

Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71

Christiansborg, den 1. september 2005

Rapport om § 71-tilsynets uanmeldte besøg på Frederiksberg Hospitals Psykiatriske Afdeling afsnit D2 øst den 1. april 2005

1. Indledning

Den 1. april 2005 aflagde § 71-tilsynet et uanmeldt besøg på Frederiksberg Hospitals Psykiatriske Afdeling afsnit D2 øst.

Baggrunden for det uanmeldte besøg var en konkret henvendelse fra patienter, der havde været indlagt på afsnittet og havde kritiseret forholdene.

En betydelig del af tilsynets besøg bestod af samtale med ledelsen på afsnittet. Derudover foretog tilsynet en rundgang på afsnittet og havde 1 fortrolig samtale med en af de tvangsindlagte patienter.

Udkast til den faktuelle del af rapporten blev den 20. april 2005 sendt til Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) med kopi til afdelingen. Tilsynet anmodede om eventuelle bemærkninger til rapporten, ligesom tilsynet anmodede om svar på 16 spørgsmål.

H:S har i sit svar af 19. juli 2005 kommenteret rapportudkastet og besvaret spørgsmålene.

2. Tilsynet udtaler

Personale, rekruttering og efteruddannelse

Tilsynet finder det positivt med de beskrevne efteruddannelses initiativer, herunder kurset "Forebyggelse af vold" og den efterfølgende opfølgning og supervision.

Fysiske rammer

Efter tilsynets opfattelse er de fysiske rammer og forholdene i øvrigt særdeles gode og tidssvarende. Tilsynets opfattelse skal bl.a. ses i lyset af, at alle patienter har enestuer og at der ikke forekommer overbelægning.

Belægning

Tilsynet finder det positivt, med de beskrevne tiltag for at forebygge overbelægning på afdelingen.

Men tilsynet skal dog understrege, at det efter tilsynets opfattelse er vigtigt at være opmærksom på risiko for uhensigtsmæssig tidlig udskrivning, som efter tilsynets opfattelse ikke udgør en acceptabel løsning på et muligt overbelægningsproblem. Idet uhensigtsmæssig tidlig udskrivning bl.a. øger risikoen for genindlæggelse.

Udslusning og børn og unge under 18 år

Tilsynet finder det beklageligt, at det overhovedet forekommer, at børn og unge under 18 år tvangsindlægges på et voksenpsykiatrisk afsnit.

Tilsynet finder det endvidere beklageligt, at op til 8 patienter på afdelingen har ventet i mere en et halvt år på et kommunalt botilbud. Men finder det positivt med den fortsat gode dialog med kommunen.

Tvangsanvendelse

Tilsynet finder, at det er en god måde, hvorpå afdelingen har redegjort for tvangsanvendelsen på afdelingen.

Psykologbehandling

Tilsynet finder det positivt med muligheden for, at patienterne kan få et samtaleforløb med en psykolog.

Information

Tilsynet finder det positivt med den information, som patienterne får om deres rettigheder.

Vedrørende frivilligt indlagte patienter på aflåste afsnit er det tilsynets opfattelse, at de bør få sengeplads på et uaflåst afsnit, medmindre de selv ønsker at få sengeplads på et af de aflåste afsnit.

Derudover skal tilsynet anmode om en redegørelse snarest for, hvordan det kan forekomme, at en frivilligt indlagt patient kan have begrænsninger i sine udgangsmuligheder.

Pårørendepolitik i forhold til familier med børn

Tilsynet finder det positivt med den beskrevne pårørende politik.

Rygepolitik

Tilsynet finder det vigtigt, at balancen mellem patienternes selvbestemmelsesret og afdelingens rygepolitik sikres således, at individuelle begrænsninger for en patient på et lukket afsnit ikke af patienten opfattes som indgreb, der kan sidestilles med tvangsindgreb.

3. Generelt

Psykiatrisk Afdeling D er opdelt i tre søjler, som hver består af et åbent og et lukket sengeafsnit, samt et dagafsnit. Derudover er der to distriktpsykiatriske centre, og et langtidspsykiatrisk afsnit. De to af søjlerne er almenpsykiatriske, medens den tredje er gerontopsykiatrisk, der er i alt 36 lukkede sengepladser fordelt på 12 på hver af de 3 afsnit. De to almenpsykiatriske søjler er orienteret geografisk, således at den ene henvender sig til borgere, der bor i den vestlige side af Frederiksberg, regnet fra Ndr. Fasanvej, hvor den anden henvender sig til den østlige side. Det gerontopsykiatriske afsnit er for patienter i alderen 65 år og over.

4. Tilsynets rundgang på afsnit D2 øst

Afsnit D2 øst

Afsnit D2 øst er et lukket afsnit med 12 enestuer med eget bad og toilet. Der var 10 døgnindlagte patienter og 2 dagpatienter på besøgsdagen.

