, ofte i kombination med efterbehandling i Psykoterapeutisk enhed. Afsnit 50 har 7 sengepladser til yngre psykotiske patienter og 7 pladser til en gruppe af patienter med forskellige diagnoser.

Distrikt Øst har 2 afsnit med hver 14 senge placeret i Køge. Den døgnåbne psykiatriske skadestue med akut modtagelse og visitation samt en intensiv

skærmet enhed med 3-4 senge (afsnit 41) og et alment psykiatrisk afsnit med mulighed for fleksibel opdeling med 11 sengepladser (afsnit 43) er placeret i Roskilde (Poppelhus).

Under psykiatrilæden findes også Psykiatrisk Forskningsenhed der arbejder på at stimulere den tværfaglige forskning. Enheden laver ikke biologisk, medicinsk forskning, men klinisk forskning bl.a. i samarbejde med Københavns Universitet og Dansk Pædagogisk Universitet. Til enheden er knyttet to ph.d.-studerende og der arbejdes på en udvidelse til tre.

Ledelsen oplyste at sygehuset i gennemsnit modtager 2-3 retspsykiatriske patienter pr. afsnit. Af disse har ca. 3-4 modtaget en dom til anbringelse, mens de resterende har dom til behandling. De retspsykiatriske patienter er som de øvrige patienter placeret på afsnittene efter et geografisk princip. Sygehuset modtager også varetægtsarrestanter. Ledelsen oplevede på disse patienter en god effekt ved at være indlagt sammen med andre ikke-retspsykiatriske patienter. Enkelte kan være så vanskelige at håndtere (fx personfarlige) at det ville være ønskeligt med et egentligt retspsykiatrisk afsnit, men jeg forstod at det er meget få. Hvis sygehuset ikke kan dog håndtere en særlig vanskelig retspsykiatrisk patient, laves der fx en aftale med Sct. Hans Hospital om at den pågældende kan indlægges der.

3. Bygningsmæssige forhold mv.

3.1. Generelt

Roskilde Amtssygehus Fjorden er placeret i selvstændige bygninger der frem til 1987 hørte under Sct. Hans Hospital. Der er tale om ældre bygninger. Alle bygninger blev dog indvendigt renoverede i perioden 1989 til 2003, og de omkransede grønne områder som skrånede ned mod Roskilde Fjord, blev omlagt. Endvidere blev også tage og vinduer renoverede.

Fjorden er beliggende på en bakke med udsigt over Roskilde Fjord, og det i sig selv giver et godt indtryk af udendørsområderne.

Bygningerne er bygget af gule mursten og har rødt tegltag. Hovedparten af bygningerne har tre etager hvorunder stue/parterre er ambulatorium eller sengeafsnit, 1. sal er sengeafsnit og 2. sal hovedsagelig skolestue, kontorer og konferencerum.

I forbindelse med inspektionen besigtigede jeg Elmehus (afsnit 61 – ungdomspsykiatrisk afsnit), Poppelhus (afsnit 41 og 43 – voksenpsykiatrisk afsnit herunder skadestue/modtagelsen), Birkehus (afsnit 31 – almen psykiatrisk afsnit) og Toftehus (afsnit 21, 22, 23 og 24 – voksenpsykiatrisk afsnit).

Opbygningen af afsnittene er meget ens idet indgangen forefindes i midten af afsnittene – udlagt som et fladt H. Til afsnit 61 er trappen dog placeret langs med bygningen, og til venstre for trappen er endvidere en indbygget lift til kørestolsbrugere. Fysisk er afsnittene udlagt med kontor til hver af de to afsnit placeret til højre og venstre i indgangspartiet. Konstruktionen af store glaspartier (til kontorerne) og de anvendte lyse materialetyper til fx gulvbelægningen samt gangenes hyggekrege formidler et mindre klinisk præg som i øvrigt er overvejende i byggeriet.

3.2. Sengeafsnit

3.2.1. Elmehus

Afsnit 61 er et åbent dag- og døgnafsnit med 7 sengepladser heraf 2 med skærmet funktion. Afsnittet modtager unge i alderen 14-17 år. Indlæggelsestiden varierer fra korte indlæggelsesforløb på 3-4 uger til længerevarende forløb.

Afsnittene var nyindrettet og indviet den 1. november 2005.

Det blev oplyst at afsnittet har benyttet en farvekonsulent ved indretningen, herunder ved valg af linoleum. Overalt var der en behagelig belysning.

Stuerne

I forbindelse med inspektionen besigtigede jeg stuerne 1 og 7 på afsnittet. Stuerne størrelser varierer mellem ca. 10 og ca. 15 m², men alle stuer forekommer rummelige. Begge de besigtigede stuer var ubeboet på inspektionstidspunktet.

På de fleste stuer er der sovebrikse som kan benyttes som sidde møbel om dagen. Sengestuernes møblering indbefatter desuden typisk et skrivebord og en stol, heriblandt en lænestol, en hylde med to store rum og en opslagstavle. På stue 1 var der endvidere en flettet vasketøjskurv og en knage. Der er god plads til personlige ejendele på stuerne, men de besigtigede stuer havde dog et næsten ubeboet præg. Alle stuer har loftsllys og sengelampe.

I afsnittets ene ende er to lidt større stuer der ved lukning/aflåsning af en glasdør kan skærmes fra afsnittets øvrige stuer. Stuerne var sparsomt møbleret med en ældre hospitalsseng og et skab. Det blev under inspektionen oplyst at stuerne ifølge reoveringsplanerne skulle have været klar til brug, men grundet manglende levering af nye hospitalssenge og sikring af vinduerne havde det ikke været muligt. Der manglede endvidere at blive sat sengelamper mv. op.

De to stuer der kan benyttes til skærmning, har to døre til henholdsvis det skærmede afsnit og det almindelige afsnit, og stuerne kan derfor også bruges som almindelige stuer (bufferkapacitet).

Hver stue har eget toilet med håndvask. De to stuer der kan benyttes til skærmning, har tillige bad.

Stuerne har et stort vindue med gardiner. Vinduet har de fleste steder udsigt til de grønne områder og kan åbnes med henblik på udluftning. Det gjaldt også

vinduerne på de to skærmede sengestuer, men disse vinduer ville som nævnt ovenfor blive sikret således at de ikke kan åbnes.

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

Toilet- og baderum

De to stuer der kan benyttes til skærmning, har som nævnt eget toilet og bad. De øvrige stuer deles om tre badeværelser, men har som nævnt eget toilet med håndvask. Jeg besigtigede i forbindelse med inspektionen to badeværelser som begge var flisebeklædte og indrettet med toilet, vask, spejl og bruser. Badeværelserne var i pæn stand.

Opholdsrum

Afsnittet råder over en opholdsstue der er indrettet med en møbelgruppe, herunder sofa, sofabord og lænestole. Der er reoler med spil, blade mv. samt tv, dvd-afspiller og musikanlæg.

Adskilt af en glasdør fra opholdstuen er der adgang til spisestuen som er holdt i lyse farver dog er enkelte flader malet orange. Spisestuen er rummelig med et stort spisebord og stole. I tilknytning til spisestuen er der ligeledes et rummeligt, moderne køkken som anvendes af afsnittets køkkenleder, personale og patienter bl.a. som træningskøkken. På spisebordet stod en skål med frisk frugt.

Lokalerne var i øvrigt velholdte og ryddelige.

I tilknytning til de to skærmede stuer er de endnu en opholdsstue med te-køkken. Stuen var ikke helt færdigindrettet på inspektionstidspunktet.

Gangarealer

På sengeafsnittet er der brede gangarealer som giver plads til en møbelgruppe og grønne planter. På væggene er der filmplakater. Der er endvidere på afsnit-

tets gange opslagstavler og whiteboardtavler med oversigter over ugens aktiviteter, patienternes kontaktpersoner mv.

På gangen er der skabe til patienternes ejendele. Disse kan låses. Ligesom stuerne aflåses af personalet når patienten er hjemme på weekend.

Aktivitetslokaler

Gennem en lille gang med glasfacader er der et nyligt indrettet stort aktivitetslokale der med en skydedør kan gøres til to mindre lokaler. Der er redskaber til fysiske øvelser, herunder træning af balancen. Der er en massagebænk, madrasser og store plastikbolde. Langs den ene væg er der et sammenklappet bordtennisbord. I midten af lokalet er et langbord som giver mulighed for stillesiddende aktiviteter. Lokalet har derudover fire skabe og en terrassedør i glas med direkte adgang til udearealet.

På 2. sal besigtigede jeg endvidere en skolestue. Stuen er med mørke fritliggende loftsbjælker og lyse vægge. Til trods for de skrå vinduer forekom lokalet lyst. Det blev oplyst at unge i et skoleforløb med hjælp fra to fastansatte lærere kan holde undervisningen ved lige under ophold i afsnittet. Undervisningen sker i samarbejde med den unges skoleinstitution og vil gøre det nemmere for den unge at komme tilbage i sit tidligere skolemiljø.

Skolestuen er møbleret med runde borde med plads til 4-6 personer. I stuen er der desuden en stor, rød lænestol og en computer. Det blev oplyst at der fra denne computer er adgang til internettet.

De øvrige lokaler på 2. sal bruges til behandlerkontorer og konferencerum.

Afsnit 61 fremtrådte overalt i en meget flot stand, og de fysiske forhold der er gode og tidssvarende giver mig således ikke anledning til bemærkninger.

3.2.2. Poppelhus – Skadestue/Modtagelse og skærmet enhed

Poppelhus afsnit 41 er en skadestue med akut modtagelse og visitation samt en skærmet enhed med fire sengepladser. Det blev oplyst at afsnittet blev renoveret for ca. 8 år siden, men at skader udbedres løbende.

Indgangspartiet leder direkte til skadestuens venteværelse. Der var på inspektionstidspunktet ingen patienter i venteværelset. Værelset virkede mørkt idet loftslýset ikke var tændt og eneste lys derfor kom fra små vinduer placeret under loftet. Venteværelset er indrettet med caféborde og metalstole. Der er et tv og en mønttelefon på væggen.

Venteværelsets størrelse og de fyldte askebægre på bordene og den på inspektionstidspunktet fremtrædende røglugt gjorde ikke venteværelset videre indbydende.

Stuerne/korttidsafsnit

Til skadestuen hører et korttidsafsnit med otte enestuer. Stuerne kan benyttes i forbindelse med observation i op til et døgn og til indlæggelse af patienter med behov for korterevarende ophold (op til ca. 8 dages varighed), men de fleste patienter med indlæggelsesbehov bliver sendt videre til det relevante afsnit i løbet af 1-2 dage. Disse stuer er indrettet med hospitalsseng, skab, stol og en sengelampe. Væggene er lyse og vinduet er stort med kontrastfarvede gardiner.

Toilet- og badefaciliteter

To stuer har eget toilet – den ene af disse har også eget bad. I øvrigt deles stuerne om et toilet og tre baderum der er indrettet med toilet, håndvask, spejl og bruseniche. Disse fremstår med ældre armatur og væggene var lettere tilsmudsede. Der var på inspektionstidspunktet endvidere spor af den flydende hånd-sæbe på væggen ved håndvasken i det ene baderum.

Gulvet er mørkeblåt linoleum.

Gangarealer

Væggene er malet lyse og dørene er malet i kontrastfarverne blå og orange. Gulvet er belagt med linoleum. Gangen virker bar og institutionspræget idet der ikke er planter eller udsmykning.

Umiddelbart over for indgangen til selve afsnittet er indrettet et rygerum med fire blå lænestole og et rundt bord i midten. Der var ingen patienter i rummet på inspektionstidspunktet.

