

## 1. Indledning

Ifølge ombudsmandslovens § 7, stk. 1, omfatter ombudsmandens kompetence alle dele af den offentlige forvaltning. Efter § 18 i loven kan ombudsmanden undersøge enhver institution eller virksomhed samt ethvert tjenestested der hører under ombudsmandens virksomhed. I de almindelige bemærkninger til lovforslaget om ombudsmandsloven er det forudsat at der vil ske ”en vis forøgelse af inspektionsvirksomheden i forhold til det kommunale område, især af psykiatriske hospitaler og andre institutioner for mentalt handicappede”.

Som et led i denne inspektionsvirksomhed foretog jeg og tre af embedets øvrige medarbejdere den 19. oktober 2004 inspektion af Augustenborg Sygehus, Almenpsykiatrisk Afdeling.

Til stede under inspektionen var blandt andre sygehuschef Claus Poulsen, ledende overlæge Matilde Lajer, ledende oversygeplejerske Conny Wendelboe og ledende lægesekretær Gurli Pedersen. Sønderjyllands Amt der var varslet om inspektionen, havde forud for inspektionen oplyst at det ikke var muligt at deltage i inspektionen.

Inspektionen indbefattede 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 tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 30-35 i bekendtgørelse nr. 194 af 23. marts 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering foretaget på afdelingen i perioden forud for den 1. september 2004. Denne bekendtgørelse er pr. 1. januar 2005 afløst af bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger.

Materialet blev udleveret i forbindelse med inspektionen. Tilførslerne gennemgås under pkt. 6.

Jeg bad desuden om at få udleveret to behandlingsplaner for patienter til senere gennemsyn. Dette materiale blev modtaget umiddelbart efter inspektionen med brev af 21. oktober 2004.

Forud for inspektionen modtog jeg forskelligt materiale fra afdelingen, herunder materiale om personaleforhold, en folder med titlen "Fremtidens voksenpsykiatri i Sønderjyllands Amt" fra april 2004, og Augustenborg Sygehus' brev af 12. august 2004 til Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71.

Under inspektionen fik jeg udleveret afdelingens instruktion (nr. 4.8) af 28. september 2004 med overskriften "Begrænsninger, som ikke er bestemt af psykiatriloven". Og med e-mail af 12. november 2004 modtog jeg instruktion nr. 5.12 "Undersøgelse/behandling" og bilaget "Retningslinjer til instruktion 5.12 - skærminignsniveauer".

Jeg modtog endvidere under inspektionen to afgørelser fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn vedrørende tvangsbehandling på afdelingen. Jeg har med interesse læst afgørelserne med bilag, men de indgår ikke i grundlaget for denne rapport vedrørende inspektionen.

Jeg er bekendt med at Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 aflagde besøg på Augustenborg Sygehus den 9. juni 2004, og at tilsynet i denne forbindelse besøgte almenpsykiatrisk afdeling (41, 43 og 44 (der nu er lukket)) samt børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling.

Denne rapport har i en foreløbig udgave været sendt til Augustenborg Sygehus, Almenpsykiatrisk Afdeling og Sønderjyllands Amt for at myndighederne kunne få lejlighed til at fremkomme med de eventuelle bemærkninger om faktiske forhold som rapporten måtte give anledning til. Jeg har den 17. januar 2005 modtaget sådanne bemærkninger fra både amtet og afdelingen. Flere af bemærkningerne er relateret til det

som jeg anførte i kursiv, og som jeg i følgebrevet tilkendegav at jeg først ønskede svar på efter afgivelsen af den endelige rapport. Jeg har imidlertid efter omstændighederne valgt at medtage disse bemærkninger med ændringer af det i kursiv anførte til følge, og alle de bemærkninger jeg har modtaget med amtets brev af 17. januar 2005 er således indarbejdet i denne endelige rapport.

## **2. Afdelingens organisation**

Augustenborg Sygehus er en del af psykiatritilbuddet i Sønderjyllands Amt. Almenpsykiatrien i amtet er fordelt på to regionale afdelinger – afdelingen på Augustenborg Sygehus og en afdeling på Haderslev Sygehus. Almenpsykiatrisk Afdeling på Augustenborg Sygehus betjener indbyggere i amtets sydlige, østlige og vestlige områder. Til afdelingen er knyttet de distriktpsychiatriske centre i Aabenraa, Tønder og Augustenborg.

Psykiatrien i Sønderjyllands Amt er organiseret som en enhedsorganisation under psykiatriudvalget, og betjeningen af det samlede psykiatriske tilbud i amtet varetages således af psykiatريفorvaltningen.

Amtets psykiatriske behandlingstilbud er organiseret i fem afdelinger: De to nævnte almenpsykiatriske afdelinger, en gerontopsykiatrisk afdeling, en afdeling for børne- og ungdomspsykiatri og en afdeling for oligifrenipsykiatri.

Den almenpsykiatriske sengeafdeling har 69 sengepladser fordelt på de fire åbne sengeafsnit. Der er 18 sengepladser på både afsnit 41 og 42, mens der er 17 sengepladser på afsnit 43, 6 sengepladser på det ombyggede intensive rehabiliteringsafsnit og 10 sengepladser på det resterende gamle afsnit (23). Herudover omfatter almenpsykiatrisk afdeling ergo- og fysioterapi.

Den almenpsykiatriske afdeling samarbejder med Værkstedshuset Alssund hvor patienterne kan deltage i aktiviteter på Industriværkstedet, Det Kreative Værksted og Grønt

Team. Afdelingen råder over 25 pladser hvilket er ca. halvdelen af værksteds-husets kapacitet.

På Augustenborg Sygehus er der – ud over den almenpsykiatriske afdeling – børnepsykiatrisk ambulatorium, børnepsykiatrisk dagafsnit, ungdomspsykiatrisk døgnafsnit, ungdomspsykiatrisk ambulatorium, gerontopsykiatrisk afdeling og gerontopsykiatrisk ambulatorium. Bygningerne huser desuden en del af distriktspsykiatrisk center Augustenborg med ”Behandlingstilbuddet til Personlighedsforstyrrede”.

Sønderjyllands Amt nedsatte i 2000 en arbejdsgruppe der skulle se på de nødvendige struktur- og organisationsændringer i forbindelse med et ønske om skift af fokus fra den sengebaserede til den distriktsbaserede behandling. Arbejdsgruppen udarbejdede en samlet plan for udviklingen af det samlede psykiatriske henholdsvis distriktspsykiatriske tilbud i amtet. Arbejdsgruppens ”Forslag til fremtidens distriktspsykiatri” blev godkendt ved møde den 17. februar 2004 i amtets psykiatriudvalg.

Det fremgår af pjecen ”Fremtidens voksenpsykiatri i Sønderjyllands Amt” (april 2004) og den orientering jeg modtog under inspektionen, at forslaget både indebærer organisatoriske ændringer og har strukturelle konsekvenser. Første fase der ventes at tage 2-3 år (og som er godkendt af psykiatriudvalget), indebærer (bl.a.) en omstilling af rehabiliteringsområdet således at fokus øges på den ambulante rehabilitering der varetages af intensive ambulante behandlingstilbud i de fire distriktspsykiatriske centre (Augustenborg, Aabenraa, Tønder og Haderslev). Dette indebærer at den stationære rehabilitering omlægges således at sengeafdelingerne 23 og 24 på Augustenborg Sygehus og rehabiliteringsafsnit P3R i Haderslev omlægges til et amtsdækkende specialiseret intensivt rehabiliteringsafsnit på Augustenborg Sygehus. Denne omlægning er påbegyndt i januar 2004. Dette nye specialiserede intensive rehabiliteringsafsnit med 12 pladser til længe-revarende indlæggelser af patienter der er intensivt behandlingskrævende, forventes samlet at få normeret personale svarende til et modtageafsnit.

Det blev under inspektionen oplyst at omlægningen til den nye ordning er under opstart i alle fire distriktspsykiatriske centre, og at omlægningsprojektet som afdelingen står

midt i, påvirker både patienter og personale. De første seks senge var etableret på tidspunktet for inspektionen, mens den resterende del af afsnittet fortsat var et ”almindeligt” rehabiliteringsafsnit. Det blev oplyst at dette afsnit skulle lukkes pr. 1. januar 2005 (– jeg går ud fra at dette nu er sket). Når det intensive rehabiliteringsafsnit er færdigt, er der plads til to gange seks patienter med mere åbne fysiske rammer (fællesrum) end traditionelt. Ledelsen oplyste at afdelingen i indretningen har ladet sig inspirere af Psykiatrisk Afdeling på Brønderslev Sygehus. Ombygningen skal ske fra maj til august 2005.

Ledelsen oplyste i brev af 5. oktober 2004 at almenpsykiatrisk afdeling – ud over normale vedligeholdelsesarbejder – frem til årsskiftet vil blive ombygget så dagafsnittet ikke længere benyttes, men at al ambulans aktivitet samles i bygningskomplekset der rummer afsnit 41 m.fl. Samtidig indrettes modtagelsesreception. Arbejdet pågik under inspektionen.

Amtet oplyste under inspektionen at amtet pr. 1. januar 2005 agtede at indføre en betalingsordning (sygehuslovens § 12) således at amtets 23 kommuner skal betale for færdigbehandlede patienter på de psykiatriske afdelinger i amtet. Dette er en ordning der er kommet i stand efter at en undersøgelse i amtet har vist at der konstant opholder sig 20 lægeligt færdigbehandlede patienter på amtets sengeafdelinger hvilket efter amtets opfattelse er både økonomisk og behandlingsmæssigt uhensigtsmæssigt. Det er hensigten at denne ordning skal frigøre ressourcer på sengeafdelingerne til øget ambulant virksomhed idet amtet gennem ordningen ønsker at skabe et øget økonomisk incitament for kommunerne til at hjemtage færdigbehandlede patienter til egne socialpsykiatriske tilbud eller andre socialpsykiatriske foranstaltninger. Psykiatriudvalgets formand har drøftet betalingsordningen på møder med kommunerne samtidig med orienteringen om den vedtagne plan for Fremtidens Voksenpsykiatri i amtet.

Under inspektionen oplyste sygehuschefen at ordningen, der havde mødt forståelse i kommunerne, nu var på plads, og at den ville træde i kraft den 1. januar 2005.

I den foreløbige rapport bad jeg (i kursiv) amtet om at orientere mig om hvorledes betalingsordningen modtages når den træder i kraft, herunder om erfaringerne med ordningen når sådanne foreligger, fx ved en evaluering af ordningen.

Sygehuschefen har i sit brev af 17. januar 2005 oplyst at betalingsordningen er trådt i kraft den 1. januar 2005, og at de første erfaringer med ordningen i form af evaluering forventes at foreligge i juni 2005. I brevet er det anført at brevet er vedlagt en folder om ordningens udmøntning. En sådan folder var ikke vedlagt brevet da jeg modtog det.

*Jeg beder amtet om at orientere mig om hvorledes kommunerne har taget imod ordningen, herunder om erfaringerne med ordningen efter evalueringen i juni 2005. Jeg modtager gerne den omtalte folder om ordningens udmøntning.*

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

#### **3.1. Generelt**

Augustenborg Sygehus, Almenpsykiatrisk Afdeling, er beliggende i naturskønne omgivelser ved Augustenborg Slot. Afdelingens sengeafsnit findes i fire parallelle bygninger i et plan med adgang fra en fælles gang hvorfra der også er adgang til lægekontorer, mødelokaler mv.