Skadestuen

Personalet oplyste, at der var 4 senge i skadestuen med mulighed for overnatning – uden indskrivning – hvis der var en, der havde brug for det. De ville næste dag også få mulighed

for at snakke med en læge. I den forbindelse oplyste personalet, at distriktspsykiatrien holdt dem orienteret om, hvem der var på vej.

Patientgruppen

På afsnittet var der såvel frivilligt indlagte, tvangsindlagte og retspsykiatriske patienter. Derudover var der pt. 1 patient under 18 år, en patient på 15 år, hvor der var søgt overflytning til Bispebjergs Ungdomspsykiatriske Afdeling. Personalet fandt det svært utilfredsstillende, at det kunne forekomme, at der unge under 18 år på afsnittet.

Tilsynet spurgte til hvem, der kom med patienterne i forbindelse med indlæggelsen. Personalet oplyste, at de for det meste kom selv, herudover kunne være pårørende, bostedet, plejehjemmet, socialrådgiveren eller politiet, der var med.

Dobbeltdiagnosepatienter

Der var patienter med et alkoholmisbrug, hvor afrusning også indgik i behandlingen, modsat ved stofmisbrugere. Personalet oplyste i den forbindelse, at der ikke var problemer med euforiserende stoffer på afdelingen.

Patienter med anden etnisk baggrund end dansk

Personalet oplyste, at tolkebistanden fungerede godt.

Fysiske rammer

Afsnittet var nyrenoveret i 2002 og fremstod nyt, lyst og imødekommende. Der var 1 kombineret opholds- og spisestue med køkken, 1 rygeopholdsstue og 1 familierum.

Det var personalets og patienternes opfattelse, at der efter renoveringen, hvor antallet af sengepladser var blevet reduceret fra 26 pladser til 12 havde oplevet, at afsnittet var blevet mere roligt og de følte også, at de bl.a. brugte mindre tvangsfiksering. De havde kvartaler uden tvangsfikseringer – det var dog kun en fornemmelse. Pt. havde de 1 patient, der var tvangsfikseret, en surrogat fængslet dement mand, som ville blive overflyttet til Sct. Hans Hospital i løbet af april 2005.

Tilsynet besøgte en af stuerne med eget bad og toilet. Toilet og bad fremstod lyst og pænt. Patientstuen havde hospitalsseng og natbord og 1 skab, samt 1 bord med 1 stol. Det var tilsynets opfattelse, at stuen fremstod bar og upersonlig.

I forbindelse med indretning af patientstuerne oplyste personalet, at de af hensyn til beskyttelsen af de selvmordstruede patienter ikke havde bundprop i håndvasken, bruseren var let og faldt derfor ned ved for stort pres og ledningen til at indstille sengen var låst inde i en boks under sengen. Personalet oplyste i forlængelse heraf, at der i det sidste 2½ år havde været 3 selvmordsforsøg på afsnittet og 1 tilfælde med ildspåsættelse i hår.

Der var direkte udgang til den lukkede gårdhave. Personalet oplyste, at døren kun var låst i tidsrummet 21.00 til 06.00. Personalet oplyste samtidig, at de gerne ville vide, når patienterne gik ud i have, da det var nemt at hoppe over muren. De havde mellem 1 til 4 patienter på ”springtur” om året.

Behandling og brugen af tvang

Adspurgt mente personalet ikke, at brugen af tvang kunne afskaffes. Det var mere et spørgsmål om, hvad man kalder sin behandling – her blev bl.a. henvist til brugen af gummiceller i andre lande.

Vedrørende brugen af samtaleterapi modsat medicin oplyste personalet, at den gruppe af patienter, der var på den lukkede var så syge, at samtaleterapi ikke var realistisk.

Patienterne var dog medicinfrige i perioder, herunder hvis medicinen ikke virkede og hvor der var manglende information om sygdommen.

Til spørgsmålet om den øgede brug af ECT-behandling mente personalet, at den øgede brug kunne skyldes, at de nye antidepressiva med de færre bivirkninger ikke havde så stor effekt, som de gamle produkter og patienterne derfor kunne blive dårligere og have brug for ECT-behandling i stedet. På afdelingen havde de ikke set denne stigende tendens. Desuden var behandlingen frivillig, ca. hvert 2. år var der en patient i en livstruende situation, hvor de gav ECT med tvang.

Vedrørende udskrivnings- og koordinationsplaner oplyste personalet, at de satsede på samarbejdet, for der var ingen sanktionsmuligheder i de nævnte planer. De oplyste, at de tværfaglige konferencer, hvor bl.a. kommunen også deltog, gav en hurtig og effektiv kommunikationsvej.

