

**FOLKETINGETS OMBUDSMAND**

Gammeltoft 22. 1457 København K  
Telefon 33 13 25 12. Telefax 33 13 07 17  
Personlig henvendelse 10-15

Folketingets Retsudvalg  
Christiansborg  
1240 København K

Retsudvalget  
REU alm. del - Bilag 640  
Offentligt

Dato: **31 MAJ 2006**

J.nr.: 2005-4447-424  
Sagsbehandler: MVE  
(Bedes anført ved henvendelser)  
Akt. nr.: 16

+ rapporter

**Vedrørende inspektion af Psykiatrisk Afdeling Herning**

Hermed sender jeg et eksemplar af endelig rapport af dags dato vedrørende inspektion den 24. januar 2006 af Psykiatrisk Afdeling Herning.

Med henblik på muligheden for at mangfoldiggøre rapporten vedlægger jeg desuden en uhæftet kopi af rapporten.

Med venlig hilsen



Hans Gammeltoft-Hansen

31 MAJ 2006

Gammeltorv den  
Journalnr. 2005-4447-424 MVE

Folketingets Ombudsmands

**Inspektion**

af

**Psykiatrisk Afdeling Herning**

den 24. januar 2006

Folketingets Ombudsmand – Gammeltorv 22 – 1457 København K

## Indholdsfortegnelse

1.	Indledning.....	3
2.	Afdelingens organisation mv. ....	5
3.	Bygningsmæssige forhold mv. ....	6
3.1.	Generelt .....	6
3.2	Sengeafsnit .....	7
3.2.1.	Sengestuer .....	7
3.2.2.	Fælleslokaler .....	11
3.2.3.	Udendørsområder .....	13
3.2.4.	Aktiviteter.....	13
3.2.5.	Øvrige lokaler.....	17
3.2.6.	El-stimulationsbehandling.....	17
4.	Samtaler med enkelte patienter .....	18
5.	Andre forhold .....	18
5.1.	Overbelægning mv. ....	18
5.2.	Aflåsning, herunder skærmning, og forholdene for frivilligt indlagte .....	21
5.3.	Adgang til frisk luft.....	29
5.4.	Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2.....	30
5.5.	Patienternes kontakt med læge mv.....	31
5.6.	Tilkald af politi i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger i afdelingen.....	32
5.7.	Besøg, visitation og adgang til telefonering.....	33
5.8.	Rygepolitik .....	38
5.9.	Forplejning .....	41
5.10.	Udslusning, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner .....	42
5.11.	Børn og unge .....	45
5.12.	Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling .....	46
5.13.	Vold mod personalet .....	48
5.14.	Opbevaring af journaler .....	50
5.15.	Handicaptilgængelighed.....	50
5.16.	Patientindflydelse .....	51
5.17.	Behandlingsplaner .....	52
5.18.	Euforiserende stoffer og alkohol .....	52
5.19.	Rekruttering af personale og sygefravær.....	53
5.20.	Navneskilte.....	54
6.	Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen .....	55
6.1.	Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse .....	59
6.2.	Tvangsbehandling .....	65

6.3.	Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt .....	73
6.4.	Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning .....	80
6.5.	Personlige alarm- og pejlesystemer.....	84
6.6.	Særlige dørlåse .....	84
7.	Opfølgning .....	85
8.	Underretning.....	85

## 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 24. januar 2006 inspektion af Psykiatrisk Afdeling i Herning.

Til stede under inspektionen var blandt andre ledende overlæge Birgitte Aagaard og ledende oversygeplejerske Kirsten Krogh. En repræsentant fra Ringkøbing Amt, Psykiatrien i Ringkøbing Amt, der havde ønsket at deltage i inspektionen, blev på inspektionsdagen desværre forhindret heri.

Inspektionen omfattede en indledende samtale med ledelsen og medarbejderrepræsentant, rundvisning på alle afdelingens afsnit, 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 14. december 2005 hvor inspektionen blev varslet. Af tekniske grunde blev materialet ikke udleveret i forbindelse med inspektionen, men er efterfølgende tilsendt mig med brev af 13. februar 2006. Tilførslerne gennemgås under pkt. 6.

Forud for inspektionen modtog jeg forskelligt materiale fra sygehuset vedrørende personaleforhold, vedligeholdelsesplaner og en informationsfolder til patienter og pårørende på afdelingen. Under inspektionen fik jeg udleveret yderligere materiale.

Efter min anmodning under inspektionen om at modtage eksempler af behandlingsplaner til senere gennemsyn modtog jeg på inspektionsdagen kopi af to behandlingsplaner for patienter på afdelingen.

Jeg er bekendt med at Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 aflagde besøg på Psykiatrisk Afdeling i Herning den 14. november 2000, og at besøget omfattede en rundgang på samtlige afsnit. Tilsynets rapport om besøget er dateret 5. april 2001. Der er siden sket flere bygningsmæssige ændringer på afdelingen (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 afdelingen før og under inspektionen og fra afdelingens hjemmeside (under [www.ringamt.dk](http://www.ringamt.dk)), og således blev ikke alle emner drøftet særskilt under selve inspektionen.

Denne rapport har i en foreløbig udgave været sendt til Psykiatrisk Afdeling Herning og Ringkøbing Amt med henblik på at give myndighederne lejlighed til at fremkomme med eventuelle bemærkninger om de faktiske forhold som beskrevet i rapporten. Psykiatrisk Afdeling Herning og Ringkøbing Amt har i

et samlet brev af 18. april 2006 fremsat sådanne bemærkninger samt en række andre bemærkninger som er indarbejdet i rapporten.

## **2. Afdelingens organisation mv.**

Psykiatrisk Afdeling Herning udgør sammen med Psykiatrisk Afdeling Holstebro og Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling Herning den sygehusbaserede psykiatri i amtet organiseret under Psykiatrien i Ringkøbing Amt der hører under amtets Skole- og Socialudvalg.

Psykiatrisk Afdeling Herning betjener borgerne i de 9 sydlige kommuner i Ringkøbing Amt der i denne sammenhæng er opdelt i to lokalpsykiatriske områder, SØ og SV. Afdelingen er dels specialeopdelt, dels distriktsopdelt (svarende til de to lokalpsykiatriske områder). Afsnittene E4 og E6 er specialeopdelte afsnit, således at E4 varetager den akutte og intensive indsats (modtageafsnit) og E6 varetager – i samarbejde med et gerontopsykiatrisk team – behandlingen af de over 65-årige (gerontopsykiatrisk afsnit). Patienter i alderen 20-65 fordeles på de øvrige sengeafsnit efter et geografisk kriterium.

Psykiatrisk Afdeling Herning, der fysisk er placeret i et bygningskompleks der også huser Herning Sygehus, råder over 54 sengepladser fordelt på fem afsnit. Alle sengestuer på afdelingen er enestuer. Afsnittene E1, E2, E3 og E4 råder alle over 12 senge, mens afsnit E6 råder over 6 senge. Hertil kommer et gerontopsykiatrisk ambulatorium samt et mobilt team. Også distriktspsykiatrien har til huse i bygninger i tilknytning til afdelingen.

Afdelingsledelsen består af den ledende overlæge og den ledende oversygeplejerske.

Alle afdelingens sengeafsnit er åbne afsnit, der kan lukkes efter behov, og kan således fungere som både åbne og lukkede afsnit. Afsnittene E1, E2, E3 og E4

er fysisk indrettet således at afsnittene kan deles i to mindre afsnit ved at lukke en dør midt i afsnittene, hvormed afsnittet deles i 2 x 6 senge.

### **3. Bygningsmæssige forhold mv.**

#### **3.1. Generelt**

Psykiatrisk Afdeling Herning er indrettet i fire bygninger på sygehusets grund. Afdelingens afsnit er forbundet af trappeopgange og glaspartier. Afdelingen består af fem sengeafsnit, med ergoterapi i en tilknyttet pavillon. Der er indrettet lokaler til fysiske aktiviteter i kælderens. Der er tale om et rødt murstensbyggeri i fire etager der omkranser en gårdhave i forskudte niveauer med nyere beplantning og et lille vandløb samt terrasser med havemøbler. De fleste afsnit er opført i 1981. Afdelingen gennemgik i 2001 en totalrenovering. Alle stuer er herefter enestuer med eget bad og toilet.

Fysisk er afsnittene udlagt som lange gange med 12 sengestuer fordelt med 6 stuer på hver side af gangen. Afsnit E6 – der råder over 6 senge – har 3 stuer på hver side af gangen. Fordelt mellem sengestuerne er der opholdsrum, køkken, handicaptoilet mv. De fleste døre til gangarealet er lukkede, hvilket godt kan give et lidt tillukket institutionspræg som dog er forsøgt modvirket dels ved udsmykning af gangarealerne med fx kunst på væggene, grønne planter, møbelgrupper og enkelte steder lamper på væggene og stearinlys og dels ved glaspartier ind til køkkener og personalekontorer.

Efter ombygning og renovering i 2001 er alle afdelingens sengestuer enestuer med eget toilet og bad.

I alle afsnittene er væggene malet hvide. Dørene fremstår i lyst træ med lyse karme.

Der var rent og ryddeligt i samtlige de besøgte fælleslokaler.



### 3.2 Sengeafsnit

Som nævnt ovenfor (pkt. 2) er alle afdelingens afsnit åbne afsnit, der kan lukkes efter behov. På inspektionsdagen var afsnittene E3 og E4 aflåste.

Afdelingen råder over i alt 54 sengepladser fordelt på 4 afsnit med 12 pladser og 1 afsnit med 6 pladser. Som nævnt ovenfor (pkt. 2) er de fire afsnit med 12 sengepladser fysisk indrettet så afsnittene kan deles i to underafsnit ved at lukke en dør midt i afsnittet.

#### 3.2.1. Sengestuer

Alle sengestuer er som nævnt enestuer med eget toilet og bad.

I forbindelse med inspektionen besigtigede jeg efter mit valg stue 7 på afsnit E1, stue 1 på afsnit E2, stue 10 på afsnit E3 og stuerne 3, 4, 7 og 8 på afsnit E4 samt stue 7 og et undersøgelsesværelse som blev brugt som sengestue på afsnit E6. Desuden besigtigede jeg afdelingens lokaler til ambulans behandling, ergoterapien, samt aktivitetsfaciliteterne i kælderens.

Alle sengene er hospitalssenge med hæve/sænke funktion. Det blev oplyst at afdelingen tidligere har haft brikse, men at disse var blevet udskiftet af flere årsager, herunder arbejdsmæssige hensyn, hygiejne hensyn og hensyn ved evt. fikseringer. Ledelsen oplyste samtidig at det er afdelingens politik at signalere at der er tale om en behandlingsafdeling og ikke et bosted.

*Jeg har under tidligere inspektioner tilkendegivet at hospitalssenge (særligt hvis de er placeret midt i stuerne) giver et meget hospitalsagtigt indtryk. Idet jeg imidlertid tager det af ledelsen oplyste om erfaringerne med brugen af brikse til efterretning, foretager jeg mig ikke noget vedrørende brugen af hospitalssenge på afdelingen.*

*Idet der – som det fremgår af min beskrivelse af sengestuernes fysiske fremtræden (nedenfor) – er muligheder for at give sengestuerne et vist personligt præg og idet jeg går ud fra at indretning mv. også i terapeutiske sammenhænge spiller en rolle for behandlingen, har jeg ingen bemærkninger til det oplyste om at afdelingen gerne vil signalere at der er tale om en behandlingsafdeling og ikke et bosted. Jeg bemærker dog at afdelingen kunne overveje at forsyne sengene med sengetæppe hvilket efter min opfattelse ville give sengestuerne et mindre præg af somatisk sygehus.*

Alle stuer har brede døre og der er ingen dørtrin. Uden for hver stue er der en tavle hvor fornavnet på stuens beboer er anført. Se herom nedenfor under pkt. 5.20.

Stuerne er typisk møbleret med et bord og to stole, dobbeltklædeskab, senge-lampe og loftslampe. Desuden er der en opslagstavle over sengen og en reol ved hovedgærdet som derfor samtidig kan benyttes som sengebord. Stuerne har hvide gardiner. Det badeværelse som hører til stuen indeholder foruden toilet og vask, en bruser og et lille skab på væggen. Badeværelserne har hvid sanitet.

Skabene på stuerne er uden mulighed for aflåsning. Adspurgt oplyste ledelsen at der ikke var problemer med tyveri fra medpatienter mv. på afdelingen og at afdelingen aldrig havde modtaget en klage over at skabene ikke kunne låses. Ledelsen oplyste samtidig at personalet under indlæggelsessamtalen gør meget ud af at tale med patienten om hvilke personlige ejendele han/hun medbringer under indlæggelsen, samt at afdelingen tilbyder at opbevare værdigenstande for patienterne.

