Udskriftsdato: 14. december 2025

ISP nr 1999.587 (Gældende)

Inspektion af psykiatrisk afdeling på Holstebro Centralsygehus

Ministerium: Folketinget

Inspektion af psykiatrisk afdeling på Holstebro Centralsygehus

Resumé

Den 14. januar 1999 inspicerede inspektionschefen den psykiatriske afdeling på Holstebro Centralsygehus.

De fysiske rammer var gode og i god vedligeholdelsesstand, bl.a. var afdelingen altovervejende indrettet med enestuer. Forholdene ved et afsidesliggende haveanlæg var utilfredsstillende.

Inspektionen førte bl.a. til en henstilling til Ringkjøbing Amt og afdelingsledelsen på sygehuset om at undersøge mulighederne for at etablere et alternativ til haveanlægget med henblik på at sikre patienternes adgang til dagligt at få frisk luft, ligesom afdelingens låsesystem gav anledning til bemærkninger.

En gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen i 1998 gav på en del punkter anledning til kritik og i andre tilfælde til uddybende spørgsmål.

(J.nr. 1998-3641-424).

Den 31.1.2000 afgav inspektionschefen følgende rapport til den psykiatriske afdeling i Holstebro og Ringkjøbing Amt.

1. Indledning

Den 1. januar 1997 trådte lov nr. 473 af 12. juni 1996 om Folketingets Ombudsmand i kraft. Ifølge lovens § 7, stk. 1, omfatter ombudsmandens kompetence alle dele af den offentlige forvaltning; den tidligere eksisterende begrænsning i ombudsmandens kompetence over for (amts)kommunerne er således ophævet.

Efter § 18 i loven kan ombudsmanden undersøge enhver institution eller virksomhed samt ethvert tjenestested der hører under ombudsmandens virksomhed. I de almindelige bemærk-ninger til lovforslaget om ombudsmandsloven er det forudsat at der kommer "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 14. januar 1999 inspektion af den psykiatriske afdeling på Holstebro Centralsygehus. Til stede under inspektionen var bl.a. administrerende overlæge (A)r, chefpsykolog (B) og psykiatrichef i Ringkjøbing Amt (C).

Inspektionen bestod af en indledende samtale med ledelse og medarbejderrepræsentanter fra det lokale samarbejdsudvalg, samtaler med patienter der havde anmodet herom, rundvisning på afdelingen og en opsamlende samtale med ledelsen.

I forbindelse med inspektionen anmodede jeg om kopi af afdelingens tilførsler i tvangs-protokollen i 1998 vedrørende tvangsindlæggelse og -tilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangs-fiksering og anvendelse af fysisk magt samt beskyttelsesfiksering, jf. nærmere herom nedenfor

under punkt 5. Materialet blev fremsendt til ombudsmandsinstitutionen efterfølgende. Jeg bad desuden om at få udleveret et par eksempler på behandlingsplaner til senere gennemsyn og fik senere under inspektionen - efter at samtykke var indhentet fra de pågældende patienter og behandlingsplanerne var anonymiseret - udleveret to behandlingsplaner.

I tilslutning til inspektionen udarbejdede jeg

- et referat af det indledende møde,
- et notat om iagttagelser under rundgang på afdelingen, og
- et referat af den afsluttende samtale med ledelsen.

Med brev af 27. januar 1999 blev dette materiale forelagt afdelingsledelsen og Ringkjøbing Amt som blev bedt om at fremkomme med eventuelle bemærkninger/rettelser inden en måned. Jeg modtog herefter brev af 25. februar 1999 fra psykiatrichef (C) med amtets og afdelingsledelsens bemærkninger. Bemærkningerne er indarbejdet i rapporten.

Denne rapport har i en foreløbig udgave været sendt til den psykiatriske afdeling i Holstebro og Ringkjøbing Amt til eventuelle bemærkninger om faktiske forhold som den foreløbige rapport måtte give anledning til.

Ringkjøbing Amt har i brev af 10. januar 2000 fremkommet med nogle bemærkninger der er indarbejdet i rapporten.

2.Afdelingens organisation

Psykiatrien i Ringkjøbing Amt er samlet i en organisation ”Psykiatrien i Ringkjøbing Amt”. Denne organisation omfatter de psykiatriske afdelinger og de socialpsykiatriske institutioner. ”Psykiatrien i Ringkjøbing Amt” er underlagt Skole- og socialudvalget. Den psykiatriske

afdeling i Holstebro er en del af denne organisation. Afdelingen er fysisk placeret på Holstebro Centralsygehus.

Psykiatrisk afdeling har 32 sengepladser til et muligt patientgrundlag på 120.000 - hvilket ifølge afdelingsledelsen formentlig er det forholdsmæssigt laveste antal sengepladser noget sted i landet.

Afdelingens funktion er i den funktionsbeskrivelse som jeg modtog forud for inspektionen, blandt andet beskrevet således:

"Psykiatrisk afdeling ved Centralsygehuset i Holstebro er udbygget til at kunne behandle voksne psykiatriske patienter fra den nordlige del af amtskommunen (knap 120.000 indbyggere) - samt ungdomspsykiatriske patienter (15 - 18 år) fra hele amtskommunen.

Behandlingen kan bestå i ambulant behandling, deldøgnsbehandling eller indlæggelse på stationær afdeling.

Afdelingen er distriktspsykiatrisk organiseret med:

a) et ambulatorium med udadgående virksomhed, herunder konsultativ bistand til den primære sundhedstjeneste og til social- og sundhedsforvaltninger i primærkommunerne, samt til § 68-, § 105- og § 112, stk. 2-institutioner.

b) en dagafdeling med 24 behandlingspladser, hvortil modtages patienter til primær behandling.

c) en stationær afdeling bestående af 32 en-sengsstuer fordelt på 5 enheder.

..."

Det fremgår videre af funktionsbeskrivelsen at de fem enheder udgøres af tre almene psykia-triske behandlingsenheder, en gerontopsykiatrisk behandlingsenhed og en ungdomspsykiatrisk behandlingsenhed. For så vidt angår den retspsykiatriske funktion er der derimod truffet indlæggelsesaftaler med andre amtskommuner.

3. Bygningsmæssige forhold mv.

3.1. Generelt

Sengeafdelingen ("den stationære afdeling") er beliggende i en del af et højhusbyggeri opført som en udbygning af Holstebro Centralsygehus i 1960’erne. Den psykiatriske afdeling er placeret i bygningens 7., 8. og 9. etage.

Ambulatoriet og daghospitalet befinder sig sammen med psykiatrisk afdelings administration i en separat tre-etagers bygning med kælder andetsteds på centralsygehusets område.