Den almenpsykiatriske afdeling består af tre modtageafsnit (41, 42 og 43), det nyrenoverede intensive rehabiliteringsafsnit og det gamle rehabiliteringsafsnit (23) der som nævnt ovenfor skulle lukkes pr. 1. januar 2005 og ombygges til den anden del af det intensive rehabiliteringsafsnit.

Afdelingen har kun åbne afsnit. Alle afsnittene rummer et skærmet område idet der er mulighed for at låse en dør på gangen i alle afsnit hvorved tre sengestuer og et opholdsrum bliver isoleret fra afsnittets øvrige rum. På to af afsnittene ligger det skærmede område midt i afsnittet ved personalekontorerne mv., mens det skærmede område på de to andre afsnit er placeret i den fjerneste ende af afsnittet. På tidspunktet for inspektionen var døren til afsnit 42 og dørene til det skærmede område på afsnit 42 låst. På de øvrige afsnit var dørene ulåst. Om de skærmede områder henviser jeg til mine bemærkninger nedenfor punkt 5.2.

## **3.2. Sengeafsnit**

### **3.2.1. Sengestuer**

Der er plads til 6 patienter på det ombyggede intensive rehabiliteringsafsnit og 10 på afsnit 23. På tidspunktet for inspektionen var henholdsvis 5 og 7 patienter indlagt på de to afsnit. På afsnit 43, som har 17 pladser, var der på tidspunktet for inspektionen indlagt 19 patienter. Det blev oplyst at 2 patienter skulle udskrives samme dag. Både på afsnit 41 og 42 er der 18 sengepladser.

Alle sengestuer på de tre modtageafsnit (41, 42 og 43) samt på det intensive rehabiliteringsafsnit er enestuer. På afsnit 23 er der fire tosengsstuer. Efter ombygningen vil også stuerne her være enestuer. På afsnit 43 delte to patienter en enestue. På den skærmede del af afsnit 43 stod en seng, et skab, et bord og to stole på gangen. Sengen var afskærmet af et sammenklappet bordtennisbord der stod på højkant. Også på afsnit 41 og 42 stod der henholdsvis en og to senge på gangen. Om overbelægning henviser jeg i øvrigt til punkt 5.1.

Under inspektionen besigtigede jeg efter mit valg stue 3 på den skærmede del af det ombyggede intensive rehabiliteringsafsnit, stuerne 14 og 16 på afsnit 23 (tosengsstue), stue 30 på afsnit 43, stue 1 på den skærmede del af afsnit 42 og stue 23 på afsnit 41.

Sengestuerne – der er næsten ens på alle afsnittene – er rummelige, ca. 12-15 m<sup>2</sup>. Der er brede vinduespartier med gardiner langs den ene væg. Stuerne er møbleret med en hospitalsseng, aflåseligt skab, natbord/rullebord og bord og stole. På tosengsstuerne i afsnit 23 og på sengestuer med to senge er der opstillet to aflåselige skabe og flere stole.

En stue på hvert af de skærmede afsnit er indrettet så den er særlig egnet som fikseringsstue. Den er sparsomt møbleret, og sengen er boltet fast i gulvet midt i rummet. Dette gør at sengen står fast, og at personalet kan komme rundt om sengen når patienten bliver bæltefikseret. Stuerne kan også anvendes som almindelige sengestuer. På det ombyggede intensive rehabiliteringsafsnit blev stuen på tidspunktet for inspektionen kun brugt til fiksering af en patient der opholdt sig i det skærmede afsnit. Patienten

havde også en almindelig sengestue. Der var monteret et bælte, og sengen var dækket af et lagen (når den ikke er i brug). Hånd- og fodremme kan påmonteres efter behov. Det blev oplyst at gardinerne trækkes for for at undgå indkig når sengen er i brug. På afsnit 43 blev stuen brugt som almindelig sengestue. På grund af sengens placering virker stuen ikke så indbydende. Det blev oplyst at de fleste patienter da også foretrækker at have sengen stående op ad væggen, evt. i et hjørne. Det blev oplyst at fiksering så vidt muligt sker på patientens egen sengestue.

Der er grønne planter og billeder eller fotos på væggene på de fleste stuer. Enkelte stuer var dog uden personligt præg, mens andre var meget rodede (særlig delestuerne).

*Navnlig stuerne uden personligt præg fremstod noget institutionsprægede, men stuerne var i øvrigt rene og pæne.*

Alle vinduer på afdelingen er udstyret med en lås. Låsen gør at vinduerne kun kan åbnes ganske lidt med mindre de låses op med en nøgle. Det blev oplyst at vinduerne åbnes mere hvis det er varmt, og der ikke er tvangsindlagte/tvangstilbageholdte patienter på afsnittet som forventes at ville forlade afdelingen. Det var personalets opfattelse at låsen – udover at forhindre ”flugt” – gjorde nogle patienter tryggere idet låsen samtidigt forhindrer personer udefra i at komme ind. Nogle af vinduerne er af panserglass. Dørene til patientstuerne kan ikke låses, og patienterne er således henvist til at bruge skabet hvis de ønsker at låse deres ting inde.

I den foreløbige rapport anførte jeg (i kursiv) at det forekommer uforståeligt at vinduer på åbne afsnit er aflåst således at de kun kan åbnes helt med en nøgle. Aflåsningen af samtlige vinduer på afdelingen fremtræder som en (af flere) konsekvenser af at afdelingen ikke har en egentligt lukket afsnit og at afdelingen således er en ”blandet” afdeling når en eller flere patienter er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt. Jeg bad herefter (i kursiv) afdelingen overveje hvad der kan gøres for at patienter der ikke er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, selv kan åbne vinduerne helt hvis de ønsker det, eventuelt således at kun vinduerne i de skærmede afsnit har mulighed for aflåsning og således at



aflåsning af vinduer kun sker når der er behov herfor. Derudover bad jeg (i kursiv) afdelingen orientere mig om hvad disse overvejelser fører til.

Afdelingen har i brev af 17. januar 2005 anført følgende:

”At vinduerne ikke kan åbnes er jo ikke et udtryk for at patienterne ikke kan forlade afdelingen, da døren er åben, med mindre patienten er underkastet en tvangsforanstaltning.

Alle vore vinduer åbner ud til åbne arealer eller lukkede gårdhaver, hvor andre patienter også færdes. I perioder kan der være problemer med stoffer, også udefra. Her vil det være vigtigt at sikre såvel de indlagte som de udenfor afdelingen. Det vil også være vigtigt at sikre ejendele, som ved åbne vinduer vil være mindre. Uanset om afdelingen er åben eller lukket eller skærmet med mulighed for låsning er afdelingen en del af et helt psykiatrisk hospital, hvor der er umiddelbar adgang i stueplan.

Afdelingen finder egentlig ikke at vinduerne er mere lukkede end de er på en somatisk afdeling. Så også på de åbne afsnit vil det være upraktisk såfremt vinduerne ikke kan låses, og dermed kun virke som ventilation.”

*Jeg har naturligvis forståelse for at afdelingen ønsker at sikre sine patienter mod tyveri mv. udøvet af personer udefra, og at patienter med misbrug i størst muligt omfang forhindres i at modtage stoffer mv. udefra. Men det forekommer (fortsat) uforståeligt at vinduer på åbne afsnit (hvor døren som også anført af afdelingen er åben) er aflåst således at de kun kan åbnes helt med en nøgle. Jeg beder afdelingen overveje hvad der kan gøres for at patienter der ikke er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, selv kan åbne vinduerne helt hvis de ønsker det. Jeg beder endvidere afdelingen orientere mig om hvad disse overvejelser fører til.*

De fleste stuer har eget bad og toilet med adgang fra stuen. Badeværelserne er rummelige og fremstår nyistandsatte. De har hvide vægge og fliser, en rundet bruseniche samt toilet, vask og spejl. Ud over en hylde under spejlet er der ikke andre opbevaringsmuligheder. Dørene til badeværelserne er så brede at en kørestolsbruger kan komme derud. Dørene der åbner indad og er todelte således at den øverste halvdel af døren kan åbnes af personalet hvis en patient er faldet foran døren.

Enkelte stuer har bad og toilet på gangen. På dørene til disse badeværelser var der på tidspunktet for inspektionen på alle afsnit opsat skilte med oplysning om at det pågældende badeværelse hørte til en bestemt stue. Også disse badeværelser er rummelige og holdt i hvidt. De er ligeledes udstyret med bruseniche, toilet, vask og spejl samt en hylde langs væggen.

På afsnit 42 og 41 er der et meget stort handicapegnet badeværelse med badekar. Dette benyttes til gennemgang af de øvrige patienter i afsnittet (særlig de patienter der har sengestue i den del af afsnittet der er placeret modsat afsnittets yderdør) hvis dørene til det skærmede afsnit er låste. (Idet det skærmede område i begge disse afsnit er placeret midt i afsnittet).

*Umiddelbart forekommer det ikke hensigtsmæssigt at badeværelset i afsnit 41 og 42 på denne vis benyttes som gangareal – særlig i de (få) tilfælde hvor badeværelset er i brug. Men da patienterne kan forlade afsnittet, eventuelt ved at benytte gårdhaven, foretager jeg mig ikke mere i den anledning.*

*Badeværelserne fremstod rene og pæne og giver ikke anledning til bemærkninger.*

### **3.2.2. Fælleslokaler**

#### **Opholdsrum**

Alle afsnittene har et opholdsrum hvor der må ryges, og et opholdsrum hvor rygning ikke er tilladt. På de skærmede områder er der dog kun et lille opholdsrum hvor der må ryges.

Opholdsrummene er indrettet med flere mindre sofagrupper og lænestole. Der er tv og musikanlæg og nogle steder aviser, ugeblade, spil og bøger. Opholdsrummene er udsmykket med billeder og grønne planter. De opholdsrum hvor rygning er tilladt, var meget tilrøgede. På afsnit 43 var loftet i opholdsrummet meget gult. Det blev oplyst at loftet var sat op fire år tidligere.

De røgfrie opholdsrum er mindre end de øvrige opholdsrum og blev efter det oplyste ikke blev benyttet så ofte. På et afsnit klagede en patient over at der ikke var opsat et ”rygning forbudt”-skilt i det røgfrie opholdsrum. Dette spørgsmål blev under inspektionen bragt videre til ledelsen der var enig i at det burde der være. Patienten oplyste endvidere at det røgfrie opholdsrum blev anvendt til lægesamtaler, og at det således i perioder ikke var muligt at opholde sig der. Se om rygepolitik nedenfor under punkt 5.8.

I den foreløbige rapport anførte jeg (i kursiv) at jeg gik ud fra at der nu er opsat et ”rygning forbudt”-skilt.

Både sygehuschefen og afdelingen har i brevene af 17. januar 2005 bekræftet at der er opsat ”rygning forbudt”-skilte.

*Jeg har noteret mig dette.*

#### Spisestuer

På det ombyggede intensive rehabiliteringsafsnit er der en separat spisestue med bl.a. to borde med stole. Der er også musikinstrumenter, grønne planter og en stor whiteboard-tavle hvor patienternes aftaler bliver skrevet op.

På afsnit 23 er der en kombineret spise- og opholdsstue med spisebord, stole og sofa-borde med lænestole omkring. Der må gerne ryges i denne stue.