Fælleslokaler

Opholdsstuen er indrettet med to læderstole på hver side af et lille sofabord. Der er en reol på væggen med bøger og spil mv. Der er endvidere et lille tv og et musikanlæg. Væggene er malet delvist grå og delvist orange. Der er orangemønstret gardiner i de tre vinduer. I midten af stuen er et andet reolsystem hvorpå der er stillet keramik og grønne planter.

Spisestuen er adskilt fra opholdsstuen af reolsystemet. Stuen har et spisebord med seks stole og to stållamper hængt over bordet.

Fra spisestuen er der via en glasdør adgang til et køkken som var pænt og ryddeligt.

Samtaleværelser/aktivitetsrum

Skadestuen har tre mindre samtaleværelser hvor patienter med behov herfor kan sidde uforstyrret indtil samtale med personalet kan blive mulig. Disse værelser er indrettet med et bord, fire stole og et skab med legetøj.

Afsnittet har et aktivitetsrum på ca. 30 m². Det fremstod som et ”rodet” lokale idet der tæt på spisebordet og de sporadisk placerede spisebordsstole var opstillet et bordtennisbord, en ”flip-over” og en computer. I det fjerneste hjørne var to store mønstrede lænestole med et sofabord i mellem. Den ene væg er malet i

en kraftig gul farve, resten er holdt i lyse farver. På væggene hænger en dartskive, et ur og billeder. Det blev oplyst at dette rum ikke benyttes ret meget af patienterne i skadestuen, men mere af patienterne i det skærmede afsnit.

Jeg har tidligere tilkendegivet at hospitalssenge (særligt hvis de er placeret midt i stuerne) giver et meget hospitalsagtigt indtryk. Som det fremgår af min gennemgang af de fysiske forhold er sygehusets sengestuer generelt (med undtagelse af afsnit 61) udstyret med en hospitalsseng. Særligt hospitalssengene får sengestuerne til at fremstå noget somatisk prægede. Jeg går ud fra at sygehuset løbende overvejer hvorledes der kan forbedres herpå (herunder overvejer i hvilket omfang sengene kan erstattes med brikse som på afsnit 61) – idet jeg går ud fra at indretning mv. også i terapeutiske sammenhænge spiller en (stor) rolle for behandlingen.

Bortset fra denne bemærkning og ovennævnte bemærkninger vedrørende venteværelset giver de besigtigede fysiske forhold i skadestuen mig ikke anledning til bemærkninger.

Skærmet afsnit

Til afsnit 41 hører et skærmet afsnit med plads til fire patienter. Dette afsnit er med en mellemgang med glasparti til den ene side sammenlagt med resten af Poppelhus. Den ene af stuerne er placeret ud til denne gang og kan inddrages til skadestuen eller til skærmning af en enkelt patient. De øvrige tre stuer er placeret umiddelbart efter mellemgangen. Fra gangen er der udgang til en fælles terrasse.

Stuerne er på ca. 20 m² med eget toilet og bad. De er endvidere indrettet med hospitalsseng, skrivebord og stol. Væggene er lyse og i den ene væg er der en terrassedør med udgang til en lukket have omkranset af et bøgehegn. Patienterne har mulighed for at indrette stuen med egne personlige effekter, herunder

musikanlæg, hvilket også var tilfældet på den stue jeg besøgte (stue 11). Stuerne fremstår lyse og rene.

Over for stuerne er der indrettet et kombineret the-køkken og spisepladser i form af to borde med hver fire stole omkring. Væggene er holdt i beige farver med blålige gardiner. På den ene væg er der tavler med ugens menu og patient-information mv.

I forlængelse heraf er opholdsstuen. Den er indrettet med en mørkerød sofa-gruppe, stuebord og tv. Der er store gulv-til-loft vinduer med udsigt til grønne arealer. Bag et stort glasparti er afsnittets personalekontor.

Lokalet fremstod ryddeligt og lyst.

Jeg har ingen bemærkninger til de fysiske forhold i dette afsnit. (For så vidt angår hospitalssenge henviser jeg til ovenfor nævnte).

3.2.3. Poppelhus – Afsnit 43

På 1. sal er placeret et afsnit med 11 stuer som i velkomstfolderen er betegnet som et "højt skærmet" afsnit. Der er mulighed for at opdele afsnittet i en åben og en lukket del. Distrikt Øst har udover afsnit 43 og afsnit 41 i Roskilde endvidere 2 åbne afsnit der er beliggende i Køge. Dette medfører at man kun kan overflytte patienter fra afsnit 43 til de åbne afsnit i Køge hvis man med stor sikkerhed kan sige at de kan opholde sig på åbent afsnit i Køge. Dette kan efter det oplyste give anledning til flaskehalsproblemer på afsnit 43.

Stuerne

Stuerne er indrettet med hospitalssenge, et skab med mulighed for aflåsning, et bord og en stol. Til de fleste stuer hører eget bad. Vinduerne er aflåst og kræver en særlig nøgle for at kunne åbnes.

Afsnittet har udover de til stuerne tilknyttede bade fire toiletter og baderum. Disse er af lidt ældre indretning, men fremstod rene.

Gangarealer

Gangen har ingen møblering i form af fx hyggekrog som set på andre afsnit. Der var desuden sparsom udsmykning af væggene og kun en enkelt plante gemt af vejen i et indhak. På gangen stod en motionscykel. Denne gang fremstod derfor steril.

Fællesarealer

Afsnittet har en opholdsstue som er indrettet med en mørkegrøn sofagrube. Langs endevæggen er der kirsebærfarvede reolsystemer hvorpå afsnittets tv og musikanlæg er placeret. På sofabordet lå der aviser og blade.

Til denne opholdsstue er der også et te-køkken, men det blev af én af patienterne oplyst at dette ikke længere benyttes.

Fra afsnit 43 er der adgang til en have som er under etablering. Adgangen sker fra en udvendig trappe fra gangarealet på afsnit 43 til det lukkede haveanlæg.

Der er opsat ventilationsanlæg på afsnittet, herunder i afsnittets lille rygerum. Det blev oplyst at anlæggene ikke virker efter hensigten hvilket også kunne mærkes.

Der var enkelte patienter samlet i sengeafsnittenes rygerdagligstue på tidspunktet for inspektionen, og lokalerne var en anelse tilrøgede. Det blev oplyst at udsugningen i rygerummene er ineffektiv da den ikke på tilstrækkelig vis fører luften ud af huset.

Det blev oplyst at der er bevilget penge til renovering af dette afsnit. Opholdsstuen vil blive gjort større ved inddragelse af personalets rygerum (som ikke

må benyttes som rygerum efter 1. januar 2006). Endvidere vil afsnittet blive gjort handicaptilgængeligt, og der vil blive indrettet et lille te-køkken.

Jeg anmoder om nærmere oplysninger om den forestående reovering. Jeg beder endvidere sygehuset om at oplyse om eventuelle undersøgelser/overvejelser om forbedring af ventilationen.

3.2.4 Birkehus – Afsnit 31

Afsnit 31 er et almenpsykiatrisk integreret afsnit med 14 sengepladser (7 lukkede og 7 åbne). Afsnittet er beliggende i huset stueetage.

Stuerne

På væggen ved siden af døren til stuerne er der en plade hvor den pågældendes (for)navn kan angives.

Jeg besigtigede under inspektionen stue 1 som er ca. 8 m². Den er indrettet med en ældre hospitalsseng, skrivebord og -stol, skab, lænestol og en taburet. Stuen var indrettet med mange af patientens egne ting såsom musikanlæg, cd'er og blade. Generelt fremstod stuen rodet, beskidt og mørk idet de mørkeblå gardiner var trukket for vinduet.

Til trods for væggenes lyse farver bærer stuen præg af års slid og manglende vedligeholdelse. Loftet er endvidere ramt af vandskader.

Alle stuerne har endvidere eget toilet med håndvask og spejl. Der er på toilettet forskelligfarvede klinker.

Bade- og toiletforhold

Eftersom hver enkelt stue har eget toilet råder afsnittet kun over to baderum herunder det ene med handicapeget toilet. Begge baderum virker rummelige, men bar også her præg af slitage.

Gangarealet

Gangen som er lang og forholdsvis smal, er belagt med lyst linoleum med en bred blå bort i midten. På den ene væg er der whiteboardtavler med patientinformation og oplysninger om kontaktpersoner mv. Det blev oplyst at gangen blev malet i 2004.

Alle dørene til samtalerum, toiletter, baderum og kontoret var lukkede hvorfor gangen virkede mørk og tillukket. Dette blev forstærket af at de store glaspartier enkelte steder var dækket af plastik grundet renovering af afsnittets vinduer.

Derudover var der på gangen kun opstillet et enkelt træmøbel med en lille grøn plante til at bryde ensartetheden.

Den eneste belysning kommer fra små lamper i loftet.

Fællesrum mv.

Der er en opholdsstue for ikke-rygere i forbindelse med køkkenet og spiseafdelingen. Køkkenet er aflåst i dagtimerne.

Tv-stuen er indrettet med et moderne, lilla møblement bestående af sofa, sofa-bord og lænestol opstillet langs væggene. Det er tilladt at ryge i tv-stuen, og der blev opfordret til at dette var det eneste sted rygning skulle foregå. På inspektionsstedspunktet blev dette dog ikke overholdt idet en patient på gangen (åbenlyst) gik rundt med sin tændte cigaret. Generelt set forekom afsnittet meget røgfylt.

Fra opholdsstuerne er der adgang til terrassen hvor der er store træmøbler samt planter i krukke. Her har patienterne mulighed for at afholde sociale arrangementer o.l.

Aktivitetsrum-/terapilokale

I afsnittets ene ende er et aktivitetsrum der indeholder bordtennisbord, bordfodboldspil og en computer.

Det blev under inspektionen oplyst at dette afsnit sidst blev renoveret for 4 år siden. Væggene, men ikke lofterne, blev malet i den forbindelse. Der er ikke aktuelle planer om renovering af dette afsnit.

Det blev under den afsluttende samtale oplyst af sygehuset løbende gennemgår afsnittene med henblik på at vurdere behovet for istandsættelse. Sygehuset oplyste at det økonomisk vil være muligt at istandsætte afsnit 31 i 2006.

Afsnit 31 fremstod generelt ikke i en særlig god stand, navnlig for så vidt angår lofterne. Jeg har noteret mig det oplyste om at det i 2006 vil være økonomisk muligt at renovere afsnittet og går på denne baggrund ud fra at sygehuset vil overveje at renovere afsnittet. Jeg beder om underretning om resultatet af overvejelserne og om hvad en renovering i givet fald vil omfatte.

3.2.5. Toftehus – Afsnit 21 og 22

Toftehus råder over stueetage og 1. sal i bygningen med i alt fire afsnit. Hver etage er opdelt i to afsnit med hver syv sengestuer (almindeligvis henholdsvis et åbent og et lukket afsnit). I parterren er der bl.a. fodterapi og blodprøveambulatorium.

Toftehus blev ombygget ca. 10 år forud for inspektionen. I den forbindelse er gangene gjort bredere, men stuerne blev tilsvarende mindre, ca. 8 m². Trods indskrænkningen af arealet er stuerne stadig med mulighed for personlig indretning. Jeg besigtigede under inspektionen en stue på afsnit 21 (det åbne afsnit) der var indrettet med hospitalsseng, skrivebord og en stol. Derudover havde patienten selv medbragt en reol hvorpå der var stillet stearinlys, flettede kurve og patientens egne malerier. Stuen var ryddelig, lys og meget personlig.

Bade- og toiletforhold

Hver stue har eget toilet. Der er desuden fælles toiletter med bad på gangen. De fremstod alle rene og pæne med håndvask, toilet, spejl og bruseniche.

