

Endelig rapport om § 71-tilsynets anmeldte besøg på ældrepsykiatrisk afsnit G1 og G2, Vordingborg den 1. oktober 2012

1. Indledning

Mandag den 1. oktober 2012 aflagde § 71-tilsynet et anmeldt tilsynsbesøg på ældrepsykiatrisk afsnit G1 og G2 i Vordingborg. § 71-tilsynet holdt møde med ledelsen og blev vist rundt på afsnittene.

2. Tilsynet udtaler

Tilsynet finder det positivt, at de fysiske rammer på de besøgte afsnit var gode.

Tilsynet finder det beklageligt, at der, jf. det af regionen oplyste, forekommer øget brug af bæltefiksering i weekender og helligdage, som kan hænge sammen med personaleressourcerne og et mindre aktivitetsniveau.

Tilsynet finder det positivt, at afsnittene har fokus på at reducere antallet af præparater og dosering for patienterne, og at der er et godt samarbejde med sygehusapotekets Medicinservice.

Tilsynet finder det beklageligt, at patienten ikke har indflydelse på valg af patientrådgiver, når bekendtgørelsen slår fast, at patienten forinden beskikkelsen skal have lejlighed til at udtale sig.

Tilsynet finder det positivt, at der er fokus på aktiviteter herunder dagligdagsaktiviteter i patienternes aktivitetsplaner, og at der holdes morgenmøde hver dag med patienterne, hvor dagens aktiviteter m.v. gennemgås.

3. Kort om afsnittene

Begge afsnit er organisatorisk placeret under afdeling for specialfunktioner i Region Sjælland, som yderligere består af 3 distriktsteams inden for ældrepsykiatrien og hukommelsesklinikken (ambulatorium) i Vordingborg.

Begge afsnit modtager samme type patienter >+75 år, de har blot forskellige optageområde geografisk i regionen. Målgruppen er ældre borgere med psykiske lidelser, hvor aldrig er dominerende. Hovedparten af patienterne lider af depressioner. Der er i mindre grad tale om patienter med manier og skizofreni, men de er som oftest velbehandlede i distriktspsykiatrien, og derfor forbliver de i behandling i almen psykiatrien med mindre, der opstår en ældrepsykiatrisk problematik.

4. Tilsynets rundgang på afsnittene

Begge afsnit er beliggende i stueplan og fremstod meget lyse med masser af vinduer med lyse gardiner, som vender ud mod havearealet på den ene side og på den anden side ud mod grønne områder.

Afsnit G1

Afsnittet var oprindeligt beliggende i Dianalund, men den nedbrændte i 2010. Derfor er afsnittet midlertidigt flyttet til Vordingborg, men skal efter planen flyttes til det nye psykiatrisygehus i Slagelse i 2015. Flytningen har betydet, at hvor der tidligere var 16 sengepladser, er der nu kun 12 sengepladser, hvoraf 4 kan skærmes

– alle er enestuer. Den midlertidige placering har også betydet, at der generelt er mindre plads på afsnittet, end der var i Dianalund.

Belægningen på besøgsdagen var 11 patienter.

Gangen fremstod meget lys med hvide vægge og grønne karme, desuden var alle dørene malet i forskellige farver. Langs gangarealet var der små siddepladser med et par stole og et bord, samt grønne planter.

Ingen patientstuer har eget bad og toilet, men der er 4 fælles badeværelser fordelt på afsnittet. Badeværelserne var ikke så store, og indretningen lidt uhensigtsmæssig med vask, håndbruser og toilet side om side langs den ene væg, ellers så de fine ud med hvid sanitet og fliser.

Af fællesrum har afsnittet 2 kombinerede spise- og opholdstuer, 2 køkkener (den ene et thekøkken i skærmet enhed) og 1 træningskøkken og 1 aktivitetsrum.

Tilsynet så den fælles stue og spisestue i den ene ende af afsnittet, som var indrettet med 4 spiseborde med stole omkring, derudover var der et tv, to sofaer, tre lænestole og et sofabord, nogle reoler med sangbøger og forskellige spil samt et klaver. På væggen var ophængt et whiteboard med dagens program, som gennemgås ved morgenmaden, hvor der også synges morgensang. Derudover var der blomster i vindueskarmene, et vægur og strikkegarn.

Ergoterapeuten og en patient var i gang med at lave plantedekorationer, da vi kom forbi, og der stod deko-
rationer på alle borde og i vindueskarmene. De fortalte, at de selv havde været ude og samle alt det grønne, som blev brugt til deko-
rationerne.

På begge afsnit lægges der vægt på fællesspisning, og maden bliver serveret på fade med hjælp fra personalet af hygiejniske grunde. Der er faste siddepladser, og ved hvert bord sidder en fra personalet til at hjælpe ved behov. Personalet spiser sammen med patienterne. Maden leveres fra hospitalet i Nykøbing Falster. Der blev givet udtryk for, at maden i det store hele var tilfredsstillende.

Patientstuerne er meget forskellige i størrelse og indrettet med et standardmøblement bestående af en hospitalsseng, et klædeskab, en vask med spejl, bord og lænestol med tilhørende fodskammel, hylder og et sengebord på hjul. Der var en vindue med gardiner og udsigt til grønt område. På patientstuen var der en bevægelsessensor på gulvet, som benyttes til de patienter, som kan finde på at gå ud om aftenen/natten, med det formål at forhindre faldulykker blandt andet.