De øvrige afsnit har tilsvarende kombinerede spise- og opholdsrum.

#### Gangarealer

De enkelte afsnit er indrettet med sengestuer, opholdsrum mv. på begge sider af lange gange. Dette giver et vist institutionspræg som dog modvirkes noget ved at gangene er malet i lyse farver og udsmykket med opslagstavler, fotos af de medarbejdere der er på arbejde den pågældende dag, billeder og grønne planter. Gangene brydes af buer idet den buede bruseniche er bygget ud i gangarealet. Gangenes institutionspræg brydes

også af nicher med bl.a. sofa og bord, pc, tv og playstation, telefonbokse, et hjørne med legetøj til besøgende børn (afsnit 23) og et bibliotekshjørne der var indrettet få dage før inspektionen (afsnit 43).

*Fælleslokalerne var rene, og møblerne fremstod pæne og velholdte. Der var dog temmelig tilrøget i de opholdsrum hvor der må ryges.*

### **3.2.3. Udendørsområder**

Der er adgang til gårdhaver fra alle afsnittene. Gårdhaverne har græsplæner og flise-gange, og der er træer og buske. Haverne er endvidere indrettet med borde, bænke og lamper. Haverne deles af to afsnit, og der var mellem afsnit 41 - 42 og 42 - 43 opsat afskærmning som opdeler gårdhaverne fysisk. En tilsvarende opdeling er planlagt mellem afsnit 43 og afsnit 23 og det intensive rehabiliteringsafsnit.

*Gårdhaverne var flotte og velholdte og fremstod meget hyggelige og indbydende.*

### **3.2.4. Aktiviteter**

Ergo-/fysioterapi

Afdelingen har et nyindrettet lokale til ergo-/fysioterapi. Lokalet er udstyret med bl.a. ribber, bolde, måtter og en massagebriks.

Værkstedshuset Allsund

Afdelingen benytter som nævnt værkstedshuset der har både et stort kreativt værksted og et industriværksted.

På det kreative værksted kan patienterne bl.a. male, snedkerere, sy, strikke, flette kurve og arbejde med stenslibning, læder og tørrede blomster. Der er en lille butik hvorfra de ting som patienterne producerer, sælges. Værkstedhuset har også en butik i Augustenborg by.

På industriværkstedet kan der laves pakke- og montagearbejde. Der indgås aftaler med virksomheder, og det blev oplyst at afdelingen ikke har problemer med at få arbejde nok. Patienterne kan fx pakke brochurer for trykkerier. Det blev endvidere oplyst at patienterne kan tjene mellem 2000 og 2500 kr. ekstra om måneden ved at arbejde på industriværkstedet.

### **3.2.5. Øvrige lokaler**

På det ombyggede intensive rehabiliteringsafsnit besøgte jeg et lille patientkøkken hvor der er mulighed for fx at lave kaffe. Der er et lille aflåseligt skab til hver patient, og knivene er låst inde i en skuffe. Det blev oplyst at personalet sørger for at der altid er bl.a. mælk i køleskabet.

På afsnit 43 besøgte jeg en besøgsstue med et lille bord, stole og grønne planter. Det blev oplyst at patienterne oftest har besøg på sengestuerne.

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

Under inspektionen havde jeg enkeltsamtaler med syv patienter som alle havde ønsket samtale.

Samtalerne gav dels anledning til at konkrete spørgsmål blev taget op med ledelsen under inspektionen, dels til konkrete sager. Flere patienter har efter nærmere aftale modtaget separat svar som opfølgning på samtalerne.

## **5. Andre forhold**

### 5.1. Overbelægning

Afdelingen har som nævnt kun enestuer på modtageafsnittene og det intensive rehabiliteringsafsnit, mens der på afsnit 23 er fire tosengsstuer.

Det blev oplyst at der sjældent forekommer overbelægning, men at det har været et problem i 2004 – særligt i løbet af sommeren. I 2004 har belægningsprocenten på afdelingen været over 100 (mellem 105 og 109 på de forskellige afsnit). Til sammenligning har belægningsprocenten på afdelingen i Haderslev ikke været over 90 i 2004 (henholdsvis 89 og 78 på de to almenpsykiatriske afsnit). Det blev under inspektionen oplyst at forskellen i belægningsprocenterne mellem afdelingerne i Augustenborg og Haderslev først og fremmest skyldes kulturelle forskelle mellem afdelingerne – forskelle der bliver arbejdet med at udligne. Hertil kommer at der bl.a. af historiske grunde er flere færdigbehandlede patienter indlagt i Augustenborg der afventer relevant socialpsykiatrisk tilbud, og at afdelingen i Haderslev er længere fremme med omlægningen til ambulans behandling. Ledelsen forklarede i øvrigt overbelægningen i 2004 med at afdelingen befandt sig i en omlægningsfase hvor nogle senge er blevet nedlagt (uden at dette dog samlet betyder færre senge) hvilket i et vist omfang gjorde nogle af patienterne usikre.

Eventuel overbelægning afvikles i første omgang ved at flytte patienter fra et afsnit til et andet (på tværs af afsnittenes optageområder) således at der ikke er uudnyttet kapacitet på nogle afsnit og overbelægning på andre. Herefter afvikles overbelægningen ved at overføre enkelte patienter til rehabiliteringsafsnittet. Det har dog også været nødvendigt midlertidigt at placere to patienter på en enestue. Det forekommer også at en sengeplads bliver ledig fordi patienten kan sendes hjem på orlov. Afdelingen oplyste at det er forekommet at en patient har været placeret på gangen (i en niche bagest i afsnittet), men det er sjældent – dog har der i løbet af sommeren 2004 været flere eksempler herpå. Der var under min rundgang på afdelingen i flere afsnit redt en seng op på gangen. Afdelingen oplyste at det seneste eksempel herpå havde været en patient der ønskede at være anbragt på gangen idet den pågældende så kunne være tættere på en anden patient som vedkommende kendte.

Efter det oplyste forekommer det at patienter foretrækker at ligge på tosengsstue og derfor ønsker at dele stue med en anden patient. På de stuer jeg besøgte, hvor der var placeret to patienter, var der ligeledes to aflåste skabe således at de to patienter har hver deres aflåste skab.

Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 har i tilsynets rapport af 7. september 2004 vedrørende besøget den 9. juni 2004 udtalt kritik af både den høje belægning og overbelægningen på afdelingen. Tilsynet har i rapporten anført at overbelægningen medfører at forholdene på afsnittene bliver mere trange, presset på fællesfaciliteterne bliver større, enestuer bliver tosengsstuer, personalet skal tage sig af flere patienter, og som amtet selv har oplyst, har overbelægningen haft behandlingsmæssige konsekvenser. Tilsynet har i denne forbindelse også kritiseret at der befinder sig færdigbehandlede patienter på afsnittene som alene venter på et kommunalt udslusningstilbud. Tilsynet har endvidere bemærket at der er en tydelig forskel i belægningsprocenterne på de to psykiatriske afdelinger i amtet. Tilsynet har i den forbindelse spurgt om der har været taget initiativ til at ændre optageområderne til afdelingerne, eller om der i øvrigt har været drøftet andre modeller end de allerede beskrevne til måske at udjævne forskellene.

*Jeg forstår at overbelægning forekommer i perioder bl.a. med den konsekvens at to patienter placeres på samme stue, og bemærker at jeg går ud fra at afdelingen i den sammenhæng er meget opmærksom på hvorledes patienterne sammensættes på stuerne.*

*Som jeg anførte under inspektionen, bør der efter min opfattelse ikke være to patienter på enestuerne, og patienter bør ikke være placeret på gangen. Hvis dette ikke kan undgås, bør de største af afdelingens stuer benyttes til dobbeltbelægning, og en placering på gangen bør være så kortvarig som muligt.*

*Jeg går samtidig ud fra at amtet stedse er opmærksom på at søge at sikre at der til enhver tid er et tilstrækkeligt antal sengepladser til rådighed.*

I den foreløbige rapport bad jeg (i kursiv) om – til orientering – at modtage en kopi af amtets svar på de ovenfor omtalte forhold til Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71.

Amtet har med brev af 17. januar 2005 henvist til amtets svar til tilsynet af 12. august 2004, særligt vedrørende spørgsmålene 3, 4 og 10, som jeg modtog med amtets brev af 5. oktober 2004 forud for inspektionen.

Det fremgår af tilsynets rapport af 7. september 2004 at amtet og afdelingen med brev af 8. juli 2004 modtog et udkast til den faktuelle del af rapporten. I dette brev blev amtet og afdelingen anmodet om at fremkomme med bemærkninger til rapporten ligesom tilsynet anmodede om svar på 20 spørgsmål. Jeg forstår at amtets brev af 12. august 2004 indeholder amtets (og afdelingens) bemærkninger til rapporten og svarene på de 20 stillede spørgsmål. Herefter fremsendte tilsynet sin rapport af 7. september 2004 – indeholdende bemærkningerne og svarene i brevet af 12. august 2004.

*Jeg må forstå amtets brev af 17. januar 2005 således at amtet henholder sig til amtets besvarelse af 12. august 2004, og at amtet ikke efter modtagelsen af tilsynets (endelige) rapport af 7. september 2004 har korresponderet med tilsynet.*

## **5.2. Aflåsning, herunder skærmning, og forholdene for frivilligt indlagte**

Afdelingen har ikke noget lukket afsnit, men afdelingen har som nævnt på hvert afsnit indrettet et skærmet område med tre sengestuer. Patienter som på grund af deres sygdoms sværhedsgrad har behov for særlig beskyttelse mod ydre stimuli eller som optræder (stærkt) chikanerende over for medpatienter, kan således (fysisk) skærmes fra andre patienter. Ledelsen oplyste at patienter aldrig opholder sig i et (aflåst) skærmet afsnit uden at der er personale til stede i afsnittet. Der foreligger nedskrevne retningslinjer om skærmning for afdelingen (instruktion nr. 5.12 ”Skærmningsniveauer” og bilaget ”Retningslinjer til instruktion 5.12 - skærminignsniveauer”).

Tvangsindlagte/-tilbageholdte patienter nødvendiggør ikke altid aflåsning af afsnittet (eller af det skærmede afsnit), idet sådanne patienter i et vist omfang kan overtales til ikke at forlade afdelingerne. Efter behov aflåses den skærmede del af afsnittet, men aflåsning af hele afsnittet kan også forekomme. På inspektionsdagen var yderdøren til



afsnit 42 således låst, ligesom dørene til det skærmede område 42 var låste. I forbindelse med aflåsning af afsnit for tvangsindlagte/-tilbageholdte forekommer det således at frivilligt indlagte er placeret på aflåste afsnit.

Ledelsen oplyste at det registreres i tvangsprotokollen (på skema 3 eller 4) hvis yderdøren til et afsnit aflåses.

Afdelingen har i sit brev af 17. januar 2005 (som svar på en anmodning i kursiv i den foreløbige rapport) oplyst at det registreres som aflåsning af yderdøre i de tilfælde hvor der sker aflåsning af de skærmede afsnit.