*Under inspektioner af psykiatriske afdelinger og sygehuse har jeg andre steder normalt kunnet konstatere at i hvert fald et skab på sengestuerne kan aflåses af patienten. Med henvisning til det af ledelsen oplyste om at der ikke er problemer med tyveri på afdelingen og at ingen patienter har klaget over ikke at kun-*

*ne låse skabet på sengestuen, har jeg ikke grundlag for at foretage videre. Jeg går dog ud fra at afdelingen løbende er opmærksom på om der opstår behov herfor og i givet fald overvejer at forsyne skabene med lås.*

I brevet af 18. april 2006 har afdelingen oplyst at afdelingen vil være opmærksom på om der opstår behov for at aflåse skabe.

Alle sengestuerne har vindue ud til enten haven eller til parkeringspladsen. Alle afdelingens vinduer er forsynet med en bøjle således at de kun kan åbnes 5-10 cm uden brug af nøgle. Se herom nedenfor (pkt. 5.2). Udsigten fra stue 7 (og fem øvrige stuer) på afsnit E4 er til parkeringspladsen og nærvæd liggende beboelse. Umiddelbart nedenfor vinduerne er der anlagt fortov. Det blev under inspektionen oplyst at det ikke umiddelbart er muligt at kigge ind i stuen, men at man kan se loftet på stuen, idet denne er placeret i en høj stueetage. Ledelsen oplyste at der ikke var modtaget klager over dette. Det blev oplyst at for at mindske udsynet til beboelsesejendommene (og almindeligt indkig fra disse) var der plantet træer på parkeringspladsen. Ledelsen oplyste at personalet er meget opmærksom på at anbefale patienterne at trække gardinerne for når der er tændt lys og at det er et problem ledelsen løbende overvejer.

*Fra beboelsesejendommene kan det være muligt at kigge ind på stuen når der er tændt lys og/eller muligt at se skyggen af den pågældende patient bag gardinerne, hvilket ikke er hensigtsmæssigt, men da der ikke er direkte indkig foretager jeg ikke noget vedrørende dette. Jeg bemærker dog at afdelingen kunne overveje om der kan isættes ruder (eller påklæbes film) så det kun er muligt at se ud af vinduerne.*

*Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 anført at afdelingen er opmærksom på problemet og at afdelingen overvejer at rette henvendelse herom til psykiatريفorvaltningen. Jeg beder oplyst hvad der videre sker vedrørende dette spørgsmål.*

Der er plads til personlige ejendele på stuerne, men de besigtigede stuer havde dog et næsten ubeboet præg. På E4 blev det oplyst at der ikke er ophængt billeder på stuerne da nogle patienter (over-)fortolker billedernes symbolik. Det er i stedet for muligt at dekorere opslagstavlen eller hænge egne billeder op med dobbeltklæbende tape.

I undersøgelsesværelset på afsnit E6 er der ikke et skab til personlige ejendele mv. men i stedet en stumtjener i midten af stuen til patientens (over-)tøj. I værelset er der ved vinduet et lille skrivebord og en stol. Da værelset almindeligvis bliver brugt til undersøgelser er der mindre kasser med låger hængt på væggen til plastikhandsker, håndklæder mv. Stuen havde ikke som de øvrige stuer bad og toilet men der er en håndvask inden for døren. Personalet oplyste at en patient indlagt i værelset flyttes til en sengestue så snart der er plads. Jeg forstod at en indlæggelse i undersøgelsesværelset skal være så kort som muligt og at det er afdelingens intention at patienter ikke skal være indlagt her i mere end et døgn.

Adspurgt oplyste ledelsen at man ikke havde overvejet at afdelingen kunne råde over et antal løse skabe der kunne anbringes i undersøgelsesværelset (-værelserne) når der var overbelægning på afdelingen. Jeg forstod at ledelsen ikke (umiddelbart) var indstillet herpå idet dette kunne opfattes således at undersøgelsesværelserne var beregnet til belæg.

*Det er efter min opfattelse ikke optimalt at indlægge en patient i undersøgelsesværelset, men hvis afdelingen har overbelægning er lokalet omvendt klart afsnittenes bedste bud på en ekstra stue. Under hensyn til det oplyste om varigheden af en indlæggelse i et undersøgelsesværelse, foretager jeg ikke yderligere vedrørende denne benyttelse.*

*Sengestuerne giver mig ikke anledning til yderligere bemærkninger.*

### 3.2.2. Fælleslokaler

Fælleslokalerne i afsnittene var alle steder rene og ryddelige. Der er dog variation i standarden af disse – også i de forskellige afsnit. På alle afsnit findes en flytbar mønt- eller korttelefon der benyttes og passes af patienterne.

#### Opholdsrum

Alle afsnittene råder over et (lille) opholdsrum hvor der må ryges og et (større) røgfrit opholdsrum samt et kombineret køkken og spisestue.

De fleste af rygeopholdsrummene er hyggelige med planter, lysestager, billeder på væggene mv. Enkelte har endog også enten et billardbord eller et klaver. På afsnit E6 var der også opstillet tv og musikanlæg i rygeopholdsstuen. Karakteristisk for rygeopholdsrummene er dog at væggene – specielt på afsnit E2 og E3 – er meget gule. Tillige har rygeopholdsrummet på afsnit E2 en (kraftig) vandskade i loftets ene hjørne.

De røgfri opholdsrum – der fremstår væsentligt lysere og renere, med undtagelse af opholdsstuen på E2 – er indrettet meget lig rygeopholdsrummene med flere små møbelgrupper, heriblandt lænestole, sofabord og på afsnit E6 tillige to lædersofaer. Der er tv, video- og dvd-afspiller samt musikanlæg i alle stuerne.

Det blev oplyst at fælleslokalerne på afsnit E3 stod for at skulle males – der er bestilt maler, og samtidig ville der blive flyttet om på rygeopholdsstue og den røgfrie stue, således at den røgfrie opholdsstue som på de øvrige afsnit bliver den største af opholdsstuerne. Det blev videre oplyst at E2 skal males i sommeren 2006.

*Idet maling mv. er planlagt – og bestilt – foretager jeg ikke yderligere vedrørende dette.*

På afsnit E4 er der et mindre opholdsrum indrettet til samtaler, besøg mv. Udover et rundt bord med stole omkring i midten af lokalet er der en reol med spil, en dukkevogn og et bordfodboldspil ved vinduet.

#### Spisestuer

Afsnittenes spisestuer er åbne, lyse rum i direkte tilknytning til køkkenet. Det er indrettet med to spiseborde med plads til 4-6 personer. Spisestuerne har et stort vinduesparti med gardiner og på afsnit E6 er der endvidere et klaver og en lidt mindre tidstypisk indretning med ældre genstande fx en Madam Blå kaffekande, lerkrukker, platter mv. stillet i vindueskarne, på skabene i køkkenet og hængt på væggene.

På enkelte andre afsnit er der ligeledes et te-køkken som ikke benyttes i spisesituationer. Tekøkkenet på E4 benyttes i skærmningsammenhæng. I nogle afsnit er der opstillet reoler med spil og fx en kondicykel.

#### Gangarealer

På alle fem sengeafsnit er der store gangarealer med hvide vægge og døre der fremstår i lyst træ. Alle afsnittene har kunst på væggene, planter og/eller blomster på gangene, og nogle steder står der et lille bord med to stole og fx reoler med bøger og blade mv. der er medvirkende til at bryde indtrykket af de lange, lidt institutionsprægede gange. På afsnit E1, E2 og E3 er der endvidere et bordfodboldspil og på E4 en kondicykel.

Uden for personalekontorerne hænger der opslagstavler med dagens aktiviteter, oversigt over kontaktpersoner, informationsmateriale mv.

*De beskrevne fælleslokaler giver mig ikke i øvrigt anledning til bemærkninger.*

På alle afsnittene er der et handicaptollet. Handicaptolletterne har foruden toilet med armlæn og hæve/sænke vask, et badekar med boblebadinstallationer. På

inspektionstidspunktet var det flere steder synligt at handicptoiletterne ikke (eller sjældent) bliver brugt til deres egentlige formål. På afsnit E2 og E3 var det næsten umuligt at komme til fx badekaret uden at skulle forbi/flytte tørrestativ(er), kondicykel, strygejern og -bræt og diverse personvægte. Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 oplyst at dette skyldtes at spabadene midlertidigt var ude af drift. På afsnit E4 blev handicptoiletet desuden brugt til opmagasiner af stole og hynder. Det blev oplyst at toiletterne sjældent blev benyttet og at rodet hovedsageligt skyldes at der blev flyttet rundt andre steder.

*Jeg går ud fra at der (snart) ryddes op på handicptoiletterne så de kan benyttes. Indretningen af handicptoiletterne giver mig ikke i øvrigt anledning til bemærkninger.*

### **3.2.3. Udendørsområder**

Afdelingens udendørsområde er en niveaudelt have som er udformet med terrasser, beplantning og et lille vandfald der løber fra en forhøjning i havens midte. Gården er omsluttet af de fire bygninger som udgør afsnittene og eneste udgang er gennem en ca. 3 m bred gitterlåge imellem to af bygningerne. Se herom under pkt. 5.3.

Det blev under inspektionen oplyst at haven også benyttes til rygning for personale og pårørende. De patienter der har mulighed herfor skal ryge i haven.

*Udendørsområderne giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

### **3.2.4. Aktiviteter**

Afdelingen har en tilknyttet ergoterapi som er beliggende i den under pkt. 3.1. nævnte pavillon. Der er fire rum/værksteder i ergoterapien med henholdsvis symaskine, værktøj, malergrej, høvlebænk mm. Der er tillige et bibliotek med

et mindre udvalg af bøger og to computere, og et samtalerum hvor der står stole i en rundkreds.

I pavillonen er der desuden et køkken hvor patienterne kan træne deres færdigheder i forbindelse med madlavning.

Lokalerne fremstod pæne og rene, men bar ikke præg af daglig aktivitet. Ledelsen bekræftede at lokalerne benyttes i (meget) begrænset omfang. Det blev oplyst at lokalerne skal erstattes af en ny bygning i to etager bl.a. til patientaktiviteter og nye lokaler til distriktspsykiatrien samt afdelingens ambulante tilbud. Jeg forstod at der ikke er tilknyttet personale til ergoterapilokalerne, men at personale (fx ergoterapeuten) fra de enkelte afsnit går med patienterne i ergoterapien.

I brevet af 18. april 2006 har afdelingen anført følgende:

”...

Grundet den korte gennemsnitlige liggetid er der i ergoterapien skåret ned på antallet af de faste ugentlige gruppeaktiviteter, som har karakter af langvarige gruppetræningsforløb.

De grupper som gennemføres i ergoterapien har en karakter, så patienterne kan bruge dem med individuelle forskellige behov og en høj grad af personalestøtte. Dette er parallelt med karakteren af de fysiske aktivitetsgrupper. Der gennemføres 2 faste ugentlige grupper for døgnpatienter (musiklytning og åbent værksted) i ergoterapiens lokaler. Derudover er der 4 faste ugentlige grupper for ambulante patienter (aktivitetsgrupper og samtalegrupper) i ergoterapiens lokaler.

Antallet af individuelle ergoterapeutiske forløb er steget tilsvarende og knyttes sammen med kortlægning og udvikling af mestringsstrategier – ligesom ergoterapeutiske aktiviteter også anvendes i det helt akutte forløb. Aktiviteterne kan både have kreativ-, kognitiv eller social færdigheds karakter. Aktiviteterne veksler mellem at foregå på patientens stue, i fællesarealer i afsnittet, i hallen, i nærmiljøet og i ergoterapiens lokaler.

Anvendelsesgraden af værkstedslokalerne veksler derfor stærkt, men der skal også være både sådanne tilgængelige rum og en stor grad af fleksibilitet i rumanvendelse. Dette fordi det i forbindelse med ergoterapiarbejde i akut psykiatri er sådan, at aktiviteterne ofte



planlægges på selve dagen – og foregår der, hvor de bedst kan gennemføres af hensyn til patientens tilstand og behov.  
...”

*De beskrevne lokaliteter giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

En af de patienter jeg talte med efterlyste en mere organiseret brug af de aktiviteter der findes i ergoterapilokalerne. Efter den pågældendes opfattelse kunne de aktiviteter der tilbydes i lokalerne benyttes i videre omfang hvis der indførtes en egentlig åbningstid (hvilket vil kræve at der altid er personale til stede i lokalerne). Det var den pågældende patients opfattelse at mange patienter også i et vist omfang er for dårlige (langsomme) til at tilmelde sig aktiviteter i ergoterapien.

Den pågældende oplyste at hvis der var flere aktiviteter herunder om aftenen – fx et spil Trivial Pursuit – var det hyggeligere og sjovere at være indlagt, og man sov bedre om natten.