I den anden ende af afsnittet er der en dør ind til den skærmede enhed, som kan aflåses ved behov. Den skærmede enhed har eget badeværelse og fælles stue/spisestue. Personalet oplyste, at der er relativt meget pres på den skærmede enhed, da 4 skærmede pladser ikke altid er tilstrækkeligt. I Dianalund var der ingen skærmede pladser, og afsnittet var derfor et lukket afsnit.

Både fra den skærmede enhed og fra den mere åbne del af afsnittet har patienterne fri adgang til en fælles have med en stor græsplane og en større overdækket terrasse med havemøbler. Desuden var der en delvis lukket rygekabine samt endnu en terrasse med havemøbler udenfor. Haven er heget ind, så man ikke kan gå ud i det omkringliggende område. Planen er, at haven skal opdeles, sådan at patienterne fra det skærmede afsnit ikke kan gå ind via den mere åbne del af afsnittet og gå ud af yderdøren.

Afsnit G2:

Afsnittet er et åbent afsnit med mulighed for høj skærm (for 5 patienter). Der er plads til 14 patienter heraf 8 enestuer og 3 to-sengsstuer, kun patientstuerne på den skærmede enhed har eget bad og toilet. Den åbne del af afsnittet forventes ombygget i 2013 til enestuer med bad og toilet.

Belægningen på besøgsdagen var 14 patienter.

Af fællesrum har afsnittet 2 opholdstuer heraf den ene i skærmet enhed som fælles spise- og opholdsstue, 1 spisestue, 2 fælles toilet- og baderum og 1 træningskøkken og 1 aktivitetsrum.

Gangarealet svarer til gangarealet på G1 i det store hele, dog her også med en motionscykel.

Afsnittet har separat spisestue og stue, hvoraf vi så stuen, som var indrettet med 3 sofaer med sofaborde og lænestole omkring, et stort rundt bord med stole omkring, en gyngestol, et stort tv og en reol med spil m.v.

G2 har også morgenmøde dagligt med morgensang i forbindelse med morgenmaden.

Afsnittet har en helt nymoderniseret skærmet enhed med 5 senge, som hver har eget bad og toilet. Tilsynet så en patientstue, som var stor og rummelig og med et stort badeværelse i tilknytning til. 2 af patientstuerne er ekstra store til brug for patienter i kørestol.

I den skærmede enhed er der også en fælles stue/spisestue med et lille køkken ved indgangen.

Haven på afsnittet er opdelt i to med adgang fra henholdsvis den skærmede enhed og fra den åbne del og minder om haven for G1. I haven til den skærmede del af afsnittet var indrettet med en lille sansehave og en sansegynge og en rygekabine. Personalet oplyste, at der var god brug af haven.

Indlæggelse, belægning m.v.

Så vidt muligt tager en læge og en sygeplejerske ud på hjemmebesøg ved diagnosticering. Langt de fleste patienter ca. 950 behandles ambulat i distriktspsykiatrien og på hukommelsesklinikken.

Forud for komplicerede udskrivelser forsøger afsnittene at få en kontaktperson fra evt. plejehjem til at besøge patienten på afsnittet. Desværre oplever man på afsnittene, at kommunerne i stigende grad nedlægger egentlig demensafsnit på plejehjemmene, som ellers havde god virkning på disse patienter.

Den gennemsnitlige indlæggelsestid er ca. 30-32 dage på afsnittene, og belægningsprocenten er ca. 87 pct. Der er sjældent tale om overbelægning på afsnittene. Tidligere forekom der færdigbehandlede patienter på afsnittene, men nu kommer de hurtigere hjem eller på plejehjem.

Personalet oplyste, at der generelt ikke er mange genindlæggelser, og at tallet er nedadgående.

Tvang

En tvangsopgørelse for 2010 til 2012 (til og med august) blev udleveret (se bilag 1).

Personalet oplyste, at der var øget behov for dørråflåsning på G1 efter flytningen til Vordingborg, fordi man i Dianalund tidligere havde haft 16 lukkede sengepladser, og nu kun har 4 skærmede senge. Ved tvangsindlæggelse af patienter i affekt er dørråflåsning ofte nødvendigt. Begge afsnit kan låse døren til det skærmede afsnit ved behov. De øvrige patienter kan altid få døren åbnet.

Afsnittene bruger ikke GPS, da det ofte i praksis er vanskeligt uden patientens medvirken.

Medicin

Det blev oplyst, at patienterne ofte får temmelig meget forskellig medicin både for psykiske og somatiske lidelser. Ved indlæggelsen gennemgås medicinlisten nøje for at "rydde op" i evt. unødvendig medicin, og den praktiserende læge underrettes, ligesom der i distriktspsykiatrien samarbejdes med plejehjemmene om patientens medicin.

Det blev oplyst, at man har en medicinserviceordning, som består i, at farmaceuter med jævne mellemrum kigger medicinskabene efter. For så vidt angår de ambulante patienter laves der en medicinstatus hver 3. måned.

Generelt har afsnittene den indstilling, at medicin gives i små doser, og så øges der langsomt for at se effekten.

Personalet ser frem til at tage de elektroniske medicinkort i brug.