Gangarealer

Gangene er moderne indrettet med blomster i krukke og krukke med planter hængt op på væggen, reoler med porcelænsvaser og bøger. Væggene under vinduespartierne til kontorerne var malet i en sart blå farve som giver kontrast til de resterende hvidmalede vægge. Også linoleummet på gulvet brydes af en kant i en anden farve.

Fælleslokaler

Afsnit 21 og 22 har fælles aktivitetsrum med the- eller anretterkøkken. Der er i midten af lokalet et hvidt bøjetræs spisebord med seks blå stole. Op ad yder-væggen står et klaver som patienterne frit kan benytte. Der er endvidere en guitar, trommer og en computer. Fra aktivitetsrummet er der udgang til en stor åben terrasse, også her med grønne planter i krukke.

På væggene i aktivitetsrummet er der hængt billeder op som er malet af nuværende og tidligere indlagte patienter. Det giver en personlig og indbydende atmosfære.

I den anden ende, også med udgang til terrassen, er opholdsstuen. Stuen har lyseblå lænestole og et sofabord, tv, standerlampe og store, grønne planter. Gulvet er lyst og væggene hvide. Også her er der malerier i stærke farver som gør stuen mere levende og indbydende.

Toftehus – Afsnit 23 og 24

På 1. sal er der tilsvarende 7 stuer i hver ende af bygningen. Disse svarer til stuerne ovenfor.

Gangarealer

Gangene er af samme standard som i stueetagen. Der er god plads, og der er anvendt lyse materialer overalt. På afsnit 23 var der på inspektionstidspunktet tændt stearinlys på gangen hvilket gav en god stemning.

Fælleslokaler

Opholdsstuen er indrettet med lænestole i blålige farver om et sofabord. Derudover anvendes stuen også som spisestue og der står et spisebord med seks stole ved vinduet (som på inspektionstidspunktet stod på klem). Gulvet er af lyst linoleum og væggene malet beige. Gardinerne er hvide. Der hænger malerier på væggene og på gulvet og i reolsystemet er der stillet planter. Reolsystemet – som er af ældre dato – rummer endvidere et tv, musikanlæg og bøger.

Afsnit 23 og 24 har fælles aktivitetsrum indrettet med fire hvide kurvemøbler og et lille rundt sofabord.

I aktivitetsrummet er der anvendt lyse materialer på vægge og gulv som sammen med kurvemøblerne gør lokalet lyst og indbydende. Der er fire store vinduer hvor der i stedet for almindelige gardiner er blålige rullegardiner der på inspektionstidspunktet var rullet halvvejs op. I hjørnet bag kurvemøblerne er der på en hylde opstillet et tv og i nærhed heraf er der grønne planter i krukker på gulvet. Der er endvidere hængt små genstande og malerier på væggene.

Køkkenet er i umiddelbar forlængelse af spisestue og opholdsrum. Det er mindre end køkkenerne på de andre besøgtede afsnit. Det fremstod pænt, rent og funktionelt.

Ved indgangsdøren mv. til afsnit 22 og 24 hænger et opslag der orienterer patienterne på disse afsnit om betydningen af at døren er henholdsvis låst og åben.

Lofterne var generelt set misfarvet af tobaksrøg, men bortset herfra fremstår afsnittene i en god og tidssvarende stand.

I forlængelse af mine bemærkninger om loftet under inspektionen, beder jeg sygehuset om at overveje en opfriskning af lofterne og meddele mig resultatet af disse overvejelser.

Aktivitetsrum mv.

På sygehusets område findes endvidere et nyindrettet aktivitetslokale som blev omtalt som et samtale- og besøgsrum. Det har store vinduer til to sider. Den ene side vender ud mod de grønne områder, den anden mod gården hvilket giver lokalet et behageligt lys. Lokalet der er indrettet med et lille te-køkken, to skriveborde med computere, et spisebord samt et lille legehjørne med møbler i børnehøjde, var meget indbydende.

Fjorden har desuden en gymnastiksal som dog ikke blev besigtiget.

3.2.6. El-stimulationsbehandling

Sygehuset råder ikke selv over udstyr til el-stimulationsbehandling, men benytter sig af denne behandlingsform. I disse tilfælde køber sygehuset plads på Sct. Hans Hospital og patienten følges af sygehusets eget personale. Selve behandlingen foretages lige hyppigt af sygehusets egne læger som at læger fra Sct. Hans Hospital.

4. Samtaler med enkelte patienter

Under inspektionen havde jeg samtaler med tre patienter som alle havde ønsket en samtale med mig. En af patienterne fra hvem jeg også modtog en skriftlig klage, har modtaget separat svar som opfølgning på samtalen. De to øvrige modtog svar under samtalen. Enkelte af de spørgsmål som patienterne rejste, er nævnt de relevante steder i denne rapport.

For så vidt angår den skriftlige klage henviser jeg til punkt 5.9. nedenfor.

5. Andre forhold

5.1. Overbelægning mv.

Amtssygehuset har som nævnt ovenfor 109 sengepladser fordelt på de forskellige distrikter og afsnit. Sengepladserne er alle enestuer. Flere sengestuer har eget bad eller eget toilet, men slet ikke alle.

Under inspektionen blev det oplyst at amtssygehuset generelt ikke har problemer med overbelægning. Dog forekommer overbelægning ind i mellem. Der er aldrig tale om dobbeltbelægning på sengestuerne på skadestuen og i det intensivt skærmede afsnit (afsnit 41). Hvis skadestuen modtager flere patienter end der er plads til flyttes indlagte patienter til det eller de relevante sengeafsnit. Ingen patienter bliver afvist.

§ 71-tilsynets rapport af 31. maj 2001 indeholder et afsnit om belægningen på de enkelte afsnit for årene 1998, 1999 og 2000. Det fremgår heraf at der i hele denne periode havde været en belægningsprocent på mellem 99,3 og 100,2 på afsnittene samlet set. Disse samlede tal dækker over meget store udsving fra afsnit til afsnit (fra 61,7 til 119,8).

Amtssygehuset Fjorden oplyste overfor § 71-tilsynet bl.a. at belægningsprocenten gennemgående har været højere på lukkede end på åbne afsnit i perioden, og at overbelægning på et afsnit ikke behøver at betyde en reel overbelægning i form af to indlagte på en enkelt sengestue idet flere patienter i udslusningsfasen overnatter i eget hjem uden at de udskrives hver nat således at de i princippet beholder sengen så de har mulighed for umiddelbart at blive indlagt på et allerede for patienten kendt afsnit. Dog oplyste amtssygehuset at der i visse situationer forekommer overbelægning hvor der skal overnatte flere patienter end der er sengestuer til. I disse tilfælde udgør de relativt små sengestuer et problem og i de fleste tilfælde vælger afsnittet at tage opholdsrum og gangarealer i brug til overnatning. I Køge er sengestuerne dog så store at der er mulighed for at indlægge en ekstra person på sengestuerne.

§ 71-tilsynet fandt det kritisabelt at der periodevis var tale om en meget høj belægning på sygehuset. Tilsynet anførte at overbelægning – også i dagtimerne – betyder at forholdene på afsnittene bliver mere trange ligesom presset på fællesfaciliteterne bliver større. Hertil kommer at personalet skal tage sig af flere patienter. Tilsynet understregede at uhensigtsmæssig tidlig udskrivning ikke udgør en acceptabel del af løsningen på overbelægningsproblemerne, idet uhensigtsmæssig tidlig udskrivning bl.a. øger risikoen for genindlæggelse.

Jeg forstod at overbelægning ikke (længere) er et problem på afsnittene. Hvis det skulle forekomme, går jeg ud fra at sygehuset er meget opmærksomt på hvorledes patienterne sammensættes på enestuerne, og at det løbende vurderes hvilke patienter der kan/skal bo sammen. Efter min opfattelse bør der ikke være to patienter indlagt på enestuerne, og patienter bør ikke være placeret på gangen. Hvis det ikke kan undgås, bør de største stuer benyttes til dobbeltbelægning, og en placering på gangen bør være så kort som muligt.

For god ordens skyld beder jeg sygehuset om at oplyse nærmere om belægningssituationen i 2005.

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

Det blev under inspektionen oplyst at den gennemsnitlige indlæggelsestid på sygehuset samlet set ligger på 30 dage, men at tallene varierer fra afsnit til afsnit.

Ledelsen oplyste at ca. 90 % at de voksenpsykiatriske patienter behandles akut. For henviste patienter gælder amtets servicemål om at 85% skal modtages til behandling inden 14 dage. Dette servicemål overholdes som hovedregel. Ledelsen oplyste at der alene er ventetid til behandling på børnepsykiatrisk afsnit. Ifølge ledelsen ligger afsnittet i den bedre ende af Sundhedsstyrelsens oversigt

over ventetider på det børnepsykiatriske område, men ledelsen mente alligevel ventetiderne var for lange. Det blev oplyst at alle børn på venteliste vurderes individuelt og at akutte tilfælde modtages i behandling med det samme. Børn venter ikke på indlæggelse og der kan være sat andre initiativer i gang mens barnet står på venteliste til behandling. De der venter længst venter 5-7 måneder, men de fleste får behandling indenfor 3 måneder. Ledelsen oplyste at der er stor politisk fokus på børnepsykiatrien og at der er planer om at afsnittet skal flyttes til bedre fysiske rammer.

Det er naturligvis beklageligt at børn som henhører under sygehuset, og som har behov for undersøgelse og/eller behandling, må stå på venteliste i længere tid. På baggrund af det oplyste går jeg dog ud fra at der hurtigst muligt efter henvisningen foretages en vurdering af alle henviste børn med henblik på en vurdering af om den pågældende skal undersøges/behandles akut, eller om den pågældende kan sættes på venteliste.

Jeg beder sygehuset og/eller amtet oplyse nærmere om planerne for at flytte børnepsykiatrien til bedre fysiske rammer.

Som anført ovenfor går jeg samtidig ud fra at Roskilde Amt stedse er opmærksom på at søge at sikre at der til enhver tid er et tilstrækkeligt antal dags- og sengepladser til rådighed.

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

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

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).

Som anført ovenfor fungerer enkelte af sygehusets afsnit som lukkede afsnit hvor yderdøren (som hovedregel) er aflåst. Således blev det oplyst at yderdøren til den særlig skærmede enhed (afsnit 41) altid er låst. De fire sengestuer i dette afsnit fungerer almindeligvis som en samlet enhed, men den ene sengestue er fysisk placeret så den kan adskilles fra de tre øvrige ved at lukke en dør. Denne dør bliver efter det oplyste aldrig låst – og den ene stue er således aldrig adskilt fra de øvrige tre med en låst dør. Den ene sengestue kan også benyttes som en yderligere sengestue på skadestuen, i hvilken situation døren til de tre (restende) sengestuer i den skærmede enhed aflåses – i stedet for døren mellem de fire sengestuer og skadestuen.

Yderdørene til afsnittene 43 og 31 var låst på inspektionstidspunktet og jeg fik oplyst at dette også som hovedregel er tilfældet, idet afsnittene benyttes som lukkede afsnit. Vinduerne i hele afsnit 43 er aflåste og kan kun åbnes med hjælp fra personalet.

I afsnittene 21/22 og 23/24 blev det oplyst at afsnit 21 og 23 er åbne afsnit, mens afsnit 22 og 24 som udgangspunkt er lukkede afsnit. På inspektionsdagen var i hvert fald døren til afsnit 24 aflåst – ligesom døren fra trappen ind på gangen til afsnit 23/24 var det. Det fremgår af et opslag jeg modtog under inspektionen at yderdørene til samtlige afsnit i Toftehus er låste i perioden fra kl. 18.00 til kl. 08.00 hvilket muliggør at dørene mellem afsnittene på de enkelte etager kan holdes åbne.