Afdelingen er efter den pågældendes opfattelse præget af for megen kedsomhed.

Under den afsluttende samtale med ledelsen videregav jeg den pågældendes ønske om en mere organiseret brug af ergoterapilokalernes muligheder.

Ledelsen oplyste at det er afdelingens politik at de fleste aktiviteter skal foregå i de enkelte afsnit, således at kun mere håndværksbetonede aktiviteter skal foregå i ergoterapiens lokaler. Det var ledelsens opfattelse at personalet var meget opsøgende i forhold til at aktivere patienterne, men at mange patienter ikke ønsker at blive aktiveret og har brug for ro. Ledelsen oplyste at dette også skulle ses i sammenhæng med indlæggelsestiden på afdelingen (hvilken i gennemsnit ligger lige under 30 dage). Det var ledelsens opfattelse at der var større

succes med fysiske aktiviteter (badminton, stavgang, løbetræning, styrketræning mv.) der derfor blev vægtet højt på afdelingen.

Jeg forstod at afdelingen indtil for få år siden havde haft en køkkengruppe hvor patienterne kunne lave mad og bage, men at gruppen var blevet nedlagt fordi der ikke længere var efterspørgsel blandt patienterne. Det var ledelsens opfattelse at mange patienter ikke kunne overkomme for mange aktiviteter (projekter), men at dagligdags gøremål for mange nemt kunne udfylde dagen.

*Jeg opfordrer – som jeg anførte under inspektionen – ledelsen om at overveje at udvide (og/eller synliggøre) tilbuddet om aktiviteter på afdelingen, herunder en øget brug af ergoterapilokalerne. Jeg beder afdelingen om at underrette mig om resultatet af disse overvejelser.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 anført følgende:

”I dag har hovedparten af vores patienter en høj sygdomsgrad under indlæggelsen, hvorfor komplekse gruppeaktiviteter ikke længere er behandlingsmæssigt muligt.

Der er mange aktiviteter både i aktivitetsafsnittet samt i sengeafsnittene, men disse har en anden karakter af kompleksitet end tidligere.”

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

Som nævnt har afdelingen i kælderen indrettet lokaler til fysisk aktivitet. Afdelingen råder over en gymnastiksal med klatrevæg, ribbe og basketballkurv hvor der også er mulighed for at spille badminton og volleyball. I et tilstødende lokale er der opstillet et løbebånd, en romaskine, en motionscykel mv. I kælderen er der endvidere omklædningsrum, toiletter og lokale til fysioterapi. På gangene er opstillet et bordtennisbord og der er mulighed for at spille dart (magneter).

Det blev oplyst at disse lokaler også benyttes til andre end afdelingens patienter, fx bosteder.

*Lokaliteterne giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

### **3.2.5. Øvrige lokaler**

Alle afsnit råder udover de ovenfor beskrevne lokaler over personalekontor, medicin- og øvrige depotrum.

I forbindelse med inspektionen besøgte jeg afdelingens ambulante tilbud som ligeledes holder til i pavillonen. Her er kontorer til psykologer, overlæger og et større lokale til gruppebehandling.

Som nævnt ovenfor skal også disse lokaler (delvist) rives ned og erstattes af nybyggeri.

*Lokalerne giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

### **3.2.6. El-stimulationsbehandling**

Afdelingen benytter sig af el-stimulationsbehandling, som foregår i lokaler der deles med Herning Sygehus (somatisk). Disse lokaler blev ikke besøgt under inspektionen. Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 anført:

”For at sikre at ECT-behandlingen foregår på højeste faglige niveau, finder behandlingerne sted i anæstesiaafdelingens regi, dvs. i lokaler, der er indrettede til at give narkose med dertil hørende overvågning ved anæstesiens faglige personale.”

Det blev oplyst at afdelingen netop havde indkøbt nyt udstyr til denne behandlingsform.

#### **4. Samtaler med enkelte patienter**

Under inspektionen havde jeg samtaler med to patienter som begge havde ønsket en samtale med mig. Også en tredje patient havde ytret ønske om at tale med mig, men var blevet udskrevet forud for inspektionen og havde ikke herefter opretholdt sit ønske. Begge patienter har modtaget separat svar som opfølgning på samtalen. Enkelte af de spørgsmål som patienterne rejste, er nævnt de relevante steder i denne rapport.

#### **5. Andre forhold**

##### **5.1. Overbelægning mv.**

Afdelingen har som nævnt ovenfor 54 sengepladser fordelt på fem afsnit. Efter ombygningen i 2001 er alle sengestuer enestuer med eget bad og toilet.

Under inspektionen blev det oplyst at afdelingen har perioder med overbelægning. Der er aldrig tale om dobbeltbelægning på sengestuerne eller at ekstra patienter placeres på gangene. De ekstra patienter fordeles på de afsnit hvor der er plads (uanset optageområde mv.) og herefter tages afsnittenes undersøgelsesrum i brug. Da afdelingen som nævnt har fem afsnit og således råder over fem undersøgelsesrum kan afdelingen (forholdsvist umiddelbart) håndtere en overbelægning på op til fem patienter. Ingen patienter bliver afvist på grund af overbelægning, men afdelingen foretager en samlet vurdering af de indlagte patienter, således at de der kan klare sig (fx med hjælp fra det mobile team eller hjælp fra kommunen) udskrives. Pr. 1. januar 2006 har afdelingen indført morgenmøder (kl. 9.00) vedrørende kapaciteten på afdelingen hvor afsnittene (rutinemæssigt eller automatisk) mødes hvis der samme morgen er mere end 50 patienter indlagt. På inspektionsdagen var der 52 patienter indlagt hvorfor der blev afholdt møde om morgenen. Ledelsen oplyste at en sådan vurdering naturligvis kunne rejse spørgsmål om en for tidlig udskrivning af enkelte patienter. Ledelsen understregede imidlertid at der ikke var tale om for tidlige udskrivinger og at ingen patienter blev udskrevet til eget hjem uden opsyn eller til gaden tidligere end planlagt. Jeg forstod det sådan at der kunne være tale om at

afdelingen i overbelastede perioder udskriver patienter der bor på et bosted, har aflastningsplads eller med samme udbytte kan tilknyttes det mobile team. Efter ledelsens opfattelse har afdelingen ikke noget massivt overbelægningsproblem, men en overbelægning der optræder i bølger. Ledelsen oplyste at den seneste opgørelse viste en belægningsprocent på 95.

§ 71-tilsynets rapport af 5. april 2001 indeholder et afsnit om belægningen på afdelingen og herunder om belægningen på de enkelte afsnit for årene 1998 og 2000. Det fremgår heraf at der i år 2000 var en belægningsprocent på 102,5 på afsnit E1, på 100,9 på afsnit E2, på 89,8 på afsnit E3 og på 129, 1 på afsnit E4.

Afdelingen oplyste i sin redegørelse af 14. februar 2001 til § 71-tilsynet bl.a. at belægningsprocenten – der viser en overbelægning på de disponible senge – er et problem som afdelingen håber vil kunne reduceres med nogle iværksatte tiltag – dels et mobilt psykiatrisk team, dels ved ibrugtagning af de nye bygninger. Afdelingen oplyste samtidig at den gennemsnitlige indlæggelsestid for hele afdelingen var på 30,5 døgn. Ved vurderingen af den gennemsnitlige indlæggelsestid bemærkede afdelingen at man må have in mente at afdelingen ”med det forholdsvis lave sengetal har en høj tærskel for indlæggelse, hvorved sværhedsgraden af sygdom hos de indlagte er forholdsvis høj.” Det fremgår videre af rapporten at afdelingen under besøget oplyste at der var en forhåbning om at etableringen af enestuer kunne forkorte indlæggelsestiden. Afdelingen oplyste i den forbindelse at der fra afdelingens side ”gennem årene” har været tilkendegivet overfor politikerne at sengetallet er for lavt, og at afdelingen havde taget den politiske beslutning om antallet af senge i nybyggeriet til efterretning.

§ 71-tilsynet fandt det meget kritisabelt at der fortsat var og gennem en længere periode havde været tale om overbelægning på afdelingen. Tilsynet anførte at overbelægning 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 u hensigtsmæssig tidlig

udskrivning ikke udgør en acceptabel del af løsningen på overbelægningsproblemerne, idet uhensigtsmæssig tidlig udskrivning bl.a. øger risikoen for genindlæggelse. Herefter opfordrede tilsynet Ringkøbing Amt til at være særlig opmærksom på belægningsforholdene på den nyrenoverede afdeling (der bl.a. indebar en reduktion af sengepladser fra 59 til 54), herunder at tage initiativ til at forebygge en eventuel overbelægningsproblematik hvis det skønnedes nødvendigt.

Under inspektionen oplyste ledelsen af den gennemsnitlige indlæggelsestid (fortsat) er ca. 30 dage, men at særligt afsnit E4 har væsentligt kortere indlæggelsestider. Afdelingen har enkelte patienter indlagt i meget lang tid, men ikke patienter der er indlagt i årevis. Afdelingen udtrykte tilfredshed med at amtet har fundet løsninger på enkelte patienters særlige behov, så meget langvarige indlæggelser kan undgås. Ledelsen oplyste at afdelingen i 2000 oprettede et mobil psykiatrisk team til støtte for udskrevne patienter men også som et opsøgende team for at forebygge indlæggelser.

*Jeg forstod at problemer med overbelægning efter ledelsens opfattelse ikke har samme omfang som tidligere. Jeg forstod at enestuerne ikke benyttes til dobbeltbelægning, hvilket efter min opfattelse heller ikke bør forekomme, ligesom patienter ikke bør være placeret på gangen.*

*Jeg beder amtet oplyse hvilke observationer amtet har gjort sig om belægningsituationen på afdelingen i anledning af § 71-tilsynets rapport, herunder hvilke overvejelser disse observationer har/måtte have givet anledning til. Jeg går samtidig ud fra at Ringkøbing Amt stedse er opmærksom på at søge at sikre at der til enhver tid er et tilstrækkeligt antal sengepladser til rådighed.*

Ledelsen oplyste at op mod 99% af patienterne behandles akut og at afdelingen således ikke opererer med en venteliste. Afdelingen har et tæt koordineringsar-

bejde med distriktspsykiatrien, og afdelingens mobile team spiller også en stor rolle.

Samtidig fremgår det af den modtagne folder "Information til patienter og pårørende" bl.a. at patienter der indlægges frivilligt, kan indlægges "akut eller indkaldes, når der er plads på afdelingen (planlagt indlæggelse)." Det fremgår af samme folder at afdelingen ved modtagelsen af en henvisning vurderer om personen har behov for indlæggelse hvorefter den pågældende sættes på "en venteliste og tilbydes plads, så snart plads haves".

*Jeg beder afdelingen om at oplyse hvorledes det under inspektionen oplyste og det anførte i folderen nærmere skal forstås.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 oplyst at der ikke er akutte frivillige indlæggelser og at der ikke er akutte planlagte behandlingsforløb. Afdelingen vil overveje at ændre formuleringen af informationspjece.

*Jeg udbeder mig underretning om resultaterne af overvejelserne om ændring af informationspjece.*

## **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 tilstand, 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).

Afdelingen har efter det oplyste aldrig haft et egentligt lukket afsnit. Som anført ovenfor fungerer afdelingens afsnit alle som åbne afsnit der kan låses efter behov. Udgangspunktet er således at yderdøren til de enkelte afsnit er ulåst, men et afsnit låses hvis blot en enkelt patient har behov herfor. Ledelsen oplyste at aflåsning af yderdøren til et afsnit registreres i tvangsprotokollen vedrørende den eller de patienter der giver anledning til aflåsningen. På inspektionsdagen var dørene til afsnit E4 og E3 aflåst. Når yderdørene er låste sættes et skilt på døren om at døren er låst og at patienter, besøgende mv. skal bruge klokken. Hertil kommer at yderdørene er aflåst i aften- og nattetimerne (kl. 20.00-06.00) for at hindre ubudne gæster udefra.

I afsnit E4 er der mulighed for at lukke (og låse) en dør midt i afsnittene således at afsnittene deles i to afsnit med hver seks sengestuer. Hertil kommer at der på disse afsnit – med lidt forskellig indretning – er mulighed for at skærme en eller to stuer sammen med et lille opholdsrum med køkken. På afsnit E4 var der således at to stuer på hver sin side af det lille opholdsrum var forsynet med dør både til gangen og til opholdsrummet. Jeg forstod at det var meningen at der ved aflukning af døren – henholdsvis dørene – fra stuen (stuerne) til gangen kunne skabes et lille afsnit bestående af henholdsvis en eller to sengestuer og et opholdsrum.