I lyset af den aktuelle problemstilling om overmedicinering har regionen i løbet af sommeren gennemgået samtlige psykiatriske patienter. Resultatet var, at der ikke forekommer tilfælde af overmedicinering i regionen udover Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Aktiviteter

Begge afsnit har adgang til et aktivitetsrum, som er beliggende på 1. sal. Her trænes der 2 gange ugentligt foruden individuel træning. Det lægges generelt stor vægt på motion på afsnittene med daglige gåture og evt. cykelture. Der er en fysioterapeut på G2, men ikke på G1. Derudover er der på begge afsnit ansat ergoterapeuter, som laver holdaktiviteter og individuelle aktiviteter med patienterne.

Rygepolitik

Al rygning foregår uden for. Der er opstillet rygekabiner i haven på begge afsnit. Desuden tilbydes der rygeafvænning for patienterne.

Telefon m.v.

Det er tilladt at medbringe sin mobiltelefon, som kan benyttes under hensyntagen til de øvrige patienter. Derudover har afsnittene en mønttelefon til rådighed.

Personale

G1

Normering for lægeligt personale: 1 overlæge.

Normering for sygeplejersker: 10.

Normering for øvrigt plejepersonale: 14,5.

Derudover er der ½ psykolog, ½ socialrådgiver, 1 ergoterapeut og 1 sekretær

G2

Normering for lægeligt personale: 1 overlæge.

Normering for sygeplejersker: 10.

Normering for øvrigt plejepersonale: 14,5.

Derudover er der ½ psykolog, ½ socialrådgiver, ½ ergoterapeut, fysioterapeut 5 timer ugentligt og 1 sekretær.

Plejepersonalet på begge afsnit har følgende normering i vagt på begge afsnit: 5 i dagvagt, 4 i aftenvagt og 2 i nattevagt. Tilsvarende for weekendvagt er henholdsvis 4,3 og 2.

Regionen har generelt svært ved at tiltrække speciallæger især i den sydlige del af regionen. De øvrige personalegrupper er der ikke problemer med at tiltrække – faktisk får afdelingen en del uopfordrede ansøgninger.

Som en barriere blev nævnt lægernes 4 års-regel, som gør, at læger ofte er oppe i årene, før de vælger speciale. Den generelle lægemangel blev nævnt, og det at specialet og især ældrepsykiatrien ikke har så høj status blandt læger, hvilket til dels også gør sig gældende blandt sygeplejersker.

I almenpsykiatrien arbejder regionen med at uddanne psykologer til at foretage diagnostik, men i ældrepsykiatrien er det lidt vanskeligere, da problemstillingerne er mere komplekse med et tæt samspil mellem psykiatri og somatik.

Gennembrudsprojekter

Afsnittene har tidligere deltaget i gennembrudsprojektet både med fokus på pårørendeindsats, forebyggelse af tvang og aktiviteter herunder motion, og søger nu om at komme med i næste runde af gennembrudsprojektet via satspuljemidler for at videreudvikle området.

5. Region Sjællands opfølgende svar

Afsnittenes målgruppe

Hvilken målgruppe af patienter modtages på afsnit G1 og G2 og forekommer det, at afsnittene afviser eller henviser ældre patienter til andre afdelinger og i givet fald hvor ofte og med hvilken begrundelse.

Ældrepsykiatrien varetager udredning, diagnosticering, behandling og pleje af psykiatriske patienter med aldersbetinget skrøbelighed.

Af hensyn til eksterne henvisere anvendes en fast aldersgrænse på:

- ≥ 65 år i forhold til demenslidelser
- ≥ 75 år i forhold til øvrige henvisningsårsager

De fleste patienter, der bliver indlagt i afsnit G1 og G2, indlægges med depressionsdiagnoser eller psykoser. Det tilstræbes, at patienter med demens så vidt muligt udredes og behandles ambulant, da disse patienter dårligt tåler miljøskifte. Demente med svære adfærdsforstyrrelser indlægges af og til på røde papirer.

Patienter med skizofreni og bipolar lidelse fortsætter behandlingen i den almenpsykiatriske distriktspsykiatri, som de er tilknyttet også efter at være fyldt 75 år, med mindre der opstår en aldersbetinget skrøbelighed eller aldersbetinget problematik, som bedst varetages af ældrepsykiatrien. Af hensyn til kontinuiteten i behandlingen kan det således forekomme, at en patient med en kronisk sindslidelse indlægges i et almenpsykiatrisk sengeafsnit efter at være fyldt 75 år.

I en anden af Psykiatrien Region Sjællands afdelinger, Psykiatrien Øst, har man et almenpsykiatrisk sengeafsnit, som i tilfælde af fuld belægning i afsnit G1 og G2 kan modtage ældrepsykiatriske patienter bosat i de kommuner, som Psykiatrien Øst samarbejder med.

Det forekommer uhyre sjældent at en patient, som burde indlægges i en ældrepsykiatrisk seng, indlægges i almenpsykiatrien. Det kan kortvarigt forekomme ved overbelægning i G1 og G2. Det sker i under 5 tilfælde årligt.

Tilsynet har efterfølgende spurgt om en nærmere redegørelse for ovenstående. Hertil har Region Sjælland oplyst følgende:

Ledelsen for Afdeling for Specialfunktioner oplyser, at man i afdelingen ikke er bekendt med, at en patient er afvist på grund af udadreagerende adfærd. Såvel afsnit G1 som afsnit G2 er således i stand til at varetage behandling og pleje af hele patientforløb, herunder også af patienter med udadreagerende adfærd.