På ungdomspsykiatrisk afsnit besigtigede jeg som nævnt et næsten færdigt indrettet afsnit med to stuer der ca. en måned efter inspektionen ville blive taget i brug når afsnittet får patienter med særlige skærminigsbehov. De to sengestuer kunne fysisk aflåses fra det øvrige ungdomspsykiatriske afsnit således at pati-

enter indlagt på disse stuer har adgang til et fælles opholdsrum med køkken og adgang til en skærmet have. Vinduerne på de skærmede sengestuer ville efter det oplyste blive sikret således at de ikke kan åbnes uden hjælp fra personalet.

Som det fremgår, er dørene til afsnittene aflåste når afsnittene fungerer som lukkede afsnit. Da ikke alle de indlagte patienter på aflåste afsnit er tvangsindlagte/-tilbageholdte forekommer det således at frivilligt indlagte er placeret på aflåste afsnit. På afsnit 43 blev det oplyst at ikke alle patienter var tvangsindlagte/-tilbageholdte, men at afsnittet bestræbte sig på at overføre patienter der ikke (længere) havde brug for lukket psykiatri blev overført til et af distriktets to åbne afsnit i Køge.

Adspurgt oplyste ledelsen at frivilligt indlagte patienter der vil ud i det tidsrum afsnittet er aflåst, bliver lukket ud af personalet.

Der er som anført ovenfor lås på i hvert fald vinduerne på et af sygehusets afsnit. Jeg bemærkede ikke hvorvidt vinduerne var aflåste på de øvrige afsnit.

Jeg beder sygehuset om at oplyse på hvilke (andre) afsnit (end afsnit 43) vinduerne er aflåste så patienten ikke selv kan åbne vinduet for at få frisk luft ind på stuen.

Som det fremgår, skelner sygehusets afsnit ikke på samme måde som tidligere mellem åbne og lukkede afsnit for så vidt angår de fysiske forhold, dog er der som tidligere nævnt fortsat enkelte egentlige lukkede afsnit. Som det også fremgår, har sygehuset små afsnit og mulighed for at placere patienter på særligt skærmede afsnit (afsnit 41 og de to sengestuer på det ungdomspsykiatriske afsnit) med henholdsvis 3-4 og 2 sengestuer.

Det blev samtidig oplyst at skærmning som udgangspunkt ikke er fysisk, men personel. Det blev endvidere oplyst at skærmning anvendes som et grundlæg-

gende 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 sygehuset foretage det der er mindst indgribende for patienten. Under inspektionen modtog jeg kopi af sygeplejefagliginstruks nr. 3.3.5.7 vedrørende skærmning. Instruksen indeholder bl.a. en definition af skærmningsbegrebet på sygehuset hvor der sondres mellem relationelle, observationsmæssige og fysiske foranstaltninger og beskriver sygehusets tre skærmningsniveauer.

Når det skærmede afsnit på det ungdomspsykiatriske afsnit er taget i brug (og har fungeret nogen tid), beder jeg sygehuset om at oplyse hvorvidt det forekommer at døren til det skærmede afsnit aflåses mens den øvrige del af afsnittet (som normalt) fungerer som åbent afsnit. Såfremt dette er tilfældet, beder jeg sygehuset oplyse hvorledes en sådan døraflåsning er blevet registreret.

For god ordens skyld bemærker jeg at jeg ikke har taget stilling til indholdet at den ovenfor nævnte instruks om skærmning.

Under inspektionen fik jeg indtryk af at sygehuset 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, har Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 i forbindelse med tilsynets inspektioner af psykiatriske hospitaler og afdelinger også beskæftiget sig med spørgsmålet om afdelinger hvor der er både frivilligt indlagte og tvangsindlagte/-tilbageholdte patienter. I overensstemmelse med det som tilsynet har tilkendegivet, bør en ordning som den omtalte efter

min mening praktiseres således at en patient der indlægges på et psykiatrisk hospital, og hvor der ikke er tale om at den pågældende er tvangsindlagt eller tilbageholdt, bør tilbydes en plads på en uaflåst del af det psykiatriske hospital, at en patient der overgår fra at være tvangsindlagt/tvangstilbageholdt til at være frivilligt indlagt, tilbydes anbringelse på en uaflåst del af sygehuset, og at det kun undtagelsesvist bør forekomme at en frivilligt indlagt patient af kapacitetsmæssige grunde ikke tilbydes en plads på en uaflåst del af sygehuset. Sker det, bør patienten hurtigst muligt tilbydes en plads på et uaflåst afsnit.

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

Idet jeg går ud fra at sygehuset altid orienterer frivilligt indlagte patienter der indlægges på et aflåst 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 gangarealet. Jeg henviser til min opfølgingsrapport af 7. maj 2003 om inspektionen som kan findes på hjemmesiden www.ombudsmanden.dk.

Som bekendt skal der efter psykiatrilovens § 46 fremsættes forslag til revision af psykiatriloven i folketingsåret 2005-6. Jeg har ikke fundet at burde udtale nogen endelig opfattelse af det her rejste spørgsmål. Som sygehuset er bekendt med har Indenrigs- og Sundhedsministeriet den 9. november 2005 sendt udkast til forslag om ændring af lov om psykiatriloven og retsplejeloven i høring og bedt om at eventuelle bemærkninger til udkastet modtages i ministeriet senest den 1. december 2005. Forslag til ændring af psykiatriloven og retsplejeloven forventes herefter fremsat i begyndelsen af 2006.

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 Roskilde Amtssygehus Fjorden, foretager jeg mig på det foreliggende grundlag ikke noget vedrørende spørgsmålet.

Fiksering foregår efter det oplyste normalt på patientens egen stue. Det blev oplyst at alle etager har en seng der kan fastgøres til gulvet. På ungdomspsykiatrisk afsnit blev det oplyst at fiksering efter åbning af det næsten klargjorte skærmede afsnit skal foregå på en af disse to stuer, hvor også bæltet mv. er placeret (i skab). Fikseringsmateriale opbevares i øvrigt i et aflåst skab i et depotrum 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. Ledelsen oplyste at der altid er fast vagt når en patient er fikseret.

Det blev oplyst at sygehuset oplever at patienter af tryghedsgrunde selv beder om at blive fikseret. Sådanne fikseringer ophæves så snart patienten ønsker det, og registreres altid i tvangsprotokollen (som frivillig).

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

Om frivillig fiksering henviser jeg i øvrigt til punkt 6.3.

5.3. Adgang til frisk luft

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

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

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

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

Alle indlagte på sygehuset har som udgangspunkt adgang til frisk luft hver dag. Ledelsen oplyste at det kan forekomme at tvangsindlagte/-tilbageholdte patienter på grund af personalesituationen i ganske særlige tilfælde ikke kommer ud hver dag. Det blev oplyst at bæltefikserede ikke kommer ud.

Til alle afsnit hører en (gård-)have. Som nævnt oven for under punkt 3.2.2. er der til den særligt skærmede enhed i afsnit 41 knyttet en lukket gårdhave med et højt hegn, mens andre haver alene er indhegnede af lave hegn. Gårdhaverne

er som nævnt (således) ikke sikre idet det vil være muligt at forcere hegnene også på afsnit 41.

Ledelsen oplyste at sygehuset oplever at politiet af og til er betænkelige ved at anbringe særligt varetægtsfængslede på sygehusets afsnit da sygehuset ikke råder over en egentlig sikret gård, men at dette meget sjældent giver egentlige problemer. Varetægtsfængslede (og hvis patienten er tvangsindlagt/-tilbageholdt) har adgang til haverne, kommer på gåture mv. under ledsagelse af personalet. Også varetægtsfængslede har mulighed for at komme ud hver dag, medmindre dette er forbundet med en overhængende flugtrisiko.

Da sygehusområdet er åbent for offentligheden har uvedkommende (principielt) adgang til indkig i (gård-)haverne, men det blev under inspektionen oplyst at personer uden ærinde på sygehuset meget sjældent befinder sig på området – i hvert fald på andre områder end ved vandet.

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

5.4. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2

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

Jeg beder sygehuset om at oplyse hvordan denne vejledning finder sted.

5.5. Patienternes kontakt med læge mv.

Ledelsen oplyste at alle patienter orienteres om forløbet i behandlingen og således er orienteret om hvad der skal ske og at patienten løbende har kontakt med den behandlingsansvarlige læge. Alle patienter kender deres behandlingsplaner. Det var ledelsens indtryk at de små afsnit gjorde det svært for patienter-

ne at ”gemme sig”, og at patienterne generelt ved hvornår de skal tale med lægen og kontaktpersonen igen. Jeg forstod at alle afsnit har en kontaktpersonordning, således at alle patienter tildeles en eller to kontaktpersoner.

På afsnit 31 blev det oplyst at det er afsnittets hensigt at alle indlagte patienter skal have en indlæggelsessamtale inden for de første timer af indlæggelsen, men at dette ikke var fuldt gennemført endnu. I den checkliste jeg har modtaget fra afsnittet findes plads til angivelse af dato for en sådan indlæggelsessamtale.

Jeg forstod at der aftales en ny tid ved hver lægesamtale (hvis det ikke udtrykkeligt fremgår af behandlingsplanen) således at patienten altid ved hvornår den næste samtale skal finde sted.

Jeg anmoder om oplysning om hvorvidt der normalt deltager andre (fx sygeplejerske eller plejepersonale/kontaktperson) i lægesamtalerne, 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 om 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 sygehuset. 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 sygehuset 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 bæltfiksering – 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 bringer patienten afsnittenes hoveddør.

Jeg forstod at politiet kun tilkaldes til sygehuset når der er tale om egentlige politiopgaver – hvilket meget sjældent sker. Ledelsen gav udtryk for at samarbejdet med politiet fungerer godt.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.7. Besøg, visitation og adgang til telefoning

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

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

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

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

I modsætning til de ordninger mv. der regulerer det almindelige daglige liv i institutionerne (fx spisetider), er der her tale om – efter omstændighederne – byrdefulde indgreb i den enkelte patients udfoldelsesmuligheder (om patienten kan modtage besøg, skal visiteres, skal have censureret sin post, kan benytte sin mobiltelefon mv.). Og reglerne omfatter også tvangsindlagte og tvangstilbageholdte patienter.

Jeg henstiller til sygehuset at overveje udfærdigelsen af (lokale) generelle retningslinjer, og som lovet under inspektionen vedlægger jeg til inspiration interne regler som er udfærdiget af Sct. Hans Hospital.

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

For god ordens skyld skal jeg oplyse at jeg i forbindelse med min inspektion af Psykiatrisk Afdeling på Hvidovre Hospital den 8. december 2005 ved brev af 13. december 2005 har fået oplyst at Det Sundhedsfaglige Råd i H:S aktuelt arbejder med at tilpasse de interne regler der er udarbejdet på Sct. Hans Hospital således at reglerne kan fungere på en almenpsykiatrisk afdeling, og ikke kun på et psykiatrisk hospital med specialiserede funktioner. Arbejdet forventes færdiggjort i løbet af første kvartal af 2006.

På sygehuset er det forskelligt fra afsnit til afsnit hvornår der kan modtages besøg. Sygehusets afsnit har ikke lokaler der er særligt indrettede til at modtage besøgende i. Dog oplyste ledelsen at sygehuset kort forinden inspektionen havde indviet et nyt fælles aktivitetsrum (der fx benyttes af patient- og pårørende foreninger) der kan benyttes til besøg hvis man ønsker det. Lokalet benyttes

endnu kun sparsomt. Et enkelt afsnit (afsnit 50) har indrettet et særskilt besøgsrum.