*Vedrørende dørlåsning henviser jeg i øvrigt til min anmodning neden for under punkt 6.3.*

Ledelsen oplyste at afdelingen er meget opmærksom på de problemer det kan give at have frivilligt indlagte patienter der som konsekvens af at en eller flere medpatienter er tvangsindlagt/tvangstilbageholdt, er anbragt på et aflåst afsnit, uanset at dette for de frivilligt indlagte patienter er et åbent afsnit. Ved dørlåsning orienteres de patienter der er frivilligt indlagt, om at det (fortsat) er et åbent afsnit, og at der gælder de samme vilkår som hvis afsnittet ikke var låst. Der er altid personale til stede til at låse døren op hvis en frivillig indlagt anmoder herom.

*Som jeg oplyste under inspektionen, har Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 i forbindelse med tilsynets inspektioner af psykiatriske hospitaler også beskæftiget sig med spørgsmålet om afdelinger hvor der er både frivilligt indlagte og tvangsindlagte/tvangstilbageholdte patienter. I overensstemmelse med det som tilsynet har tilkendegivet, bør en ordning som den omtalte efter min mening praktiseres således at en patient der indlægges på 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, at en patient der overgår fra at være tvangsindlagt/tvangstilbageholdt til at være frivilligt indlagt, tilbydes anbringelse på en uaflåst del af afdelingen,*

*og at det kun undtagelsesvist 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.*

*Det er efter min opfattelse en forudsætning for at den praktiserede ordning er i overensstemmelse 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 tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse straks når betingelserne herfor ikke længere er til stede, og at patienten i den forbindelse informeres om at indlæggelsen nu er frivillig, og at de frivilligt indlagte patienter umiddelbart har mulighed for at forlade afdelingen når de måtte ønske det.*

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

*Ved lov nr. 377 af 6. juni 2002 om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien er der i § 18a og 18b gennemført en særlig hjemmel til aflåsning af patientstuer i særlige tilfælde over for patienter der er anbragt i Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Sjælland.*

*Der er således på den ene side hjemmel til at foretage aflåsning af en afdelings yderdøre, og på den anden side utvivlsomt et forbud mod aflåsning af dørene til patienters stuer (bortset fra de særlige tilfælde på sikringsafdelingen).*

*Psykiatriloven eller administrativt fastsatte bestemmelser fastsat i henhold til psykiatriloven indeholder ikke en nærmere angivelse af størrelsesmæssige krav til en afdeling. Jeg går – som jeg også tidligere har givet udtryk for – imidlertid ud fra at der med begrebet ”afdeling” i psykiatriloven sigtes til en almindelig afdeling af normal størrelse med ”yderdøre” og med i hvert fald et tocifret antal sengestuer med et dertil knyttet afdelingspersonale. Der kan herefter rejses spørgsmål om hvorvidt det er i overensstemmelse med psykiatriloven at etablere en (meget) lille (sær)afdeling – et skærmet*

*afsnit på en afdeling hvor skærmningen består i at der fysisk indrettes et mindre, aflåst område for ganske få patienter indeholdende toilet, et lille gangareal og en lille opholdsstue. På inspektionsdagen blev det ene skærmede afsnit reelt benyttet til at skærme en patient der opholdt sig alene i det ulåste afsnit med to personaler.*

*Jeg har i forbindelse med min inspektion den 26. november 2001 af Psykiatrisk Afdeling på Vejle Sygehus udtalt at det er givet at det ikke vil være i overensstemmelse med psykiatriloven at oprette en lille lukket særafdeling for kun én patient, uanset at der i tilslutning til selve patientstuen fx tilbydes ophold på gangareal og adgang til bad og toilet. Jeg henviser til min opfølgingsrapport af 7. maj 2003 om inspektionen som kan findes på hjemmesiden [www.ombudsmanden.dk](http://www.ombudsmanden.dk).*

*Som bekendt skal der efter psykiatrilovens § 46 fremsættes forslag til revision af psykiatriloven i folketingsåret 2005-6. Jeg har ikke fundet at burde udtale nogen endelig opfattelse af det her rejste spørgsmål, og jeg har således heller ikke fundet tilstrækkelig grundlag for at udtale kritik af den indretning der findes på almenpsykiatrisk afdeling på Augustenborg Sygehus. Jeg har herunder også lagt vægt på det oplyste om at dørene til de skærmede afsnit ikke altid er låst når der opholder sig patienter i afsnittet, men at dette kun sker hvor en eller flere patienter med ophold i det skærmede afsnit er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt.*

*Som jeg også oplyste under inspektionen, er indgreb i den personlige frihed eller andre foranstaltninger der griber ind i psykiatriske patienters integritet uden for det lovregulerede område, for tiden genstand for overvejelser hos Folketingets Ombudsmand. Spørgsmålet om blandt andet skærmning vil blive taget op med de relevante myndigheder. I relation til min inspektion af Almenpsykiatrisk Afdeling på Augustenborg Sygehus foretager jeg på det foreliggende grundlag ikke noget vedrørende spørgsmålet.*

*Jeg har imidlertid sendt Indenrigs- og Sundhedsministeriet et eksemplar af denne (endelige) rapport med henblik på at det rejste spørgsmål kan indgå i ministeriets overvejelser i forbindelse med udarbejdelsen af forslaget til revision af psykiatriloven.*

Patienterne låses aldrig inde på deres sengestuer, og yderdørene til afsnittene er efter det oplyste sjældent låst. Ved indgangen til alle afsnittene var der opsat et skilt der kunne vendes til angivelse af om døren til afsnittet er åben eller låst. Afdelingen anvender ingen særlige låsesystemer.

Ved lov nr. 1371 af 20. december 2004 om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien er der indført mulighed for at anvende personlige alarm- og pejlesystemer og særlige låse over for en patient der lider af demens eller demenslignende tilstande, for at hindre at vedkommende ved at forlade en psykiatrisk afdeling udsætter sig selv eller andre for en betydelig risiko for at lide personskade (lovens § 17 a).

Afdelingen oplyste at fiksering af patienter som udgangspunkt sker på egen stue, men afdelingen har – som det fremgår ovenfor under punkt 3.2.1. – i de skærmede afsnit en stue hvor sengen er fastgjort til gulvet. Denne stue er særlig egnet til fiksering, men afdelingen har ikke et egentligt fikseringsrum. Det vurderes i hvert enkelt tilfælde hvilke rum der bør benyttes. Er det nødvendigt at fikse en patient, forsøges det så vidt muligt at flytte den pågældende til det skærmede afsnit. Det blev oplyst at afdelingen havde et ønske om at få stofbælter igen, men ikke kunne skaffe sådanne.

Ledelsen oplyste at der altid er fast vagt når en patient er fikseret. Den faste vagt placeres uden for patientens sengestue med døren på klem.

Efter psykiatrilovens § 4, stk. 3, skal tvang udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten således at der ikke forvoldes unødigt krænkelse eller ulempe.

I den foreløbige rapport anførte jeg (i kursiv) at jeg gik ud fra at døren allerhøjest står på klem såfremt den faste vagt placeres uden for fikseringslokalet, således at indkigsmuligheder til den fikserede er begrænset til det strengt nødvendige.

Afdelingen har i sit brev af 17. januar 2005 anført at indkigsmulighederne skal være tilstrækkelige til at den faste vagt kan stå inde for patientens sikkerhed, og at det derfor vil afhænge af den enkelte situation hvor meget vagten kan trække sig væk, men at vagten naturligvis også skal tage hensyn til den ro og privathed som patienten har krav på.

*Jeg går (fortsat) ud fra at døren allerhøjest står på klem såfremt den faste vagt placeres uden for fikseringslokalet, således at de øvrige patienters og andre uvedkommendes indkigsmuligheder til den fikserede begrænses mest muligt.*

Det blev oplyst at enkelte patienter af tryghedsgrunde selv beder om at blive fikseret. På afdelingen anvendes sådan fiksering kun hvor lægen er enig i at fiksering kan være nødvendig, og fikseringen noteres i tvangsprotokollen med bemærkning om at den er frivillig.

### **5.3. Adgang til frisk luft**

Den 1. januar 1999 trådte lov nr. 403 af 26. juni 1998 om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (psykiatriloven) i kraft. Med ændringsloven blev § 2 sålydende:

”Med henblik på i videst muligt omfang at forebygge anvendelse af tvang skal sygehusmyndigheden tilbyde sygehusophold, behandling og pleje, som svarer til god psykiatrisk sygehusstandard, herunder med hensyn til de bygningsmæssige forhold, senge- og personalenormering, mulighed for uden-dørs ophold samt beskæftigelses-, uddannelses- og andre aktivitetstilbud.”

Af bemærkningerne til forslaget til ændringslov (lovforslag L 36, fremsat af justitsministeren den 27. marts 1998) fremgår at hensigten med denne affattelse af § 2 har været at ”understrege behovet for og vigtigheden af, at forholdene på de psykiatriske afdelinger forbedres, herunder navnlig de bygningsmæssige forhold” (side 16).

Det fremgår videre af bemærkningerne at regeringen i april 1997 indgik en aftale med Amdsrådsforeningen og Københavns og Frederiksberg Kommuner om den fortsatte udbygning af tilbuddene til sindslidende, og at parterne bl.a. er enige om en målsætning om at alle patienter skal have mulighed for mindst et miljøskift om dagen, herunder mulighed for at komme ud i frisk luft dagligt (side 17 i bemærkningerne).

Alle indlagte på almenpsykiatrisk afdeling – også på de skærmede afsnit – har adgang til frisk luft i afdelingens egne indre gårdhaver hvortil der er adgang hele døgnet. Dette gælder uanset om patienten er indlagt frivilligt eller med tvang. Hvis en patient anbragt på et skærmet afsnit har særligt behov for at benytte gården alene, træffer personalet aftale om hvornår den pågældende kan benytte gården, og hvornår de øvrige patienter kan benytte den. En sådan ordning var indført på et afsnit på inspektionsdagen.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

#### **5.4. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2**

Efter § 3, stk. 2, i lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien skal lægen vejlede patienten om formålet med indlæggelsen, opholdet og behandlingen samt om udsigterne til en bedring af helbredstilstanden.

Ledelsen oplyste at alle patienter ved indlæggelsen præsenteres for en mappe indeholdende forskelligt materiale vedrørende afdelingen. Der ligger en mappe på alle sengestuer. I mappen findes også Sundhedsministeriets vejledning ”Tvang i psykiatrien”. Afdelingen har vejledningen liggende på flere sprog (dansk, engelsk, tyrkisk, somalisk, serbokroatisk og urdu). Desuden foretager lægen en mundtlig vejledning af patienter der udsættes for tvangsforanstaltninger.

*Jeg foretager ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål.*

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

Patienterne tildeles ved indlæggelsen en personlig læge der samtidig er den behandlingsansvarlige læge. Ledelsen oplyste at der i forbindelse med ethvert møde mellem læge og patient kan (og bør) træffes aftale om hvornår det næste møde skal finde sted. Der holdes almindelig stuegang på afdelingen.