*Jeg beder afdelingen oplyse hvorvidt og i givet fald hvor ofte det forekommer at der ved aflåsning af en eller flere døre etableres et mini-afsnit bestående af en eller to stuer og et opholdsrum. I givet fald beder jeg afdelingen oplyse hvorledes en sådan døraflåsning er blevet registreret.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 oplyst at muligheden for på E4 at dele afdelingen ”med en låst dør imellem (sikret enhed) bruges faktisk aldrig”.



*Jeg har noteret mig det oplyste.*

Under inspektionen fik jeg udleveret en kopi af afdelingens instruks om skærmning (af 2. januar 2003) hvoraf det fremgår at skærmning ordineres af en læge og skal vurderes dagligt af både lægen og afdelingens personale. Ledelsen oplyste under inspektionen at der foretages en vurdering af skærmingsforbruget på hver vagt. Afdelingen opererer med tre skærmningsniveauer.

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

Samtlige afdelingens vinduer er aflåst således at de kun kan åbnes helt med hjælp fra personalet. Vinduerne kan umiddelbart åbnes ca. 5-10 cm.

Adspurgt oplyste ledelsen at vinduerne er aflåste på alle afsnit på grund af at der som anført på alle afsnit kan forekomme tvangsindlagte/-tilbageholdte patienter. Yderligere blev det oplyst at afdelingen tidligere har haft enkelte patienter der er sprunget ud af vinduerne hvoraf en patient ikke havde overlevet springet.

*Aflåsningen af vinduer på alle afdelingens afsnit er – efter min opfattelse – en konsekvens af at afdelingen opererer med åbne afsnit der kan låses efter behov og ikke med en mere traditionel (gammeldags) opdeling i åbne og lukkede afsnit. Jeg bemærker at jeg – som jeg også anførte under inspektionen – ikke kan have nogen opfattelse af de (utvivlsomt berettigede) behandlingsmæssige argumenter bag en sådan (udbredt) indretning af en psykiatrisk afdeling. Efter min opfattelse forekommer det dog uforståeligt at vinduer på åbne afsnit (hvor døren som også anført af afdelingen som udgangspunkt er åben) er aflåst således at de kun kan åbnes helt med en nøgle, særligt fordi dette indebærer at*

*frivilligt indlagte patienter ikke umiddelbart kan åbne vinduet på deres sengestue.*

*Jeg har naturligvis forståelse for at afdelingen ønsker at forhindre at patienter springer ud af vinduerne og derved gør skade på sig selv, ligesom jeg har forståelse for den sikring mod tyveri mv. udøvet af personer udefra en spærring på vinduerne kan bibringe patienterne. Jeg bemærker dog at faren for at en patient skader sig selv ved at springe ud af et vindue må mindskes jo tættere på jorden den pågældende etage er. Jeg bemærker også at i hvert fald tyveri udefra må kunne hindres (eller mindskes) på mindre indgribende måde fx ved anvendelse af en form for tyveribeslag som patienterne selv kan fjerne så vinduet kan åbnes helt.*

*Jeg går ud fra at afdelingen løbende overvejer hvad der kan gøres for at i hvert fald patienter der ikke er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, selv kan åbne vinduerne helt hvis de ønsker det, herunder om der kan indføres en ordning hvorefter vinduerne kun låses såfremt der konkret er behov herfor (hvis der faktisk opholder sig en eller flere tvangsindlagte/-tilbageholdte patienter i afsnittet eller hvis der er konkret mistanke om at en patient vil springe ud for at gøre skade på sig selv) og hvis et afsnit (på et tidspunkt) skifter status til at være et åbent afsnit uden mulighed for aflåsning efter behov. Jeg foretager herefter ikke videre vedrørende spørgsmålet.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 anført:

*”Vi mener at der er brug for denne sikkerhed og har aldrig oplevet patientklager desangående.”*

*Jeg opretholder fuldt ud den opfattelse som jeg har givet udtryk for overfor ledelsen og jeg beder om at amtet udtaler sig om spørgsmålet.*

Som det fremgår, er dørene til afsnittene aflåste når en eller flere patienter har behov herfor og afsnittene fungerer så som lukkede afsnit. Da ikke alle indlagte patienter på aflåste afsnit er tvangsindlagte/-tilbageholdte forekommer det således at frivilligt indlagte er placeret på aflåste afsnit. Ledelsen oplyste at antallet af tvangsindlagte/-tilbageholdte patienter svinger meget, men at afdelingen i perioder har forholdsvis mange i forhold til antallet af frivilligt indlagte.

Det blev oplyst at den eller de patienter som døren låses for orienteres om at døren nu er låst (at de er tvangsindlagt/-tilbageholdt) og at de øvrige patienter samtidig orienteres om at døren ikke er låst for dem, men at de i det tidsrum hvor afsnittet er aflåst efter anmodning vil blive lukket ud af personalet.

*Under inspektionen fik jeg indtryk af at afdelingen 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 omtalt 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 hospitalet, og at det kun undtagelsesvist bør forekomme at en frivilligt indlagt patient af kapacitetsmæssige grunde ikke tilbydes en plads på en uaflåst del af hospitalet. 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 afdelingen 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 afdelingen 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](http://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 afdelingen 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 blev herefter fremsat den 25. januar 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 Psykiatrisk Afdeling Herning, foretager jeg mig på det foreliggende grundlag ikke noget vedrørende spørgsmålet.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 anført:

”Den beskrevne ordning mener vi ikke, der er realistisk. Kontinuiteten i behandlingsforløbet vil forsvinde. Patienterne vil uafslædigt skulle forholde sig til et nyt personale, hvilket er meget uhensigtsmæssigt ift. Patienttrygheden. I øvrigt vil patienter med fri udgang straks få efterkommet et evt. ønske om at få låst døren op ifm. udgang.”

*Jeg opretholder fuldt ud min tilkendegivelse.*

Fiksering foregår på patientens egen stue. Alle afsnit har fikseringsmateriale opbevaret i et aflåst skab centralt i afsnittet.

Adspurgt oplyste ledelsen 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 og at vagten er placeret på stuen.

Det blev oplyst at afdelingen 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). Afdelingen forsøger i videst muligt omfang at tilbyde patienten andre tryghedsskabende tiltag fx aktiviteter eller anvendelsen af kugledyne. Det var ledelsens opfattelse at ønsker om frivillig fiksering bliver sjældnere og sjældnere.

*Jeg går ud fra at fikseringsmaterialet altid transporteres diskret (fx i et pudebetræk) til og fra anvendelsesstedet, og at den faste vagt hvis denne undtagel-*

*sesvis måtte blive placeret på gangen (i det omfang det måtte være muligt for vagten at se patienten fra en sådan placering) 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 udenfor, at kigge ind til den fikserede.*

*Om frivillig fiksering henviser jeg i øvrigt til pkt. 6.3.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 oplyst at patienterne ikke kan ses fra gangen hvorfor den faste vagt opholder sig på stuen.

*Dette har jeg noteret mig.*

### **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 afdelingen har som udgangspunkt adgang til frisk luft hver dag. Ledelsen oplyste at de patienter der ikke kan gå ud alene fx tvangsindlagte/-tilbageholdte patienter, følges af personalet.

Alle patienter har adgang til afdelingens gårdhave der som anført ovenfor næsten helt er omkranset af bygninger. Der er kun indkig til haven ved den gitterlåge der er opsat i det ene hjørne, men herfra kan man ikke se hele haven. Gårdhaven er ikke sikret idet det er muligt at forcere gitterlågen.

Da sygehusområdet er åbent for offentligheden har uvedkommende (principielt) adgang til indkig i gårdhaven, men det blev under inspektionen oplyst at personer uden ærinde på sygehuset meget sjældent befinder sig på området.

*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 afdelingen om at oplyse hvordan denne vejledning finder sted.*

Afdelingen har i brevet 18. april 2006 oplyst at vejledningen finder sted i forbindelse med journaloptegnelsen og ved udlevering af pjecen "Information til patienter og pårørende".



*Jeg har noteret mig det oplyste.*

#### **5.5. Patienternes kontakt med læge mv.**

Ledelsen oplyste at alle patienter (løbende) 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. Ledelsen oplyste at det er vigtigt og også afdelingens hensigt at patienten hele tiden ved hvad der skal ske. Jeg forstod at alle afsnit har en kontaktpersonordning, således at alle patienter tildeles en eller to kontaktpersoner som deres "primær-person" i personalegruppen (plejepersonalet).

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.*

*Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 oplyst at patienternes kontaktperson i almindelighed deltager i lægesamtalerne. Det er imidlertid også muligt at patienten kan få en samtale med lægen alene.*

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

*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.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 oplyst at der er mulighed for at skifte kontaktperson.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

#### **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 bæltefiksering – være tilladelig, hvis det er nødvendigt for at afværge en aktuel og konkret fare mod andre – et hensyn, som både det politimæssige regelsæt og det psykiatriske regelsæt har til formål at varetage. ...”

Justitsministeriet har desuden oplyst at spørgsmålet er bragt op over for Politikommissionen. Politikommissionen afgav betænkning den 13. december 2001 om politilovgivningen (Betænkning 1410/2002). Betænkningen indeholder ikke noget specielt om politiets adgang til at anvende magt på dette område.

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

Under inspektionen blev det oplyst at politiet ved tvangsindlæggelse af patienter følger patienten ind på afsnittet (i kanten af afsnittet) hvor politiet sammen med patienten venter indtil lægen kommer. Ledelsen oplyste at ventetiden tilbringes i et ”venteværelse” – typisk undersøgelsesrummet eller et andet lokale der er ledigt – således at politi og patient ikke er henvist til at vente på trappen uden for afsnittet. Politiet forlader først afsnittet når indlæggelsespapirerne er i orden.

Jeg forstod at politiet (i øvrigt) kun tilkaldes til afdelingen 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.

Som jeg anførte under inspektionen er der i et vist omfang taget højde for sådanne indgreb i arbejdet med revisionen af psykiatriloven. Det fremsatte lovforslag til ændring af psykiatriloven indeholder således i § 1, nr. 5 følgende bestemmelse til indsættelse efter bestemmelsen i den gældende lovs § 2:

”§ 2 a. Sygehusmyndigheden skal sikre, at der på enhver psykiatrisk afdeling findes en skriftlig husorden, som er tilgængelig for patienterne.

Stk. 2. Afdelingsledelsen skal sikre, at den skriftlige husorden udleveres til patienten i forbindelse med indlæggelse.

Stk. 3. Ved udformning eller ændring af den skriftlige husorden skal patienterne, inden der træffes beslutning herom, inddrages.”

I bemærkningerne til forslaget er der om denne bestemmelse bl.a. anført følgende:

”Med § 2 a foreslås det, at der indsættes en bestemmelse om husordener. Bestemmelsen indfører en pligt for sygehusmyndigheden til at sikre, at der på enhver psykiatrisk afdeling forefindes en skriftlig husorden, som skal være tilgængelig for patienten, f.eks. ved at den er hængt op på stuen eller fællesarealer eller ligger fremme i andre opholdsrum.

Derudover har afdelingsledelsen pligt til at udlevere den skriftlige husorden til patienten i forbindelse med indlæggelse, således at patienten får lejlighed til at gøre sig bekendt med den.

Når den skriftlige husorden udformes eller ændres, skal patienterne inddrages, inden der træffes beslutning om udformning eller ændring. Sygehusmyndigheden tilrettelægger konkret, hvordan proceduren, herunder inddragelsen, skal ske.

En husorden skal indeholde generelle regler om patienternes udfoldelsesmuligheder under indlæggelse, f.eks. regler om adgangen til at telefonere, regler om rygning i afdelingen, besøgsforhold, overvåget besøg, m.v., samt om konsekvenserne af, at husordenen ikke overholdes.

Samtidig med indførelsen af bestemmelsen om obligatoriske husordener, ophæves bemyndigelsesbestemmelsen i § 30, hvorefter indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger. Bemyndigelsesbestemmelsen er udmøntet i bekendtgørelse nr. 1337 af 15. december 2004 om patientindflydelse på psykiatriske sygehuse og afdelinger, som hermed vil bortfalde. Der henvises i øvrigt til lovforslagets § 1, nr. 24.”

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 (endnu) 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 afdelingen 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 afdelingen om at underrette mig om hvad overvejelserne resulterer i.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 oplyst at afdelingen har besluttet "at tage husordensreglerne op til revision".

*Jeg tager det oplyste til efterretning og anmoder om at blive underrettet om hvad der videre sker vedrørende spørgsmålet.*

*For god ordens skyld skal jeg oplyse at jeg i forbindelse med min inspektion af Psykiatrisk Afdeling på Hvidovre Hospital den 8. december 2004 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 alle afdelingens afsnit er der fastsat besøgstider og det forskelligt fra afsnit til afsnit hvornår der kan modtages besøg. I nogle afsnit er besøgstiderne mere restriktive end på andre afsnit. I de fleste afsnit er besøgstiden udvidet i weekenderne. Afdelingens afsnit har ikke lokaler der er særligt indrettede til at modtage besøgende i.