Besøg på de enkelte afsnit forgår som udgangspunkt på patientens egen senge-
stue, men kan også foregå i afsnittes aktivitetsrum hvis dette eller disse ikke
benyttes af andre patienter. Af hensyn til de øvrige patienter afholdes der ikke
besøg i afsnittes dagligstue(r).

Det fremgår af det modtagne materiale at flere afsnit har fastsat besøgstider.
Således kan indlagte på afsnit 21 (22, 23 og 24) afhængig af patientens hel-
bredstilstand modtage besøg alle dage mellem kl. 8 og 22. I afsnit 31 er der
fastsat besøgstid mellem kl. 14 og 22, men at det er muligt efter aftale at mod-
tage besøg også på andre tidspunkter. I afsnittes velkomstfolder fremgår det at
patienter fra andre afsnit og tidligere indlagte ikke kan komme på besøg. Hvis
der er tale om nære familiemedlemmer kan besøg dog forekomme efter nærme-
re aftale med personalet.

I afsnit 43 er besøgende velkomne alle dage mellem kl. 10 og 22, mens det
ungdomspsykiatriske afsnit (61) har besøgsaften om onsdagen. Her kan den
unge få besøg af familie eller venner, eller den unge kan besøge sin familie
hjemme. Alle besøg skal aftales i forvejen. Også her er der et generelt besøgs-
forbud for tidligere patienter.

Det fremgår af en checkliste vedrørende patientforløb som jeg har modtaget fra
afsnit 31 at der kan (eller skal) ske visitation af patienten ved indlæggelsen –
både af patienten og patientens ejendele. Det fremgår ikke hvorvidt denne visi-
tation er obligatorisk eller foretages efter en konkret vurdering i hvert enkelt
tilfælde. Det fremgår af folderen ”Velkommen til Birkehus afs. 31” at med-
bragte ejendele gennemses af hensyn til omsorgen og sikkerheden for patient
og medpatienter. Hvis der findes ting ”der kan være uforsvarlige at have” bli-
ver disse opbevaret indtil patienten udskrives.

Det fremgår af velkomstmaterialet fra afsnit 43 (under overskriften ”visitering”) at personalet vil kigge i patientens bagage ved ankomsten til afsnittet og opbevare genstande som kan være farlige for patienten eller andre.

Jeg går ud fra at sygehuset kun gennemfører visitation ved (særlig) mistanke om at den pågældende patient er i besiddelse af stoffer mv., fx i gentagelsestilfælde af patienter som afsnittet ved er stofmisbrugere. På baggrund af ovenstående beder jeg dog sygehuset oplyse nærmere om adgangen til at visitere patienter.

Jeg beder samtidig sygehuset om at oplyse hvorledes sygehuset (de enkelte afsnit) forholder sig til en (konkret) mistanke om at en patient eller en besøgende medbringer euforiserende stoffer eller andre uønskede genstande (fx våben) på sygehuset.

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 sygehuset at overveje udarbejdelse af, også vil indeholde kompetenceregler.

På alle afsnittene findes mønt- eller korttelefoner, men mange patienter medbringer deres egen mobiltelefon. Ledelsen oplyste at sygehusets patienter som udgangspunkt kan benytte deres mobiltelefon. Dog må patienterne ikke benytte et eventuelt indbygget kamera. Af hensyn til de øvrige patienter i afsnittet må mobiltelefoner kun benyttes på egen stue. Enkelte patienter har af behandlingsmæssige årsager forbud mod at benytte mobiltelefon. Særligt på ungdomspsykiatrisk afsnit er det sygehusets opfattelse at benyttelsen af mobiltelefoner er en del af de unges kultur og identitet.

I velkomstmaterialet fra afsnit 43 fremgår det at mobiltelefon kun må benyttes på egen stue og at kameratelefoner opbevares af personalet.

Det fremgår af det modtagne materiale fra ungdomspsykiatrisk afsnit at de unge gerne må have mobiltelefon i afsnittet, men at telefonen kun må benyttes i fritiden og ikke må medtages til møder, måltider, i skolen, ved samtaler og lignende.

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.

Ledelsen oplyste at der gældende for hele amtets psykiatriske område er indført totalt rygeforbud pr. 1. januar 2006. Herefter må personalet ikke ryge noget sted på området. Ledelsen oplyste at 2005 havde været et prøveår hvor det alene havde været tilladt at ryge få udvalgte steder, primært udendørs. I 2006 vil der på Fjorden blive arbejdet med flere forsøgsprojekter (indenfor en afsat økonomisk ramme) for at få begrænset patienternes rygning og generne herfra fx ved opstilling af rygebokse mv.

Efter ledelsen er det en skrøne at rygning og psykiatri hører sammen. Det er i hvert fald en kultur der er på vej til at forsvinde. I takt med at rygning bliver mindre og mindre accepteret i samfundet bliver der også færre og færre rygere blandt de psykiatriske patienter. Det var dog ledelsens opfattelse at det er en tendens der slår senere i gennem psykiatrien end andre steder. Af hensyn til brandfaren må patienterne ikke ryge mens de ligger i sengen, dog tillades det i konkrete tilfælde for bæltefikserede.

På ungdomspsykiatrisk afsnit må der alene ryges udendørs og afsnittet er således røgfrit indenfor. Sådan har det efter det oplyste været i flere år. I de øvrige

afsnit er det tilladt at ryge i varierende omfang. I flere afsnit må patienterne ryge på sengestuerne, mens det i andre afsnit som udgangspunkt ikke er tilladt og derfor kun tillades i særlige tilfælde (fx særlig lang indlæggelse). Oftest må der ryges i daglig- og spisestuen uden for spisetiderne. I disse afsnit blev det oplyst at der luftes ud i ca. en halv time før morgenmøde, middagsmad og aftenmad. I enkelte afsnit er der indrettet nicher på gangene hvor der må ryges. Under min rundgang mødte jeg også enkelte patienter der gik og røg på gangen. I et enkelt afsnit (afsnit 43) er en lille opholdsstue forsøgsvis indrettet til rygerum, således at det kun er her patienterne må ryge (ud over på egen stue i særlige tilfælde). Det blev oplyst at der er etableret udsugning, men så vidt jeg forstod er denne ikke fuldt tilstrækkelig. Det blev oplyst at ordningen stod for at skulle evalueres. På skadestuen må der ryges i venteværelset og enkelte patienter få lov til at ryge i samtaleværelserne (enten under samtaler eller fordi den pågældende har brug for at sidde alene og vente).

Under den afsluttende samtale medgav ledelsen at sygehuset er bagefter andre psykiatriske sygehuse på dette område, og det blev oplyst at der var planer for at forbedre luften på sygehuset i 2006, bl.a. indgik mulighederne for (bedre) udluftning i overvejelserne.

Som jeg anførte under inspektionen bærer de fleste af sygehusets afsnit (naturligvis med undtagelse af ungdomspsykiatriske afsnit) præg af at der ryges mere eller mindre i hele afsnittet. Flere afsnit har et så dårligt indeklima på grund af røg at det efter min opfattelse er en belastning for både patienter og de ansatte i afsnittene. Jeg er naturligvis opmærksom på at det er forskelligt hvor der må ryges på de enkelte afsnit – og navnlig hvor meget der (faktisk) ryges på afsnittene, men kun enkelte afsnit efterlever en konsekvent rygepolitik. Jeg er også opmærksom på at sygehusets fysiske indretning kan gøre det vanskeligt at indrette særlige rum til rygning. Som jeg nævnte under inspektionen har jeg på andre psykiatriske sygehuse set løsninger der tilgodeser både patienter der ryger og patienter der ikke ryger, fx ved etablering af udsugning i opholdsrum

således at der kan rygges i den ene ende af lokalet mens den anden ende er røgfri.

Efter min opfattelse bør sygehuset overveje at gennemføre en egentlig rygepolitik (samlet eller hvert enkelt afsnit for sig) og sikre at en sådan rygepolitik efterfølgende håndhæves. Jeg beder sygehuset om at oplyse mig om hvad mine bemærkninger giver anledning til.

Jeg beder amtet (eller sygehuset) om at sende mig en kopi af de bestemmelser om røgfri miljøer som amtet har fastsat i henhold til § 2 i lov om røgfri miljøer mv. som sygehuset er omfattet af.

5.9. Forplejning

Forplejningen til patienterne leveres af en ekstern leverandør KRAM madservice A/S. KRAM leverer bl.a. også mad til amtets somatiske sygehus. Ved tilberedningen af mad til Roskilde Amtssygehus Fjorden tages ikke specielt hensyn til at der er tale om psykiatriske patienter. Maden overholder anbefalingerne for dansk institutionskost, dvs. en sammensætning med 30 % fedtindhold, 57 % kulhydrater og 13 % proteiner. De enkelte afsnit vælger mellem to forskellige retter og om de ønsker bi-ret (forret eller dessert) eller frugt. Der er mulighed for at bestille særlige kostdele (fx kartoffelmos, mager ost, fed ost mv.). De enkelte afsnit har også i et vist omfang mulighed for at bestille råvarer og selv tilberede maden.

Det ungdomspsykiatriske afsnit har ansat egen økonoma der tilbereder mad til de unge i afsnittet, der således ikke modtager mad fra det amtslige centralkøkken.

Ledelsen oplyste under den afsluttende samtale at det var planlagt at der skulle ansættes en diætist på sygehuset. Ledelsen erkendte at den ens forplejning gjorde det vanskeligt at hjælpe de patienter der (på grund af medicin) havde meget

let ved at tage på, men også de patienter der meget gerne skulle tage på, men som enten har svært ved det eller som ikke ønsker det.

Det blev oplyst at fællesspisning efter sygehusets opfattelse er en vigtig social begivenhed der bør fremmes på alle afsnit.

I forbindelse med inspektionen spiste jeg og mine medarbejdere et måltid svarende til det som patienterne fik til middag (frokost) den pågældende dag.

En af de patienter jeg talte med under inspektionen afleverede en skriftlig klage over den varme mad, som efter hendes opfattelse var utidssvarende (gammeldags), ensartet, uden smag, udkogt mv. og at der ikke blev taget højde for det kendskab til kostens betydning for patienter (og andres) sundhed og velvære som findes i dag. Den pågældende efterlyste en mere ernærings- og fiberrig kost der samtidig var mere appetitvækkende og foreslog et koncept hvor patienterne hver uge fra et menukort kan bestille kost, et koncept hun kendte fra et andet psykiatrisk sygehus.

Den pågældende klagede også over at der hver dag smides meget mad ud fordi patienterne ikke ønsker at spise det serverede. Når patienter ikke ønsker at spise den serverede mad fravælger de samtidig det sociale samvær på afsnittet.

Ledelsen oplyste at der smides mad ud, men at omfanget varierer meget fra dag til dag – afhængig af menuen.

Jeg sendte en kopi af den skriftlige klage videre til Amtssygehusets ledelse og bad om underretning om ledelsens svar også med henblik på at det kunne indgå i inspektionssagen. Jeg har efterfølgende modtaget kopi af brev af 12. december 2005 til den pågældende. Sygehusets brev til den pågældende indeholder følgende svar vedrørende forplejningen:

”Din konstruktive kritik vil indgå som input i de overvejelser, som allerede nu er i gang på sygehuset vedr. en forbedret patientkost, og din klage vil blive drøftet med sygehusets eksterne madleverandør.

Sygehuset er enig i din generelle betragtning om, at det hidtidige fokus ved produktion af patientkost primært har været tilpasset særlige behov i somatikken. Der er et behov for at få konkretiseret og udmøntet et sufficient kostkoncept tilpasset psykiatriske patienter. Helt konkret kan det derfor oplyses, at der allerede nu er taget initiativ til ansættelse af en diætist på Fjorden.”