Det skal i øvrigt fremhæves, at udadreagerende adfærd ikke i sig selv altid er indikation for indlæggelse. Hos patienter med demens, som udvikler BPSD-symptomer, eksempelvis råben eller udadreagerende adfærd, er det ikke altid muligt at iværksætte en tværfaglig behandling som kan afhjælpe patientens adfærd. Indlæggelse vil i disse tilfælde risikere at forværre patientens tilstand, da patienter med demens dårligt tåler miljøskiftet. Ofte behandles disse patienter i de ældrepsykiatriske distriktsteam, hvor distriktssygeplejerskerne ved hjemmebesøg blandt andet yder faglig vejledning til patientens omsorgsgivere.

Det kan ikke udelukkes, at en afvisning af indlæggelse med baggrund i manglende behandlingsmulighed, kan være opfattet som afvisning grundet patientens adfærd. Afdelingsledelsen vil derfor fremadrettet sørge for, at man i afdelingen er ekstra opmærksomme på at forklare baggrunden for afvisning af indlæggelse overfor egen læge og patientens omsorgsgivere.

Tvang

På mødet blev der udleveret en opgørelse over tvang på de 2 afsnit i perioden 2010-2012. I det omfang der er yderligere kommentarer til udsving i tallene, som ikke er afspejlet i den faktuelle rapport bedes de oplyst. Er der endvidere forskel på omfanget af tvang på hhv. hverdage og søgnehelligdage. Kan der oplyses noget om varigheden af bæltefiksering og registrering heraf. Tillige bedes der redegjort for procedurer for opfølgning på de enkelte tilfælde af udøvet tvang.

Udsving i tvangstallene skyldes hovedsagelig at antallet af patienter, der underligges tvang er forholdsvis lille. Det medfører, at såfremt en enkelt patient behandles med tvang i en længere periode, vil dette påvirke tallene betydeligt.

Der arbejdes målrettet med at nedbringe varigheden af bæltefikseringer, og det er erfaringen, at bæltefikseringen i mange tilfælde kan ophøre efter ganske kort tid.

Afdeling for Specialfunktioner har undersøgt antallet af tvangsfikseringer i hverdage og søgnehelligdage i 2011.

Der ses en overvægt i forhold til weekend og helligdage, idet ca. 40 % af alle bæltefikseringer er foretaget i weekends og helligdage. De præcise årsager hertil kendes ikke, men selvom anvendelsen af tvang altid sker

efter individuel og konkret vurdering i den foreliggende situation, kan der være en sammenhæng med, at bemanningen er lavere i weekender og på helligdage, og at der ofte er færre planlagte aktiviteter.

Varigheden af bæltefikseringerne måles og viser en faldende tendens. Mediantiden målt i timer ses af nedenstående:

- 2010 = 14,63 timer
- 2011 = 15,00 timer
- 2012 = 7,96 timer

Patienterne tilbydes eftersamtale i henhold til lovgivningen. Nogle patienter ønsker ikke, eller kan ikke medvirke i eftersamtalen, eksempelvis fordi patienten ikke kan huske episoden. I disse tilfælde dokumenteres det i journalen, at patienten ikke ønsker eller ikke kan medvirke i en eftersamtale.

Elektrochokbehandling

Eb opgørelse for brugen af elektrochok i de sidste 3 år både som frivillig- og tvangsbehandling. Opgørelsen bedes kommenteret.

ECT er en effektiv behandling af middelsvær og svær depression. Patienterne forsøges primært behandlet med antidepressiva, men i tilfælde af manglende effekt eller comorbiditet, som kontraindicerer brug af antidepressiva anvendes ofte ECT. Nogle patienter som har erfaring med ECT, ønsker ofte denne behandling som første valg. Nogle patienter har modstand mod ECT-behandling også selv om det lægefagligt, vurderes som det bedste valg. Disse patienter kan ofte motiveres ved hjælp af information og tryghedsskabende foranstaltninger.

Som det fremgår af nedenstående skema har én patient fået ECT med tvang de seneste 3 år.

	2010		2011						Jan-Sep 2012	
	BRXA1*		BRTB1*		BRXA1		Antal i alt	Antal unikke cpr.nr i alt	BRXA1	
	Antal ECT i alt	Fordelt på unikke cpr.nr.	Antal ECT i alt	Fordelt på unikke cpr.nr.	Antal ECT i alt	Fordelt på unikke cpr.nr.			Antal ECT i alt	Fordelt på unikke cpr.nr.
PDII G1	131	14		0	322	32	322	32	174	9
PVOI G2	63	9	1	1	102	8	103	9	118	10
Antal	194	23	1	1	424	40	425	41	292	19

*BRXA1 – ydelseskode for ECT og BRTB1 – ydelseskode for ECT ved tvang

Medicin

En redegørelse for hvordan medicinforbruget har udviklet sig de seneste 3 år på afsnittene. Er der desuden planer om at videreudvikle samarbejdet med farmaceuterne i forlængelse af den medicinservice, som blev nævnt i forbindelse med tilsynsbesøget?

Ældrepsykiatrien følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger for behandling med antipsykotisk medicin. Der er stor bevågenhed over for patienternes medikamentelle behandling. Mange ældrepsykiatriske patienter an-

vender ved indlæggelsen mange præparater både i forhold til somatisk medicin og psykofarmaca, og ofte søges antallet af præparater og dosering heraf reduceret under indlæggelsen. Udviklingen af medicinforbruget i G1 og G2 de sidste 3 år målt på daglig døgn dosis (DDD) ses af nedenstående skema.

