

Den 27. november 2002 afgav jeg endelig rapport om min inspektion den 26. november 2001 af Psykiatrisk Afdeling på Vejle Sygehus. I rapporten bad jeg afdelingen og Vejle Amt om udtalelser mv. om nærmere angivne forhold.

Jeg modtog herefter en udtalelse af 10. januar 2003 fra Psykiatrisk Afdeling på Vejle Sygehus og en udtalelse ligeledes af 10. januar 2003 fra Vejle Amt, Psykiatriforvaltningen.

Den 7. maj 2003 afgav jeg min opfølgingsrapport (nr. 1) om inspektionen. I rapporten bad jeg afdelingen og Vejle Amt om udtalelser mv. om nærmere angivne forhold.

Jeg modtog herefter en udtalelse af 2. juni 2003 fra Psykiatrisk Afdeling på Vejle Sygehus og en udtalelse af 20. juni 2003 fra Vejle Amt, Psykiatriforvaltningen.

Jeg skal herefter meddele følgende:

Ad punkt 3.2.1. Åbent afsnit E32

I afsnittets telefonboks konstaterede jeg at der ved telefonen var opsat et skilt hvorpå der stod ”taletid max 10 minutter”.

I min opfølgingsrapport (nr. 1) udtalte jeg blandt andet følgende:

”20 patienter er henvist til at benytte denne telefon. Jeg har forståelse for det hensyn der ligger bag skiltningen, nemlig at alle patienter skal have adgang til at telefonere. Jeg er også

opmærksom på at der kan være tilfælde hvor en enkelt patient ønsker at lægge beslag på telefonen i meget lang tid, til gene for de øvrige patienter. Skiltningen fremstår imidlertid efter min opfattelse meget absolut – som et egentligt forbud mod at føre telefonsamtaler på mere end 10 minutter. Ud over at et sådant forbud kan virke stødende på patienterne, må det også i nogle tilfælde indebære en unødigt begrænsning for en patient der har behov for at føre telefonsamtale(r) af længere varighed.

Jeg henstiller at skiltet fjernes eller – hvis et skilt findes nødvendigt – erstattes af et skilt med en 'blødere' formulering, f.eks. med en opfordring til at være opmærksom på om andre patienter venter på at komme til telefonen. Hvis der virkelig er behov for en fast maksimal tidsgrænse på f.eks. 10 minutter, bør afdelingen overveje at opsætte yderligere en telefon.

Jeg udbeder mig underretning om hvad der sker i anledning af min henstilling.”

Psykiatrisk Afdeling på Vejle Sygehus har oplyst at det nu er besluttet at skiltet i telefonboksen fjernes.

Jeg foretager ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål.

Ad punkt 3.2.4. Dagcenter/ambulatorium

I min opfølgingsrapport (nr. 1) tog jeg til efterretning at der ikke længere ryges i dagcenterets spisestue. Jeg bad om oplysning om hvad der sker med hensyn til etablering af ventilationsanlæg i spisestuen.

Psykiatrisk Afdeling på Vejle Sygehus har oplyst at det fra psykiatriforvaltningen er oplyst at sagen er behandlet i sundhedsudvalget, og at sagen vil blive videresendt til økonomiudvalget i forventning om at udluftningsanlæg etableres i efteråret 2003.

Jeg går ud fra at sygehuset og amtet vil holde mig underrettet såfremt etablering af et udluftningsanlæg mod forventning ikke sker. Jeg foretager på denne baggrund ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål.

Ad punkt 5.4. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2

I min opfølgingsrapport (nr. 1) udtalte jeg følgende:

”Jeg henviste i den endelige rapport til at lægen efter psykiatrilovens § 3, stk. 2, skal vejlede patienten om formålet med indlæggelsen, opholdet og behandlingen samt udsigten til bedring af helbredstilstanden.

Jeg bad afdelingen om at oplyse hvorledes denne vejledning finder sted.

Psykiatrisk afdeling har anført at vejledningen finder sted i forbindelse med indlæggelsen. Hvis det ikke er muligt på grund af patientens sindstilstand, sker det i løbet af den første uge i forbindelse med udarbejdelse af behandlingsplaner.