Patienterne har udover lægen og plejepersonalet efter behov kontakt til en psykolog og en ergo- eller fysioterapeut, ligesom alle patienter tildeles to kontaktpersoner. Som supplement til kontaktpersonerne er der en ansvarlig kontaktperson i hvert afsnit – hvem det er fremgår dagligt af afsnittets opslagstavle. Hvis patienten har behov for en somatisk læge kan patienten gå til sin praktiserende læge eller – hvis der er henvist til en sådan – til en somatisk speciallæge.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger. Dog bemærker jeg at jeg går ud fra at det er muligt at skifte kontaktperson i det omfang et sådant ønske er sagligt begrundet, fx hvis der opstår et (åbenlyst) modsætningsforhold mellem patienten og kontaktpersonen.*

#### **5.6. Tilkald af politi i forbindelse med udførelse af tvangsforanstaltninger i afdelingen**

Jeg har tidligere rejst spørgsmålet om politiets medvirken ved udførelse af tvangsforanstaltninger i psykiatrien over for Justitsministeriet. Justitsministeriet har ved brev af 23. juli 2001 fremsendt en kopi af ministeriets svar af samme dato til Sundhedsministeriet til brug for besvarelsen af spørgsmål nr. 11 af 22. februar 2001 til Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71. I Justitsministeriets svar til Sundhedsministeriet er blandt andet anført følgende:

”...

Det er Justitsministeriets opfattelse, at politiet som et naturligt led i varetagelsen af sine opgaver vil kunne komme personalet til undsætning og gribe ind, hvis det – i tilfælde hvor sygehuspersonalet undtagelsesvist ikke selv kan håndtere en voldsom patient – er nødvendigt for at afværge en aktuel og konkret fare for enkeltpersoner på hospitalet. Under hvilke betingelser, der kan gribes ind, og med hvilke magtmidler vil bero på de almindelige

regler om politiets magtanvendelse uden for strafferetsplejen (retsplejelovens § 108 og straffelovens §§ 13 og 14).

Politiet vil f.eks. kunne anvende fysisk magt til at fastholde en voldsom patient eller til at føre patienten til et egnet lokale på hospitalet på samme måde, som hvis der var tale om detentionsanbringelse af en uregerlig person uden for sygehusregi. Politiet er i forbindelse med sådanne indgreb ikke undergivet instruktion fra sygehuspersonalet.

Eventuel tvang og behandling efter psykiatriloven i forhold til en sådan patient foretages af sygehuspersonalet i overensstemmelse med lovens regler.

Efter Justitsministeriets opfattelse vil politiets medvirken til f.eks. fysisk at fastholde en patient i tilfælde, hvor dette er en praktisk forudsætning for, at sygehuspersonalet kan anvende psykiatrilovens midler – herunder bl.a. give en beroligende indsprøjtning eller iværksætte en bæltefiksering – være tilladelig, hvis det er nødvendigt for at afværge en aktuel og konkret fare mod andre – et hensyn, som både det politimæssige regelsæt og det psykiatriske regelsæt har til formål at varetage.  
...”

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

Ved lov nr. 444 af 9. juni 2004 om politiets virksomheds ikrafttræden den 1. august 2004 ophævedes retsplejelovens § 108.

Det blev under rundgangen på afdelingen oplyst at politiet i forbindelse med tvangsindlæggelser bringer patienten helt ind på afdelingen, i visse tilfælde helt ind på patientstuen. Der blev nævnt et tilfælde hvor en patient blev bragt ind på afdelingen på bære.

Blandt det materiale jeg modtog under inspektionen, var referatet af et møde afholdt den 8. oktober 1998 mellem Politimesteren i Sønderborg og Augustenborg Sygehus med det formål at fastsætte retningslinjer for samarbejdet mellem parterne. Det fremgår heraf at det på mødet blev aftalt at politiet er indstillet på at være afdelingen behjælpelig ved overbringelsen af en urolig og/eller aggressiv patient, og at politiet i sådanne



tilfælde vil forblive på afsnittet til der er faldet ro omkring situationen. Som eksempel herpå nævnes hjælp til bæltefiksering hvis dette er en nødvendig foranstaltning. Det fremgår endvidere at politiet ved akutte tvangsindlæggelser ofte vil være uniformeret, men at politiet i videst muligt omfang vil tilstræbe at fremmøde civilt klædt på afdelingen.

Ledelsen oplyste at afdelingen som hovedregel ikke tilkalder politiet til fikseringer, men at politiet tilkaldes når personalet – i meget sjældne situationer – føler sig truet. Det fremgår af det omtalte referat at politiet kan tilkaldes ved akut voldelige situationer når personalet ikke kan magte situationen. Det er her understreget at politiet ikke indgår i en ”bagvagtfunktion” for afdelingen. Ledelsen kunne kun huske én episode inden for de sidste tre år hvor politiet var blevet tilkaldt. Adspurgt bekræftede ledelsen at politiet alene optræder på afdelingen i forbindelse med egentlige politiopgaver.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

### **5.7. Besøg, visitation og adgang til telefoning**

Som jeg oplyste under inspektionen – og som det fremgik at ledelsen var bekendt med – har jeg tidligere i forbindelse med inspektioner af psykiatriske afdelinger anbefalet at afdelingerne udfærdiger skrevne regler om de begrænsninger og indgreb der kan ske i patienternes personlige frihed under indlæggelsen samt regler der regulerer det almindelige daglige liv på afdelingen. Denne anbefaling hænger sammen med at der ikke i psykiatriloven eller i anden lovgivning (bortset fra hvad der kan udledes af retsplejelovgivningen) er fastsat bestemmelser om visitation af breve og pakker, om besøgsforbud og om adgang til at bestemme begrænsninger i adgangen til at benytte telefon. Der er heller ikke på anden måde fra centralt hold fastsat regler på området.

For at institutioner som fx psykiatriske afdelinger kan fungere, er det nødvendigt for den daglige drift at have en række regler og ordninger for hvordan dagliglivet i afdelingen kan forløbe hensigtsmæssigt. Retsgrundlaget herfor er ikke en formel lov, men den såkaldte anstaltsanordning.

Også det retlige grundlag for de indgreb/begrænsninger som der her er tale om, skal søges i anstaltsanordningen, og baggrunden for reglerne herom er ordens- og sikkerhedsmæssige hensyn.

I modsætning til de ordninger mv. der regulerer det almindelige daglige liv i institutionerne (fx spisetider), er der her tale om – efter omstændighederne – byrdefulde indgreb i den enkelte patients udfoldelsesmuligheder. Og reglerne omfatter også tvangsindlagte og tvangstilbageholdte patienter.

Afdelingen har ikke lokaler der er særligt indrettede til at modtage besøg i. Besøg foregår som udgangspunkt på stuen, men kan også foregå i nicher på gangen eller i andre fællesrum. I et enkelt afsnit (afsnit 43) er der som nævnt ovenfor under punkt 3.2.5. inden for yderdøren opsat glasvægge således at der er skabt et lille rum der kan bruges til besøg. Det blev oplyst at rummet også bruges til indlæggelsessamtaler. På afsnit 23 er der indrettet en særlig niche med legetøj der kan benyttes når patienter har besøg af børn. Ledelsen oplyste at det i nogle tilfælde er muligt at låne et lokale på afdelingen til at afvikle besøg i, men at mange patienter foretrækker at have besøgende med uden for afdelingen.

Det blev oplyst at patienterne som udgangspunkt selv bestemmer hvornår besøg kan foregå, men personalet griber ind hvis besøgene ikke kan forenes med behandlingen eller hvis de af andre grunde er u hensigtsmæssige (eller farlige).

I instruktion (nr. 4.8) af 28. september 2004 med overskriften ”Psykiatriloven - Begrænsninger, som ikke er bestemt af psykiatriloven” har afdelingens ledelse fastsat nærmere regler for bl.a. indskrænkninger i adgangen til besøg. Det fremgår heraf at der kan laves aftaler med den enkelte patient om besøgsforbud, overvåget besøg eller visitation af besøgende. Besøgsforbud kan fx forekomme hvor de besøgende har udvist voldelig og/eller truende adfærd over for patienter og/eller personale. Sådanne begrænsninger skal revurderes løbende og med højst syv dages mellemrum.

Det fremgår af instruktionen at beslutning om anvendelse af sådanne begrænsninger skal fremgår af patientens journal, og at det i de tilfælde hvor der med patienten er indgået en skriftlig "kontrakt" omhandlende forløbet af indlæggelsen, tillige skal fremgå af denne.

Kompetencen til at træffe sådanne beslutninger er i instruktionen tillagt overlægen – og i dennes fravær en hertil bemyndiget læge (typisk vagthavende læge). Overlægen skal snarest muligt efterfølgende tage stilling til anvendelsen af begrænsningen.

I den foreløbige rapport bad jeg (i kursiv) afdelingen om at oplyse hvad "en skriftlig 'kontrakt' omhandlende forløbet af indlæggelsen" betyder, herunder i hvilke situationer en sådan kontrakt indgås og hvad den nærmere omhandler.

I brev af 17. januar 2005 har afdelingen oplyst følgende:

"Et eksempel på en skriftlig kontrakt kan være at en patient indgår i et afvænningsforløb og da vil forudsætningerne for at kunne indgå et sådan afvænningsforløb muligvis være, at der udarbejdes en skriftlig kontrakt om hvad der skal ske, for at undgå misbrugsrecidiv. I dette kan indgå besøgsforbud, visitation af indgået post og pakker, også dette for at reducere risikoen for misbrugsrecidiv. Patienten vil til en hver tid kunne ophæve kontrakten, men det kan så også medføre udskrivning og ophør af behandling. Det ville være falsk varebetegnelse at kalde det behandling, hvis det er sådan der samtidig kan foregå misbrug."

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

Af instruktionen vedrørende begrænsninger som ikke er bestemt af psykiatriloven, fremgår det også at der med misbrugende patienter kan laves aftaler om at post åbnes i personalets påsyn. Som i tilfælde af begrænsninger i adgangen til at modtage besøg er det overlægen der er tillagt kompetencen til at beslutte begrænsninger i adgangen til at modtage uåbnet post, og sådanne beslutninger skal også revideres løbende og med højst syv dages mellemrum, ligesom sådanne beslutninger skal fremgå af journalen.

Der er ikke for så vidt angår ikke-misbrugende patienter anført noget vedrørende post. Men det fremgår af instruktionen at der ikke ud over ”de ovenfor nævnte tilfælde” kan nægtes patienten adgang til at sende og modtage breve, og at gennemlæsning af patientens ind- og udgående post ikke må ske, medmindre der indgås en frivillig aftale med patienten herom.

I den foreløbige rapport anførte jeg (i kursiv) at det ikke er helt klart hvad ”de ovenfor nævnte tilfælde” henviser til, men at jeg umiddelbart måtte forstå instruktionen således at der alene ved frivillig aftale med patienterne kan indføres begrænsninger i adgangen til at modtage og sende post, samt at gennemlæsning af ind- og udgående post ligeledes kun sker efter aftale. For god ordens skyld bad jeg (ligeledes i kursiv) afdelingen af- eller bekræfte denne antagelse.

Afdelingen har i brev af 17. januar 2005 oplyst at der med ”de ovenfor nævnte tilfælde” sigtes til misbrugere som på forhånd indgår en frivillig aftale, eller til maniske patienter der kan skade sig selv og andre ved opsigelser, økonomiske indgåelser mv. som patienten ikke kan overskue i den aktuelle situation, og som derfor kan ruinere patienten og ødelægge såvel patientens private som professionelle liv. Efter det oplyste har ovennævnte situationer ikke fundet sted de seneste tre år, og det vil i praksis yderst sjældent ske at en sådan ordning ikke er frivillig.