3.2. Rundgang

Rundgangen begyndte i administrationsbygningen, hvor der som nævnt desuden er ambulatorium og daghospital. Ambulatoriet er beliggende både i stuen, 1. og 2. sal. Daghospitalet ligger i kælderen.

3.2.1. Ambulatorium

I stueetagen er der kontorer og møderum. Afdelingens journaler over afsluttede sager bliver opbevaret i et lille arkivrum. Arkivrummet var uaflåst på tidspunktet for inspektionen, men aflåses efter det oplyste når afdelingen lukker. Det blev oplyst at arkivet senere vil blive flyttet til et større lokale.

På 1. sal er der et terapilokale, hvor der bl.a. var et bord med symaskiner og syreoler med et bord til. Desuden var der et mødebord med stole.

Herudover er der et konferencerum med et stort mødebord og stole, en stor whiteboardtavle og et TV. Der var i det ene hjørne et lille bord samt reoler med mapper.

Det blev forklaret at TV-skærmen benyttes i forbindelse med lokalet ved siden af som er et AV-rum (studie) med et kamera til optagelse af samtaler mellem patienter og læge.

I AV-rummet fandtes der desuden en one-way screen til et siderum hvorfra man således også kan overvære patientsamtaler.

Disse faciliteter anvendes ret ofte til supervision o.l. af personalet. Dette sker alene efter informeret samtykke fra de pågældende patienter.

På 2. sal er der indrettet kontorer og et gruppeterapirum. I gruppeterapirummet var der opstillet en "forsker-computer" med adgang til litteraturdatabaser mv. Under vinduet var der anbragt stole i en rundkreds.

3.2.2. Daghospital

Daghospitalet i den høje kælder - som renoveret i 1994 - har plads til 24 patienter. Der er normalt 18-20 patienter ad gangen tilknyttet daghospitalet i en periode på gennemsnitligt seks - otte måneder.

Gangen i kælderen er ifølge personalets oplysninger noget kold og fugtig.

Daghospitalets køkken findes i et nyindrettet stort lokale med et stort bord og almindelige køkkenfaciliteter.

Dagligstuen var indrettet med et sofamiljø, et orgel og en reol. I den anden ende af lokalet var der endnu en sofa og et sofabord. Der er store vinduer langs den ene side af lokalet. Der er god udluftning og udgang til en udgravet terrasse med havemøbler.

Et ergoterapirum bliver brugt til hobby, snedkeri og fletning af kurve m.v. Der var reoler med mange forskelligartede hobbymaterialer, et stort bord med god plads til at arbejde på samt en opslagstavle.

I kælderen blev desuden fremvist et maddepot, kontorer samt et møderum. Der var endvidere to toiletter og et bad. På gangen var der opstillet en computer til brug for patienterne; den bliver efter det oplyste brugt ret ofte.

Faciliteterne i administrationsbygningen (administration, ambulatorium og daghospital) giver mig ikke anledning til bemærkninger.

3.2.3. Anlægget

Et mindre udendørs anlæg er beliggende i udkanten af sygehusets arealer i en gåafstand fra den psykiatriske sengeafdeling på små 10 minutter, tværs over bl.a. en parkeringsplads og en vej. Der er tale om en hjørnegrund på størrelse med en almindelig parcelhusgrund, det vil sige ca. 800 - 900 m². Arealet er beliggende ud til almindelige veje i et beboelsesområde. Det er omkranset af et blandet levende hegn,

hvorigennem der er frit indsyn fra de omkringliggende arealer og veje. Et længere stykke af hækken mod en vej er nyplantet og ganske lav.

På arealet er der græsplæne. Der er nogle frugtbuske og et bålsted. I den ene ende af arealet er der placeret et mindre skur og i forbindelse hermed et halvtag/overdækket terrasse. Også til skuret (hvor der opbevares havemøbler mv.) og halvtaget er der frit indsyn fra de omliggende arealer.

Arealet forekom noget uplejet (som have betragtet).

Om anvendelsen af arealet til udendørs ophold for patienterne henviser jeg til det jeg har anført nedenfor under punkt 4.1.

3.2.4. Sengeafdelingen

Den psykiatriske sengeafdeling ("den stationære afdeling") er som nævnt placeret på 7., 8. og 9. etage. Afdelingen er normeret til 32 patienter. Den gennemsnitlige indlæggelsestid er ca. en måned. Alle stuer - bortset fra en enkelt - er enestuer. Tre stuer har eget toilet.

P1, 7. etage

Afsnittet har i alt 14 sengepladser. På denne etage findes bl.a. den gerontopsykiatriske enhed.

Døren ud til trappegangen og elevatordøren var aflåst.

Fællesstuen som ligger i den ene ende af etagen, er holdt i blå farver på væggene og pæne blå møbler. Der forekom pænt og rent allevegne. Overalt er der skilte med "røgfrit område". Der er dog mulighed for at ryge i en lille fjernsynsstue ved siden af den store fællesstue.

Fra den store fællesstue er der adgang til en stor taghave på ca. 200 m². Gulvet er af træ og der er glaspartier hele vejen rundt. Taget består af stålplader der er perforeret, således at der er luftgennem-strømning og en fornemmelse af "frisk luft". Der står store blomster-kummer rundt omkring. Der var opstillet store haveborde med stole. Taghaven er en form for udendørsareal for patienterne på alle tre etager.

På gangen er der i hver ende nogle små nicher som patienter og personale benytter sig af til ophold i dagligdagen. De store fællesstuer bliver ifølge personalet derimod som regel brugt til møder eller større arrangementer blandt personale og patienter.

Fire stuer efter mit valg blev besigtiget på afsnittet:

Stue nr. 70.05 var en pæn stue med eget toilet. Der var et pænt bord med en stol til, en opslagstavle, en hospitalsseng og et skab. Der var desuden en håndvask med spejl over. Vinduerne er sikrede så de kun kan åbnes ca. 10 cm.

Stue nr. 70.10 var et lidt mindre rum med hospitalsseng, stol, bord, skab samt en opslagstavle.

Stue nr. 70.11 var et vinkelværelse med to vinduer, en hospitalsseng, et bord, to stole, et skab, en håndvask med koldt og varmt vand samt en opslagstavle.

Stue nr. 70.16 var indrettet med en hospitalsseng, et skab, bord og stol, opslagstavle, håndvask med spejl over, en reol med en white-boardtavle samt patientens egen radio.

Derudover blev lokale 70.15 besigtiget. Det blev brugt til opbevaring af medicin til patienterne m.m. Medicinen opbevares i et aflåst skab. Det blev oplyst at medicin indtages under overvåg-ning. "Snyd" fore-kommer formentlig, men hverken det eller handel med medicin patienterne imellem finder efter personalets opfattelse sted i noget større omfang.