Jeg har noteret mig at sygehusledelsen er enig i at der er behov for at få tilpasset patientkosten til patienternes behov, og at sygehuset vil drøfte problemerne med den eksterne madleverandør og – går jeg ud fra – amtet hvis det skulle vise sig nødvendigt. Jeg beder sygehuset om at underrette mig om arbejdet med et nyt kostkoncept.

5.10. Udslusning, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Det blev oplyst at der generelt ikke er patienter der venter på botilbud efter endt behandling, men at der i specielle tilfælde kan være ventetid på 2-4 måneder. Ledelsen oplyste at nogle patienter for et par år siden kunne vente i op til et år, og at sygehuset den gang havde 5-6 senge besat med ventende patienter på årsplan. Ledelsen oplyste at det sjældent er amtslige tilbud der ventes på, men oftest kommunale.

Sygehuset har ikke patienter indlagt der har været indlagt hele livet eller patienter med udsigt til at skulle være indlagt resten af livet. Alle patienter udskrives efter endt behandling – enten til eget hjem som færdigbehandlede eller til fortsat ambulante behandling eller til socialpsykiatrien.

Det fremgår af § 71-tilsynets rapport at der pr. 6. marts 2001 var indlagt i alt 8 færdigbehandlede patienter (samme antal som pr. 1. december 2001), og at personalet på afsnit 21 havde oplyst at det var et stort problem. Problemet skyldes mangel på flere forskellige botilbud.

Tilsynet fandt det kritisabelt at der befandt sig færdigbehandlede patienter på sygehuset som alene ventede på et passende kommunalt eller amtskommunalt udslusningstilbud. Tilsynet opfordrede sygehuset til at fastholde og udbygge samarbejdet mellem sygehuset og relevante botilbud.

Ledelsen oplyste at problemet med at få færdigbehandlede patienter udskrevet til botilbud mv. havde været et stort problem i 1990'erne, hvor der havde været mangel på særlige botilbud. Amtet havde for at afhjælpe problemet oprettet det socialpsykiatriske botilbud Glim Refugium med plads til 12 beboere hvoraf de 10 kom fra amtssygehuset. Ledelsen oplyste at mange beboere siden var kommet videre til andre tilbud eller til eget hjem.

Jeg har noteret mig det oplyste om at sygehuset normalt (ikke længere) 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.”

Spørgsmålet om udarbejdelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner blev ikke drøftet under inspektionen.

Overlægen har efter psykiatrilovens § 3, stk. 4, pligt til at udarbejde skriftlige udskrivningsaftaler mellem patienten, den psykiatriske afdeling, de relevante

myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienterne, medmindre overlægen kan lægge til grund at patienten selv vil søge den behandling eller de sociale tilbud der er nødvendige for patientens helbred. Dvs. at sådanne aftaler også skal udarbejdes i de tilfælde hvor psykiatrisk afdeling formidler kontakten til de relevante myndigheder.

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

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

Med disse bemærkninger beder jeg sygehuset om at oplyse om sygehusets 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

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).

Som det fremgår ovenfor har amtssygehuset børne- og ungdomspsykiatriske afsnit. Fra og med det fyldte 18. år overgår patienter til voksenpsykiatriske afsnit. Ledelsen oplyste at børne- og ungdomspsykiatrien holdes adskilt fra voksenpsykiatrien i amtet.

Det fremgår af § 71-tilsynets rapport at der på det skærmede afsnit (41) i perioden fra den 1. april 2000 til den 30. marts 2001 havde været indlagt 13 patienter under 18 år. Heraf var de otte 15 år eller derunder, herunder en 8-årig dreng (der havde været indlagt i to omgange). Afsnittet oplyste at afsnittet havde mulighed for at skærme én stue fra de øvrige stuer hvis dette var nødvendigt i forhold til det øvrige patientklientel. Der havde været perioder hvor flertallet af de indlagte på afsnittet havde været unge.

Tilsynet anførte at der var usikkerhed om hvorvidt mindreårige kunne være indlagt på afsnit 41 uden at være adskilt fra voksne patienter på afsnittet. Tilsynet ville i sin opfølgning anmode om en præcisering heraf.

Da jeg ikke har kendskab til hvilket præciserende svar § 71-tilsynet har fået fra sygehuset, beder jeg sygehuset oplyse om det forekommer at mindreårige er indlagt på andre afsnit end de børne- og ungdomspsykiatriske afsnit.

Samspillet mellem psykiatriloven, lov om forældremyndighed og lov om social service blev ikke nærmere drøftet under inspektionen, men ledelsen oplyste at der var opmærksomhed herpå.

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

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

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 sygehuset har et godt samarbejde med patientrådgiverne der 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. Ledelsen oplyste samtidig at sygehuset har et godt samarbejde med statsamtmanden og patientklagenævnet. Der afholdes fællesmøder i hvert fald hvert andet år hvor der diskuteres gensidige problemer.

Det fremgår af Årsberetningen fra Det Psykiatriske patientklagenævn i Roskilde Amt for 2004 at patientrådgiveren i 2004 mødte til 80% af møderne på sygehuset (samme andel som patienterne), mens lægen mødte i til 96,7% af møderne. I 2004 blev der afholdt møde på sygehuset i 30 klagesager. Patientklagenævnets møder afholdes på sygehuset torsdage kl. 14 (når der er behov herfor). Undtagelsesvis, hvis patienten ikke kan forlade afsnittet, afholdes møder i patientens afsnit.

Ledelsen oplyste at sygehuset har en helt fast procedure til hvilken patientrådgiver der skal kontaktes, hvilket sker efter en liste, men det var ledelsens indtryk at nogle patientrådgivere var mere tilgængelige end andre. Dog var der sjældent egentlige problemer med at skaffe en patientrådgiver.

Adspurgt oplyste ledelsen at Sundhedsministeriets pjece ”Tvang i psykiatrien – om psykiatriske patienters rettigheder ved tvangsindgreb” udleveres til patienter der udsættes for tvang og herudover ligger til rådighed i afsnittene (på flere

sprog) sammen med andet informationsmateriale. Sygehuset råder ikke over eget informationsmateriale på andre sprog end dansk, men ledelsen oplyste at information af patienter og pårørende er et af sygehusets planlagte fokusområder i 2006. Da sygehuset indimellem modtager patienter af anden etnisk oprindelse end dansk – også fra et nærliggende asylcenter – indgår det i det kommende arbejde at få oversat informationsmateriale til andre sprog.

På det særligt skærmede afsnit (41) fik jeg forevist en brevmappe med forskelligt informationsmateriale om sygehuset, diagnoser, arbejdsmetoder, lovgivning mv. som udleveres til alle indlagte patienter. Det blev oplyst at hvis patienten ønsker det kan han/hun få udvalgte sider med hjem ved udskrivning. Jeg forstod at den mappe jeg fik forevist var et udkast, men at det var planlagt at alle afsnit i Distrikt Øst skal udlevere sådan en mappe til patienterne, og en tilsvarende (blot i pap mappe) til de pårørende.

Jeg forstår det oplyste således at sygehuset 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 fremgår af velkomstmaterialet fra ungdomspsykiatrisk afsnit at voldelige udtalelser og adfærd ikke accepteres i afsnittet. De indlagte unge må ikke være i besiddelse af knive eller andre skarpe, spidse eller farlige genstande i afsnittet.

Det fremgår af administrativ instruks nr. 4.4.5.2. at vold eller trusler om vold er ”enhver form for adfærd, som af personalet føles som sårende eller forårsager fysisk, psykisk eller emotionel overlast.” I instruksens er det anført at sygehusets sikkerhedsudvalg tager vold og trusler alvorligt og at det er holdningen at vold og trusler aldrig er et privat problem. Det fremgår at det er den enkelte medarbejders grænse der afgør hvornår der er tale om en arbejdsskade. Sikkerhedsudvalget har udarbejdet et registreringsskema for vold og trusler mod personalet hvori personalet skal sætte en krydsmarkering til identifikation af den aggressive adfærd. Skemaet er opdelt i verbal aggression (nedgørende tale, udkældende tale, truende tale, skræmmende tale og verbale trusler), non-verbal aggression (kropslig positur, skræmmende ansigtsudtryk), vold på ting, vold på personer (skubben og puffen, kradsen, bid, slag med flad hånd, slag med knytnæve, spark, angreb med våben) og andet.

Instruksen indeholder en plan for hvorledes – og i hvilken rækkefølge - episoder af vold og trusler skal følges op, både umiddelbart (akutfasen - medarbejderen, patienten og roen i afsnittet) og på lidt længere sigt (behandlingsfasen for medarbejderen), herunder om udfyldelse af registreringsskemaet ”Vold og trusler på Fjorden”.

Det fremgår videre af instruksens at distriktsledelsen skal inddrages ved overvejelser af om episoden eventuelt skal politianmeldes. Distriktsledelsen skal inddrages med henblik på en orientering og eventuel vurdering, herunder om det er sygehuset eller den enkelte som privatperson der skal stå for anmeldelsen.

Efter min opfattelse er det mest hensynsfuldt over for den forurettede at ledelsen (distrikts- eller sygehusledelsen) under normale omstændigheder indgiver politianmeldelse, dog med mulighed for at undlade dette af hensyn til den forurettede. Jeg beder sygehuset om at oplyse hvorvidt det anførte i instruksens skal forstås sådan at ansvaret for at (tage stilling til spørgsmålet om at) indgive politianmeldelse ligger hos personalet selv, eller om det ligger hos ledelsen, dog således at der ikke indgives anmeldelse hvis forurettede ikke ønsker det.

5.14. Opbevaring af journaler

Overalt på sygehuset opbevares patientjournaler på kontorerne i de enkelte afsnit i hængemapper eller i brevbakker. Det blev under rundgangen alle steder oplyst at kun relevant personale har adgang til journalerne og kontorerne, der er aflåste hvis de ikke er bemandede.

Det blev oplyst at sygehuset er i gang med at indføre et elektronisk journalsystem, men at der stadig printes ud til papirjournalen. Projektet var så vidt jeg forstod, startet i uge 43 (2005).

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

Jeg anmoder om oplysning om hvornår sygehuset forventer (fuldt ud) at overgå til elektroniske journaler.

5.15. Handicaptilgængelighed

Sygehuset har som det fremgår ovenfor under punkt 3.1. bygninger i tre etager. De fleste bygninger er af ældre dato, men spørgsmål om handicaptilgængelighed er indgået ved istandsættelser og renoveringer. Sygehusets afsnit er således indrettet så kørestolsbrugere kan færdes (næsten) overalt. Sygehuset har fx ingen dørtrin, der er indrettet ramper, elevatorer, handicaptoiletter og – bad, ligesom yderdøre er forsynet med ringklokker.

Ledelsen oplyste at sygehuset ind imellem har patienter med fysiske handicap der er kørestolsbrugende.

Uanset at sygehuset 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.”

Sygehuset har ikke noget patientråd. Det blev oplyst – og det fremgår af det materiale jeg har modtaget – at der på alle afsnit holdes morgenmøde på alle hverdage hvor alle patienter deltager. På nogle afsnit holdes der også fælles aftenmøde.

Eksempelvis fremgår det af velkomstmaterialet fra ungdomspsykiatrisk afsnit at der holdes morgenmøde mandag til fredag kl. 8.45 hvor dagen planlægges sammen med de unge. Morgenmødet bruges også til at tale om hvordan patienterne har det og til at diskutere emner af fælles interesse. På afsnittes holdes aftenmødet kl. 16.15. Her tales der om hvordan dagen gik og hvilke planer der er for aftenen.