Aktiviteter

Personalet oplyste, at aktiviteterne var tilpasset den enkelte og at der generelt ikke var en fast struktur vedrørende aktiviteter på det lukkede afsnit, eftersom patienterne havde det betydeligt dårligere, end når de var på et åbent afsnit, der derfor også havde flere planlagte aktiviteter.

På afsnittet var der ergoterapi 30 timer om ugen – herunder 1 aften om ugen. Der var 1 løbe- og stavgangsgruppe med en løbende vurdering om, hvem der kunne være med. Det sker ved lægelig ordinerings. Der var, på grund af patienternes helbred, ikke på dette afsnit fokus på tilbud om uddannelse.

Graden af terrænfrihed fremgår af patienternes individuelle behandlingsplan.

Telefon og husordner

Personalet oplyste, at patienterne har deres egen mobiltelefon og altid kan låne afsnittets telefon. De oplyste endvidere, at det forekommer sjældent, at en patient har restriktioner på telefonering.

Personalet oplyste, at de selvfølgelig havde en husorden.

Pårørendepolitik

Der var en løbende foredragsrække for pårørende, vedrørende de forskellige psykiatriske sygdomme.

Vedrørende børn af sindslidende, havde de et ansvarligt panel siddende på Bispebjerg, som bestod af læger, socialrådgivere og sygeplejersker. Personalet oplyste, at det var fast

procedure i skadestuen, at personalet skulle spørge til, om der var hjemmeboende børn. De var afhængige af denne mundtlige information.

Information og klagesager

På patientstuen ligger informationsmateriale om klagemuligheder, patientrettigheder og om selve afdelingen. Endvidere er der på afsnittet materiale om f.eks. de forskellige lægemidler.

Vedrørende patientrådgivere oplyste personalet, at der var en fast stab på 7, som de holdt møde med 2 gange om året. På rådgivernes vegne efterlyste de bedre uddannelse af rådgivere. Den vejledning som personalet giver, burde efter personalets opfattelse ligge i et andet regi.

Personalet oplyste endvidere, at der kunne gå op til 2 til 3 måneder uden klagesager for det lokale patientklagenævn. Nævnet holdt sine møder på afdelingen.

Kommunalreform

Personalet frygtede, at kommunalreformen ville skabe mere bureaukrati eftersom strukturen ville ændre sig således, at psykiatrien ville blive adskilt fra resten af sygehusvæsenet. Det var sket i andre amter og f.eks. har psykiatrien i Odense ingen plads i amtets lægeråd med den begrundelse, at psykiatrien ikke er en del af sygehusstrukturen.

5. Særlige spørgsmål

Personale

Normering

Afsnittet råder over 1 overlæge og 2 reservelæger. Derudover er normeringen for plejepersonalet 22 fuldtidsstillinger. Fordelt på 6 i dagvagt, 4 i aftenvagt og 3 i nattevagt. Afsnittet råder endvidere over 1 lægesekretær 31 timer om ugen, 1 socialrådgiver 15 timer om ugen, 1 fysioterapeut 17,5 timer om ugen og 1 ergoterapeut 34 timer om ugen samt psykolog efter særskilt ordination.

Personalet var af den opfattelse, at de, sammenlignet med andre, havde en god normering. De havde i forhold til plejepersonalet ikke rekrutteringsproblemer. Dog var det svært at få læger og psykiatere. Dette problem var pt. løst på den måde, at ”studentervikarer” udfyldt de tomme stillinger. Personalet har ansvaret for administration af eget uddannelsesbudget.

Rekruttering

H:S har oplyst følgende om eventuelle rekrutteringsproblemer og ledige stillinger:

”For lægernes vedkommende har der været rekrutteringsproblemer til uddannelsesstillinger til videreuddannelse i psykiatri gennem de sidste flere år. Således har der 2 år i træk ikke været ansøgere til 2 2-årige undervisningsstillinger, der går over i 1-årige 1. reservelægestillinger. Der er derfor mangel på både reservelæger og 1. reservelæger. Dette har til dels været afhjulpet ved, at der har været ansat et par ekstra reservelæger i introduktionsstillinger til specialet og ved at der i perioder har været ansat medicinstuderende, som lægevikarer. Der har imidlertid i efteråret 2004 i et par måneder været henholdsvis 1 og 2 regulært ubesatte reservelægestillinger og foråret 2005 har der i nogle måneder været 3 ubesatte 1. reservelægestillinger og der mangler fortsat frem til 01.06.05 2 1. reservelæger. Placeringen af de ubesatte stillinger i forhold til afsnit er ud fra et skøn over behovet for lægedækning og er således ikke bundet af den enkeltes ansættelse. Inden for de øvrige sundhedsfaglige grupper har der kun været ledige stillinger i perioder som følge af afgang i

stillingen og eventuelle forsinkelser i opslag, grundet frister for indsættelse og opslag eller drøftelser i afdelingen om omfordeling af ledige stillinger eller timer.