*Jeg forstår at der alene efter aftale kan ske begrænsninger i misbrugende og maniske patienters adgang til at modtage og sende post.*

Endelig fremgår det af instruktionen at patienterne ikke har adgang til at modtage og sende fax og e-mail under indlæggelsen.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

Ledelsen oplyste at afdelingen i perioder oplever problemer med stoffer (se herom nedenfor under punkt 5.18), og at afdelingen ved mistanke herom forsøger at visitere patienterne og stuerne for at undgå spredning, herunder salg mellem patienterne.

Om kropsvisitering fremgår følgende af de ovenfor nævnte aftalte retningslinjer for samarbejdet mellem Politimesteren i Sønderborg og afdelingen:

”Ved tvangsindlæggelse spørges politiet, om de har foretaget kropsvisitering. Politiet foretager kun kropsvisitering, når der er mistanke om våbenbesiddelse eller voldelig udadrettet kriminel adfærd. Dette sidste gælder også efter at patienten er modtaget i afsnittet, hvor politiet så kan være personalet behjælpelig med en visitering. Såfremt der ikke foreligger mistanke, men patienten forsat af modtagende læge/personale ønskes visiteret, da kan politiet være til stede og overvåge en visitering foretaget af personalet.

Ved ønske om kropsvisitering af indlagt patient kan politiet tilkaldes, i ekstreme tilfælde, såfremt personalet ikke magter opgaven, og der foreligger mistanke om udadrettet voldelig adfærd og mistanke om, at patienten bærer våben, således knive eller lignende. Politiet kan ikke medvirke til visitering ved mistanke om besiddelse af mindre mængder ’stoffer’, medicin og/eller alkohol.

I ekstreme tilfælde vil politiet kunne tilkaldes for overvågning af afsnittets visitering. Det kan dreje sig om situationer, hvor patientens eller andres liv og helbred er i fare.”

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

I den foreløbige rapport bad jeg (i kursiv) afdelingen overveje at få adgangen til kropsvisitation indarbejdet i afdelingens instruktion om de begrænsninger som ikke er bestemt af psykiatriloven, og jeg bad afdelingen underrette mig om resultatet af disse overvejelser.

Afdelingen har i brevet af 17. januar 2005 oplyst at afdelingen vil udarbejde en sådan instruks i den nærmeste fremtid.

*Jeg beder afdelingen sende mig en kopi af instruksen når den foreligger.*

På alle afsnittene findes mønttelefoner, og mange patienter har medbragt mobiltelefon. Ledelsen oplyste at der endnu ikke havde været ønsker fra patienter om at medbringe mobiltelefoner med internetfaciliteter og kamera.

Det fremgår af instruktionen at det af behandlingsmæssige årsager (mani, konfusions-tilstande eller andre psykotiske tilstande) kan besluttes midlertidigt at begrænse eller hindre ikke-misbrugende patientens adgang til telefon, fx for at forhindre at patienten kompromitterer sig selv. I forhold til misbrugere kan der træffes aftale om begrænsning i telefonopkald fra både mønttelefon og egen mobiltelefon. Også sådanne beslutninger (og aftaler) træffes af overlægen og skal revurderes løbende, men med højst syv dages mellemrum.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## **5.8. Rygepolitik**

Ifølge lov nr. 436 af 14. juni 1995 om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende, § 2, skal amtsrådet med virkning senest fra den 1. januar 1996 fastsætte bestemmelser om røgfri miljøer på amtets sygehuse mv. Fastlæggelsen af rygepolitikken kan delegeres til de enkelte institutioner mv.

Sygehuschefen har i brev af 12. august 2004 over for § 71-tilsynet oplyst følgende vedrørende afdelingens rygepolitik:

”Hovedprincip: Røgfri Sygehuspsykiatri

- Sygehuspsykiatrien har som overordnet målsætning, at institutionen skal være røgfri.

Principper:

- Sygehuspsykiatrien er røgfri, dog må der ryges på særligt anviste og afmærkede steder.

Dette indebærer, at kontorer, arbejdsrum, konferencerum, gange, toiletter, opholdsrum m.m. er røgfri. Med røgfri menes absolut røgfri, og at der ikke må ryges i perioder eller tidsbegrænset i et ellers røgfrit rum.

- Håndhævelsen af og eventuel tilpasning af de lokale rygepolitikker påhviler de enkelte afdelinger og deres respektive LMU.
- Spørgsmålet om rygning på patientstuer vedrører alene patienters rygning og må derfor fastsættes lokalt ud fra sikkerheds- og behandlingshensyn.
- Personalet skal have anvist et rygeområde.
- Der skal være anvist et rygeområde i hver afdeling. Rygeområderne skal være klart afmærket med skiltning.
- Rygerummene skal være af en sådan beskaffenhed, at de kan anvendes til formålet.
- Afdelingsledelserne tilsikrer, at lokalerne anvendes mest hensigtsmæssigt, herunder at rygelokaler prioriteres på passende vis.
- Rygning er medarbejderens eget valg, hvorfor der ikke overordnet fra Sygehuspsykiatriens side tilbydes foranstaltninger, ordninger eller forskellige hjælpemidler til rygeafvænnning.

Med hensyn til patienternes rygning findes i dagligdagen praktiske løsninger til de (hovedparten) patienter der ryger uden det går ud over medpatienter eller personalet.”

Det blev oplyst at der på de forskellige afsnit er forskellig praksis vedrørende patienternes rygning. På nogle afsnit er det tilladt at ryge på stuerne, og andre steder er det tilladt at ryge på gangene. På afsnit 41 blev det oplyst at det er forbudt at ryge på sengestuerne, og at dette blev overholdt på afsnittet. Ledelsen gav udtryk for at personalet havde svært ved at håndhæve rygepolitikken da mange patienter ryger og føler tryghed herved. Personalet har en aftale med nogle patienter om at de afleverer cigaretter og lighter når de går i seng. Jeg forstod at rygeforholdene gennem længere tid har været et diskussionsemne på afdelingen, og at der ikke findes en nedskrevet rygepolitik for patienternes rygning på de enkelte afsnit.

Under rundgangen konstaterede jeg at afdelingen mange steder var meget præget af røg. Som det fremgår af punkt 3.2.2. er opholdsrum indrettet til spisning – også den af afsnittets opholdsstuer hvori der må ryges, samtidig med at den røgfri (og mindre) opholdsstue også benyttes til stuegang og andre samtaler, og at der i flere afsnit ryges på gangene. Ikke-rygere – herunder ikke-rygere i det skærmede afsnit – er således i vidt omfang henvist til at opholde sig på egen stue. Ledelsen bekræftede under den afsluttende samtale at afdelingen ikke helt lever op til den nedskrevne rygepolitik.

I den foreløbige rapport anførte jeg (i kursiv) at den generelle rygepolitik således som den er oplyst over for § 71-tilsynet, ikke giver mig anledning til bemærkninger. Men jeg måtte konstatere at den af amtet udarbejdede rygepolitik ikke håndhæves på afdelingen hvorfor jeg henstillede (ligeledes i kursiv) til afdelingen at sikre at der strammes op herpå således at rygepolitikken håndhæves, og at fravigelser herfra alene sker i overensstemmelse med afdelingens bestemmelse eller efter behandlingsmæssige overvejelser, og således at afdelingen kan tilbyde en ikke-rygende patient et (næsten) røgfrit ophold. Jeg bad afdelingen underrette mig om hvad min henstilling havde givet anledning til.

Afdelingen har i brev af 17. januar 2005 oplyst at afdelingen er i gang med en handleplan for konkretisering af rygepolitikken.

*Jeg beder afdelingen underrette mig om hvorledes arbejdet med handleplanen for konkretisering af rygepolitikken forløber.*

## **5.9. Forplejning**

Afdelingen har eget køkken hvor der bliver lavet mad til alle afdelingens patienter og de øvrige patienter på Augustenborg Sygehus. Der serveres varm mad til frokost og kold mad om aftenen.



Sygehuset har ansat en økonoma og en diætist der har udarbejdet en egentlig kostpolitik således at der tages hensyn til patienternes lave kaloriebehov, og som samtidig sikrer at kosten er ernæringsmæssigt rigtigt sammensat. Herved forsøger sygehuset at forebygge fedme, type 2-diabetes og hyperkolestrolæmi. Alle patienter tilbydes fisk hver dag da omega3-fedtsyrer har en forebyggende effekt på depression. Kosten er tilsvarende tilpasset patienterne på sygehusets øvrige afdelinger. Det er endvidere muligt at bestille specialkost, fx hvis man er vegetar eller ikke spiser svinekød.

Ledelsen oplyste at patienterne generelt er meget tilfredse med maden. Patienter som jeg talte med under rundgangen, bekræftede dette. Ledelsen oplyste også at ikke alle patienter synes de bliver mætte af den kolde mad om aftenen, men at det er muligt at bestille mere.

Afdelingen forsøger at få patienterne til at interessere sig for hvilken kost de spiser, og tilbyder deltagelse i et program vedrørende kost og motion. Diætisten har udarbejdet en billedserie på 19 billeder hvor patienterne kan se hvor meget energi der er i forskellige måltider, hvor næringsindholdet kan sammenlignes, og hvor det af teksten fremgår hvor meget fysisk aktivitet der skal til at forbrænde de sammenlignede måltider. Fx indeholder både en fransk hotdog og fem halve stykker rugbrød ca. 2100 kj, og det angives at et sådant energiindhold kan forbrændes ved fx 8 km's gang, 16 km's cykling, 1½ times havearbejde eller 1650 m's svømning.

Adspurgt oplyste ledelsen at der ikke var lavet en undersøgelse af om kostpolitikken virkede efter hensigten, men afdelingen mærkede en stigende interesse for sammenhængen mellem kost, motion og somatiske sygdomme (fx fedme).

*I forbindelse med inspektionen spiste jeg og mine medarbejdere et måltid svarende til det som patienterne på afdelingen fik den pågældende dag.*

## **5.10. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner**

§ 3, stk. 4-5, i lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien har følgende ordlyd:

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

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

Adspurgt oplyste ledelsen at afdelingen ikke udarbejder mange udskrivnings- eller koordinationsplaner, men at afdelingen generelt gør meget for at holde kontakt med patienterne efter udskrivning.

Sygehuschefen har i brev af 12. august 2004 til § 71-tilsynet vedrørende udskrivningsaftaler og koordinationsplaner bl.a. anført følgende:

**”Notat vedr. indberetning af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i medfør af psykiatrilovens § 3, stk. 4 og 5.**

Ved den revision af psykiatriloven, som trådte i kraft 1. okt. 1989, fastsattes, at overlægerne ved de psykiatriske afdelinger har ansvar for, at patienter ikke blot bliver overladt til sig selv ved udskrivelse, men at de i de tilfælde, hvor det er gavnligt, får et tilbud om fortsat behandling og social hjælp og støtte. Det er i loven formuleret således:

*Stk. 4. ...*

*Stk. 5. ...*

Det er endvidere bestemt, at antallet af indgåede udskrivningsaftaler og koordinationsplaner skal indberettes til embedslægeinstitutionen sammen med indberetningen af tvangsforanstaltningerne.

Det er fra flere sider – bl.a. Indenrigs- og Sundhedsministeren og Amtsrådsforeningen – blevet bemærket, at antallet af indberettede udskrivningsaftaler og koordinationsplaner aldrig har været højt og har været støt faldende gennem de senere år. Således er der for hele landet indberettet under 100 af-

taler i 2003. I lovens forarbejder havde man forudsat omkring 1000 aftaler årligt på landsplan.