Besøg på de enkelte afsnit foregår som udgangspunkt på patientens egen sengstue, men kan efter det oplyste også foregå i afsnittets opholdsrum og efter aftale med personalet i et samtalerum.

Det fremgår af det materiale der findes på amtets hjemmeside at indlagte på afsnit E2 kan modtage besøg mellem kl. 15.00 og kl. 17.00, igen mellem kl. 18.30 og 20.00 på hverdage. Onsdag hvor der er pårørende aften er aftenbesøget udvidet til kl. 21.00. I weekenden er besøgstiden fastsat til mellem kl. 12.30

og 17.30 og igen fra kl. 18.30 til kl. 20.00. Noget tilsvarende gælder for afsnit E3 og E6, mens besøgstiden på afsnit E4 er fastsat til mellem kl. 10.00 og kl. 21.00.

*Idet besøg også kan foregå i afsnittenes fællesrum går jeg ud fra at personalet er meget opmærksomt på at der samtidig tages hensyn til afsnittets øvrige patienter.*

*Jeg beder afdelingen oplyse hvorvidt det forekommer at afdelingen forbyder/forhindrer besøg til en patient og/eller af en eller flere besøgende fx af hensyn til patientens helbredsmæssige situation eller fordi afdelingen har mistanke om at den besøgende vil give problemer af den ene eller anden slags.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 oplyst at der desværre kan opstå situationer hvor afdelingen for en kortere periode må anmode pårørende om at undlade at besøge patienter med henvisning til patientens psykiske lidelse.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

Ledelsen oplyste at der alene sker visitation af patienter hvis personalet har mistanke om (eller vished for) at den pågældende medbringer våben eller andre ulovlige genstande (fx euforiserende stoffer mv.). Hvis der er tale om at der fremsættes trusler med våben eller lignende – og situationen således er tilspidset – tilkaldes politiet. Men afdelingen foretager ikke visitationer og der sker ikke afklædning af patienter i forbindelse med indlæggelsen eller tilbagevenden til afdelingen i øvrigt. Det var ledelsens opfattelse at det ikke er muligt at visitere sig ud af at selvskadende patienter gør skade på sig selv.

Ledelsen oplyste at hvis der skal ske visitation eller "andre voldsomme ting" skal indgrebet besluttet af en læge. En sådan kompetenceregulering er ikke nedskrevet, men – forstod jeg – besluttet på en konference i afdelingen.

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

*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 afdelingen at overveje udarbejdelse af, også vil indeholde kompetenceregler.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 anført:

"Vi har i ganske få tilfælde oplevet, at patienten ved indlæggelsen er i besiddelse af våben eller genstande, der kan bruges som våben – så som knive, koben og lignende. Primært forhandles med patienten om aflevering af våbenet, men vi har været ude for at måtte tilkalde politiet til afvæbning. Vi visiterer ikke for stoffer."

*Jeg har noteret mig det anførte.*

På alle afsnittene findes mønt- eller korttelefoner der passes af patienterne. Mange patienter medbringer deres egen mobiltelefon. Ledelsen oplyste at afdelingens patienter som udgangspunkt kan benytte deres mobiltelefon, men at telefoner med kamera ikke tillades. Sådanne telefoner opbevares af afsnittene eller sendes med de pårørende hjem. Jeg forstod at dette var en beslutning der var truffet centralt af ledelsen på afdelingen. Af hensyn til de øvrige patienter i afsnittet må mobiltelefoner kun benyttes på egen stue.



*Jeg henviser 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 pr. 1. oktober 2005 var vedtaget en ny rygepolitik gældende for hele afdelingen. Rygepolitikken udgangspunkt er at der ikke må ryges på afsnittene, alle (patienter, personale og besøgende) skal gå uden for hvis de skal ryge. For så vidt angår patienterne skal personalet foretage en vurdering af om patienten kan gå ud for at ryge. Patienten kan fx få lov til at ryge inden døre (i afsnittets rygerum) hvis patienten har begrænsninger i sin frihed (fx ikke har adgang til haven eller er skærmet), eller på egen stue hvis patienten er fikseret. I situationer hvor patienten får lov til at ryge inden døre skal personalet aktivt tilbyde at cigaretten erstattes med plaster, tyggegummi eller undervisning mv., men alle patienter tilbydes afvænnings eller nikotinpræparater for at reducere rygetrangen. Det er hensigten med politikken at fjerne/minimere tobaksrøg i afdelingen samt at forebygge røggener og yde en sundhedsfremmende indsats.

Under min rundgang mødte jeg enkelte patienter der havde fået særlig tilladelse til at ryge i et af de små tekøkkener på afsnittene. Ligesom døren til rygerummet stod åben flere steder.

Ledelsen oplyste at rygepolitikken var lettest at få gennemført på afsnit E4 hvor patienterne havde umiddelbar adgang til gårdhaven, mens det var lidt vanskeligere for patienterne på E1, E2 og E3 der skal benytte trapper. Det var dog gået væsentligt nemmere end frygtet. Mange patienter benytter en tur i haven eller i byen til at ryge og på enkelte afsnit arrangeres der en aftengåtur der også

af mange benyttes til at ryge. Ledelsen oplyste at der på alle afsnit ydes en stor indsats fra personalets side til at forsøge at aktivere patienterne i opholdsstuen således at de ikke samles i rygerummene. Det er således helt bevidst at der ikke er opstillet tv i rygerummene.

Det var ledelsens opfattelse at rygepolitikken fungerer godt og at både patienter og personale er (nogenlunde) tilfredse med ordningen.

En af de patienter jeg havde en samtale med under inspektionen oplyste at rygepolitikken efter hans opfattelse var meget stram (måske for stram) og at rygerne var lidt forfulgte på afdelingen. Han oplyste at det kunne være svært at gå udenfor for at ryge, men at rygepolitikken på afdelingen havde betydet en halvering af hans eget cigaretforbrug hvilket han naturligvis var glad for. Han kunne godt se fornuften i at begrænse røgen på afdelingen til enkelte lokaler, så de patienter der ikke ryger og personalet ikke skal opholde sig i røgfyldte lokaler i afdelingen. Men det var svært at begrænse antallet af cigaretter da behovet for cigaretternes beroligende og stimulerende virkning var stort.

*Efter min opfattelse bør afsnittene sikre at døren til rygerummene holdes lukkede.*

*Rygepolitikken giver mig ikke anledning til andre bemærkninger.*

*Jeg beder dog amtet (eller afdelingen) 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 afdelingen er omfattet af.*

Jeg har modtaget "Rygepolitik, Psykiatrisk Afdeling Herning" der har følgende indhold:

”Revision af Rygepolitik juni 2000.

Revisionen sker på baggrund af ”Ringkøbing Amts politik for en indsats mod rygning.

Hensigten med rygepolitikken er at fjerne/minimere tobaksrøg i afdelingen som en sundhedsfremmende indsats.

Medarbejdernes opmærksomhed anvendes til at udøve forebyggelse og give en sundhedsfremmende indsats samt finde andre løsningsmuligheder. Hvis en patient således får lov at ryge i afdelingen, må man eksempelvis overveje om patienten kan gå ud. Man kan tilbyde plaster, tyggegummi og undervisning.

På nuværende tidspunkt arbejder vi ud fra det grundlag, at der er forskellige vilkår for medarbejdere, pårørende og patienter.

**Medarbejdere:**

Der må ikke ryges inde.

**Pårørende:**

Der må ikke ryges inde.

**Patienter:**

- a) I situationer, hvor patienten er bæltefikseret, skærmet eller ikke har udgang, forventes det, at personalet er aktiv med at tilbyde midler mod rygning – en pædagogisk indsats, plaster, tyggegummi.

Hvis det besluttes at give patienten tilladelse til at ryge, så må personalet påse, at det foregår med udluftning og umiddelbar fjernelse af cigaretskod og aske.

- b) I situationer, hvor patienten pga. begrænsninger i frihed har brug for at ryge i afdelingen, da skal personalet gå aktivt i dialog med patienten om forebyggelse og minimering af tobaksforbruget, og patientens rygning skal foregå i rygerum.

Godkendt i LU august 2005.”

*Jeg forstår den gengivne formulering af rygepolitik således at patienter ikke må ryge indendørs og at det der er anført under punktet a og b er undtagelser fra hovedreglen.*

*Ved en eventuel kommende revision i øvrigt af den formulerede rygepolitik vil en tydeliggørelse af dette kunne ske.*

### **5.9. Forplejning**

Forplejningen til patienterne kommer fra Herning Sygehus' centralkøkken.

Ledelsen oplyste at afdelingen for flere år siden havde arbejdet meget med kosten (indhold, servering mv.) og at der bliver lagt stor vægt på at der serveres fedtfattigkost – dog med undtagelse af maden på gerontopsykiatrisk afsnit (E6) hvor kosten gerne må være mere traditionel.

Køkkenet tilbyder hver dag til middag tre forskellige menuer (en traditionel, en mere ungdommelig og en vegetarmenu) samt enten forret eller dessert. En uge før inspektionen havde afdelingen besluttet at lade patienterne sammensætte deres egen menu i en prøveperiode på tre måneder. Jeg forstod at afsnittene indtil da havde bestilt den mad de forventede ville blive spist.

Afsnittene har mulighed for fx selv at bage brød mv. hvilket efter det oplyste jævnligt sker på alle afsnit.

Det blev oplyst at fællesspisning efter afdelingens opfattelse er en vigtig social begivenhed der søges fremmet på alle afsnit.

Ledelsen havde ikke kendskab til at patienter skulle klage over maden.

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

### **5.10. Udslusning, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner**

Det blev oplyst at afdelingen kan opleve at have færdigbehandlede patienter indlagt i (lidt) længere tid end nødvendigt fordi der er ventetid til fx et kommunalt bofællesskab (typisk), men at det ikke er et generelt problem. På inspektionsdagen ventede en patient på et relevant botilbud. Det var ledelsens opfattel-

se at det er bedre at vente lidt længere på det rigtige tilbud da afdelingen ellers havde erfaring med at patienten kom igen. Jeg forstod at der kunne være ventetid på at få en støtte-kontaktperson. Ledelsen oplyste at samarbejdet med kommunerne og amtet er godt og at det er sjældent at der ikke kan lægges en fælles plan der hvor behovet er.

Afdelingen 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 med eller uden støtte fra kommunen eller det mobile team og/eller til fortsat behandling i distriktspsykiatrien eller til socialpsykiatrien.

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

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

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

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

Spørgsmålet om udarbejdelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner blev ikke nærmere 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 "dobbelt udstødte").*

*Med disse bemærkninger beder jeg sygehuset om at oplyse om sygehusets praksis i forbindelse med udarbejdelsen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 oplyst at afdelingen er meget opmærksomme på at udarbejde udslusningsaftaler og koordineringsplaner.

*Jeg gentager min anmodning om at afdelingen (nærmere) beskriver afdelingens praksis i forbindelse med udarbejdelse af udslusningsaftaler og koordineringsplaner.*

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 af psykiatriloven der er i gang (folketingsåret 2005/06). I det fremsatte lovforslag foreslås bestemmelserne i § 3, stk. 4 og 5, ophævet idet bestemmelserne i stedet flyttes til det nye kapitel 4a om "Opfølgning efter udskrivning" således at ordlyden bevares i henholdsvis forslaget § 13a, stk. 1, og § 13b, stk. 1.

#### **5.11. Børn og unge**

Psykiatrisk Afdeling Herning modtager ikke børn og unge. De modtages i stedet på amtets Børne- og ungdomspsykiatriske Afdeling der fysisk – som Psykiatrisk Afdeling Herning – er placeret på Herning Sygehus' område. Børne- og ungdomspsykiatrisk Afdeling varetager almen børne- og ungdomspsykiatri for hele Ringkøbing Amt.

Ledelsen oplyste at der på Psykiatrisk Afdeling Herning som udgangspunkt ikke modtages unge under 19 år.

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).

*Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

### **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 afdelingen har et godt samarbejde med patientrådgiverne der er flinke til at komme i afdelingen. De tilkaldte patientrådgivere kommer til stede på afdelingen inden for 24 timer (psykiatrilovens §



26). Ledelsen oplyste at der altid beskikkes en patientrådgiver når der iværksættes tvangsforanstaltninger. Hvis den samme patient senere i samme behandlingsforløb igen undergives en tvangsforanstaltning kontakter afdelingen den samme patientrådgiver, medmindre der er særlige grunde (fx patientens ønske herom) til at vælge en anden. Ledelsen oplyste samtidig at afdelingen har et godt samarbejde med statsamtmanden og patientklagenævnet. Der afholdes et årligt fællesmøde hvor med deltagelse af patientklagenævnets medlemmer, statsamtmanden, afdelingen og patientrådgiverne hvor der diskuteres gensidige problemer og det forløbne år gennemgås.