*Jeg bad psykiatrisk afdeling om at oplyse **hvorledes** patienten vejledes om de forhold der er nævnt i psykiatrilovens § 3, stk. 2. Psykiatrisk afdeling har alene oplyst **hvornår** vejledningen finder sted.*

Jeg gentager mit spørgsmål idet jeg bemærker at jeg forstår at der i nogle tilfælde ikke kan vejledes samtidig med indlæggelse. Jeg bemærker også – hvad jeg lægger til grund at psykiatrisk afdeling er opmærksom på – at udarbejdelse af behandlingsplaner ikke kan erstatte forpligtelsen efter § 3, stk. 2, i psykiatriloven.”

Psykiatrisk Afdeling på Vejle Sygehus har oplyst følgende herom:

”Underretningen foregår mundtligt. Den indlæggende læges henvisningsoplysninger omkring problemstilling og tentativ diagnose drøftes med patienten. Derefter undersøges patienten og patienten vejledes om indlæggelsens formål, behandlingstiltag, behandlings- og bedringsmuligheder og behandlingsformål med henblik på at opnå patientens samtykke til behandlingen. Patienten får oplysning om pjecer bl.a. vedr. tvang i psykiatrien, som er tilgængelige på afdelingen.”

Idet jeg går ud fra at vejledningen foregår i overensstemmelse med det angivne hvad enten der er tale om vejledning samtidig med indlæggelsen eller på et senere tidspunkt (til patienter

som på grund af deres sindstilstand ikke vejledes samtidig med indlæggelsen), foretager jeg ikke mere vedrørende spørgsmålet.

Ad punkt 5.6. Besøg, visitationer og adgang til telefonering

I min opfølgingsrapport (nr. 1) udtalte jeg følgende:

”Jeg beskrev i den endelige rapport forskellige begrænsninger i adgangen til besøg, tilstedeværelse ved åbning af post og adgangen til at telefonere som jeg på forespørgsel fik oplyst af psykiatrisk afdeling under inspektionen, og jeg anførte herefter:

’Der er ikke i psykiatriloven eller i anden lovgivning (bortset fra hvad der kan udledes af retsplejelovgivningen) fastsat bestemmelser om visitation af breve og pakker, om besøgsforbud og om adgang til at bestemme begrænsninger i adgangen til at benytte telefon. Der er heller ikke på anden måde fra centralt hold fastsat regler på området.

For at institutioner som Psykiatrisk Afdeling på Vejle Sygehus 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, er der her tale om efter omstændighederne byrdefulde indgreb i den enkelte patients udfoldelsesmuligheder. Og reglerne omfatter også tvangsinlagte og tvangstilbageholdte patienter.

Jeg har forstået at afdelingen ikke har skrevne regler om indgrebene/begrænsningerne. Under hensyn til at der er tale om efter omstændighederne væsentlige indgreb/begrænsninger i den enkelte patients udfoldelsesmuligheder, bør der efter min opfattelse udfærdiges skriftlige regler (retningslinjer) for denne type af indgreb/begrænsninger, herunder også med angivelse af hvem der har kompetence til at træffe afgørelse om indgrebene/begrænsningerne, og hvornår beslutninger om indgreb/begrænsninger skal revurderes.

Jeg udbeder mig oplysning om hvad der sker i anledning af min anbefaling.’

Psykiatrisk afdeling har i brevet af 10. januar 2003 anført:

'...'

Da de nævnte begrænsninger forekommer så sjældent (ingen el. få gange årligt) finder vi det mest hensigtsmæssigt og fuldt forsvarligt at fortsætte den nuværende konduite.

...'

Vejle Amt har erklæret sig enig i psykiatrisk afdelings besvarelse med henvisning til at amtets værdigrundlag bygger på individuel tilgang til den enkelte patient og vurderingen af dennes behov for behandling, samt det faktum at begrænsningerne forekommer sjældent.

Den nævnte anbefaling har jeg fremsat over for andre psykiatriske afdelinger og sygehuse der alle har valgt at følge anbefalingen.