P1, 8. etage

8. etage er den eneste indgang til 7. og 9. etage med elevator. Brug af elevator fra 7. og 9. etage kræver således en nøgle som kun personalet har. Det er desuden også den eneste etage der efter det oplyste normalt ikke er aflåst. På tidspunktet for inspektionen var yderdøren til trappegangen imidlertid låst.

Der er kun fem patientstuer på etagen - de øvrige lokaler anvendes til værksteder, motionsrum samt kontorer.

I den ene ende af etagen er der et aflåst rum, som bliver benyttet til motionsrum. Det var et pænt, stort lokale med ribber på den ene side af væggen, en romaskine, bolde, en kondicykel, et stort spejl samt nogle skabe til opbevaring af måtter. Det blev oplyst at lokalet er aflåst på grund af risikoen for selvmordsforsøg o.l. ved ukontrolleret adgang, men at der normalt låses op når en patient beder om at benytte lokalet.

I rummet ved siden af er der et vaskeri til patienterne. Der er opstillet vaskemaskine, tørretumbler samt skabe.

Desuden var der et træningskøkken, udstyret som et almindeligt køkken med ovn og køle/fryseskab. I et lille rum ved siden af er der indrettet en garderobe.

Herudover er der på afsnittet indrettet et aflåst tekstilværksted med en computer, værktøj og stof mv.

Ved siden af er der et træ- og lerværksted. Det bliver benyttet til at arbejde med ler, sten, træ og andre grovere ting. Der var en stor ler-ovn, en drejebænk, håndvask med sikret spejl over og reoler til de færdige lerting. Der var ventilation i loftet.

Terapifaciliteterne er fælles for de tre etager. Der er seks ergotera-peuter tilknyttet afdelingen.

Ved de glasdøre på gangen, som kan benyttes til at "skærme" en del af afsnittet, er der et lille tekøkken med et lille bord med stole, en skænk og et vindue.

I lighed med de andre etager er der indrettet en spisestue.

Da der ikke er nogen stor fællesstue på 8. etage - fordi rummet bliver anvendt til motionsrum - har man stillet et stort aflangt bord op med stole rundt om i en niche på gangen. Der er et TV samt en mønt-telefon for enden af gangen.

På denne etage besigtigede jeg efter mit valg to stuer:

Stue nr. 80.03 var en meget pæn og hjemligt indrettet stue med et lille bord, en opslagstavle med billeder, skab, en hospitalsseng, bord med stol, håndvask med et lille spejl over samt en lille whiteboard-tavle. Vinduet var sikret.

Over for denne stue er der indrettet toiletter, der var pæne og rene.

Stue nr. 80.10 var et noget mindre rum med en briks, et bord med en stol, skab, håndvask med spejl over, en stol, sikret vindue med gardin samt en whiteboardtavle.

P1, 9. etage

Denne etage var ligesom de øvrige to etager aflåst.

9. etage er indrettet på samme måde som 7. etage - der er således ligeledes fællesstue i den ene ende af gangen og en lille TV-stue med sofaer mv. ved siden af. De små TV-stuer må efter personalets oplysninger af og til inddrages til patientstuer.

Etagen er normeret til 13 patienter.

Der er ligesom på 7. etage indrettet nogle nicher på gangen som patienterne og personalet benytter i det daglige sociale samvær. De store fællesstuer bliver som regel brugt til møder eller større arrangementer blandt personale og patienter. Det blev oplyst at det er vanskeligt for personalet i det daglige at få patienterne til at opholde sig i fællesstuerne. Det skyldes den lidt afsides beliggenhed der gør det vanskeligt for personalet i længere tid at opholde sig samme med patienterne i fællesstuerne.

I et kontor (lokale nr. 90.13) bliver der opbevaret journaler i hænge-mapper i en aflåst skuffe. Hele personalet har adgang til journalerne.

I et lille rum - 91.15 - er der et aflåst skab til opbevaring af medicin.

På etagen blev endvidere besigtiget en to-sengsstue samt en en-sengsstue, der var indrettet med det samme møblement som på de øvrige etager. Dog var der to brikse på to-sengsstuen. En-sengsstuen var et stort rum, som i tilfælde af overbelægning bliver brugt til to-sengsstue. Der var en briks samt en hospitalsseng.

De fysiske rammer på den psykiatriske afdeling var efter min opfattelse gode og i god vedlige-holdelsesstand. Jeg noterede mig særligt at afdelingen (bortset fra en enkelt to-sengsstue) er indrettet med enestuer. Gangarealerne på sengeafdelingen forekommer ret mørke idet der (bortset fra lyset fra stuerne) alene kommer lys ind gennem vinduer i gavlen for enden af de lange gangarealer.

4. Andre forhold

4.1. Adgang til frisk luft

Mulighederne for adgang til frisk luft for de patienter som ikke kan færdes frit på egen hånd, består i dels taghaven på 7. etage (se ovenfor punkt 3.2.4), dels haveanlægget (se ovenfor punkt 3.2.3) hvor patienter der ønsker det, kan komme ud med personale.

Afdelingsledelsen oplyste at der på grund af taghaven ikke er risiko for at en patient som ønsker det, ikke kan komme ud i frisk luft den samme dag som de fremsætter ønske om det. Der kan imidlertid ikke altid gives en patient adgang til at komme ud på det omliggende terræn umiddelbart når patienten ønsker det, ligesom der kan være problemer af ressourcemæssig art hvis der er tale om en patient der skal ledsages af mere end ét personalemedlem.

En af de patienter som jeg havde en samtale med, gav udtryk for at det går patienterne på at udgangsmulighederne er så dårlige. Denne udtalelse blev efterfølgende bekræftet af afdelingsledelsen, og det blev også i den forbindelse nævnt at udgang med personale er ressourcekrævende.

Det blev endvidere anført at eventuelle forbedringer af udendørsfaciliteterne ikke blot er et økonomisk spørgsmål, men også et spørgsmål om at finde et bedre egnet område at udnytte til formålet.

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 sygehusmyndig-heden tilbyde sygehusophold, behandling og pleje, som svarer til god psykiatrisk sygehus-standard 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 det 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, Københavns og Frederiksberg kommuner om den fortsatte udbygning af tilbudene til sindslidende, og at parterne bl.a. er enige om en målsætning om at alle patienter skal have mulighed mindst ét miljøskift om dagen, herunder mulighed for at komme ud i frisk luft dagligt (side 17 i bemærkningerne).

Efter min opfattelse kan adgang til taghaven på 7. etage - selv om arealet isoleret set er en mulighed for miljøskift i løbet af dagen - ikke sidestilles med et ophold i frisk luft i den betydning dette begreb er benyttet i de nævnte bemærkninger til lovforslaget.