PSYK afsnit G1 og G2 Vordingborg	1 kvar-tal	2 kvar-tal	3 kvar-tal	4 kvar-tal	1 kvar-tal	2 kvar-tal	3 kvar-tal	4 kvar-tal	1 kvar-tal	2 kvar-tal	3 kvar-tal
	2010	2010	2010	2010	2011	2011	2011	2011	2012	2012	2012
N05A Antipsychotica	2881	2227	1595	1189	1401	1258	1414	1215	1306	1002	1477
N05B Anxiolytica	460	945	840	690	648	650	520	472	572	440	790
N05C Hypnotica og sedativa	980	662	457	846	582	348	585	486	645	465	915
N06A Antidepressiva	2010	2120	2315	3187	2569	2094	1749	2162	1924	2069	2469

Der ses et fald i anvendelsen af antipsykotica, hvilket især skyldes stor tilbageholdenhed med at anvende disse midler til demente patienter med svære adfærdsforstyrrelser.

I sygehusapotekets Medicinservice indgår bl.a.:

- Dialog med afsnittet om lægemidler og håndtering
- Gennemgang af OPUS-medicin (elektronisk medicinmodul)
- Gennemgang og vedligeholdelse af indhold i afsnittets medicinsortiment

I denne ordning er der således allerede på nuværende tidspunkt en mulighed for, at farmaceuterne kan gå i dialog med afsnittets læger, såfremt de finder uhensigtsmæssig dosering eller præparatvalg ved gennemgang af medicinmodulet. Om samarbejdet skal udvides til en mere systematisk kvalitetskontrol, er der ikke på nuværende tidspunkt taget stilling til.

Tilsynet har efterfølgende spurgt til, en opdeling af, hvilken form for medicin, der er givet som tvangsbehandling. Hertil har Region Sjælland oplyst følgende:

Afsnit G1:

En patient modtog tvangsbehandling i 2011. Der blev foretaget 26 tvangsbehandlinger, hvor der blev givet tbl. Olanzapin 10 mg dagligt. I 4 dage fik patienten i stedet Haloperidol 2,5 mg, som intramuskulær injektion en gang dagligt, da patienten ikke magtede at indtage tabletter.

Afsnit G2:

I 2010 blev der foretaget 68 tvangsbehandlinger med medicin på én patient, hvor der blev givet Olanzapin 5 mg i de første 5 dage, derefter i de næste 16 dage 10 mg Olanzapin. Olanzapin blev givet som intramuskulær injektion. De følgende 47 dage blev medicinen givet som tablet Risperdal 3 mg.

I 2011 blev der foretaget 56 tvangsbehandlinger med medicin på én patient, hvor der blev givet tablet Olanzapin 10 mg i de første 26 dage, derefter øget til Olanzapin 15 mg i de efterfølgende 30 dage.

I 2012 blev der foretaget 22 tvangsbehandlinger med medicin på én patient i 22 dage, hvor der blev givet tablet Risperdal 3 mg.

Demente patienter

Oplever afsnittene problemstillinger i forbindelse med personlig pleje m.v. af demente patienter og hvordan håndteres dette både i situationen og efterfølgende.

Det er en faglig og pædagogisk udfordring at udføre personlig pleje af demente patienter som modsætter sig hjælp til personlig hygiejne. Det er vigtigt at forstå baggrunden for patientens adfærd, være rummelig og give tid til at opbygge en relation og tryghed. Nedenstående er retningslinjer der anvendes i plejen:

- Afventer indtil gunstig situation opstår
- Motiverer og italesætter behovet for personlig hygiejne over for patienten
- Trækker på pårørendes relationer og kendskab til patienten

Anvendelse af tvang i forhold til personlig hygiejne forekommer uhyre sjældent. Nedenstående 2 beskrivelser udgør det samlede antal i de sidste 3 år.

I afsnit G1 har der været anvendt tvang ved personlig hygiejne i ét tilfælde, hvor en patient havde indsmurt sig i fæces og hvor det ikke var muligt at samarbejde med patienten om at blive vasket.

Afsnit G2 har haft en situation for nylig, hvor det var nødvendigt at foretage et tvangsbad. Patienten var ved indlæggelsen meget miserierpræget med skorpedannelse, sår på kroppen samt lugtgener. Det vurderes, at der var øget infektionsrisiko og sundhedsmæssig risiko, såfremt der ikke udføres personlig hygiejne.

Patienten er ude afstand til at foretage egenomsorg, ingen indsigt i egen situation og motivation var ikke muligt. Efterfølgende har patienten uden problemer modtaget hjælp til personlig hygiejne.

Kost

Kostplanen for afdelingen for 2 uger i september 2012 bedes fremsendt forsynet med kommentarer blandt andet til, hvilken indflydelse patienterne har på kosten.

Kostplanen styres af producenten, og patienterne har derfor overordnet set ikke indflydelse på kostplanen. Der tages dog i høj grad individuelle hensyn i afsnittene, primært ved at udvælge fra dagens kost og hvis ikke det er tilstrækkeligt, trækkes der på særbestillinger. Eksempelvis blev der sendt bud efter marcipanbrød til en patient, som ikke havde indtaget føde i flere dage. Dermed lykkedes det at få brudt patientens forestilling om, at hun ikke kunne få noget gennem halsen.