Medio juli er de 2 1. reservelægestillinger besat.”

Efteruddannelse

H:S har i sit svar til tilsynet oplyst følgende om efteruddannelsesinitiativer:

”Alle afsnit i afdelingen tilgodeses med efteruddannelses tilbud, der både specifikt og generelt skal forbedre de ansattes uddannelsesniveau og kompetence. Således gennemføres der hvert år kurser i ”Forebyggelse af vold” i afdelingen med efterfølgende årlige opfølgingsdage. Der er tværfaglig supervision hver 14. dag i alle afsnittene, så alt personale bliver bedre til at se hvilke reaktioner de har på kontakten til patienterne med henblik på at få det bedst mulige behandlingsudbytte af kontakten. Desuden har der gennem flere år været tilbud om et 3-dages kursus i kognitiv terapi til alt personale i afdelingen. Dette tilbud er nu minimeret til 1 dags undervisning og praktisk implementering påbegyndt. Uddannelse i kognitiv terapi er yderligere blevet udbredt i afdelingen ved, at der for nogle år siden blev givet 2 ugers kurser til personalet ved almenpsykiatrisk dagafsnit og distriktspsykiatrien og der er etableret ekstern supervision af kontaktpersonernes samtaleforløb med patienterne i disse enheder. Vi har nu udvidet tilbuddet til de almenpsykiatriske åbne afsnit, hvor vores ledende psykolog giver psykoedukation til patienterne sideløbende med at supervisere og undervise plejepersonalet i kognitiv terapi til brug for kontaktpersonernes samtaler med patienterne. Vi har planlagt at udvide tilbuddet om videreuddannelse i kognitiv terapi og supervision efterfølgende til de lukkede afsnit og til de gerontopsykiatriske afsnit. Det må imidlertid udbygges trinvis, da det kræver bedret økonomiske ressourcer. Alle afsnit i afdelingen har en årlig emnedag, hvor de med vejledning vælger et relevant undervisningsemne og en underviser for dagen. Supplerende til disse afsnitsrettede tilbud er der selvfølgelig efteruddannelse af enkeltansatte, hvoraf skal særligt nævnes årskurser i kognitiv terapi og specialistuddannelse for psykiatriske sygeplejersker, samt efteruddannelse for psykiatriske sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i psykiatrisk sygepleje.

Der er mulighed for deltagelse i sygeplejefaglig vejledning.

Fire ansatte (1 sygeplejerske, 2 kliniske sygeplejevejledere, 1 ergoterapeut) har taget en masteruddannelse under ansættelsen og yderligere 1 overlæge er under uddannelse.

Tre ansatte er under uddannelse i H:S Lederdiplomuddannelse.

Afdelingsledelsen har deltaget i henholdsvis Hope og KIOL samt sammen i H:S Lederuddannelsesprogram.

Afdelingssygeplejerskerne har været på Frederiksberg Hospitals lederuddannelse i 2004 og igen 1 uges kursus i 2005. Herudover er der planlagt 5 enkeltdage i efteråret 2005, hvor afdelingssygeplejersker planlægger at deltage.

Afdelingens Lederråd afholder årligt et internat Lederseminar, hvor relevante emner drøftes og eventuel implementering planlægges.

Nyansatte i afsnittet gives mulighed for deltagelse i introduktionsprogram udover Frederiksberg Hospitals generelle introduktionsprogram i 9 enkeltdage (afviklet i 2004 – efterår 2005).

Obligatorisk for alle ansatte kurser i hjertestop og brand.

De enkelte afsnits praktikvejledere har en 6-ugers diplomuddannelse eller forventes at deltage i dette.

Herudover er der fra hospitalets Kvalitets- og Udviklingsafdeling en bred vifte af uddannelses tilbud af både administrativ og faglig karakter, som personalet tilmelder sig.”

Enestuer og fysiske rammer

Samtlige patientstuer er enestuer med eget toilet og bad.

H:S har i sit svar til tilsynet oplyst følgende om ændringer i de fysiske rammer: ”Ændringer af de fysiske rammer blev fuldført i 2001 da et lukket afsnit på 20 senge (ikke 26 senge) kunne flytte i nybyggeri, hvor der var planlagt med 3 lukkede afsnit normeret til 12 senge hver. Ved nybyggeriet blev der således mulighed for en opdeling af det store lukkede afsnit samt flytning af et lukket gerontopsykiatrisk afsnit.”

Belægning

Under tilsynets besøg oplyste afdelingen, at der ikke var problemer med overbelægning eftersom de altid sørgede for 1 tom seng i hverdagen og 2 tomme senge i weekenden, så der var plads til patienter, der kom på enten gule eller røde papirer. Patienterne blev derfor løbende visiteret videre til det åbne afsnit, dagafsnittet eller til distriktspsykiatrien. Efter indførelsen af denne ordning for 2½ år siden har de ikke haft overbelægningsproblemer eller behov for at flytte patienter i weekenderne. De følte ikke det skabte svingdørspatienter.