Muligheden for egentlig friluftsophold (for patienter som ikke kan færdes uden personale-ledsagelse) består således udelukkende af ture til det omtalte nærliggende haveanlæg der som nævnt ligger i en gåafstand fra hospitalet på ca. 10 minutter. Jeg forstår at det af ressource-mæssige årsager kan være vanskeligt at gennemføre sådanne ture hver dag, og i hvert fald på det tidspunkt da en patient udtrykker ønske om at komme ud.

Jeg beder - under henvisning til bl.a. det ovenfor refererede om forarbejderne til psykiatri-lovsrevisionen - afdelingsledelsen om at oplyse om der gennemføres i hvert fald en daglig tur udendørs med de patienter der måtte ønske det og for hvem udendørsopholdet ikke er utilrådeligt af behandlingsmæssige årsager.

Særligt for så vidt angår haveanlægget bemærker jeg følgende:

Det noget afsides beliggende haveanlæg (der er nærmere beskrevet ovenfor under punkt 3.2.3.) forekom ikke at være noget indbydende sted at opholde sig. Hertil kommer at der efter min mening i alt for høj grad er mulighed for indkig i anlægget fra forbipasserende på de offentligt tilgængelige veje langs to sider af anlægget, hvilket kan få patienterne til at føle sig "udstillet". Det samme gælder for så vidt ved den ledsagede tur fra hospitalet gennem parkeringsarealet til anlægget og tilbage.

Efter min opfattelse er forholdene ved arealet utilfredsstillende. Jeg finder at burde henstille til Ringkjøbing Amt og afdelingsledelsen at undersøge mulighederne for at etablere et alternativ til det nuværende haveanlæg. Der bør være tale om et anlæg af en væsentlig bedre standard, gerne nærmere den psykiatriske sengeafdeling, og et sted hvor patienterne kan opholde sig uden at forbipasserende der færdes på vejene udenfor, har mulighed for at kigge ind.

Jeg beder om underretning om resultatet af amtets og ledelsens overvejelser.

4.2. Låsesystemet

På forespørgsel om afdelingens låsesystemer mv. oplyste ledelsen at yderdøren til gangen på 8. etage er ulåst, mens 7. og 9. etage har ”låst dør efter behov”. Det betyder at hvis blot én patient på en af disse to etager nødvendiggør at yderdøren låses, må andre patienter på samme etage bede om at få yderdøren låst op hvis de ønsker at komme ud. Der er klokke på døren, og døren kan kun nægtes åbnet for tvangstilbageholdte. Det blev oplyst at personalet åbner døren straks eller i løbet af ganske kort tid. På 7. og 9. etage er det hovedreglen at yderdøren er låst.

Baggrunden for denne praksis skal søges i afdelingens politik hvorefter der ikke findes åbne, henholdsvis lukkede afsnit. Patienter der ellers ville være indlagt på en åben afdeling er således anbragt sammen med patienter som i givet fald skulle være på en lukket afdeling. Man har tidligere gjort forsøg med skærmede afsnit på i øvrigt åbne afsnit, men har dårlige erfaringer hermed.

Ledelsen forklarede videre at fordelen ved ordningen er at patienterne ikke bliver nødt til at flytte fysisk som det er tilfældet når en patient overgår fra indlæggelse på lukket afsnit til åbent afsnit eller omvendt. Det sikrer en høj grad af kontinuitet under opholdet idet patienten ser det samme personale og de samme medpatienter. Det er desuden den samme læge som har behand-lingsansvaret under hele indlæggelsen samt i forbindelse med efterfølgende ambulant behandling.

Jeg kunne under rundgangen konstatere at udover at dørene ud til trappe-gangen var aflåst på alle tre etager, krævedes der også nøgle for at benytte elevatoren fra etagerne.

På baggrund af det oplyste om afdelingens praksis går jeg ud fra at aflåsningen af yderdøren på 8. etage var en enkeltstående undtagelse.

Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 har i forbindelse med tilsynets inspektioner af psykiatriske hospitaler også beskæftiget sig med spørgsmålet om afdelinger hvor der er både frivilligt indlagte og tvangstilbageholdte patienter. I overensstemmelse med det som tilsynet har tilkendegivet, bør en ordning som den omtalte efter min mening praktiseres således <u>at</u> en patient der indlægges på en psykiatrisk afdeling, og hvor der ikke er tale om at den pågældende er tvangsindlagt eller –tilbageholdt, bør tilbydes en plads på en uaflåst del af den psykiatriske afdeling, <u>at</u> en patient der overgår fra at være tvangsindlagt til at være frivilligt indlagt tilbydes anbringelse på en uaflåst del af afdelingen, og <u>at</u> det kun undtagelsesvis bør forekomme at en frivilligt indlagt patient af kapacitetsmæssige grunde ikke tilbydes en plads på en uaflåst del af afdelingen – sker det bør patienten hurtigst muligt tilbydes en plads på et uaflåst afsnit.

et er efter min opfattelse desuden en forudsætning for at den praktiserede ordning er i over-ensstemmelse med bestemmelserne i psykiatriloven 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 opmærksom på at der sker ophævelse af en beslutning om 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 afdelingen når de måtte ønske det.

Idet jeg på baggrund af ledelsens oplysninger går ud fra at anbringelsen af frivilligt indlagte patienter administreres i overensstemmelse hermed, har jeg ikke yderligere bemærkninger til spørgsmålet.

4.3. Fikseringer

Antallet af fikseringer på afdelingen er svingende. Nogle gange forekommer der flere tilfælde af fikseringer på en dag.

Ifølge § 16 i psykiatriloven skal en patient, der er tvangsfikseret med bælte, have fast vagt. Bestemmelsen er gentaget i § 14, stk. 1, i Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 879 af 10. december 1998 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger (tvangsbekendtgørelsen).

Den faste vagt sidder efter det under inspektionen oplyste på stuen hos den pågældende eller udenfor, men stadig således at vagten kan se patienten hele tiden. Ind imellem kan døren lukkes ud til gangen så patienten kan have lidt privatliv.

Det blev oplyst at afdelingen råder over særlige fikseringssenge for at undgå selvbeskadigelse.

Under rundgangen var en af patienterne på 9. etage fikseret og havde fast vagt. Vagten havde indrettet sig med en stol ude på gangen ved døren til stuen. På tidspunktet for rundgangen var vagten dog inde hos patienten. Døren stod på klem så det var muligt fra gangen at se patienten i sengen. Jeg havde øjen-kontakt med patienten da jeg passerede døren. Forholdet blev uopfordret påtalt af chefpsykolog (B).

I tvangsbekendtgørelsens § 14, stk. 3, er det bestemt at tilsynet skal udføres med hensyntagen til patientens egne ønsker og med respekt for dennes værdighed og selvfølelse. I § 14, stk. 4, er det videre anført at patienten skal have ret til et vist privatliv når dette ikke er uforeneligt med hensynet til patientens sikkerhed.