./. De ønskede kostplaner vedlægges (se bilag 2).

Belægning

En opgørelse over belægningsforholdene på afsnittene over de seneste 3 år bedes fremsendt. Opgørelsen bedes kommenteret, herunder hvilke behandlingsmæssige konsekvenser evt. overbelægning medfører.

Belægningsprocenten i afsnittene G1 og G2:

- 2010: 80 %
- 2011: 89 %
- 2012: 88 %

Der er sjældent overbelægning i G1 og G2, men det kan forekomme i kort tid. Begge afsnit kan have 1 overbelægning. Der overbelægges kun på sengestuer ikke på gange eller birum. Nogle enestuer er indrettet i

tidligere 2-sengsstuer, i tilfælde af overbelægning anvendes disse stuer. Der er ikke erfaring for, at overbelægning har behandlingsmæssige konsekvenser.

Indlæggelsestid

Er der sket markante ændringer i den gennemsnitlige indlæggelsestid på ca. 30-32 dage på afsnittene over de sidste 3 år.

Den gennemsnitlige indlæggelsestid i G1 og G2 ligger nogenlunde konstant:

- 2010: 31 dage
- 2011: 28 dage
- 2012: 31 dage

Faldulykker

Antallet af faldulykker på afsnittene bedes oplyst over de sidste 3 år herunder effekten af at bruge bevægelsessensorer på patientstuerne.

I forbindelse med implementering af indberetning af utilsigtede hændelser (UTH), blev det synliggjort at fald udgør et væsentligt patientsikkerhedsproblem.

Der er indført en række tiltag med henblik på at reducere risikoen for fald under indlæggelse.

Som eksempler kan nævnes:

- Plejepersonalet har fået undervisning af læge fra Regionens faldklinik.
- Indsamling af data ved indlæggelsen med henblik på faldscreening og faldforebyggelse.
- Brug af skridsikre sokker
- Brug af bevægelsessensorer ved sengen.
- Fokus på reduktion af medicin som har en sløvende effekt.

Trods ovenstående initiativer er der fortsat en del faldulykker i G1 og G2.

Opgørelse af fald viser:

2010 = 53 fald

2011 = 60 fald

2012 = 21 fald(1.halvår).

Administrativt frihedsberøvede patienter

Ingen patienter var frihedsberøvede på besøgsdagen den 1. oktober 2012.

Patientrådgivere

Hvor mange af patienterne har en beskikket patientrådgiver (evt. bistandsværge) og hvor stor indflydelse har patienten på valget af disse?

Ingen havde patientrådgiver beskikket 1. oktober 2012.

Hverken patient eller afdelingens personale har reelt indflydelse på valg af patientrådgiver. Denne vælges centralt ud fra en liste udarbejdet af Statsforvaltningen, og efter tur.

Dobbeltdiagnose patienter

Var der dobbeltdiagnose patienter indlagt på besøgsdagen på afdelingen og hvilke tilbud er generelt til dem. Der bedes endvidere redegjort for evt. problemstillinger i forbindelse med misbrugspatienter på afsnittene.

Der var ingen patienter med dobbeltdiagnose indlagt den 1. oktober. Det er uhyre sjældent at der er indlagt patienter med denne diagnose i afsnittene. Der er ikke særlige behandlingstilbud til patienter med dobbeltdiagnoser.

Information om patientrettigheder

I forbindelse med andre besøg er § 71-tilsynet blevet opmærksom på, at patienter kan være i tvivl om deres rettigheder. Derfor bedes afsnittene oplyse, hvordan det generelt sikres, at alle patienter bliver vejledt om deres rettigheder (information, samtykke og aktindsigt), herunder at alle patienter, der undergives administrativ tvang, tillige med deres pårørende, bliver vejledt om de rettigheder, som tvangsansværelsen udløser. Udleverer afsnittene f.eks. systematisk Sundhedsministeriets folder "Frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien – om psykiatriske patienters rettigheder ved tvang" til alle patienter og deres pårørende? Informerer afsnittene endvidere om § 71-tilsynet enten i husordenen eller på anden vis.

Ved indlæggelsen informeres patienten om rettigheder via velkomstpjece. I denne pjeces er der et indstik vedrørende information om e-journal.

I Velkomstpjecen er der henvist til pjecen "Dine rettigheder som patient i Psykiatrien". Pjecen er tilgængelig i afsnittets pjeces-tativer og udleveres, når det skønnes relevant.

Samtykkeerklæring gennemgås med patienten, og underskrives, såfremt patienten giver sit samtykke til, at sundhedspersonalet må samarbejde med pårørende og andre instanser.

Kontaktpersonen er behjælpelig med at gennemgå pjecer, når behov opstår. Patienterne blev orienteret om § 71 udvalgets besøg.

Husorden

Hvordan oplyser afsnittene patienterne omkring husordenen især over for patienter med demens.

Patienter informeres om husorden ved indlæggelsen i det omfang, de kan forstå det og den udleveres i skriftlig form. For en del patienter er der behov for information i løbet af indlæggelsen. Pårørende til demente patienter orienteres om diverse relevante pjecer.

Kompetenceoverføring

I forbindelse med de nævnte rekrutteringsproblemer i forhold til læger i regionen bedes det oplyst, om det har konsekvenser i praksis i form af kompetenceoverføring til andre personalegrupper?