I sit svar til tilsynet er H:S blevet bedt om at redegøre for ”de initiativer, der vurderes at have forebygget denne problematik. Afdeling D har et relativt stort antal senge pr. 1000 indbygger i optageområdet, hvilket utvivlsomt har en positiv betydning for muligheden for at modvirke overbelægning. Vi fik før år 2000 opnormeret vores personale i distriktspsykiatrien, så det svarede til de øvrige distriktspsykiatriske centre i H:S. Dette har siden bidraget til, at patienterne fik tilstrækkelig støtte til i højere grad at kunne klare sig med ambulante behandling frem for at skulle indlægges. Derudover har personalet og ikke mindst lægerne i døgnafsnittene været meget opmærksomme på at planlægge/stile imod udskrivelse som en del af den løbende behandling. Endelig har lægerne gjort en direkte konkret indsats for at udskrive patienter, hvis den samlede belægning på de lukkede afsnit var 100 pct.. Lægerne har så udskrevet, så der var 1 ledig plads på hver af de almen psykiatriske lukkede sengeafsnit på hverdage frem til fredag, og om fredagen udskrevet, så der var 2 ledige pladser pr. lukkede almene psykiatriske sengeafsnit op til weekenden. Dette har kunnet lade sig gøre uden at skulle udskrive patienter for hvem det var uforsvarligt, men i nogle tilfælde er en af de udskrevne patienter blevet genindlagt i weekendens løb eller om mandagen. Der har desuden været flere situationer, hvor vi har ladet en patient overnatte mere end 1 nat i skadestuen i afventning af en ledig plads på døgnafsnit.”

Indlæggelsestid

H:S har overfor tilsynet oplyst følgende om den gennemsnitlige indlæggelsestid:

”Den gennemsnitlige indlæggelsestid for 2004 var 35,5. Indlæggelsesvarigheden varierer fra en enkelt dag til mere end 10 års indlæggelse. Vi har på grund af den gode sengenormering et afsnit, hvor vi gennemfører rehabilitering over flere måneder og henviser derfor ikke patienter til denne funktion på Sct. Hans Hospital, sådan som de øvrige modtageafdelinger i H:S. Det kan for nogle patienter være nødvendigt for denne form for rehabilitering, da selv intensiv ambulant støtte er utilstrækkelig. Derudover har vi mange indlæggelser af svært depressive patienter, der kun langsomt responderer på behandlingen og derfor er indlagt i nogle måneder. Disse forhold betinger, at vores gennemsnitlige indlæggelsestid er længere end i det øvrige H:S.”

Udslusning

H:S har i sit svar til tilsynet oplyst følgende om problemstillinger i forbindelse med udslusning af færdigbehandlede patienter og udarbejdelse af bl.a. koordinationsplaner:

”På udvalgets besøgsdag havde vi en sjælden udslusningsproblemstilling – en mindreårig patient, der ikke kunne få plads i lukket, skærmet enhed på børne-ungdomspsykiatrisk afdeling og derfor var indlagt hos os i flere uger. Vi får hvert år 1-2 mindreårige (under 18 år) indlagt på lukket afdeling, og oftest falder patienten til ro efter 1-4 uger og kan flyttes til åbent afsnit på børne- og ungdomspsykiatrisk, men for de patienter, der fortsat har behov for lukket afsnit, er der ofte længere ventetid. Vi har dog god adgang til speciallægebistand for disse patienter, mens de er indlagt på voksenpsykiatrisk afdeling. Den væsentligste udslusningsproblemstilling er patienter der er færdigbehandlet, men som skal indstilles til en beskyttet boform herunder også plejehjem. Vi kan have patienter ventende i mere end et halvt år og vi har haft op til 8 af sådanne færdigbehandlede patienter i afdelingens samtidig. Vi har imidlertid både på det konkrete plan vedrørende ventelisten og de enkelte patienter og på det overordnede plan med hensyn til kommunens prioritering af forskellige støttede boformer en god dialog med kommunen om hvilke behov, vi især finder hos gruppen af psykiatriske patienter, og kan derved påvirke kommunens prioritering af opgaver. Der var på udvalgets besøgsdag 8 patienter foruden patienten, der ventede på et andet behandlingstilbud. Vi indgik 1 udskrivningsaftale og 1 koordinationsplan i 2004, men dette instrument er ikke så velegnet til at sikre de nødvendige tilbud i kommunen, da det ikke har bindende karakter for aftaleparterne. Derimod skal det anføres, at vi netop har været medvirkende til at sikre, at Frederiksberg Kommune med støtte fra puljemidler i 2004 besluttede at etablere endnu et intensivt døgnstøttet bosted svarende til psykiatrisk plejehjem for udadreagerende psykisk syge, og dette er netop taget i brug 01.06.05 med 18 pladser. Samtidig har man imidlertid vedtaget, at det eneste andet psykiatriske plejehjem på Frederiksberg med 35 pladser skal forbeholdes ældre over 50 år. Men dialogen med kommunen om kapaciteten fortsætter.”