### **Mulige årsager til den mangelfulde indberetning**

Den manglende indberetning skal ikke forsøges bortforklaret – den burde have fundet sted efter en opgørelse (på den ene eller den anden måde) af brugen af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Dog skal det anføres, at selve lovtekstens formulering giver anledning til betydelige fortolkningsproblemer. Det er især formuleringen '...', som efter udskrivelsen må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred, ...', som volder problemer.

Loven synes nemlig at forudsætte, at alle patienter som hovedregel afsluttes fra psykiatrien ved udskrivelsen. Det er ikke tilfældet – og var det heller ikke ved lovens revision i 1989. Alle patienter, som udskrives, og som har behov for fortsat ambulantly behandling og/eller et socialpsykiatrisk tilbud, får senest ved udskrivelsen tilbud herom, uanset om de selv ville have været i stand til at opsøge den fornødne hjælp uden vor mellemkomst. Vi venter ikke med at give patienten en ambulantly tid, til patienten selv efter en udskrivelse evt. ringer og beder om det. Oftest er aftalerne om det fortsatte forløb på plads i god tid inden udskrivelse.

Vort problem er derfor, at vi ikke kan vide, hvem der '... må antages ikke selv at ville søge den behandling eller de sociale tilbud, ...', for det når aldrig dertil, at det overlades til patienten selv.

Ud over aftalerne om ambulantly behandling i psykiatrien er der mellem alle kommuner og de psykiatriske afdelinger udarbejdet skriftlige samarbejdsaftaler, som regulerer, hvorledes kontakten mellem afdelingerne og kommunerne skal foregå, således at ingen patienter 'tabes på gulvet'. I mange tilfælde afholdes der regelmæssige 'psykiatriteammøder' mellem kommunerne og de psykiatriske afdelinger, hvor de konkrete patientsager, dels sager af mere generel karakter kan drøftes. Ligeledes afholdes der jævnligt ad hoc møder om konkrete patienter. Det er derigennem sikret, at patienterne får de sociale tilbud, de har behov for i det omfang kommuner kan og vil tilbyde disse.

Foranlediget af den aktuelle debat om dette emne, har sygehuschef Claus Poulsen gjort op, hvor mange ud af samtlige udskrevne i 2003, der rent faktisk har påbegyndt et ambulantly forløb inden for 14 dage efter udskrivelse. Ligeledes er gjort op, hvor mange, der ikke har haft et efterfølgende ambulantly forløb. Der vil være yderst få patienter – om nogen overhovedet – som får tilbud om socialpsykiatrisk støtte efter udskrivelse, uden at de samtidig får tilbud om ambulantly behandling i distriktskykiatrien, så denne gruppe er ikke opgjort separat.

**Aftale: Dvs. rent faktisk påbegyndt et ambulante forløb inden 14 dage fra udskrivning.**

...

Af aftaler (= ca. udskrivningsaftaler) er der da hele 1110, svarende til at 2/3 af de udskrevne patienter følges op ambulante inden for 14 dage efter udskrivelse. Nogle vil måske ikke have behov for at komme ambulante allerede efter 14 dage, så de angivne tal for aftaler er minimumstal.

Som sagt kan vi ikke vide, hvor stor en del af disse 1110 patienter, der ikke selv ville have opsøgt relevant hjælp, hvis vi ikke havde givet dem et tilbud – det ville være rent gæsteri. Jeg har dog også svært ved at se, hvad et sådant gæst kunne bruges til. Målet med de nævnte lovbestemmelser er at sikre, at ingen patient efterlades uden tilbud om behandling og social støtte efter en udskrivelse, og det tilgodeser vor fast indarbejdede praksis.”

*Overlægen har efter § 3, stk. 4, pligt til at udarbejde skriftlige udskrivningsaftaler mellem patienten, den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienterne, med mindre overlægen kan lægge til grund at patienten selv vil søge den behandling eller de sociale tilbud der er nødvendige for patientens helbred. Dvs. at sådanne planer også skal udarbejdes i de tilfælde hvor psykiatrisk afdeling formidler kontakten til de relevante myndigheder.*

*Efter § 3, stk. 5, har overlægen i alle tilfælde en pligt til at udarbejde en koordinationsaftale.*

*Det fremgår af forarbejderne til psykiatrilovens § 3, stk. 4 og 5, at ordningen med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner alene omfatter en mindre gruppe af alvorligt sindslidende patienter som uden særlig opfølgning risikerer at falde uden for behandlingssystemet uden at nogen bemærker det (ofte betegnet som ”uanbringelige”, ”marginaliserede” eller ”dobbelstødt”).*

*Med disse bemærkninger må jeg på det foreliggende grundlag gå ud fra at afdelingen udarbejder udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i de situationer hvor loven foreskriver det.*

*Jeg foretager på denne baggrund ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.*

*Jeg har imidlertid (også i denne forbindelse) sendt Indenrigs- og Sundhedsministeriet et eksemplar af den endelige rapport med henblik på at det der er anført om udarbejdelsen af udskrivnings- og koordinationsaftaler kan indgå i ministeriets arbejde i forbindelse med den revision der skal ske af psykiatriloven i 2005/06.*

### **5.11. Børn og unge**

På Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling på Augustenborg Sygehus har amtet oprettet en særlig afdeling for børn op til 13 år og for unge i alderen fra 14 til og med 21 år. I børnepsykiatrien er der ingen døgnpladser, men 9 dagpladser. I ungdomspsykiatrien er der 8 døgnpladser og 4 dagpladser.

På Almenpsykiatrisk Afdeling på Augustenborg Sygehus vil patienterne således som hovedregel være over 21 år. Såfremt en nyhenvist patient på 18 år eller derover er i en tilstand der kræver flere års kontakt med psykiatrien, vil den pågældende dog ofte blive henvist til voksenpsykiatrien hvorfor afdelingen kan have patienter ned til 18 år.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

### **5.12. Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling**

§ 27 i lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien har følgende ordlyd:

”§ 27. Personalet på afdelingen skal give patientrådgiveren enhver oplysning, som er nødvendig for, at denne kan varetage sit hverv på forsvarlig måde. En oplysning, som af lægelige grunde ikke gives til patienten, må heller ikke gives til patientrådgiveren.”

Af forarbejderne til bestemmelsen fremgår bl.a. følgende (Folketingstidende 1989, tillæg A, spalte 2091):

” ...

Hvis patientrådgiveren skal kunne udføre sit hverv, er det nødvendigt, at rådgiveren på den ene side modtager relevante lægelige oplysninger om patienten og ikke må nøjes med, hvad denne selv kan og vil oplyse. Det er på den anden side også vigtigt at tage hensyn til patientens egne ønsker og lægernes tavshedspligt.

...”

I § 3, stk. 2, i bekendtgørelsen (nu bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004) om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger, er det bestemt at tvangsmedicinering forudsætter at patienten og patientens rådgiver er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger.

I forbindelse med inspektionen oplyste ledelsen at afdelingen har et godt samarbejde med patientrådgiverne der generelt er gode til at opfylde deres forpligtelser og kommer når de skal. De fleste kommer inden for 24 timer og herefter en gang om ugen. Ledelsen oplyste at afdelingen forsøger at fordele opgaverne på så mange patientrådgivere fra det faste korps som muligt, men at det kniber med at få alle med hvorfor det ofte er de samme der beskikkes. Patientrådgiverne kontaktes almindeligvis telefonisk, men kontakten kan også ske skriftligt hvis tidsperspektivet ikke er afgørende.

Forud for iværksættelse af tvangsforanstaltninger orienteres patienten af lægen om klagemuligheder og patientrådgiverfunktionen. I de tilfælde hvor en patientrådgiverbeskikkelse ikke er obligatorisk tildeles patienten en patientrådgiver når dette ønskes, men også når afdelingen er i tvivl om hvorvidt patienten ønsker at tage imod tilbuddet. I alle tilfælde tildeles en patientrådgiver således at denne har mulighed for at tale med patienten inden tvangsbehandling iværksettes.

Det blev endvidere oplyst at statsamtmanden forestår den generelle orientering af patientrådgiverne, men at statsamtmanden havde givet udtryk for at denne orientering måske bedre kunne varetages af afdelingen. Afdelingen havde afslået dette – særlig af hensyn til patientrådgivernes neutralitet. Afdelingen deltager årligt i et møde med statsamtmanden om samarbejdet med Det Psykiatriske Patientklagenævn. Afdelingen oplyste at patientrådgiverne kun møder til ca. halvdelen af møderne i patientklagenævnet.

*Dette giver mig ikke anledning til at foretage noget.*

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

Ledelsen oplyste at det forekommer at patienter optræder voldeligt og/eller truende over for personalet. Det er overlægen i det enkelte afsnit eller sygehusledelsen der i givet fald anmelder forholdet til politiet. Anmeldelse sker dog ikke mod personalets ønske.

Det fremgår af afdelingens instruks (nr. 4.7.) fra juni 2001 at politianmeldelse kan foretages af den voldsramte eller af den for patienten behandlingsansvarlige overlæge hvorefter afdelingsledelsen orienteres. Heraf fremgår det også at det ikke er relevant at anmelde bagatelagtig, tilfældig og ikke personorienteret vold. Herudover fremgår det af de tidligere omtalte retningslinjer for samarbejdet mellem Politimesteren i Sønderborg og afdelingen at det i næsten alle tilfælde vil være mest hensigtsmæssigt at anmeldelse foretages af overlægen. I en tillægsaftale til disse retningslinjer er det anført at den normale procedure er at afdelingsledelsen eller sygehusledelsen skriftligt indsender baggrundsmateriale vedrørende en potentiel anmeldelse til politiet.

*Jeg forstår at det under normale omstændigheder er ledelsen der indgiver politianmeldelse – dog med mulighed for at undlade dette af hensyn til den forurettede, hvilket efter min opfattelse er mest hensynsfuldt over for den forurettede. Jeg foretager mig ikke mere vedrørende forholdet.*

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

Afdelingen opbevarer patientjournaler i et aflåst skab på kontorerne i de enkelte afsnit. Det er kun det relevante personale på afdelingen der har nøgle hertil.

Afdelingen forventer – som de øvrige afdelinger på Augustenborg Sygehus – at indføre elektronisk patientjournal (EPJ) med elektronisk medicinmodul i begyndelsen af 2005.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

### **5.15. Handicaptilgængelighed**

Almenpsykiatrisk afdeling er som nævnt indrettet i en et-plans-bygning således at der er adgang for kørestolsbrugere. Der er indrettet handicaptoilet og -bad på afdelingen, men afdelingen er ikke handicapegnet overalt. Afdelingen har sjældent handicappede patienter.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

### **5.16. Patientindflydelse**

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, udarbejdede sundhedsministeren bekendtgørelse nr. 708 af 20. november 1989 om patientråd og patientmøder på psykiatriske sygehuse og afdelinger – som var gældende på tidspunktet for inspektionen. Bekendtgørelsen er pr 1. januar 2005 erstattet af bekendtgørelse nr. 1337 af 15. december 2004 om patientindflydelse på psykiatriske sygehuse og afdelinger.