Jeg anmoder sygehuset om at sende mig en kopi af de bestemmelser som sygehuset har udfærdiget (eller udfærdiger) i medfør af bestemmelsen i bekendtgørelsens § 1.

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 sygehuset modtaget to behandlingsplaner for patienter på to forskellige afsnit. Det fremgår af dem begge at patienten har forholdt sig accepterende til planens indhold.

Det blev under inspektionen oplyst at sygehuset lægger stor vægt på samarbejdet med patienten der altid har kendskab til planens indhold.

Behandlingsplanerne giver ikke anledning til bemærkninger.

5.18. Euforiserende stoffer og alkohol

Det fremgår af det modtagne materiale for afsnit 21 (22, 23 og 24) og det ungdomspsykiatriske afsnit at alkohol, hash og andre rusmidler ikke må medbringes i afsnittene. Det fremgår videre af materialet fra det ungdomspsykiatriske afsnit at de indlagte ikke må være påvirkede heraf.

Ledelsen oplyste at sygehuset kun i meget begrænset omfang oplever at der findes euforiserende stoffer på afsnittene. Ledelsen oplyste at det sjældent gav anledning til problemer. Samarbejdet med politiet – særligt på området der grænser op til sygehusets område – fungerer efter det oplyste godt. Politiet tager henvendelser om ”mistænkelige” personer ved busstoppesteder, kiosken

mv. alvorligt. Dette har bevirket at sygehuset ikke (længere) oplever at der sker salg til patienter – eller at patienter sælger til hinanden. Men sygehuset har (naturligvis) patienter der er misbrugere af euforiserende stoffer og alkohol.

Det er ikke ledelsens opfattelse at patienter er økonomisk afhængige af andre patienter – heller ikke i kraft af handel med andet end stoffer og alkohol. Men også for at imødegå sådan en afhængighed er personalet på alle afsnit opmærksomme på om nogle patienter sælger til, eller bytter deres ejendele med andre patienter. Personalet forsøger at begrænse sådanne aftaler. I kraft af at afsnittene er så (forholdsvis) små er det svært at ”gemme” sig i et afsnit og eventuelle episoder opdages hurtigt. Opdager personalet at der foregår noget ”anderledes” tages der kontakt med patienten(-erne). Personalet tilbyder opbevaring af ejendele eller penge hvis patienten ønsker dette.

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

5.19. Rekruttering af personale og sygefravær

Sygehuset har generelt ikke problemer med rekruttering af personale, bortset fra speciallæger hvor sygehuset oplever de samme problemer som mange andre steder i landet. Sygehuset oplever at det er særligt svært at rekruttere speciallæger indenfor børne- og ungdomspsykiatrien. Ledelsen oplyste at der i øjeblikket er en stigende tendens til at ikke alle stillinger besættes når de bliver ledige, men at sygehuset generelt er godt søgt. Sygehuset havde i en periode tidligere haft svært ved at rekruttere sygeplejersker. På tidspunktet for inspektionen var der både ubesatte lægestillinger og en sekretærvakance. Alle ledige stillinger besættes med faguddannet personale.

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

Roskilde Amt har udarbejdet en fælles sygefraværspolitik der gælder i hele amtet. For at nedbringe sygefraværet skal der afholdes sygefraværssamtaler med det formål at drage omsorg for medarbejderen og for at afdække om der er arbejdsmiljømæssige årsager til fraværet. Med baggrund i denne generelle sygefraværspolitik har sygehuset udarbejdet en lokal politik indeholdende en procedure for sygemelding, sygefraværssamtaler, tilbagevenden efter sygdom mv.

Ledelsen oplyste at sygefravær følges af ledelsen og indberettes periodevis til amtet. Det var ledelsens indtryk at også medarbejderne var glade for politikken, men dette ville blive undersøgt i den forestående arbejdspladsvurdering (APV).

Det blev oplyst at sygefravær ikke er et større problem i en faggruppe frem for en anden. De enkelte afsnit oplever indimellem kortere eller længere perioder med meget sygefravær.

Jeg har noteret mig det oplyste.

På sygehuset er der udarbejdet en vejledning i påklædning. De fleste medarbejdere går i privat tøj hvorfor navneskiltet er det eneste der viser at den pågældende er medarbejder. Vejledningen gør opmærksom på at det er vigtigt at være opmærksom på hvilke signaler påklædningen sender. Påklædning og optræden skal matche de forventninger om troværdighed og seriøsitet som både patienter og personalet har til de (andre) ansatte. Påklædningen må ikke være udfordrende eller provokerende og der skal tages hensyn til sikkerhedsrisici og hygiejne. Vejledningen indeholder nogle eksempler på uacceptabel påklædning (fx trøjer og bluser hvor maven er synlig).

5.20. Navneskilte

På de fleste afsnit er der opsat navneskilte udenfor sengestuerne. På de navneskilte jeg så var alene fornavnet angivet. Det blev oplyst at enkelte patienter undertiden foretrækker at alene efternavnet er anført.

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

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 sygehuset er opmærksomt herpå. 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 sygehusets 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 sygehuset forud for den 28. september 2005 (hvor inspektionen blev varslet), men efter den 1. januar 2005 (hvor bekendtgørelsen trådte i kraft). 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 omhandlede tilfælde af personlige alarm- og pejlesystemer. Det fremgår af bestemmelsens stk. 3, at Sundhedsstyrelsen leverer elektronisk indberetningsprogram til brug for denne indberetning (Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetnings-system).

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.

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

Det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 at der til brug for de psykiatriske afdelinger leveres et elektronisk indtastningsprogram

med 5 elektroniske blanketter omhandlende registrering af henholdsvis 1) frihedsberøvelse, 2) tvangsbehandling, 3) fiksering og fysisk magtanvendelse, 4) beskyttelsesfiksering/-foranstaltning, og 5) aflåsning af patientens stuedør på Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Vestsjælland. Blanket 6 (personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse) skal dog foreløbigt indberettes på den af Sundhedsstyrelsen udarbejdede blanket.

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

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

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

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

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

Jeg har fra sygehuset modtaget udskrifter af registreringsskemaer fra det elektroniske indberetningssystem.

Jeg beder sygehuset oplyse hvorledes sygehusets procedure for registrering af tvanganvendelse og indberetning til Sundhedsstyrelsen er, herunder hvorvidt sygehuset fortsat umiddelbart anvender de tidligere papirskemaer (eller andet) der herefter indtastes i Sundhedsstyrelsens Elektroniske Indberetningssystem, og om – og i givet fald hvor – der foretages notat om at indberetningen er sket.

Som nævnt i indledningen modtog jeg det materiale jeg anmodede om under inspektionen. Materialet indeholder i alt 20 skemaer vedrørende frihedsberøvelse (tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse – skema 1), 10 skemaer vedrørende tvangsbehandling (skema 2) og 31 skemaer vedrørende fiksering og fysisk magtanvendelse (skema 3). Jeg har foretaget en sortering af de modtagne skemaer, således at min gennemgang nedenfor alene omfatter de 10 seneste tilførsler vedrørende frihedsberøvelse (skema 1) og fiksering og fysisk magtanvendelse (skema 3). Jeg beklager samtidig de misforståelser formuleringen af mit anmodningsbrev har givet anledning til – herunder unødigt tidsforbrug. 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, samtidig omfattende 1 tilførsel om tvangstilbageholdelse og 5 udelukkende vedrørende tvangstilbageholdelse. Tilførslerne (skemaerne) vedrører frihedsberøvelse iværksat i perioden fra den 7. september 2005 til den 25. september 2005.

Tvangsprotokollen består af særlige skemaer (nu elektroniske blanketter) udarbejdet af Sundhedsministeriet. For frihedsberøvelse benyttes Tvangsprotokol – skema 1, som anvendes både ved tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse således at det 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. I de tidligere papirskemaer skulle der ske markering ved afkrydsning.

Som anført er 5 frihedsberøvelser begyndt som tvangsindlæggelse, og 5 er begyndt som tvangstilbageholdelse.

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

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

I 3 tilfælde af tvangsindlæggelse er det ved afkrydsning angivet at tvangsindlæggelsen er sket på grund af farlighed, mens 2 tvangsindlæggelser er sket af helbredsmæssige grunde. I 4 af de 5 tilfælde hvor frihedsberøvelsen er iværksat som tvangstilbageholdelse, er det sket på grund af farlighed og i det sidste tilfælde af helbredsmæssige grunde.

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 den elektroniske blanket.

I alle 10 skemaer er der angivet en dato for overlægens stillingtagen. I 6 tilfælde har overlægen taget stilling til frihedsberøvelsen samme dag som iværksættelsen af frihedsberøvelsen, og i 4 tilfælde har overlægen taget stilling 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 sygehuset om at oplyse nærmere om sygehusets 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 tvangsbehandlingens § 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 tvangstilbeholdes. Datoerne for efterprøvelser samt dato for overlægens stillingtagen i denne forbindelse anføres i rubrikkerne under overskriften ”Efterprøvelse af frihedsberøvelse”.

Der er sket følgende afvigelser fra disse regler:

I forbindelse med en tvangstilbageholdelse iværksat den 9. september 2005 skete efterprøvelserne efter 3, 10 og 20 dage rettidigt, mens efterprøvelserne på 30. dagen (den 9. oktober 2005) og den umiddelbart efterfølgende (30. dagen + 4 uger, den 6. november 2005) skete én dag for sent (henholdsvis den 10. oktober og den 7. november 2005).

I forbindelse med tvangsindlæggelse iværksat den 12. september 2005 er efterprøvelsen på 3. dagen sket rettidigt, mens de efterfølgende tre efterprøvelser er sket på 7., 14. og 28. dagen. Der er således ikke sket efterprøvelser på 10., 20. og 30. dagen.

I forbindelse med tvangstilbageholdelse iværksat den 14. september 2005 er det angivet at der er sket efterprøvelse efter 2 og 6 dage. Tvangstilbageholdelsen ophørte på 6. dagen, men efterprøvelsen (efter 3 dage) er sket én dag for tidligt.

Det er beklageligt at efterprøvelsene i flere tilfælde er sket for sent.

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

I forbindelse med tvangsindlæggelse iværksat den 7. september 2005 er efterprøvelsen på 3. dagen sket rettidigt. Der er der ikke gjort notat om yderligere

efterprøvelser og der er ikke foretaget notat om ophør af frihedsberøvelsen eller om at patienten er udskrevet.

I forbindelse med tvangstilbageholdelse iværksat den 15. september 2005 er der ikke gjort notat om efterprøvelser og der er ikke foretaget notat om ophør af frihedsberøvelsen eller om at patienten er udskrevet.

Jeg beder sygehuset om en udtalelse om disse to tilfælde.

I de øvrige tilfælde er den obligatoriske efterprøvelse efter det angivne sket på det i loven angivne tidspunkt. I 4 tilfælde er ophævelsen af frihedsberøvelsen sket inden eller på 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 som anført rubrikker i tvangsprotokollen (skemaet) til angivelse af datoen for overlægens stillingtagen.

Datoen for overlægens attestation er i alle tilfælde på nær ét angivet som samme dag som efterprøvelsen. I dette tilfælde er datoen angivet til 7 dage efter efterprøvelsen. Der er tale om en tvangstilbageholdelse iværksat den 9. september 2005 hvor datoen for overlægens stillingtagen til efterprøvelsen på 30. dagen (foretaget på 31. dagen – den 10. oktober 2005) er angivet som værende sket den 17. oktober 2005.

Jeg beder sygehuset om en udtalelse om dette tilfælde.