Jeg lægger efter det oplyste til grund at der ved Psykiatrisk Afdeling på Vejle Sygehus i nogle år ingen begrænsninger er af den omtalte karakter, og at der i andre år kun er ganske få. Under disse omstændigheder vil jeg ikke afgive en egentlig henstilling til psykiatrisk afdeling om fastsættelse af skrevne retningslinjer idet jeg går ud fra at den ledende overlæge har fuldt kendskab til de (meget) få tilfælde der forekommer, og til de beslutninger der træffes, herunder hvor længe de skal være gældende. Jeg går endvidere ud fra at psykiatrisk afdeling vil tage spørgsmålet om fastsættelse af retningslinjer op igen hvis antallet af tilfælde stiger væsentligt bl.a. med den konsekvens at de ovennævnte forudsætninger om den ledende overlæges rolle i disse sager ikke længere er til stede.

Jeg kan i øvrigt oplyse at jeg vil rette henvendelse til Indenrigs- og Sundhedsministeriet om bl.a. dette spørgsmål i forbindelse med den revision der skal ske af psykiatriloven i 2005-6."

Psykiatrisk afdeling har hertil oplyst følgende:

"Foranlediget af opfølgingsrapporten er afdelingen gået i gang med at udarbejde retningslinjer for begrænsninger som ikke er bestemt af psykiatriloven. Afdelingen baserer sit arbejde på instruks af 13. november 2002 fra Sønderjyllands Amt vedr. begrænsninger, som ikke er omfattet af psykiatriloven, som ombudsmanden ifølge den 2. opfølgingsrapport vedr. inspektion den 7. juni 2001 på Haderslev Sygehus ikke har bemærkninger til."

Jeg tager det oplyste til efterretning og foretager ikke mere vedrørende spørgsmålet. Jeg beder dog afdelingen om at fremsende en kopi af de nævnte retningslinjer når de foreligger.

I opfølgingsrapporten anførte jeg videre:

”Psykiatrisk afdeling har på min anmodning vedlagt retningslinjer for anvendelse af mobiltelefoner. Retningslinjerne (af februar 2002) angiver at mobiltelefoner kun må bruges på sengestuerne, ’og helst kun efter kl. 16.00’.

Jeg beder oplyst begrundelsen for at mobiltelefoner helst kun må bruges efter kl. 16.00.”

Psykiatrisk afdeling har hertil oplyst følgende:

”Vedr. vores henstillinger om, at mobiltelefoner helst kun må bruges efter kl. 16.00 skal det ses på baggrund af, at tiden fra kl. 8-16 er helliget terapeutiske relationer med patienterne, og det findes uhensigtsmæssigt at disse forstyrres af mobiltelefonringning.”

Afdelingens retningslinjer for anvendelse af mobiltelefoner er generelt formuleret som anbefalinger, og angår i øvrigt kun patienternes mobiltelefonering og ikke patienterne telefonering i almindelighed. Retningslinjerne giver mig på denne baggrund ikke anledning til bemærkninger. Jeg går ud fra at afdelingen vil overveje at lade retningslinjerne indgå i de ovenfor nævnte retningslinjer for begrænsninger som ikke er bestemt af psykiatriloven.

Ad punkt 6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

I den endelige rapport anførte jeg følgende:

”...

I 3 tilfælde er begrundelsen for beslutning om døraflåsning angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende ’Urolig tilstand’.

I 3 tilfælde er begrundelsen for beslutning om døraflåsning angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende ’Farlighed’. I det ene af disse tilfælde er det angivet af døraflåsningen skete frivilligt.

I et tilfælde er begrundelsen for beslutning om døraflåsning i kombination med indgivelse af beroligende medicin angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende 'Urolig tilstand'.

Hjemmel for døraflåsning findes i psykiatrilovens § 17, stk. 1, 2. punktum, hvorefter der over for personer der er frihedsberøvet efter reglerne i kapitel 3, kan anvendes den magt der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen. På Sundhedsstyrelsens skema 3 findes ingen begrundelsesrubrikker som umiddelbart svarer til bestemmelsens betingelser.

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

...

Psykiatrisk afdeling har, som gengivet i min opfølgingsrapport (nr. 1), udtalt følgende:

”...

Vi betragter døraflåsning af et åbent afsnit som et mindre indgreb end overflytning til en lukket afdeling. Overflytning til lukket afdeling af patienter indlagt på Vejle Sygehus vil i praksis betyde en overflytning til psykiatrisk afdeling i enten Horsens eller Kolding. Konkret vil det i Vejle-afdelingen altid dreje sig om aflåsning af adgangsdøren til afsnit E51, den såkaldte 'observationsafdeling', der er normeret med 3 sengepladser og hvor antallet af plejepersonale pr. patient vil være betydelig højere end på vores to 20-sengsafsnit.