Jeg går ud fra at det personale der varetager funktionen som vagt ved fikserede patienter, er bekendt med bekendtgørelsens bestemmelser og således i videst muligt omfang tager hensyn til patientens egne ønsker, også for så vidt angår spørgsmålet om døren ud til gangarealet skal være åben eller lukket. Jeg mener at det var uheldigt at døren ind til den fikserede patient stod åben (på klem) mens jeg og de øvrige medarbejdere fra ombudsmandsembedet var på rundgang på afsnittet. På baggrund af det oplyste om afdelingens generelle praksis i forbindelse med varetagelse af funktion som fast vagt, foretager jeg mig ikke mere vedrørende spørgsmålet.

4.4. (Politianmeldelse af) vold mod personalet

På mit spørgsmål om eventuelle trusler eller vold mod personalet oplyste personalet at antallet at rapporterede tilfælde af trusler eller vold er faldende fra omkring 100 tilfælde i 1996 til ca. 60 tilfælde i 1998, alt iberegnet. Bag-grunden for dette fald skal formentlig bl.a. søges i indførelsen af "vedlige-holdelsesinstruktører", en gruppe på 4 - 5 medarbejdere som er instrueret i selvforsvar (frigørelsesgreb) og forebyggelsesteknikker, og som er ansvarlige for at videregive deres viden til kollegerne. Man har desuden et meget effektivt kaldesystem.

I tilfælde af alvorlige trusler eller vold er afdelingsledelsen indstillet på at foretage politianmeldelse. Holdningen er at personalet ikke skal "finde sig i" vold eller trusler herom, men der findes ikke generelle retningslinier om emnet. Politianmeldelse har kun fundet sted i et enkelt tilfælde og vedrørte en ægtefælle til en patient.

Der foretages anmeldelse til Arbejdsskadestyrelsen hvis en episode medfører sygedage. Psykiatrisk afdeling råder over en sygeplejerske som er særligt uddannet i at tale med personalet i sådanne situationer og evt. henvise til psykolog i ambulatoriet. Der er dog sjældent behov herfor. Selvbetalingsdelen for psykologbehandlinger dækkes i givet fald af sygehuset.

Jeg foretager mig ikke mere vedrørende spørgsmålet.

4.5. Udslusning af færdigbehandlede patienter

Jeg er bl.a. fra tidligere inspektioner bekendt med at der i visse amter er problemer med udslusning af færdigbehandlede patienter. Problemer består i at ophold på den psykiatrisk afdeling e.l. forlænges efter at den pågældende patient i øvrigt er færdigbehandlet alene på grund af manglende plads i egnede boinstitutioner mv.

Jeg beder afdelingsledelsen om at oplyse om der findes problemer af denne art for så vidt angår patienter på den psykiatriske afdeling i Holstebro. I bekræftende fald beder jeg om nærmere oplysninger om problemets omfang - såvel antallet af tilfælde som den tidsmæssige udstrækning af indlæggelse(rne) efter færdigbehandling. Jeg beder desuden i givet fald om Ringkjøbing Amts bemærkninger til det af afdelingen anførte.

4.6. Patientmøder

Ifølge § 30 i psykiatriloven som affattet ved lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998 kan sundhedsministeren fastsætte regler om patientindflydelse på psykiatriske afdelinger.

Med hjemmel i § 30, som bestemmelsen var affattet før revisionen af psykiatriloven, der trådte i kraft den 1. januar 1999, har Sundhedsministeren udarbejdet bekendtgørelse nr. 708 af 20. november 1989 om patientråd og patientmøder på psykiatriske sygehuse og afdelinger. Bekendtgørelsen er fortsat gældende.

Af bekendtgørelsens § 1, stk. 2, fremgår det at amtsrådet skal beslutte hvorvidt der på det enkelte psykiatriske sygehus eller afdeling skal oprettes patientråd eller afholdes patientmøder.

Jeg forstod under inspektionen at det for så vidt angår psykiatrisk afdeling i Holstebro er besluttet at der afholdes patientmøder, og at disse afholdes ugentligt (fredag) på de enkelte etager.

Ifølge bekendtgørelsens § 1, stk. 4, skal amtsrådet udfærdige nærmere retningslinier for oprettelse af patientråd og afholdelse af patientmøder, herunder om antallet af medlemmer i de nævnte organer samt disses virksomhed.

Jeg beder om at modtage et eksemplar af de gældende retningslinier for patientmøder.

4.7. Opbevaring af journaler

Som omtalt ovenfor så jeg under rundgangen i administrationsbygningen et arkivrum til opbevaring af journalerne i afsluttede sager. Arkivrummet var uaflåst, men bliver efter det oplyste låst når afdelingen lukker.

På 9. etage så jeg endvidere et personalekontor hvor journaler blev opbevaret i hængemapper i en aflåst skuffe. Det blev oplyst at hele personalet har adgang til journalerne.

Jeg går ud fra at personalet er opmærksom på at sikre at patienter eller andre uvedkommende ikke får adgang til journalerne. Jeg foretager mig ikke mere vedrørende spørgsmålet.

4.8.Overbelægning

Sengeafdelingen har 32 sengepladser. Af et sæt grafiske oversigter over det gennemsnitlige antal indlagte, som jeg modtog under inspektionen, fremgår det imidlertid at der f.eks. på visse tidspunkter i 2. halvår af 1998 har været op til 38-39 indlagte patienter på afdelingen.

Som nævnt ovenfor så jeg under rundgangen kun en enkelt større stue der i tilfælde af overbelægning bruges som to-sengsstue. Herudover blev det oplyst at de små TV-stuer af og til midlertidigt inddrages til patientstuer.

Jeg beder afdelingsledelsen om nærmere at redegøre for omfanget af overbelægning på afdelingen. Jeg beder samtidig om nærmere oplysning om hvordan afdelingen pladsmæssigt håndterer overbelægninger der så vidt ses kan være på op til (i hvert fald) syv patienter. Jeg beder om Ringkjøbing Amts kommentarer til det af afdelingsledelsen anførte.

4.9. Børn og unge

Det blev oplyst at afdelingen ikke har børn som patienter, men derimod unge (15 - 19 årige). Der er dog truffet beslutning om at børne- og ungdoms-psykiatrien inden for et par år skal samles i Herning. Fagligt og ledelsesmæssigt hører det ungdomspsykiatriske team allerede nu under børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling i Herning.

De unge patienter indlægges ifølge afdelingsledelsen ikke adskilt fra de voksne patienter. Der er gennemsnitligt 1 - 3 unge indlagt på afdelingen, og man forsøger at samle disse på den samme etage.