Tvangsanvendelse

Vedhæftet er afdelingens ”optælling af tvangsindgreb fordelt på måneder, afsnit, hverdage/weekend og frihedsberøvelserne desuden opdelt efter varighed (mindre end 1 uge, 1 uge til 1 måned, mere end 1 måned), vi har ikke opdelt på cpr. nr.” Se bilag 1 til rapporten.

Af H:S svar fremgår endvidere, at ”patienter, der er så syge, at de må udsættes for tvangsindgreb er stort set altid indlagt på de 3 lukkede afsnit, D6 (gerontopsykiatrisk for over 65-årige), D2 Øst og D2 Vest (almenpsykiatrisk for patienter under 65 år). I gennemgangen af tallene berøres derfor kun forholdene for disse 3 afsnit. Beskyttelsesfiksering har forekommet meget sjældent, og dette er ønsket, da vi hellere vil bruge personaleopdækning i fornøden udstrækning.

Frihedsberøvelse:

Antallet af frihedsberøvelser er svingende fra måned til måned og der er ikke noget sikkert mønster over de 3 år. I gennemsnit sker der frihedsberøvelse ca. 9 gange månedligt i afdelingen og det er fordelt med godt 2 frihedsberøvelser på D6, ca. 3 på D2 Vest og godt 3 på D2 Øst – forskelle som ikke kan tillægges nogen sikker betydning. Frihedsberøvelserne sker hyppigere på hverdage end i weekenden, men dette kan formentlig forklares af, at tvangsindlæggelse på gule papirer normalt kun sker på hverdage. Med hensyn til varigheden af frihedsberøvelser er ca. ½ afsluttet inden for en uge, ¾ afsluttet inden for 1 måned og ¼ strækker sig udover 1 måned. Dette svarer til, at den almindeligste baggrund for frihedsberøvelse er, at en patient er akut opkørt og ikke vil indgå aftaler over nogle dage, men derefter falder så meget til ro, at vedkommende enten kan udskrives eller indgå aftaler om det videre forløb. De længerevarende frihedsberøvelser er i langt de fleste tilfælde

betinget af, at en paranoid patient modsætter sig en nødvendig antipsykotisk behandling, hvis effekt tager flere uger og nogle gange måneder, før den fremkommer.

Tvangsbehandling:

Somatisk tvangsbehandling foregår 0-1 gang årligt og tvangsbehandling med ECT er sjældent på årsbasis. Tvangsbehandling med medicin iværksættes 0-5 gange om måneden (1,5 gange i gennemsnit) uden nogen særlig udvikling over tid. Sundhedsstyrelsens oplysninger om tvangsbehandling omhandler den enkelte indgift af medicin og beskriver derfor et helt andet aspekt end det her registrerede.

Fastholdelse, beroligende indsprøjtning, tvangsfiksering med bælte og eventuelt remme:

Generelt kan det anføres, at beroligende indsprøjtning med tvang bruges i langt højere grad end bælte, idet den beroligende medicin er et led i forsøget på at undgå bæltfiksering. Remme anvendes ikke hver måned, og oftest for at sikre, at en patient ikke smyger sig ud af bæltet – derved kan man anlægge mavebæltet så løst, at det ikke giver anledning til gene.

Beskyttelsesfiksering anvendes overmåde sjældent, det ordineres sædvanligt på en hverdag, men kan så sættes i værk til det atter seponeres.

Fastholdelse forekommer ca. 3 gange om måneden i snit – der kan måske være et tiltagende antal over perioden, hvilket kan være forsøg på at undgå bæltfiksering. Det er fordelt med godt 1 gang om måneden på D6 og D2 Øst og 1 gang hver anden måned på D2 Vest i gennemsnit. Det er imidlertid så sjældent forekommende at enkeltpatienter kan flytte væsentligt på gennemsnittet – dette synes at være baggrunden for den hyppige udførelse på D6 og D2 Øst. Der er ingen forskel mellem hverdag og weekend.