Der kan som udgangspunkt være tale om en:

- 1) helt frivillig foranstaltning
- 2) et led i en frihedsberøvelse

Ad 1: en frivilligt indlagt patient kan være så adfærdsforstyrret, at der er behov for en høj personalenormering omkring den pågældende. Forstyrrelsen kan f.eks. have karakter af, at patienten uforsætligt forlader afdelingen og er ude af stand til at finde tilbage ved egen hjælp.

Sådanne patienter vil ofte blive overflyttet til en lukket afdeling. Har vi imidlertid plads på E51, vil vi i henhold til mindste middels princip forsøge at rumme patienten der. I nogle tilfælde kan det kun gennemføres, når døren aflåses.

Vedr. frivillig aflåsning af dør kan det dreje sig om patienter, der reelt opfylder betingelserne for en tvangstilbageholdelse, men som netop ikke har forlangt sig udskrevet og som heller ikke gør det i forbindelse med informationen om, at døren vil blive låst af hensyn til deres fortsatte ophold.

Ad 2: Det sker undtagelsesvis og efter en nøje vurdering, at vi modtager patienter til tvangsindlæggelse på afdelingen i Vejle. Noget hyppigere sker det, at vi tvangstilbageholder patienter, såvel på behandlings- som farlighedskriteriet. Når en låst dør er en betingelse for at fastholde disse patienter i afdelingen og vi i øvrigt mener at kunne rumme patienterne, finder vi det en mindre indgribende foranstaltning at aflåse døren frem for at flytte patienterne til en lukket afdeling i Horsens eller Kolding. I praksis vil der altid være tale om aflåsning af adgangsdøren til afsnit E51.

Når døren således er aflåst på afdelingen informeres de øvrige patienter om, at aflåsningen 'ikke gælder dem', således skal de blot henvende sig til personalet, når de ønsker at forlade afdelingen.

For en god ordens skyld skal det påpeges, at det jo langt fra er alle patienter i en traditionel låst afdeling, der er tvangsindlagte eller tvangstilbageholdte, disse frivilligt indlagte patienter kan jo i lighed med det ovenfor beskrevne forlade afdelingen efter aftale med personalet. Jf. i øvrigt punkt 5.2.

...

I min opfølgingsrapport (nr. 1) anførte jeg følgende:

"En betingelse for at iværksætte døraflåsning efter psykiatrilovens § 17, stk. 1, 2. punktum, er at der (også) formelt er truffet afgørelse om tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse. Døraflåsning kan således efter denne bestemmelse ikke anvendes som en 'helt frivillig foranstaltning' hvor patienten 'reelt opfylder betingelserne for en tvangstilbageholdelse'. Det er overordentlig vigtigt at der i alle tilfælde foreligger fuldstændig klarhed over om en patient er administrativt frihedsberøvet eller ej. Det gælder både de formelle beslutninger herom efter psykiatriloven og de reelle vilkår som patienten er undergivet.

Idet jeg i denne sammenhæng ser bort fra de særlige regler i psykiatrilovens § 18 om beskyttelsesfiksering, jf. tvangsbekendtgørelsens § 23, er det min opfattelse at den retsopfattelse som psykiatrisk afdeling har givet udtryk for, ikke har støtte i psykiatriloven. I det omfang der er administreret i overensstemmelse med en sådan retsopfattelse, må jeg anse det for beklageligt, og jeg går ud fra at det ophører.

Det som afdelingen har anført om døraflåsning som 'et led i en frihedsberøvelse', giver mig ikke anledning til kritik idet jeg henviser til det som jeg anførte i den endelige rapport, side 16."

Psykiatrisk afdeling har oplyst at "afdelingen nu [har] ændret praksis i overensstemmelse med ombudsmandens anvisning".

Jeg foretager ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål.

7. Opfølgning

Jeg betragter herefter min inspektion af Psykiatrisk Afdeling på Vejle Sygehus som afsluttet. Jeg afventer dog sygehusets fremsendelse af de retningslinjer der er omtalt under punkt 5.6.

8. Underretning

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

Inspektionschef
Lennart Frandsen