Afsnit G1 og G2 har implementeret den kompetenceoverføring, som Psykiatrien Region Sjælland har initieret. Eksempelvis visse opgaver i forhold til journaloptagelse, risikovurdering, observation og skærmning af de indlagte patienter. Sidstnævnte medvirker til at plejepersonalet kan være proaktive og forebyggende i deres handlinger, idet handling, eksempelvis en gåtur i parken, ikke skal afvente lægens beslutning.

Manglen på speciallæger søges blandt andet afhjulpet ved en omfordeling af ledelsesopgaverne i afsnitsledelserne, som udgøres af en overlæge og en afdelingssygeplejerske. Omfordelingen medfører at afdelingssygeplejerskerne har flere ledelsesopgaver end overlægen, og dermed sikres mere behandlingstid til overlægen.

Uniform

Der findes i Region Sjælland retningslinjer for anvendelse af arbejdsdragt. Retningslinjerne indebærer, at sundhedsfagligt personale, der har direkte eller indirekte patient- eller klientkontakt skal anvende arbejdsdragt af hygiejnemæssige årsager.

Retningslinjerne har hidtil primært været anvendt i forhold til personale på de somatiske afdelinger, men det er Psykiatrilædelserens vurdering, at det også er relevant at fokusere yderligere på de hygiejnemæssige forhold på psykiatriske afdelinger. Det er derfor besluttet at indføre arbejdsdragt/uniformer på psykiatriske afdelinger, formentlig i design, der adskiller sig fra det kendte – og mere uniformsprægede – på de somatiske sygehuse.

Forberedelse af anskaffelse af uniformer i Psykiatrien er i gang, men af praktiske årsager (udvælgelse af uniformer, etablering af personalefaciliteter etc.) forventes der at blive tale om en længerevarende proces, som derfor også opdeles i etaper. Anvendelse af uniformer skal som det første sted indføres i de geronto-psykiatriske afsnit, hvor afsnit G1 allerede anvender uniformer.

Tværfagligt personale

Hvordan har udviklingen været i antallet af tværfagligt personale eksempelvis ergoterapeuter og fysioterapeuter i de sidste 5 år.

Antallet af tværfagligt personale er stort set uændret de seneste 5 år, det gælder såvel socialrådgiver som psykolog. Antallet af ergoterapeut - og fysioterapeuttimer i G2 er reduceret med ca. 5 timer ugentligt i 2011. Dette er sket som led i besparelser i afdelingen Psykiatrien Syd, hvor klinikken for ergo- og fysioterapi er organiseret. I 2012 er der som noget nyt indledt samarbejde med diætist.

Efteruddannelse

Der er udarbejdet uddannelses- og kompetenceudviklingsplaner for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, som ved den årlige MUS-samtale anvendes i den individuelle kompetenceudviklingsplan. Planen indeholder udover den daglige "bedside"-undervisning en række obligatoriske kurser, eksempelvis fælles-introduktion, kursus i patientjournalen, kursus i konflikthåndtering og forebyggelse af vold samt medicin kursus for social- og sundhedsassistenter.

I afsnittene tilbydes aktuelt sygeplejefaglig vejledning hver 2. uge, vedligeholdelsestræning i forhold til forebyggelse af vold samt undervisning i lovgivning hver 2. uge. Yderligere planlægges med undervisning i relevante emner på temaeftermiddage og 1 årlig temadag med fokus på samarbejde og trivsel.

Der gives dagligt vejledning i forbindelse med rapport. Herudover er der mulighed for individuelt at søge kurser i forbindelse med særlige indsatsområder og særlige uddelegerede ansvarsområder.

Aktivitetstilbud

Hvilke aktivitetstilbud er der for patienterne i dagligdagen? I hvilken udstrækning forekommer det, at gennemførelsen af disse tilbud må nedprioriteres på grund af overbelægning, manglende personaleressourcer eller lignende?

Aktiviteterne er en vigtig del af behandlingen, der lægges vægt på at aktiviteterne er meningsfulde i forhold til patienternes behov, ressourcer og interesser. Patientens pårørende inddrages i den grad det er relevant.

Der arbejdes ud fra miljøterapeutiske principper, hvor hverdagsaktiviteter indtænkes i patienternes aktivitetsplaner. Der holdes morgenmøder med patienterne, hvor dagens program og aktiviteter gennemgås. Aktiviteterne kan være borddækning, oprydning, ADL træning, gymnastik, stavgang, gåture i parken, træning i at færdes i trafikken, ordne have, oplæsning, fællessang m.m.

Aktiviteter prioriteres meget højt i det daglige men sygdommeldinger eller høj plejetyngde kan 1 til 2 gange om måneden medføre at aktiviteter aflyses, afkortes eller flyttes.

Pårørendepolitik

Pårørendepolitikken er udarbejdet i forbindelse med Gennembrudsprojektet "Pårørende i Psykiatrien". Pårørendesamarbejdet prioriteres meget højt. De pårørende er vigtige ressourcepersoner, som i mange tilfælde har en afgørende betydning for dataindsamlingen i forhold til patientens livshistorie, symptomer, problemer og ressourcer. Der er tidlig kontakt til pårørende, og pårørende inddrages i vid udstrækning efter patientens ønske. Det er patientens kontaktperson, som er ansvarlig for at etablere og vedligeholde kontakten.

I tilfælde af at patienten ikke ønsker et samarbejde med de pårørende, ydes der generel støtte og omsorg til de pårørende efter behov.