Beroligende indsprøjtning gives 7-8 gange månedligt i snit uden nogen udvikling over tid. Fordelingen mellem afsnittene viser, at det gives knapt 1 gang om måneden på D6, ca. 2 x om måneden på D2 Vest og ca. 4 x om måneden på D2 Øst i gennemsnit. Også her kan enkeltpatienter være baggrund for en stor del af forskellen, men der kan også være en mere generel forskel i patientgrupperne på de enkelte afsnit. Således er det forventeligt, at der kun er beskedne brug af beroligende indsprøjtning med tvang på D6, mens det er mere usikkert om forskellen mellem D2 Øst og D2 Vest er betinget af forskel i patienternes sygdomssværhedsgrad eller holdningen i afsnittene. Det undersøger vi videre fremover. Der er i gennemsnit givet beroligende indsprøjtninger til hyppigere på hverdage end i weekends, men forskellen er så lille, at den formentlig er tilfældig.

Bæltfiksering synes ikke at have ændret sig over tid – specielt synes der ikke at have været aftagende antal over de 3 år. Vi regner imidlertid med i forbindelse med ”gennembrudsprojektet”, der skal modvirke tvang, at vi kan reducere antallet af bæltfikseringer yderligere. Bæltfikseringer sker meget sjældent på D6, mens det i gennemsnit er brugt 1 gang pr. måned på D2 Vest og ca. 2½ gang pr. måned i D2 Øst. Noget af forskellen mellem D2 Vest og D2 Øst kan tilskrives enkeltpatienter, men der kan formentlig ligesom for beroligende indsprøjtninger, være baggrund i patienternes sygdomssværhedsgrad og/eller holdningen hos behandlere og øvrige personale i afsnittene. Vi er ligeledes opmærksomme på denne forskel. Der er ikke nogen sikker forskel på antallet af bæltfikseringer på hverdage og i weekends.

Medicin

H:S har i sit svar til tilsynet oplyst følgende vedrørende bl.a. medicinforbruget:

”Da den væsentligste medikamentelle behandling (udover beroligende medicin inklusiv beroligende indsprøjtninger) er antipsykotisk behandling, har vi fået en redegørelse herfor..”. Tabellen er vedhæftet rapporten som bilag 2.

H:S oplyser endvidere, at der af tabellen fremgår, ”at der ikke synes at være nogen specifik udvikling over tid med hensyn til antallet af definerede døgndoser af denne medicin. Forbruget i D6 er kun en anelse lavere end forbruget i D2 Øst og D2 Vest. Med hensyn til økonomien er der samlet set ingen sikker udvikling over perioden, men for de enkelte afsnit er der en lidt forskellig udvikling. Således har D6 haft en ganske svag stigning i omkostningerne, men i øvrigt betydelig lavere omkostninger end de to andre afsnit. Dette svarer formentlig til, at patienterne hyppigere har været i behandling med de billigere traditionelle antipsykotika, men at brugen af de nye dyre antipsykotiske midler giver let stigende omkostninger. På D2 Øst har der primært været en hurtig stigning i omkostningerne, som derefter er aftaget gennem resten af perioden, mens omkostningerne i D2 Vest er steget lidt mere jævnt over perioden, men gennemsnitlig er der ingen sikker forskel på de to afsnit og forskellen over tid kan meget vel være forklaret af skiftende patienters behov for medicinering. Prisstigninger har ikke haft nogen synlig indflydelse på forbruget, der over en lidt længere årrække er steget på grund af skift fra traditionelle antipsykotika til gruppen af nye antipsykotika, der i grove træk koster det samme for en daglig behandling, men de traditionelle antipsykotika koster 1/5 til en 1/20 af de nye antipsykotika. De traditionelle antipsykotika har imidlertid så hyppige alvorlige bivirkninger, at anvendelsen af de nye antipsykotika er fuldt berettiget.”

Børn og døgnindlæggelse

H:S har i sit svar til tilsynet oplyst, at ”der var en enkelt kvindelig patient under 18 år, som var på lukket afsnit på grund af selvmordsrisiko, men hun var frivilligt indlagt på lukket afdeling og afventede overflytning til børne-ungdomspsykiatrisk afdeling, hvor hun nogle måneder før var blevet udskrevet efter næsten 1 års indlæggelse.”

Psykologbehandling

Tilsynet har bedt om en redegørelse for, hvad der skal til for, at der ”ordineres” en psykologbehandling. H:S har i sit svar til tilsynet oplyst følgende i den forbindelse:

”Dette sker, hvis den behandlingsansvarlige læge vurderer, at det er sandsynligt at samtaler mellem psykolog vil have en betydelig positiv virkning på patienten og at patienten med stor sandsynlighed kan deltage i et sådant samtaleforløb.”

Information

H:S har i sit svar oplyst følgende om information til ikke administrativt frihedsberøvede på lukkede afsnit:

”Patienter, der på det lukkede afsnit ikke er tilbageholdte, bliver informerede om, at de er frivilligt indlagt. Samtidig aftales deres udgangsmuligheder enten i form af en aftale om, at de har begrænsninger i udgangsmuligheden til, at de kan gå ud f.eks. en time ad gangen 3 gange dagligt eller at de har fri udgang, hvor vi som oftest beder patienten om at aftale, hvornår vedkommende venter at vende tilbage og eventuelt, at patienten kan orientere plejepersonalet om formålet af udgangen i forbindelse med, at vedkommende låses ud. Sådanne aftaler gør vi gerne med patienterne, fordi disse oplysninger er vigtige for den samlede observation.”