En gruppe af personalet tager sig særligt af de unge og iværksætter aktiviteter for dem. Dette personale kan også støtte i forbindelse med udskrivning fra afdelingen. Der er afsat kr. 100.000 til en aktivitetspulje for unge patienter.

Blandt skemaerne vedrørende tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse på afdelingen som jeg modtog i tilslutning til inspektionen, var et tilfælde af tvangsindlæggelse af en dengang 16-årig (indlagt den 3. marts 1998) og to tilfælde af tvangstilbageholdelse af unge på 18 år (tilbageholdt den 28. december 1997 henholdsvis den 1. februar 1998 på 9. etage).

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).

Jeg beder afdelingsledelsen om at redegøre for afdelingens praksis vedrørende anbringelse af frihedsberøvede unge på afdelingen. Jeg beder desuden om ledelsens bemærkninger til de tre nævnte konkrete tilfælde af unge frihedsberøvede.

4.10. Narkotika

Det blev på forespørgsel oplyst at der ikke er større problemer med narkotika på afdelingen; der kan dog i enkelte tilfælde findes hash på afdelingen som f.eks. besøgende har taget med.

Det blev i denne forbindelse præciseret at afdelingen ikke varetager behandlingen af primære misbrugere, men at de psykiatriske patienter naturligvis kan have et sekundært misbrug.

Jeg foretager mig ikke mere vedrørende spørgsmålet.

4.11. Rygning

Det blev oplyst at sygehusets overordnede rygepolitik er at rygning er forbudt hvor det ikke særligt er tilladt. Emnet skulle i øvrigt drøftes på et samarbejds-udvalgsmøde på den psykiatriske afdeling den 18. januar 1999.

Principielt ryges der ikke i ambulatoriet, medmindre det foregår bag lukket dør.

På afdelingen må der ryges i den ene ende af gangene, men ikke i den anden. Afdelingssygeplejersken oplyste at eftersom fællesarealerne (gangarealerne) på afdelingen er små og dårligt ventilerede kan det være svært at begrænse røgen til den ene ende af gangen. Det er principielt ikke tilladt patienterne at ryge på stuen, selvom der er tale om enestuer.

Aktivitetslokalerne på afdelingen er røgfri, og der ryges ikke under morgen-samlinger mv.

Ifølge lov nr. 436 af 14. juni 1995 om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende, § 2, skal amtsrådet have fastsat bestemmelser om røgfri miljøer på bl.a. amts-kommunale sygehuse. Jeg beder om at modtage et eksemplar af de bestemmelser, der i den anledning er fastsat af Ringkjøbing Amt, og som vedrører den psykiatriske afdeling.

Jeg beder endvidere om underretning om udfaldet af samarbejdsudvalgets drøftelse af spørgsmålet om rygepolitik den 18. januar 1999.

4.12. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Afdelingen havde på tidspunktet for inspektionen endnu ikke erfaringer med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner efter ændringerne af psykiatriloven pr. 1. januar 1999.

Chefpsykolog (B) bemærkede at reglerne ligger meget i forlængelse af afdelingens hidtidige samarbejde med de sociale myndigheder i forbindelse med udskrivning af patienter.

Jeg foretager mig ikke mere vedrørende spørgsmålet.

4.13. Kost

Det blev under rundgangen forklaret at patienternes mad leveres fra sygehusets centralkøkken, men anrettes af patienterne på etagerne. Man spiser så vidt muligt samlet sammen med en ergoterapeut. Der er hver dag to valgfri menuer - og man forsøger derudover at imødekomme særlige ønsker.

Jeg foretager mig ikke mere vedrørende spørgsmålet.

5. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

Som nævnt i indledningen anmodede jeg under inspektionen om at modtage kopi af afdelingens tilførsler i tvangsprotokollen i 1998 vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering. Jeg fik efterfølgende materialet tilsendt.

Jeg har ikke mulighed for at vurdere om anvendelsen af tvangsforanstaltninger i de enkelte tilfælde har været berettiget. Ved min gennemgang af materialet har jeg derfor navnlig koncentreret mig om hvorvidt proceduren i forhold til de gældende regler er blevet fulgt. Gennemgangen giver mig anledning til følgende bemærkninger:

5.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

Jeg har i alt modtaget 44 skemaer til brug for tilførsler i tvangsprotokollen om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse i 1998. Heraf fremgår det at tvangsindlæggelse fandt sted i 22 tilfælde, og at der i 34 tilfælde blev truffet beslutning om tvangstilbageholdelse - med eller uden forudgående tvangsindlæggelse. I en mindre del af sagerne er frihedsberøvelsen iværksat i 1997, men fortsat i 1998.

Tvangsindlæggelse sker på grundlag af en lægeerklæring der er udarbejdet af den læge som har undersøgt den pågældende med henblik på indlæggelsen. Erklæringen må ikke være udstedt af en læge der er ansat på den psykiatriske afdeling hvor indlæggelsen skal finde sted, og lægen må ikke være inhabil (psykiatrilovens § 7). Det er dog overlægen på den psykiatriske afdeling der træffer den endelige administrative afgørelse om hvorvidt betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, jf. psykiatriloven § 9, stk. 2 og § 14, stk. 1, i Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 613 af 20. september 1989 om frem-gangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser (fra 1. januar 1999 erstattet af bekendtgørelse nr. 880 af 10. december 1998). Af § 14, stk. 1, 2. punktum, i den nugældende bekendtgørelse 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.

Sundhedsstyrelsens (daværende) skema til brug for tilførsler i tvangsprotokollen om friheds-berøvelser giver ikke mulighed for at konstatere på hvilket tidspunkt den psykiatriske overlæge har truffet afgørelse om at betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt. I en del af de fremsendte skemaer er der endvidere ikke fortrykt en rubrik til angivelse af hvilken overlæge der har godkendt en tvangsindlæggelse. Jeg

beder psykiatrisk afdeling om at fremkomme med nærmere oplysninger om hvilke rutiner der følges på afdelingen for at sikre at overlægen snarest tager stilling til beslutninger om tvangsindlæggelser.

Jeg har ved gennemgangen af skemaerne konstateret at rubrikkerne til angivelse af henholdsvis modtagende læge og godkendende overlæge ikke er udfyldt i forbindelse med to tvangsindlæggelser foretaget henholdsvis den 28. april 1998 og 5. november 1998.

Det er beklageligt. Jeg er dog opmærksom på at der i det nugældende skema 1 til tvangsprotokoller vedrørende frihedsberøvelse (Jf. Sundhedsstyrelsens vejledning af 10. december 1998 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv.) ikke skal oplyses om hvilken læge der har iværksat frihedsberøvelsen eller hvilken overlæge der har taget stilling hertil.

Det påhviler til stadighed overlægen at påse, at frihedsberøvelse, tvangs-behandling, tvangsfiksering, fysisk magt og beskyttelsesfiksering 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 4. uge, så længe frihedsberøvelsen opretholdes, jf. lovens § 21, stk. 2, 1. punktum.