Det fremgår af Årsberetningen fra Det Psykiatriske patientklagenævn i Ringkøbing Amt for 2004 at patientrådgiveren i 2004 mødte til 57,9% af møderne på afdelingen (i 11 af 19 sager), mens lægen mødte til alle møderne. Det fremgår af årsberetningen at en af årsagerne til patientrådgivernes fremmødeprocent (der er faldet i forhold til året før) kan være at en del møder er blevet afholdt i ferietiden. I 2004 blev der afholdt møde på afdelingen i 19 klagesager (16 møder).

Ledelsen oplyste at afdelingen har en helt fast procedure for hvilken patientrådgiver der skal kontaktes, hvilket sker efter en liste. Det giver sjældent problemer 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. Afdelingen råder ikke over eget informationsmateriale på andre sprog end dansk.

Afdelingen har regelmæssigt patienter indlagt med anden etnisk baggrund end dansk. Ledelsen oplyste at der pågår et treårigt projekt hvor en til formålet ansat medarbejder arbejder med at tydeliggøre og løse forskellige problemstillinger der særligt vedrører patienter med anden etnisk baggrund end dansk, her-

under kulturelle barrierer i forhold til personalet, samarbejdet med kommunerne mv. Ledelsen oplyste at dette projekt havde givet en ny vinkel på mange spørgsmål i hverdagen og havde givet både ledelsen og personalet en anden forståelse af mange forhold. Projektmedarbejderen er ansat til dette i hele psykiatrien i amtet. Den pågældende arbejder også med de tolke der anvendes hvis patienter (og pårørende) ikke taler dansk, således at tolkene er bedre forberedt til samtaler om psykiatri mv.

*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.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 anført at patientrådgiveren i alle tilfælde orienteres om tvangsanvendelse.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

### **5.13. Vold mod personalet**

Det forekommer at patienter optræder voldeligt og/eller truende over for personalet.

Afdelingen har udarbejdet en folder om "Forebyggelse af fysisk og psykisk vold – beredskabsplan for personale" fra februar 2005 som jeg modtog et eksemplar af under inspektionen. Det fremgår heraf at afdelingen ikke accepterer voldelig adfærd som udtryksform. Vold defineres heri som "den adfærd en person viser, når han/hun truer eller skader andre personer eller ødelægger gen-

stande." Voldelig adfærd er også "fysisk eller psykisk overskridelse af et andet menneskes grænser, hvor igennem personen føler sig truet eller krænket."

Det fremgår af folderen at der altid skal udfyldes en intern skadesanmeldelse der opbevares i administrationen og at skaden herefter indberettes til Arbejds-skadestyrelsen.

Folderen indeholder en plan for hvorledes – og i hvilken rækkefølge – episoder af vold og trusler skal følges op, både umiddelbart og på lidt længere sigt.

Om politianmeldelse fremgår det bl.a. af folderen at "alle har ret til at anmelde vold og trusler om vold til politiet" og at det er funktionslederen eller ansvarshavende der efter drøftelse med den skadelidte telefonisk orienterer politiet om at skadelidte ønsker at anmelde episoden, herunder kan det aftales at afdelingsledelsen, afdelingen el.lign. kan optræde som anmelder.

Adspurgt oplyste ledelsen at afdelingen måske var mere tilbageholdende med at indgive politianmeldelse end andre steder, men at det var vigtigt at finde en balance i forhold til patientens psykiske tilstand (psykose). Som eksempel på en episode som (nok) ikke ville blive anmeldt til politiet nævnte ledelsen en patient der i sit forsøg på at forsvare sig mod ufoer slog vildt omkring sig og derved ramte personale eller en medpatient. Ledelsen oplyste at det ikke var afdelingens politik at det er overladt til den enkelte medarbejder at indgive en evt. politianmeldelse. Det var i øvrigt ledelsens opfattelse at indgivne anmeldelser blev behandlet seriøst af politiet.

*Som jeg anførte under inspektionen er det efter min opfattelse mest hensynfuldt over for den forurettede at ledelsen (afdelings- eller afsnitsledelsen) under normale omstændigheder indgiver politianmeldelse, dog med mulighed for at undlade dette af hensyn til den forurettede. På baggrund af det oplyste går jeg ud fra at det anførte i den omtalte folder skal forstås sådan at ansvaret for at (tage stilling til spørgsmålet om at) indgive politianmeldelse ikke alene lig-*

*ger hos personalet selv, men at ledelsen (selvstændigt) overvejer spørgsmålet, dog således at der ikke indgives anmeldelse hvis forurettede ikke ønsker det. Jeg beder afdelingen overveje at præcisere dette i folderen.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 anført:

*”Ledelsen har ret til at anmelde på afdelingens vegne. Vi har ikke været i situationen, men kan se et dilemma ift. Vidneafgivelse, såfremt involveret personale er uenig i anmeldelsen.”*

*Jeg gentager min opfordring om præcisering i folderen.*

#### **5.14. Opbevaring af journaler**

Afdelingen benytter en elektronisk patientjournal (EPJ). Alt relevant personale har som udgangspunkt adgang til journalerne. Systemet har en logfunktion, således at der kan føres (stikprøvevis) kontrol med om personale foretager opslag i journaler uden saglig grund. Afdelingens personale har adgang til systemet på forskellige niveauer efter deres behov.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

#### **5.15. Handicaptilgængelighed**

Afdelingen har som det fremgår ovenfor under pkt. 3.1. bygninger i fire etager. De fleste bygninger er af ældre dato, men spørgsmål om handicaptilgængelighed er indgået ved istandsættelser og renoveringer. Afdelingens afsnit er således indrettet så kørestolsbrugere kan færdes (næsten) overalt. Afdelingen har fx ingen dørtrin og der er indrettet elevatorer og et handicaptolilet- og baderum på alle afsnit, ligesom yderdøre er forsynet med dørklokker.

Ledelsen oplyste at afdelingen ind imellem har kørestolsbrugende patienter eller patienter der i øvrigt er bevægelseshæmmede.

*Uanset at afdelingen 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.”

Som det fremgår ovenfor under pkt. 5.7., foreslås bemyndigelsesbestemmelsen i lovens § 30 ophævet og erstattet af den ovenfor citerede bestemmelse i § 2a, stk. 3, samt en foreslået ændring af lovens § 2.

Afdelingen 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.

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

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 anført:

”Patienten har via morgenmøde og den øvrige kontakt med personalet indflydelse på de daglige ting, der har betydning for patienten. Mere langsigtede planer involveres de ikke i.”

*Jeg gentager min anmodning.*

#### **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 afdelingen. Det fremgår af den ene at patienten forholder sig accepterende til planens indhold, mens den anden patient ikke har sygdomsindsigt.

*Behandlingsplanerne giver ikke anledning til bemærkninger.*

#### **5.18. Euforiserende stoffer og alkohol**

Det fremgår af den modtagne informationsfolder til patienter og pårørende samt af materialet på amtets hjemmeside at alkohol og andre rusmidler (euforiserende stoffer) ikke må medbringes eller indtages på afdelingen. Det accepteres ikke at patienter møder berusede mv. op på afdelingen.

Ledelsen oplyste at afdelingen kun i meget begrænset omfang oplever at der findes euforiserende stoffer på afsnittene. Findes der stoffer på afdelingen er

der tale om at en misbrugende patient selv har medbragt disse eller har modtaget disse fra en besøgende. I så fald er der tale om stoffer til eget brug. Det forekommer også – om end sjældent – at personalet kan lugte at en patient ved tilbagevenden til afsnittet har røget fx hash. Ledelsen oplyste at det sjældent gav anledning til problemer og det var ledelsens opfattelse at der ikke foregik handel på afdelingens område eller i umiddelbar nærhed heraf.

Afdelingen 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 har afdelingen et generelt forbud mod handel, udlån og gaver patienterne imellem. Ligesom den enkelte patient maksimalt må være i besiddelse af 500 kroner. Afdelingen tilbyder (i begrænset omfang) at låse værdigenstande mv. inde i administrationen hvis patienten ønsker dette. Det fremgår desuden af hjemmesiden at flere afsnit beder patienterne om nøje at overveje hvad der medbringes under en indlæggelse.

Afdelingen har med brevet af 18. april 2006 sendt mig ”Regler for opbevaring af værdier for patienter i Psykiatrisk Afdeling Herning”.

*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**

Afdelingen har generelt ikke problemer med rekruttering af personale, bortset fra speciallæger hvor afdelingen oplever de samme problemer som mange andre steder i landet. I denne sammenhæng ligger afdelingen i et såkaldt yderområde, men nok alligevel bedre sammenlignet med andre dele af amtet når man

ser på den offentlige transport. På tidspunktet for inspektionen var der tre ubesatte overlægestillinger.

Både opslag om ledige psykolog-, sygeplejerske- og social og sundhedsassistentstillinger giver mange ansøgninger, dog er der en tendens til at der er færre ansøgninger til sygeplejerskestillinger om sommeren.

*Jeg har noteret mig at afdelingen i lighed med mange andre psykiatriske hospitaler og afdelinger kan have svært ved at få det ønskede antal speciallæger.*

Ledelsen oplyste at der tidligere var et forholdsvist højt sygefravær på afdelingen. Ringkøbing Amt har gennem nogen tid arbejdet meget med en sygefraværspolitik ("det rummelige amt"). Ledelsen oplyste at dette arbejde der bl.a. havde ført til indførelsen af fraværssamtaler både ved kort- og langvarig sygdom fungerer godt og – i hvert fald for ledelsen – havde vist sig at være et godt hjælpemiddel. Det var ledelsens indtryk at også medarbejderne var glade for politikken.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

## **5.20. Navneskilte**

På alle afsnit er der uden for sengestuerne opsat en lille tavle hvorpå patientens navn (kan) anføres. På de navneskilte jeg så under min rundgang var – med undtagelse af én tavle og tavlerne på gerontopsykiatrisk afsnit (E6) – alene fornavnet angivet. Det blev oplyst at enkelte patienter undertiden foretrækker at alene efternavnet er anført, herunder at de indlagt på det gerontopsykiatriske afsnit ofte identificerer sig med deres fulde navn.

Besøg foregår som også tidligere nævnt på afsnittene – enten på patienternes stuer eller i afsnittets opholdsrum.



Ved den ene undtagelse ville ledelsen undersøge om den pågældende patient havde ønsket at hans/hendes fulde navn skulle anføres på tavlen. Ledelse oplyste samtidig at det var afdelingens politik alene at anføre fornavne.

*Jeg kan 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 anføres 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 afdelingen er opmærksom 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 afdelingen forud for den 14. december 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/koordinationsplaner. 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 – som nævnt i indledningen – med brev af 13. februar 2006 fra afdelingen modtaget hvad der fremtræder som skærmpoint af registreringsskemaer fra det elektroniske indberetningssystem. I brevet af 13. februar 2006 har afdelingen anført at alle behandlingsdatoer desværre ikke kommer med ved udskriv-

ningen idet rullepanelet ikke kan vise dem alle på én gang. I forbindelse med andre tidligere inspektionen af psykiatriske afdelinger har jeg modtaget udskrifter af registreringsskemaer fra det elektroniske indberetningssystem hvor alene de registrerede oplysninger (men ikke alle de i systemet valgbare muligheder) er anført, og hvor alle efterprøvelsesdatoer, behandlingsdatoer mv. fremgår.

*Jeg beder om afdelingens bemærkninger hertil.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 anført følgende:

”Vi har ikke mulighed for at printe tvangsskemaerne ud, så man både kan se behandlingsdatoer samtidig med, at man kan se det indtastede.

Vi har derfor udskrevet et supplement til alle de fremsendte skemaer i håb om, at det kan være fyldestgørende.”

*Jeg har noteret mig det anførte.*

Ledelsen oplyste under inspektionen at afdelingen har indberettet elektronisk siden den 1. april 2005. Jeg forstod at afdelingen i begyndelsen havde benyttet det elektroniske indberetningssystem uden samtidig at benytte det tidligere papirskema, men at afdelingen på grund af problemer hermed var gået tilbage til de tidligere papirskemaer hvis oplysninger efter udfyldelse indtastes af en sekretær i de enkelte afsnit.

*Jeg beder afdelingen oplyse om – og i givet fald hvor – der foretages notat om at indberetningen (indtastning) er sket. Jeg beder samtidig afdelingen oplyse om afdelingen opbevarer et eksemplar af både en udskreven blanket (som anført i Sundhedsstyrelsens vejledning) og det udfyldte papirskema i såvel afdelingens tvangsprotokol som i patientens journal.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 anført:

”Det er besluttet, at det er sekretæren der foretager den elektroniske indberetning af tvang ud fra et af lægen udfyldt papirskema. Dette er begrundelsen for, at vi har bibeholdt papirskemaet.