I 8 af de 10 tilfælde er datoen for ophør af frihedsberøvelsen angivet. I 2 tilfælde (som nævnt ovenfor) er der ikke angivet dato for ophøret for frihedsberøvelsen (der er heller ikke angivet at der er sket fortsatte efterprøvelser eller at patienten er udskrevet).

Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom, jf. også ovenfor.

6.2. Tvangsbehandling

Jeg modtog 10 skemaer vedrørende beslutninger om tvangsbehandling vedrørende 6 patienter. Tilførslerne (skemaerne) vedrører alle beslutninger om tvangsbehandling truffet i tidsrummet fra den 20. juni 2005 til den 12. september 2005.

For tvangsbehandling benyttes tvangsprotokol – skema 2.

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

De modtagne skemaer vedrører 8 tilfælde af medicinering (heraf 4 vedrørende samme patient), 1 tilfælde af ernæring og 1 tilfælde af ECT-behandling.

Tvangsbehandling må kun anvendes over for personer der er indlagt, og som opfylder betingelserne for tvangstillbageholdelse. 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 angivet i alle tilfælde.

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

I ét tilfælde (beslutning om tvangsmedicinering af 6. juli 2005) er dosis angivet som ”stigende til 300 mg dgl” og ”stigende til 200 mg dgl”.

I ét tilfælde (beslutning om tvangsernæring af 26. august 2005) er rubrikken ”Art og omfang” udfyldt således: ”Sondemadning med Nutrison + vand x 3 i døgnet”.

I disse to tilfælde er der ikke angivet en (start)dosis. Dette er beklageligt.

I ét tilfælde (beslutning om tvangsmedicinering af 18. juli 2005) er rubrikken ”Art og omfang” udfyldt således: ”Risperdal 2 mg x 2, stign. Til 3 mg x 3”, mens rubrikken ”Tilladt magtanvendelse” er udfyldt således: ”fastholdelse + alt.inj. zyprexa 10 mg x 2”.

Jeg forstå skemaet således at der kan anvendes injektion med et andet præparat hvis den pågældende patient ikke indtager det først anførte præparat. Hvis denne forståelse er korrekt, burde den alternative indgivelsesform have været angivet i feltet ”Art og omfang” og ikke som tilladt magtanvendelse. For god ordens skyld beder jeg derfor sygehuset oplyse hvorvidt denne forståelse er korrekt.

I ét andet tilfælde (beslutning om tvangsmedicinering af 19. juli 2005) er rubrikken ”Art og omfang” udfyldt som ovenfor, mens rubrikken ”Tilladt magt-

anvendelse” er udfyldt således: ”fastholdelse og Cisordinol acutard 15 mg/3. dag”.

Jeg må forstå det således at der alternativt kan forsøges med det andet præparat (depotmedicin) hvis den pågældende patient ikke indtager det først nævnte præparat. Umiddelbart må jeg forstå at der er tale om at det alternative præparat kan gives i injektion. Hvis denne forståelse er korrekt burde den alternative medicin og indgivelsesmåde have været angivet i feltet ”Art og omfang” og ikke som tilladt magtanvendelse. For god ordens skyld beder jeg derfor sygehuset om at oplyse hvorvidt denne forståelse er korrekt.

I ét tilfælde (beslutning om tvangsbehandling med ECT af 11. august 2005) er der i rubrikken ”Art og omfang” anført ”Ect efter ordination”.

Umiddelbart er der ikke angivet nogen (start)dosis i dette tilfælde. Da jeg ikke er bekendt med i hvilket omfang ECT-behandling tilpasses den enkelte patient eller er en standard dosis, beder jeg sygehuset om at uddybe det i skemaet anførte.

I ét tilfælde (beslutning om tvangsmedicinering af 4. september 2005) er rubrikken ”Art og omfang” udfyldt således: ”NAC-drop”.

Umiddelbart er der ikke angivet nogen (start)dosis i dette tilfælde. Da jeg ikke er bekendt med hvori et NAC-drop består, beder jeg sygehuset om at uddybe det i skemaet anførte.

I de øvrige tilfælde er indholdet af tvangsbehandlingen angivet i overensstemmelse med det der er angivet i vejledningen.

I ét tilfælde (beslutning om tvangsmedicinering af 20. juni 2005) er følgende angivet i rubrikken "Art og omfang": Zyprixa 5 mg x 2 dgl.-til 20 mg/døgn/tbl.el.inj.

I dette tilfælde er indholdet af tvangsbehandlingen (medicineringen) angivet med to alternative indgivelsesmåder, således at ordineringen lyder på tabletter eller injektion.

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

Jeg beder sygehuset oplyse hvorvidt den pågældende patient i det anførte tilfælde modtog medicinen per oral eller som injektion de 36 gange hvor medicinen ifølge skemaet blev givet.

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

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

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

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

Jeg beder hospitalet om en udtalelse herom.”

Sct. Hans Hospital anførte i en udtalelse af 12. juli 2004 bl.a. at princippet om anvendelse af mindste-middel hyldes overalt i psykiatrien og således også ved tvangsbehandling. Det blev i udtalelsen videre oplyst at alle læger ved introduktionsundervisningen undervises i brugen af tvang og reglerne herfor, herunder at medicin skal forsøges givet oralt som det første, og at injektionsbehandling kun må anvendes hvis dette afslås, og at det også i det medicinmodul der hører til den elektroniske patientjournal, udførligt er beskrevet hvordan medicin skal gives, og at den per orale ordination skal forsøges først. Sygehuset 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.

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

Uanset at jeg alene har modtaget ét eksempel hvor der i rubrikken "Art og omfang" er anført alternative indgivelses måder (hertil kommer dog det ovenfor omtalte tilfælde hvor alternativet er anført i rubrikken "Tilladt magtanvendelse", og uanset at jeg må gå ud fra at sygehuset altid anvender mindstemiddel-princippet (også) ved tvangsmedicinering, således at det altid forsøges at give medicinen per orale før der anvendes injektion, og at de behandlende læger er bekendt med denne praksis, henstiller jeg – under henvisning til ovennævnte principielle overvejelser om den sproglige præcision der kan forlanges – til sygehuset at overveje at give retningslinjer for udfyldelsen af tvangsprotokollen således at det sikres at udfyldelsen sker på en sådan måde at det – også for udenforstående – tydeliggøres hvilken ordinationsform der skal forsøges først. Jeg beder om underretning om resultatet af disse overvejelser.

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

I 8 skemaer er angivet "fastholdelse" (i en eller anden form) i rubrikken om tilladt magtanvendelse. I ét af disse skemaer (beslutning om tvangsmedicinering af 20. juni 2005) er der i rubrikken anført: "fastholdelse til beh.m. inj. præp.". I ét skema (beslutning om ECT-behandling af 11. august 2005) er det anført at der kan anvendes magt "i fornødent omfang". I det sidste skema (beslutning om tvangsmedicinering af 4. september 2005) er der i rubrikken anført: "Mindst muligt som muliggør beh. gennemført".

I de to sidstnævnte tilfælde er det beklageligt at der ikke er angivet hvilken form for magt der eventuelt vil kunne anvendes. En udfyldelse som den anførte er efter min opfattelse indholdsløs.

I to skemaer (beslutninger af 18. og 19. juli 2005) er der – som nævnt ovenfor – tillige i feltet ”Tilladt magtanvendelse” anført at der kan anvendes medicin.

I disse to tilfælde har jeg ovenfor bedt sygehuset bekræfte om min forståelse er korrekt.

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 – i enkelte tilfælde alene ved initialer.

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

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 tilfælde er der sket notering af at tvangsbehandlingen har fundet sted én eller flere gange.

For god ordens skyld bemærker jeg dog at jeg går ud fra at sygehuset 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 sygehuset i sådanne situationer vurderer patientens samtykke i lyset heraf.

Endelig skal datoen for beslutning om ophør af tvangsanvendelsen angives. Dette er sket i 8 af de 10 tilfælde.

Jeg beder sygehuset om en udtalelse om de 2 tilfælde (beslutninger om iværksættelse af tvangsbehandlinger af 22. juli og 12. september 2005) hvor der – som nævnt ovenfor – ikke er angivet en dato for beslutning om ophør af tvangsbehandlingen.

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 31 skemaer til brug for tilførsler til tvangsprotokollen vedrørende tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt. Som også anført har jeg begrænset min gennemgang til de 10 seneste skemaer.

De gennemgåede skemaer dækker perioden fra den 16. til den 26. september 2005. Skemaerne omfatter i alt tre forskellige patienter.

De 10 gennemgåede skemaer omhandler i alt 11 tilfælde af tvangsfiksering og/eller fysisk magt, herunder indgivelse af beroligende medicin. Der var tale om i alt 4 tilfælde af anvendelse af bælte, 2 tilfælde af anvendelse af remme, 4 tilfælde af fastholdelse og 1 tilfælde af anvendelse af beroligende medicin. Heraf er der 4 kombinationer af tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt (2 tilfælde af anvendelse af bælte og remme og 2 tilfælde hvor der er sket fastholdelse i forbindelse med anvendelse af bælte).

Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type tvangsforanstaltning – enten bælte, remme, handsker, fastholdelse, dø-raflåsning eller beroligende medicin. Feltet er forudfyldt med en ”bullit” i ”Bælte”. Efter registrering af en tvangsforanstaltning, kan der tilføjes nye indberetninger om fiksering og fysisk magtanvendelse inde for samme indlæggelsesperiode. I de tidligere papir skemaer var der på hvert skema plads til tre tilfælde af tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.

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 døraflåsning og beroligende medicin.

I alle tilfælde er iværksættelsestidspunktet angivet ved dato og klokkeslæt.

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

I de 2 tilfælde hvor der er truffet beslutning om anvendelse af remme, har overlægen taget stilling til beslutningen samme dag som 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, i 3 tilfælde alene ved initialer. For så vidt angår indgivelse af beroligende medicin, er navnet på den tilstedeværende læge således angivet i dette tilfælde, og den ordinerende læge er også den tilstedeværende læge.

I alle tilfælde er navnene på det implicerede personale angivet, nogle gange alene ved fornavn og i de fleste tilfælde alene ved initialer.

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

Efter tvangsbekendtgørelsens § 16, stk. 1, må fiksering af patienter der af trykshedsgrunde 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 31 modtagne skemaer ét tilfælde hvor det er noteret at fikseringen var frivillig. Der er i dette tilfælde noteret navn på den ordinerende (samtykkende) læge.

Det blev – som anført ovenfor under punkt 5.2. – under inspektionen oplyst at sygehuset oplever at patienter af trykshedsgrunde selv beder om at blive fikse-

ret, at sådanne fikseringer ophæves når patienten beder om det, og at sådanne tilfælde registreres i tvangsprotokollen (som frivillig).

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

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

Jeg beder ledelsen om at redegøre for sygehusets praksis med hensyn til tilkaldelse af læge 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 hertil. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type begrundelse – enten farlighed, forulempelse, hærværk, urolig tilstand eller frivillig bæltefiksering (en indirekte henvisning i stikordsform til bestemmelserne i lovens § 14 og § 17).

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

Der er i alle tilfælde sket anførsel af tvangsindgrebets art og begrundelsen 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 med dato og klokkeslæt.

I tilfældet vedrørende beroligende medicin er der alene angivet et iværksættelsestidspunkt.

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

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

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

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

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

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

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

6.4. Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning

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

6.5. Personlige alarm- og pejlesystemer

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

6.6. Særlige dørlåse

Jeg har ikke modtaget skemaer vedrørende anvendelse af særlige dørlåse.

7. Opfølgning

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

8. Underretning

Denne endelige rapport sendes til Roskilde Amtssygehus Fjorden og Roskilde Amt, Folketingets Retsudvalg og Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 og sygehusets patienter og pårørende.