Af skemaerne fremgår det at patienten i 24 ud af de 44 tvangsprotokoller om frihedsberøvelse enten blev udskrevet senest på tredjedagen efter friheds-berøvelsen eller at de obligatoriske prøvelsesfrister i § 21, stk. 2, har været overholdt. Efterprøvelsen har i alle tilfælde været foretaget eller godkendt af en overlæge.

I fire tilfælde er der sket overskridelse af lovens frister for revurdering. Det drejer sig om følgende tilfælde:

1) Tvangstilbageholdelsesbeslutning af 13. november 1997 – revurdering på dag 3 fandt først sted den 17. november 1997, dvs. en dag for sent.

2) Tvangstilbageholdelsesbeslutning af den 15. december 1997 – revurdering på dag 20 fandt sted den 2. januar 1998 (efter min opfattelse var dag 20 i øvrigt den 4. januar 1998). Den efterfølgende revurdering som skulle finde sted på dag 30 skete imidlertid ifølge skemaet først den 28. januar 1998, dvs. ca. to uger for sent.

3) Tvangstilbageholdelsesbeslutning af 27. december 1997 – revurdering på dag 30 fandt sted den 26. januar 1998. Den næste revurdering som skulle finde sted senest fire uger efter, fandt først sted den 26. februar 1998, dvs. tre dage for sent.

4) Tvangstilbageholdelsesbeslutning af 3. februar 1998 – revurdering på dag 20 fandt sted den 23. februar 1998. Revurderingen skulle finde sted på dag 30 skete den 6. marts 1998, dvs. en dag for sent.

Det er beklageligt at fristerne for revurdering af om betingelserne for frihedsberøvelse fortsat var opfyldt i de fire tilfælde ifølge skemaerne ikke blev overholdt. Jeg beder afdelingen om nærmere at redegøre for omstændighederne vedrørende det tilfælde som er nævnt under punkt 2 hvor revurderingen tilsyneladende blev foretaget ca. to uger for sent.

Jeg har desuden konstateret at der i fem af skemaerne er foretaget en eller flere revurderinger, men ikke foretaget notat om efterfølgende ophør af frihedsberøvelsen. I ikke færre end ni andre tilfælde er der alene oplyst om iværksættelse af en frihedsberøvelse, mens der ikke foreligger notater om hverken revurderinger eller ophør af frihedsberøvelserne.

Det er efter min opfattelse kritisabelt at så stor en del af skemaerne er mangelfuldt udfyldt. Jeg beder afdelingsledelsen oplyse hvad der vil blive gjort for at sikre at tvangsprotokollerne på dette punkt fremover udfyldes fyldestgørende.

Særligt vedrørende den situation hvor en patient fremsætter anmodning om udskrivning fremgår det af psykiatrilovens § 10, stk. 3, at overlægen snarest muligt og senest inden 24 timer skal meddele patienten om denne kan udskrives eller om tvangstilbageholdelse skal ske. Fremsættes anmodning om udskrivning

inden for det første døgn efter at tvangsindlæggelse har fundet sted, skal overlægens beslutning meddeles senest inden 48 timer regnet fra tvangsindlæggelsen.

Disse tidsfrister er i alle tilfælde overholdt.

5.2. Tvangsbehandling

Jeg modtog 33 skemaer vedrørende beslutninger om tvangsbehandling; seks skemaer vedrørte beslutning om NCE-behandling, 24 skemaer vedrørte tvangsmedicinering og to skemaer vedrørte både NCE-behandling og medicinering.

Tvangsbehandlingerne er fordelt på i alt ni patienter, og 11 tilfælde af tvangsbehandling (med medicin) vedrører én enkelt patient.

En del af skemaer vedrører ikke blot én indtagelse/injektion af medicin, men flere tvangsmæssige behandlinger i et samlet forløb.

Tvangsbehandling må kun anvendes over for personer der er indlagt og opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, og kun når andre behand-lingsmuligheder må anses for uanvendelige. Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 1, og § 1, stk. 1, samt § 2 i Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 617 af 21. september 1989 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger (tvangsbekendtgørelsen). Bekendtgørelsen er fra den 1. januar 1999 erstattet af Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 879 af 10. december 1998.

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.

Ved tvangsmedicinering skal der altid være en læge til stede. Det fremgår af § 6 i tvangsbekendtgørelsen.

Jeg har konstateret at der i to tilfælde (tvangsbehandlinger den 20. oktober og 3. november 1998) ikke er angivet nogen ordinerende overlæge på skemaet.

Dette er beklageligt.

Jeg har desuden bemærket at der i et enkelt tilfælde på skemaet i rubrikken ”ordinerende overlæge” er anført navnet M. Thysen. En overlæge med dette navn fremgår ikke af den fortegnelse over afdelingens overlæger i 1998 som jeg har indhentet fra afdelingen. Den pågældende omtales imidlertid i skemaet som konstitueret overlæge.

Jeg foretager mig ikke mere vedrørende dette spørgsmål.

Der er i to tilfælde (tvangsbehandlinger den 14. marts og 24. november 1998) ikke anført om og i givet fald hvilken lægen der var til stede under tvangs-behandlingen.

Dette er beklageligt.

I et enkelt tilfælde (tvangsbehandling den 14. marts 1998) er tidspunktet for tvangsbehandlingen ikke angivet med klokkeslæt.

Jeg går ud fra at der er tale om en enkeltstående forglemmelse og foretager ikke mere i den anledning.

Af § 3, stk. 2, i tvangsbekendtgørelsen fremgår det videre at tvangsmedicinering (bortset fra visse akutte, farlige situationer) forudsætter at patienten og patientens rådgiver er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger.

Jeg anmoder om nærmere oplysning om hvilken fremgangsmåde der anvendes for at sikre at kravet om information af patientrådgiveren opfyldes.

5.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

Jeg modtog 113 skemaer til brug for tilførsler til tvangsprotokollen om-handlende 43 tilfælde der udelukkende omfattede tvangsfiksering og 32 tilfælde der udelukkende omfattede anvendelse af en eller

flere former for fysisk magt (f.eks. fastholden i kombination med indgivelse af beroligende medicin). De resterende 38 skemaer vedrørte tvangsfiksering i kombination med anvend-else af fysisk magt (typisk fastholden i forbindelse med bæltefiksering).

Af psykiatriloven fremgår det i § 14, stk. 1, at der som midler til tvangs-fiksering 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 kap. 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 om fornødent med magt skal have et beroligende middel, jf. lovens § 17, stk. 2.

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.

I 23 skemaer er det oplyst at der er anvendt hånd- og/eller fodremme. I 21 af disse tilfælde er anvendelsen efter skemaernes oplysninger efterfølgende sanktioneret af en af afdelingens overlæger.