Alle tvangsforanstaltninger og vurderinger/stillingtagen i den forbindelse journalføres, ligesom det journalføres, at der er udfyldt tvangsskema.

Derimod foretages ikke noget notat ift. Den elektroniske indberetning.

Vi opbevarer ikke noget papireksempplar af den elektroniske indberetning, da den jo til hver en tid foreligger elektronisk. Hvad angår det af lægen udfyldte papirskema, arkiveres dette i de enkelte afsnit i en periode.”

*Jeg vender tilbage til dette spørgsmål.*

Som nævnt modtog jeg det materiale jeg anmodede om med brev af 13. februar 2006. Materialet indeholder i alt 10 skemaer vedrørende frihedsberøvelse (tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse – skema 1), 10 skemaer vedrørende tvangsbehandling (skema 2), 11 skemaer vedrørende fiksering og fysisk magtanvendelse (skema 3) og 2 skemaer vedrørende beskyttelsesfiksering/-foranstaltning (skema 4).

*Jeg har ikke mulighed for at vurdere om anvendelsen af tvangsforanstaltningerne 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 – modtaget 10 skemaer til brug for tilførsler i tvangsprotokollen om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, heraf 2 vedrørende tvangsindlæggelse, begge samtidig omfattende tilførsel om tvangstilbageholdelse og 8 udelukkende vedrørende tvangstilbageholdelse. Tilførslerne

(skemaerne) vedrører frihedsberøvelse iværksat i perioden fra den 12. maj 2005 til den 6. oktober 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 2 frihedsberøvelser begyndt som tvangsindlæggelse, og 8 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 de 2 tilfælde af tvangsindlæggelse er det ved afkrydsning angivet at tvangsindlæggelsen er sket på grund af farlighed. I 4 af de 8 tilfælde hvor frihedsbe-

røvelsen er iværksat som tvangstilbageholdelse, er det sket på grund af farlighed og de øvrige 4 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 indlæggelse. 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.

Ledelsen oplyste under inspektionen at afdelingen arbejder med tre vagtlag; en forvagt, en bagvagt og en beredskabsvagt. Forvagten skal være til stede på afdelingen, bagvagten har telefonvagt men skal kunne tilkaldes med ½ times varsel, mens beredskabsvagten har telefonvagt.

I alle 10 skemaer er der angivet en dato for overlægens stillingtagen. I 5 tilfælde har overlægen taget stilling til frihedsberøvelsen samme dag som iværksættelsen af frihedsberøvelsen, i 4 tilfælde har overlægen taget stilling dagen efter iværksættelsen, og i 1 tilfælde har overlægen taget stilling 3 dage efter iværksættelsen.

Det ene tilfælde hvor overlægens stillingtagen er angivet som senere end dagen efter iværksættelsen vedrører en tvangstilbageholdelse iværksat søndag den 30. oktober 2005 hvor overlægen har taget stilling onsdag den 2. november 2005.

*Reglerne om udfyldelse af tvangsprotokoller indeholder ikke bestemmelser om hvor lang tid der må gå før overlægens attestation skal anføres i protokollen. De kontrolhensyn 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 1-3 dage fra iværksættelsen af frihedsberøvelsen til overlægens stillingtagen, men for god ordens skyld beder jeg dog afdelingen om at oplyse nærmere om afdelingens praksis med hensyn til indhentelse af overlægens stillingtagen (brugen af de oplyste tre vagtlag).*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 oplyst at overlægen attesterer snarest muligt. Det er altid muligt at komme i telefonisk kontakt med en overlæge og denne mulighed benyttes.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

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 tvangsbe kendtgørelsens § 33, nr. 4. Efterprøvelsen udregnes ifølge vejledningen fra den dag hvor den første frihedsberøvelse blev iværksat (dag 0). Efterprøvelsesdatoerne ændres således ikke når en tvangsendlagt patient senere tvangstilbageholdes. 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. august 2005 skete efterprøvelserne efter 3, 10, 20 og 30 dage rettidigt, mens den umiddelbart efterfølgende efterprøvelse (30. dagen + 4 uger, den 4. oktober 2005) skete to dage for sent (den 6. oktober 2005). De efterfølgende efterprøvelser kan ikke ses af udskriften.

I forbindelse med tvangstilbageholdelsen iværksat den 19. september 2005 er efterprøvelserne på 3. og 10. dagen sket rettidigt, mens der ikke er notat om en efterprøvelse på 20. dagen (den 9. oktober 2005). Den pågældende frihedsberøvelse er ophørt den 10. oktober 2005. Der er således ikke sket efterprøvelse på 20. dagen.

*Det er beklageligt at efterprøvelsene i – i hvert fald – 2 tilfælde er sket for sent.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 beklaget at efterprøvelserne er sket for sent.

I forbindelse med en tvangstilbageholdelse iværksat den 12. maj 2005 og en tvangsindlæggelse iværksat den 18. maj 2005 er efterprøvelserne på 3. dagen sket rettidigt. Der er der ikke i de 2 tilfælde gjort notat om yderligere efterprøvelser og der er ikke foretaget notat om ophør af frihedsberøvelserne eller om at patienterne er udskrevet.

*Jeg beder afdelingen om en udtalelse vedrørende disse to tilfælde.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 erkendt at der er tale om fejl som afdelingen har beklaget.

I de øvrige tilfælde er den obligatoriske efterprøvelse efter det angivne sket på det i loven angivne tidspunkt. I 1 tilfælde er ophævelsen af frihedsberøvelsen sket inden 3. dagen.

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

De obligatoriske efterprøvelser skal, som nævnt, foretages af overlægen, jf. lovens § 21, stk. 2, eller i dennes fravær af en 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 de fleste tilfælde angivet som samme dag som efterprøvelsen eller dagen efter. I 3 tilfælde er datoen angivet til 2 dage efter efterprøvelsen, i 1 tilfælde til 3 dage efter og i yderligere 1 tilfælde til 8 dage efter efterprøvelsen. I det sidstnævnte tilfælde er der tale om en tvangstil-

bageholdelse iværksat den 6. september 2005 hvor datoen for overlægens stillingtagen til efterprøvelsen på 20. dagen (den 26. september 2005) er angivet som værende sket den 4. oktober 2005.

*Jeg beder afdelingen om en udtalelse om dette tilfælde.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 erkendt at der er tale om fejl som afdelingen har beklaget.

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 afdelingen om en udtalelse herom, jf. også ovenfor.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 erkendt at der er tale om fejl som afdelingen har beklaget.

## **6.2. Tvangsbehandling**

Jeg modtog 10 skemaer vedrørende beslutninger om tvangsbehandling vedrørende 9 patienter. Tilførslerne (skemaerne) vedrører alle beslutninger om tvangsbehandling truffet i tidsrummet fra den 16. februar 2005 til den 28. oktober 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 2 vedrørende samme patient), 1 tilfælde af ECT-behandling og 1 tilfælde af ernæring.

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

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

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

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

Datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen og for overlægens stillingtagen er angivet i alle tilfælde. Datoen for overlægens stillingtagen er i 6 tilfælde angivet som dagen for beslutningen og i 2 tilfælde som dagen efter. I de sidste 2 tilfælde er datoen for overlægens stillingtagen angivet som henholdsvis 3 og 6 dage (beslutning om iværksættelse af ECT-behandling den 9.

september 2005) efter datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen.

*Jeg beder afdelingen om en udtalelse om det tilfælde hvor overlægens stillingtagen ligger 6 dage efter datoen for beslutning om iværksættelse. Om indhentelse af overlægens stillingtagen henviser jeg i øvrigt til min anmodning ovenfor under pkt. 6.1.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 anført:

”Det er ikke tilfredsstillende, at intervallet mellem tvangsforanstaltningen og overlægens godkendelse er mere end 2-3 dage. Det lykkes langt de fleste gange, men vi må erkende, at det slår fejl i enkelte tilfælde. Vi arbejder til stadighed på at få dette rettet ind.”

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

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.

Det i rubrikken "Art og omfang" anførte er (pga. udskriften) ikke synligt i fuldt omfang i 7 af de udskrifter jeg har modtaget.

I ét tilfælde (beslutning om tvangsmedicinering af 29. juli 2005) er dosis angivet som "stigende ... til klinisk effekt 30.08.06" (resten af rubrikken er ikke synlig i den udskrift jeg har modtaget). Der er (tilsyneladende) ikke angivet en (start)dosis i dette tilfælde.

I ét tilfælde (beslutning om tvangsernæring af 26. august 2005) er rubrikken "Art og omfang" udfyldt således: "Nedlæggelse af ernæringssonde mhp. Hydrering" (resten af rubrikken er ikke synlig i den udskrift jeg har modtaget). Der er således (tilsyneladende) hverken anført dosis eller præparatnavn i dette tilfælde.

*Jeg beder afdelingen om en udtalelse i disse to tilfælde.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 oplyst at der var tale om en ernæringssonde med henblik på at tilføre patienten mad og vand.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

I ét tilfælde (beslutning om tvangsbehandling med ECT af 9. september 2005) er der i rubrikken "Art og omfang" anført "ECT, anlæggelse af venflon, anæstesi".

*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 afdelingen om at uddybe det i skemaet anførte.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 oplyst at anlæggelse af venflon betyder udelukkende intravenøs adgang.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

I ét tilfælde (beslutning om tvangsmedicinering af 28. oktober 2005) er rubriken "Art og omfang" udfyldt således: "antibiotika - psykofarmaka".

*Det er beklageligt at der ikke er anført (start)dosis og præparatnavn i dette tilfælde.*

I de øvrige tilfælde er indholdet af tvangsbehandlingen angivet. I 3 tilfælde er indholdet af tvangsbehandlingen (medicinering) angivet med to alternative indgivelsesmåder, fx således at ordineringsen lyder på tabletter alternativt injektion.

*Selv om det ikke er anført at injektion kun skal gives hvis patienten nægter at tage tabletter/mikstur, 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 afdelingen altid anvender mindste-middel-princippet (også) ved tvangsbehandling, herunder tvangsmedicinering, således at det altid forsøges at give medicinen per oral før der anvendes injektion.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 oplyst at afdelingen ved tvang er uhyre opmærksomme på altid at tilbyde per oral ordination før der gives injektion.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

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 medicinen skal gives, og at den per orale ordination skal forsøges først. Hospitalet oplyste tillige at der efterfølgende skal gøres notat i journalen om hvorvidt den per orale eller intramuskulære indgivelse er anvendt, og hvis den per orale medicinering måtte opgives, skal omstændighederne der førte hertil, beskrives. Hospitalet anførte endvidere at bemærkningerne i inspektionsrapporten havde givet 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.

*Under henvisning til ovennævnte principielle overvejelser om den sproglige præcision der kan forlanges, henstiller jeg til afdelingen 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.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 oplyst at de enkelte tvangsforanstaltninger drøftes på alle hverdage og at betydningen af en tydelig sprogform understreges.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

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

I alle de modtagne skemaer er angivet "fastholdelse" eller "fastholden" i rubrikken om tilladt magtanvendelse.

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 den angivne dato for tvangsbehandlingen er synlig på den udskrift jeg har modtaget. 7 af de modtagne skemaer indeholder et rullegardin hvor ikke alle behandlingsdatoer er synlige. Navnet på den tilstedeværende læge er i enkelte tilfælde (alene) angivet ved fornavn og forbogstav for efternavn (eller omvendt).

*Jeg går ud fra at personalets fornavn og forbogstav for efternavn (eller omvendt) 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 afdelingen er opmærksom 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 afdelingen i sådanne situationer vurderer patientens samtykke i lyset heraf.*

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

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 11 skemaer til brug for tilførsler til tvangsprotokollen vedrørende tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt. De gennemgåede skemaer dækker perioden fra den 30. juni 2005 til den 4. november 2005, samt et skema fra den 12. januar 2006. Skemaerne omfatter i alt syv forskellige patienter samt en udskrift hvoraf patientnavnet ikke fremgår.

De 11 gennemgåede skemaer omhandler i alt 15 tilfælde af tvangsfiksering og/eller fysisk magt, herunder indgivelse af beroligende medicin og dø-raflåsning. Der var tale om i alt 6 tilfælde af anvendelse af døraflåsning, 4 tilfælde af anvendelse af bælte, 2 tilfælde af anvendelse af remme og 3 tilfælde af anvendelse af beroligende medicin. Heraf er der (i hvert fald) 2 kombinationer af tvangsfiksering (2 tilfælde af anvendelse af bælte og remme).

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 inden for samme indlæggelsesperiode. I de tidligere papirskemaer 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.