Gennembrudsprojekter

Er der foretaget en evaluering af deltagelsen i de tidligere gennembrudsprojekter og hvad har erfaringerne været.

Afsnit G2 har deltaget i nedenstående gennembrudsprojekter:

- Gennembrudsprojektet "Tvang i Psykiatrien" i 2007.

Målsætningen var at forbedre praksis i forhold til anvendelse af tvang, forbedre den patientoplevede kvalitet af tvang, samt at reducere anvendelsen af tvang.

Tvangsanvendelsen faldt markant i projektperioden. Dette kan skyldes udarbejdelse af individuelle aktivitetsplaner, fokus på medansvar og medinddragelse, afholdelse af flere samtaler med patient, øget refleksion i personalegruppen, og større rummelighed i forhold til at kunne rumme patientens kaos og vrede følelser og udbrud på en konstruktiv måde.

Det har ikke helt været muligt at fastholde de opnåede resultater. Dette skyldes blandt andet at fokus de seneste år har været målrettet implementering af DDKM

- Gennembrudsprojektet "Pårørende i Psykiatrien" 2008.

Målsætningen var at sikre kvaliteten af kontakten / samarbejdet mellem personale og pårørende.

Tilfredshedsundersøgelsen i forhold til pårørende, som blev iværksat i tilslutning til projektet, viste en udbredt tilfredshed med samarbejdet i afsnittet.

I perioden skete der en holdningsændring i personalegruppen som fortsat er bevaret i forhold til at betragte pårørende som betydningsfulde samarbejdspartnere. Personalet tager initiativ til samarbejdet og inviterer til dialog med pårørende og inddrage dem aktivt i patientforløbet.

De udarbejdede tiltag under projektet, har givet personalet en større tryghed og sikkerhed i pårørendesamarbejdet, hvor der ligeledes er opnået en større sikkerhed og kendskab hos personalet i forhold til tavshedspligten.

Der er netop gennemført tilfredshedsundersøgelse (LUP), hvor der forventes et godt resultat.

Forskningsprojekter

Der er aktuelt ingen igangværende forskningsaktiviteter i afs. G1 og G2.

Patienter med anden etnisk baggrund

Der har hidtil kun været få patienter indlagt i G1 og G2 med anden etnisk baggrund. Det har været muligt at trække på tolk og pårørende i behandling og pleje af disse patienter. Der forventes en stigning i antallet af ældre patienter med anden etnisk baggrund, og der vil i så fald være mulighed for hjælp og rådgivning fra regionsfunktion for transkulturelle patienter.

Nyt byggeri

Regionen bedes redegøre for planerne for bygning af det nye Psykiatrisygehus i Slagelse, herunder hvordan indretningen af fikseringsrum er planlagt.

Der opføres et nyt psykiatrisygehus i Slagelse, der samler flere af psykiatrifunktionerne i Region Sjælland. Det foreliggende projekt indeholder etablering af i alt 194 sengepladser, akutmodtagelse, ambulans behandlingsfunktion samt faciliteter for forskning og uddannelse. Der opføres desuden en ny sikringsafdeling til afløsning af den eksisterende sikringsafdeling. Ibrugtagning af det nye psykiatrisygehus forventes at kunne påbegyndes i slutningen af 2014.

Det nye psykiatrisygehus vil ifølge projektbeskrivelsen komme til at indeholde de almenpsykiatriske og gerontopsykiatriske sengepladser, som i dag er placeret i Dianalund, Holbæk, Nykøbing Sj. og Slagelse. Derudover vil sygehuset komme til at indeholde de retspsykiatriske sengepladser, som i dag er placeret i Dianalund og Nykøbing Sjælland, samt Sikringsafdelingens sengepladser, som i dag er placeret i Nykøbing Sjælland.

Det samlede byggeri omfatter ca. 44.000 m² nybyggeri samt etablering af udeområder og parkeringsarealer. Sygehusets behandlings- og sengeafsnit opføres i en etage med delvis kælder, medens tårnbygningen i nord indeholdende administration, indgangs- og akutområde, forskning, kantine og auditorium opføres i 3 etager.

Det nye psykiatrisygehus opføres i tilknytning til det somatiske sygehus i Slagelse. Der etableres rumlig forbindelse mellem de to sygehuse ligesom der anlægges sammenhængende adgangsveje ved placering af fælles hovedadgangsvej.

I forhold til spørgsmålet om indretning af fikseringsrum kan det oplyses, at der i projektet for de almenpsykiatriske afsnit på det nye psykiatrisygehus i Slagelse er indarbejdet et "højintensivt" område med 2 rum, hvor det bl.a. er muligt at patienter kan fikseres. I tilknytning til begge rum, er der særskilt badeværelse og rummet er i åben og visuel forbindelse med et mindre personaleområde, hvorfra patienten kan overvåges. Udover at blive indrettet med en psykiatriseng, hvori det er muligt at fikse en patient, er rummene tænkt udstyret med tilbud som særligt lys (regulering af farver og styrke), lyd (musik via højttalere) og med skærme til fremvisning af f.eks. fotos og stemningsbilleder. Detailindretningen af rummene er ikke besluttet, men der foregår en dialog, hvor personale med erfaring inden for alle specialfunktioner er inddraget. Det højintensive område er ikke udelukkende planlagt til brug for ældrepsykiatriske patienter, men en facilitet for hele det almenpsykiatriske sengeafsnit.