Afdelingen praksis hvorefter overlægen ikke i første omgang træffer afgørelsen om anvendelse af hånd- eller fodremme, men efterfølgende sanktionerer en underordnet læges afgørelse herom, giver mig ikke anledning til bemærkninger. Jeg henviser i den forbindelse til at det nu fremgår af den tvangsbekendtgørelse som trådte i kraft den 1. januar 1999 at beslutningen i overlægens fravær kan træffes af en anden læge, og at overlægen i sådanne tilfælde efterfølgende snarest muligt skal tage stilling til beslutningen (bekendtgørelsens § 12, stk. 5). Jeg henviser endvidere til det der er anført, bl.a. vedrørende retspraksis på området, i bemærkningerne til forslag til lov om ændring af psykiatriloven (lovforslag L 36, folketingsåret 1997-98, 2. saml., punkt 8 om delegation af overlægens kompetence).

I et skema (vedrørende fiksering påbegyndt den 28. december 1998) er der som ordinerende læge anført ”Søren Jensen, ovl”. Der er ikke anført en læge af dette navn i den oversigt over afdelingens overlæger i 1998 som jeg har modtaget fra afdelingen.

Jeg går ud fra at den pågældende læge har fungeret på afdelingen, og jeg foretager derfor ikke videre.

I et andet skema (tvangsfiksering den 7. november 1998) er det ikke muligt ud fra den kopi som jeg har modtaget at afgøre om anvendelsen af hånd/fodremme har været sanktioneret af en overlæge; en eventuel tilførsel til den pågældende rubrik forekommer at være ”hvidtet ud”.

Jeg beder afdelingsledelsen om at oplyse om anvendelsen af hånd- og fodremme blev sanktioneret af en overlæge. I bekræftende fald beder jeg om at få oplyst baggrunden for den manglende udfyldelse/rettelsen af skemaet på dette punkt.

I 12 tilfælde er der ikke i skemaet angivet nogen ”ordinerende læge”. 11 af disse tilfælde vedrører alene fastholden og/eller tvangsflytning.

Da fastholden og tvangsflytning efter lovens § 17, stk. 1, ikke er blandt de tvangsindgreb som kræver beslutning af en læge, giver disse 11 skemaer mig ikke anledning til yderligere bemærk-ninger.

Det resterende tilfælde vedrører en bæltefiksering påbegyndt den 29. juli 1998. Det fremgår af skemaet dels at der var tale om en frivillig bælte-fiksering efter anmodning fra patienten, dels at fikseringen blev sanktioneret af en af afdelingens overlæger.

Jeg har herefter heller ikke grundlag for at foretage mere vedrørende dette tilfælde.

I 15 af de skemaer som ikke (udelukkende) angår fastholden og/eller tvangs-flytning, er det ikke angivet hverken at den ordinerende læge var til stede under tvangsfikseringen eller indgivelsen af beroligende medicin eller at lægen kom til stede efterfølgende.

Det er beklageligt. Jeg bemærker særligt at fire af skemaerne vedrører indgivelse af beroligende medicin (magtanvendelser den 19., 21., og 22. maj samt 28. august 1998) hvilket efter psykiatrilovens § 17, stk. 2, kræver beslutning foretaget af en læge, ligesom lægen skal være til stede når det beroligende middel gives, jf. tvangsbekendtgørelsens § 19, stk. 2. Det er ikke muligt i de omtalte fire sager at kontrollere om disse krav har været opfyldt.

Jeg har samtidig konstateret at det i otte af de øvrige tilfælde hvor der (bl.a.) er givet beroligende medicin under fysisk magtanvendelse, er angivet at den ordinerende læge ankom på et senere tidspunkt – op til 40 minutter senere (tvangsindgreb den 4. november 1998) – end da tvangsindgrebet blev påbegyndt.

Jeg beder den psykiatriske afdeling om at oplyse om det forekommer at patienter med magt gives beroligende medicin uden at beslutning herom *forudgående* er truffet af en læge. I bekræftende fald beder jeg afdelingen udtale sig om hvorvidt denne fremgangsmåde er i overensstemmelse med lovens § 17, stk. 2.

Jeg er opmærksom på at der i en del af de heromtalte tilfælde også blev foretaget bæltefiksering hvilket i akutte tilfælde kan iværksættes af plejepersonalet med efterfølgende godkendelse fra lægen, jf. psykiatrilovens § 15, stk. 3.

I ti af de øvrige tilfælde hvor der er iværksat bæltefiksering fremgår det af skemaerne at den ordinerende læge er kommet til stede en halv time eller mere - op til to timer (tvangsfikseringer den 22. februar og 2. marts 1998) - efter at tvangsfikseringen blev påbegyndt.

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 afdelingsledelsen om at redegøre for afdelingens praksis med hensyn til tilkaldelse af læger i forbindelse med tvangsfiksering med bælte, herunder hvor lang tid det efter ledelsens opfattelse er acceptabelt og forsvarligt at der går fra tvangsindgrebets påbegynd-else og til lægen kommer til stede.

5.4. Beskyttelsesfiksering

Jeg har modtaget to skemaer vedrørende beskyttelsesfiksering. Det ene skema var vedlagt et internt skema fra afdelingen til registrering af tidsforløbet i forbindelse med den enkelte fiksering.

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 beskyttelses-middel (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 af opretholdelse af brugen af beskyttelsesfiksering over for den enkelte patient skal, jf. tvangsbekendtgørelsens § 24, 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 4. uge så længe ordinationen opretholdes.

Begge de to skemaer som jeg har modtaget, vedrører beskyttelsesfiksering med stofbælte i situationer hvor patienten er i fare for at falde ud af seng eller stol.

I det ene tilfælde er ordinationen af beskyttelsesfiksering ophørt på dag 30. Der har forud herfor været foretaget de obligatoriske revurderinger på dag 3, 10 og 20.

Jeg har ingen bemærkninger til skemaet vedrørende denne fiksering.

I det andet tilfælde blev beskyttelsesfikseringen ordineret den 18. november 1998. Ifølge afdelingens eget skema blev der herefter anvendt fiksering i kortere eller længere perioder den 21., 22., 23., 24. og 30. november 1998.

På Sundhedsstyrelsens tvangsprotokolsskema er der imidlertid ikke fore-taget notering om at ordinationen på noget tidspunkt er blevet revurderet. Der ses heller ikke at være truffet beslutning om ophør af ordinationen.

Det er beklageligt at skemaet er mangelfuldt udfyldt.

6. Opfølgning

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

7. Underretning

Denne rapport sendes til den psykiatriske afdeling i Holstebro, Ringkjøbing Amt, Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 og til afdelingens patienter.