Uanset at betingelserne for anvendelse af fysisk magt, jf. § 17, stk. 1, ikke er til stede, kan der over for personer der er frihedsberøvede, jf. lovens kap. 3, anvendes den magt der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen. Dette følger af tvangsbekendtgørelsens § 18, stk. 1. Efter bestemmelsens stk. 2, kan der i tilfælde som nævnt i stk. 1, træffes afgørelse om at afdelingens yderdøre skal holdes aflåsed.

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

I de 2 tilfælde hvor der er truffet beslutning om anvendelse af remme, har overlægen taget stilling til beslutningen henholdsvis 2 og 3 dage efter at beslutningen om anvendelsen blev truffet.

*Om indhentelse af overlægens stillingtagen henviser jeg til min anmodning ovenfor under pkt. 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 er navnet på den ordinerende læge angivet.

For så vidt angår de tre tilfælde af indgivelse af beroligende medicin, er navnet på den tilstedeværende læge angivet – i ét tilfælde ved forbogstaver og efternavn, og den ordinerende læge er også den tilstedeværende læge.

I disse 3 tilfælde er navnene på det implicerede personale angivet, men det er ikke muligt i den udskrift jeg har modtaget at se navnet på mere end den førstnævnte af de implicerede.

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

Der er blandt de gennemgåede skemaer foretaget notat af at en bæltefiksering var frivillig. Der er i dette tilfælde noteret navn på den ordinerende (samtykkende) læge.

Det blev – som anført ovenfor under pkt. 5.2. – under inspektionen oplyst at afdelingen oplever at patienter af tryghedsgrunde selv beder om at blive fikseret, at sådanne fikseringer ophæves når patienten beder om det, og at sådanne tilfælde registreres i tvangsprotokollen (som frivillig).

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

*Jeg beder ledelsen om at redegøre for afdelingens 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.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 oplyst at det er praksis at en læge altid er til stede ved fikseringer. I ganske enkelte tilfælde kan det være nødvendigt for personalet at fiksere en patient før lægen er kommet til stede. Lægen begiver sig imidlertid uopsætteligt til afsnittet.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

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 (vejledningen taler om "enhver form for magtanvendelse der registreres på denne blanket"). Skemaet indeholder særlige rubrikker hertil. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type begrundelse (farlighed, forulempelse, hærværk, urolig tilstand, frivillig bæltefiksering eller sikre den frihedsberøvede patients fortsatte tilstedeværelse på afdelingen – 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.

I vejledningen er det anført at aflåsning af yderdøren til afdelingen alene må forekomme i tilfælde af, at betingelserne for frihedsberøvelse er til stede, jf. lovens § 17, og at dette kan forekomme uden at betingelserne i lovens § 14 er til stede, hvorfor det i sådanne tilfælde ikke er muligt at angive en af de i skemaet beskrevne begrundelser. Den elektroniske blanket indeholder (nu) mulighed for at angive den begrundelse der hedder ”sikre den frihedsberøvede patients fortsatte tilstedeværelse på afdelingen”.

Der er i alle tilfælde sket anførsel af tvangsindgrebets art og i alle tilfælde med undtagelse af 2 sket anførsel af begrundelsen for indgrebet. De 2 tilfælde er begge tilfælde af døraflåsning.

*Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 givet begrundelse for de to tilfælde af døraflåsning.

*Jeg har noteret mig det oplyste og går ud fra at afdelingen vil være opmærksom på at anføre en begrundelse i alle tilfælde.*

I ét tilfælde af indgivelse af beroligende medicin er ”farlighed” angivet som begrundelse for indgrebet (beslutning af 15. oktober 2005).

*Dette er en fejl, jf. lovens § 17, stk. 2.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 erkendt at der er tale om en fejl.

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 5 af de 6 tilfælde af fiksering er ophørstidspunktet angivet med dato og klokkeslæt.

*Jeg går ud fra at dette er et enkeltstående tilfælde.*

I 1 af de 6 tilfælde af døraflåsning er der angivet et ophørstidspunkt med dato og klokkeslæt.

*Jeg beder afdelingen om en udtalelse om de 5 øvrige tilfælde.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 oplyst om tidspunktet for ophør af døraflåsning i de 5 tilfælde.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

I de 3 tilfælde vedrørende beroligende medicin er der alene angivet et iværksættelsestidspunkt.

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 anført at ved injektion af beroligende medicin må start- og sluttidspunkt være det samme.

*Jeg har noteret mig det anførte.*

Til orientering kan jeg oplyse at Psykiatrisk Afdeling på Odense Universitets-hospital i anledning af min inspektion af afdelingen den 20. april 2005 i brev af 28. juli 2005 (indeholdende bemærkninger til min foreløbige rapport), oplyste 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 bl.a. at jeg forstod 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 bad samtidig Indenrigs- og Sundhedsministeriet om at oplyse hvorvidt min forståelse var korrekt.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i brev af 2. marts 2006 oplyst at den elektroniske indberetning giver mulighed for at indberette dato for ophør/beslutning om ophør på alle tvangsforanstaltninger – undtagen indgivelse af beroligende medicin ved urolig tilstand. Sidstnævnte er en engangsforanstaltning med en tidsmæssig udstrækning på injektionen på få sekunder. Det er dog muligt at opgøre antallet af enkelt-indgivelser af beroligende medicin i løbet af fx et døgn eller en uge, idet tvangen indberettes særskilt med påbegyndt dato og klokkeslæt.

#### **6.4. Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning**

Jeg har som tidligere nævnt modtaget 2 skemaer vedrørende anvendelse af beskyttelsesfiksering/-foranstaltninger. Skemaerne vedrører indgreb besluttet henholdsvis den 22. juni 2005 og den 1. september 2005 vedrørende to patienter.

For beskyttelsesfiksering benyttes Tvangsprotokol – skema 4.

Ved beskyttelsesfiksering forstås anvendelse af ethvert middel der benyttes for at hindre at en patient utilsigtet udsætter sig selv for væsentlig fare. Beskyttelsesfiksering må kun benyttes efter at en læge har tilset patienten og truffet

nærmere bestemmelse om anvendelse af et bestemt beskyttelsesmiddel (psykiatrilovens § 18).

Af tvangsbekendtgørelsens § 21, stk. 2, fremgår det nærmere at den lægelige ordination af beskyttelsesfiksering skal angive i hvilket omfang og i hvilke bestemte situationer et vist middel til beskyttelsesfiksering må anvendes. Administrationen af den ordinerede beskyttelsesfiksering overlades til plejepersonalet i det enkelte tilfælde (bekendtgørelsens § 21, stk. 3).

En lægelig vurdering af berettigelsen for at opretholde brug af beskyttelsesfiksering over for den enkelte patient skal, jf. tvangsbekendtgørelsens § 30, stk. 2, finde sted så ofte som forholdene tilsiger det, dog mindst 3, 10, 20 og 30 dage efter at beslutning om anvendelse af beskyttelsesfiksering blev truffet, og herefter mindst hver fjerde uge så længe ordinationen opretholdes.

I tvangsprotokollen skal anføres den form for beskyttelsesfiksering som anvendes, jf. tvangsbekendtgørelsens § 37, nr. 2. Skemaet indeholder afkrydsningsrubrikker til dette formål. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én form – enten stofbælte eller lign., aflåsning af yderdør eller andet.

Dette er sket i begge tilfælde.

Det enkelte skema/blanket omhandler kun én form for tvangsanvendelse. Såfremt flere tvangsformer anvendes, skal de enkelte former registreres hver for sig, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. Hvis der er tale om en anden form for tvangsanvendelse end stofbælte eller lign. eller aflåsning af yderdør, skal den konkrete foranstaltning kort beskrives. Ifølge brugervejledningen kan der i den elektroniske blanket kun vælges én type – enten Stofbælte eller lign., Aflåsning af yderdør eller Andet.

Begge skemaer vedrører kun én form for tvangsanvendelse. Der er talt om 1 tilfælde af aflåsning af yderdøre og 1 tilfælde af "Andet". I det tilfælde hvor det er afkrydset at der er tale om anden anvendelse end stofbælte eller lign. eller aflåsning af yderdør, fremgår det ikke hvori foranstaltningen bestod. Jeg bemærker i den forbindelse at der så vidt jeg kan se – af brugervejledningen og de modtagne udskrifter – ikke i den elektroniske blanket er et felt til angivelse af en kort beskrivelse af den konkrete foranstaltning (således som det var tilfældet i det tidligere papirskema).

*Jeg beder afdelingen oplyse hvori foranstaltningen bestod.*

Afdelingen har i brevet af 18. april 2006 oplyst at foranstaltningen bestod i anbringelse i kørestol.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

*Idet det fremgår af Sundhedsstyrelsens vejledning af 21. december 2004 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. at den konkrete foranstaltning kort skal beskrives hvis der er tale om en anden form for tvangsanvendelse end stofbælte eller lign. eller aflåsning af yderdør, henleder jeg Indenrigs- og Sundhedsministeriets opmærksomhed på spørgsmålet om hvor i den elektroniske blanket afdelingerne/sygehusene skal beskrive den konkrete foranstaltning, således at dette spørgsmål kan overvejes i forbindelse med en revidering af den elektroniske blanket (eller vejledningen). Jeg sender derfor ministeriet en kopi af den endelige rapport.*

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

Dette er sket i begge tilfælde.

Af tvangsbekendtgørelsens § 37, nr. 3 og 4, fremgår det endvidere at begrundelsen for beslutningen om beskyttelsesfikseringen (iht. psykiatrilovens § 18) samt den situation hvor beskyttelsesfikseringen kan anvendes, skal angives i tvangsprotokollen. I vejledningen er det anført at der i rubrikken "Begrundelse" skal angives den konkrete begrundelse for den iværksatte tvangsforanstaltning, og at der i rubrikken "Situation" skal angives de(n) situation(er) hvor beskyttelsesfikseringen/-foranstaltningen må anvendes. Ifølge brugervejledningen er disse to felter "Fritekstfelter" hvori der kan skrives efter behov (max. 100 karakterer).

Dette er sket i begge tilfælde, men i det ene tilfælde (beslutning af 22. juni 2005 om anvendelse af "Andet") er det i feltet anførte ikke fuldt synligt (pga. udskriften).

*Jeg beder afdelingen oplyse hvad der er anført i fritekstfeltet i dette tilfælde.*

Afdelingen har med brevet af 18. april 2006 orienteret mig om indholdet af fritekstfeltet.

*Jeg har noteret mig det anførte.*

Resultatet af den fornyede lægelige vurdering der skal finde sted efter tvangsbekendtgørelsens § 30, stk. 2, efter henholdsvis 3, 10, 20, 30 dage og herefter hver fjerde uge, skal anføres i tvangsprotokollen, jf. bekendtgørelsens § 37, nr. 6. Efterprøvelsen udregnes ifølge vejledningen fra iværksættelsestidspunktet (dag 0).

I skemaet vedrørende anvendelse af "Andet" fremgår det at anvendelsen ophørte syv dage efter at anvendelsen blev besluttet. Der er ikke i skemaet foretaget notat om at der er sket efterprøvelse efter 3 dage.

I det andet tilfælde (aflåsning af yderdør besluttet den 1. september 2005) fandt der en fornyet vurdering sted henholdsvis 2 og 10 dage efter beslutningen om anvendelsen. Efter prøvelsen (efter 3 dage) er således sket én dag for tidligt.

*Efter tvangsbekendtgørelsens § 30, stk. 1, påhviler det til stadighed overlægen at sikre at beskyttelsesfikseringen mv. ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt, jf. lovens § 21, stk. 1. Efter bekendtgørelsens § 31, påhviler det såvel læger som sygeplejepersonalet at påse at beskyttelsesfiksering ikke benyttes i videre omfang end hensynet til patientens sikkerhed kræver, og at spørgsmål om ændring af ordinationen rejses så snart der er anledning hertil. Dette indebærer at (over)lægen af egen drift skal bringe en fiksering mv. til ophør straks når denne ikke længere er nødvendig. 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 (over)lægen for også at foretage efterprøvelser på de i loven foreskrevne tidspunkter.*

Den elektroniske blanket indeholder (som det også var tilfældet med de tidligere papirskemaer) et felt til angivelse af datoen for ophør af beskyttelsesforanstaltningen.

Begge skemaer er påført ophørsdato.

#### **6.5. Personlige alarm- og pejlesystemer**

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

#### **6.6. Særlige dørlåse**

Jeg har ikke modtaget skemaer vedrørende anvendelse af særlige dørlåse.

**7. Opfølgning**

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

**8. Underretning**

Denne rapport sendes til Psykiatrisk Afdeling Herning og Ringkøbing Amt, Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 og afdelingens patienter og pårørende. Jeg sender som nævnt under pkt. 6.4. desuden en kopi af rapporten til Indenrigs- og Sundhedsministeriet.



Lennart Frandsen  
Inspektionschef