Patientrådgiver

På besøgsdagen havde 2 af de indlagte patienter en beskikket patientrådgiver.

Husorden

Kopi af husorden er medsendt og vedhæftet som bilag 3 til rapporten.

Pårørendepolitik i forhold til familier med børn

H:S har oplyst følgende om den vedtagne politik for børn af psykisk syge:

”Vi har på tværs af H:S vedtaget en politik for børn af psykisk syge og besluttet, at den skulle implementeres fra 01.05.05. Den indebærer, at alle psykisk syge ved indlæggelsen skal spørges, om de har mindreårige børn boende hjemme. Hvis dette er tilfældet skal børnene tilbydes en samtale med henblik på relevant information til barnet og vurdering af, om barnet har behov for særlig bistand – eventuelt ligefrem børnepsykiatrisk bistand. Vi har i 2004 haft en fælles undervisningsdag med ansatte i Frederiksberg Kommune om børn af psykisk syge og har konsulentbistand fra børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling til at drøfte de konkrete sager.”

De vejledende retningslinier om en koordineret indsats i børnefamilier, hvor en af forældrene er psykisk syg følger af bilag 4 til rapporten.

Rygepolitik

H:S har oplyst følgende om afdelingens rygepolitik, herunder hvorledes balancen mellem hensynet til den enkelte ryger og ikke-ryger og de fysiske rammers dimensionering sikres:

”Hospitalet har i flere år haft rygeforbud, hvor psykiatrisk afdelings patienter har været undtaget i forskellig udstrækning. Efter renovering af afsnittene har der været særskilte rygerum med ekstra udluftning på de 3 åbne afsnit og på de 3 lukkede afsnit. Det er lykkedes personalet at få patienterne til at overholde rygeforbuddet uden for rygerummene, så vi ikke har gener for ikke-rygerne. I forbindelse med vores akkreditering (kvalitetsgodkendelse) har vi imidlertid drøftet det uheldige forhold, at en ikke-rygende patient kunne blive lokket til at ryge under en indlæggelse af velvillige medpatienter. Vi planlægger derfor at stramme yderligere op på rygningen fra 01.01.06, så den enkelte patient skal have en særlig aftale, hvis vedkommende skal have lov at ryge, og det vil blive begrænset i tid, udover at det skal ske i de nævnte rygerum.”

Telefonering

H:S har overfor tilsynet oplyst følgende om retningslinier for patienternes adgang til at telefonere, herunder adgangen til uforstyrret privat telefonsamtale:

”For patienter uden egen mobiltelefon har vi en særlig patienttelefon til udlån, som udlånes gratis til indenrigssamtaler. Patienter må medbringe mobiltelefon og bruger dem flittigt i afdelingen. Da vi har enestuer, har de rig mulighed for uforstyrrede private samtaler. Selv bæltefikserede patienter har mulighed for private samtaler, idet den faste vagt så kan stå uden for døren, der blot holdes lidt på klem. Indskænkninger i brugen af mobiltelefon foretager vi kun i to situationer. Den ene er retslige patienter herunder surrogatfængslede patienter, hvor enten retten har forbudt patientens brug af telefon eller et forbud er nødvendigt som kriminalitetsforebyggelse. Den anden situation er begrænsningen fordi en patient på grund af sin psykiske lidelse nærmest konstant ringer til 112 og derved frembyder fare ved at blokere linien. I disse tilfælde inddrager vi den pågældendes mobiltelefon og forsøger at undgå, at vedkommende låner en af en medpatient, og vi kan i nogle tilfælde være nødsaget til at have fastvagtopdækning for at sikre dette.”

Forskning

H:S har oplyst følgende overfor tilsynet om forskningsprojekter på afdelingen, herunder hvorledes det forholder sig, hvis en patient, der deltager i et forsøg, periodevis under forsøget f.eks. er tvangstilbageholdt:

”Der er aktuelt to patienter, der indgår i medicinsk forsøg bestående i, at man sammenligner et antipsykotisk middel med et godkendt registreret antipsykotisk middel ved lodtrækning. De to patienter ved, om de får den ene eller den anden type medicin, og undersøgelsen strækker sig over 1 år. Desuden deltager fem patienter i en sammenligning af flere registrerede godkendte antidepressive midler. For begge disse projekter gælder, at hvis en deltagende patient udsættes for frihedsberøvelse eller anden tvang, udgår patienten af undersøgelsen.”