Af § 1, stk. 2, i den på tidspunktet for inspektionen gældende bekendtgørelsen, fremgik det at amtsrådet skulle beslutte hvorvidt der på de enkelte psykiatriske sygehuse og afdelinger skulle oprettes patientråd eller afholdes patientmøder.

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



Afdelingen har ikke noget patientråd. Ledelsen oplyste at dette er blevet fravalgt fordi afdelingen har meget få patienter indlagt i lang tid, men der afholdes patientmøder på de enkelte afsnit hvor alle patienter har mulighed for at deltage. På afsnittene holdes tillige daglige morgenmøder.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

Som nævnt er bekendtgørelsen om patientråd og patientmøder på psykiatriske sygehuse og afdelinger pr 1. januar 2005 erstattet af bekendtgørelse nr. 1337 af 15. december 2004 om patientindflydelse på psykiatriske sygehuse og afdelinger. § 1 i denne bekendtgørelse har følgende ordlyd:

”På hvert psykiatrisk sygehus eller afdeling skal der udformes bestemmelser om patienternes muligheder for at øve indflydelse på generelle forhold med betydning for patienternes ophold på sygehuset eller afdelingen under indlæggelse. Afdelingsledelsen skal sikre, at bestemmelserne er tilgængelige for patienterne.

Stk. 2. Rammerne for inddragelse af patienterne i spørgsmål af generel karakter bør bl.a. fastlægges under hensyn til antallet af patienter på afdelingen, patientsammensætningen og den gennemsnitlige indlæggelsestid på afdelingen.”

#### **5.17. Behandlingsplaner**

Jeg har fra afdelingen modtaget to udfyldte behandlingsplaner for patienter på afdelingen.

*Behandlingsplanerne giver ikke anledning til bemærkninger.*

#### **5.18. Stoffer**

Afdelingen har efter det oplyste kortere perioder hvor der er problemer med stoffer på afdelingen, men der er i lange perioder ingen problemer. Stoffer opleves ikke som et problem på afdelingen, men problemet optræder i de perioder hvor enkelte patienter har

et sidemisbrug af hash eller alkohol. Problemerne opstår typisk hvis misbrugende patienter der kender hinanden, er indlagt på samme tid. I sådanne perioder kan afdelingen opleve at der opstår en økonomisk afhængighed mellem de patienter der har et sidemisbrug. Sådanne afhængighedsforhold søges aktivt modvirket. De fundne stoffer er oftest hash, men kan også være speed eller andre syntetiske stoffer. Stoffer bringes erfaringsmæssigt ind på afdelingen af besøgende, men det kan også ske gennem vinduerne. Fundne stoffer afleveres til destruktion.

Afdelingen oplyste at politiet for flere år tilbage havde ransaget hele afdelingen på grund af problemer med stoffer.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger. Jeg henviser til pkt. 5.7. ovenfor vedrørende visitation mv.*

Der er alkoholforbud på afdelingen.

### **5.19. Rekruttering af personale**

Afdelingen har ikke problemer med rekruttering af personale, bortset fra lægerne hvor afdelingen har de samme problemer som mange andre steder i landet. Der er således ubesatte speciallægestillinger på afdelingen. Særlig fra sommeren 2004 har der været rekrutteringsproblemer og problemer med sygdom blandt lægerne, og afdelingen har således to ikke færdiguddannede ansat i lægevikarstillinger. Afdelingen forsøger at rekruttere udenlandske speciallæger, især har afdelingen tradition for at have tyske speciallæger ansat. På tidspunktet for inspektionen var der således fx ansat en tysk og en polsk overlæge der arbejder henholdsvis to dage og en dag om ugen og i den øvrige tid går på sprogskole. De pågældende indgår på fuld tid når sprogkurset er gennemført. Afdelingen har også læger fra andre lande ansat.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

### 5.20. Navneskilte

Ledelsen oplyste at der som regel ikke er opsat navne (hverken for- eller efternavne) udenfor sengestuerne, men at enkelte patienter har behov for navn på døren for at finde egen stue. På alle afsnit er der en tavle hvorpå der er ophængt en liste over de indlagte patienter – kun fornavne. Ledelsen oplyste at dette fx er nødvendigt for at patienterne kan passe patienttelefonen på afsnittet.

På mit spørgsmål herom blev det oplyst at der foregår besøg på afsnittene, primært på patienternes stuer, men besøg kan også foregå i opholdsstuerne.

Jeg konstaterede under rundgangen på afdelingen at der på døren til flere sengestuer på afdelingen var opsat sedler (post-it) med patientens fulde navn.

*Skiltning med patienternes fulde navne på steder hvor udefrakommende har adgang, herunder besøgende og eventuelle håndværkere eller lignende, giver anledning til betænkeligheder. Efter min opfattelse bør der kun skiltes med fornavne, og kun hvor dette er nødvendigt fx af hensyn til patienten selv eller hvis sådan skiltning sker med patientens samtykke eller efter dennes ønske. Jeg går ud fra at afdelingen er opmærksom herpå, og at afdelingen normalt ikke har patienters fulde navne sat op. Jeg foretager ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål.*

### 5.21. Udenlandske patienter

Afdelingen har patienter fra mange forskellige etniske grupper indlagt, herunder rest-psykiatriske patienter. Det blev oplyst at afdelingen bruger ca. 20.000 kroner pr. måned til tolkebistand. Under inspektionen modtog jeg et eksemplar af en folder om tolkebistand der sendes ud til patienterne sammen med en indkaldelse til samtale i Distriktspsykiatrisk Center. Det fremgår heraf at patienten skal give besked senest tre dage før samtalen om han/hun kommer til samtalen således at afdelingen kan have en tolk til

rådighed. Sygehuset bestiller og betaler tolken. Såfremt der er behov for akut (ikke planlagt) tolkning vil tolkebistanden sædvanligvis være telefonisk. Folderen er udarbejdet på dansk, bosnisk, tyrkisk, albansk, arabisk og farsi.

Sønderjyllands Amt har udarbejdet en vejledning til flygtninge og indvandrere om behandling og indlæggelse på sygehus i amtet. Vejledningen er tilgængelig på afdelingen og findes på flere sprog. Jeg modtog under inspektionen eksemplarer på seks sprog, herunder dansk og engelsk.

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## **6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen**

Som nævnt i indledningen anmodede jeg under inspektionen om at modtage kopi af afdelingens tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 30-35 i (den dagældende) bekendtgørelse nr. 194 af 23. marts 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering foretaget på afdelingen forud for den 1. september 2004 (hvor inspektionen blev varslet). Såfremt antallet af tilførsler (skemaer) oversteg 10 inden for hver kategori, ønskede jeg alene at modtage kopier af de 10 seneste tilførsler (skemaer).

*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:*

Som nævnt i indledningen er den netop omtalte bekendtgørelse pr. 1. januar 2005 erstattet af bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger. De nedenfor anførte henvisninger til bekendtgørelsen gælder bekendtgørelse nr. 194 af 23. marts 2004 der var gældende på tidspunktet for de gennemgåede tvangsforanstaltninger.

### 6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

Jeg har modtaget i alt 10 skemaer til brug for tilførsler i tvangsprotokollen om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse i 2004, heraf 6 vedrørende tvangsindlæggelse, samtidig omfattende 3 tilførsler om tvangstilbageholdelse, og 4 udelukkende vedrørende tvangstilbageholdelse – med eller uden forudgående tvangsindlæggelse (som vil fremgå af andre skemaer). Tilførslerne (skemaerne) vedrører frihedsberøvelse iværksat i perioden fra den 8. juli til den 25. august 2004.

Tvangsprotokollen består af særlige skemaer udarbejdet af Sundhedsministeriet. For frihedsberøvelse benyttes Tvangsprotokol – skema 1. Af bilaget til Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2002 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. fremgår at det ved afkrydsning på skemaerne skal angives om det drejer sig om første skema for den aktuelle tvangsforanstaltning, eller om skemaet er en fortsættelse af et tidligere skema. Skemaerne indeholder afkrydsningsrubrikker til dette formål. Det fremgår af vejledningen at bilaget der indeholder en beskrivelse af hvordan de enkelte skemaer skal udfyldes, er optrykt på bagsiden af de enkelte skemaer.

Det er i 8 tilfælde ved afkrydsning angivet at der er tale om det første skema. I de sidste 2 tilfælde er det ikke angivet hvorvidt der er tale om det første skema eller en fortsættelse af et tidligere skema.

Afdelingen har i brev af 17. januar 2005 oplyst at der i begge tilfælde er tale om det første skema, og at dette burde have været anført ved afkrydsning.

*Jeg har noteret mig at afdelingen er enig med mig i at det er en fejl at der ikke på de to omtalte skemaer er sket afkrydsning til angivelse af at der er tale om det første skema. Jeg har samtidig noteret mig afdelingens beklagelse heraf.*

Efter bilaget til vejledningen skal det tillige angives om frihedsberøvelsen er iværksat som tvangsindlæggelse eller som tvangstilbageholdelse, ligesom begrundelsen efter lov nr. 403 af 26. juni 1998 om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psyki-

atrien (psykiatriloven – se lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998) skal angives (behandlings- eller farlighedsindikation). Oplysningerne angives ved afkrydsning i skemaet. Kravet om angivelse af begrundelsen for frihedsberøvelsen følger allerede af § 31, nr. 3, i tvangsbekendtgørelsen (bekendtgørelse nr. 194 af 23. marts 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger).

Det er i 6 tilfælde ved afkrydsning angivet at frihedsberøvelsen er iværksat som tvangsindlæggelse (heraf 5 af helbredsmæssige grunde og 1 på grund af farlighed), og i 4 tilfælde at frihedsberøvelsen er iværksat som tvangstilbageholdelse (heraf 3 af helbredsmæssige grunde og 1 på grund af farlighed).

Der er i alle 10 tilfælde ved afkrydsning angivet en begrundelse (i henhold til § 5).

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. 880 af 10. december 1998 om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser. Af lovens § 4a og § 14, stk. 1, 2. punktum, i den nævnte 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. For så vidt angår tvangstilbageholdelse gælder tilsvarende – efter lovens § 10, stk. 1, jf. § 4a – at overlægen træffer afgørelsen, og at afgørelsen kan træffes af en anden læge i overlægens fravær. Også i disse tilfælde skal overlægen snarest tage stilling til beslutningen.

Af bilaget til Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2002 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. fremgår det at (datoen for) overlægens attestation skal fremgå af protokollen. Der er en særlig rubrik hertil i skemaet.

I alle 10 skemaer er der angivet en dato for overlægens stillingtagen. I 9 tilfælde har overlægen taget stilling til frihedsberøvelsen samme dag som iværksættelsen af frihedsberøvelsen, og i 1 tilfælde har overlægen taget stilling 3 dage efter iværksættelsen. Det drejer sig om en tvangsprotokol vedrørende tvangsindlæggelse iværksat den 10. august 2004.

*Reglerne om udfyldelse af tvangsprotokoller indeholder ikke bestemmelser om hvor lang tid der må gå før overlægens attestation skal anføres i protokollen. De kontrolhensyn der ligger bag reglerne om attestation, tilsiger imidlertid efter min opfattelse at attestationen skal ske snarest muligt. Dette kan efter omstændighederne være flere dage efter frihedsberøvelsen.*

I den foreløbige rapport anførte jeg i fortsættelse af det netop anførte (i kursiv) at jeg ikke foretog mig yderligere idet der alene er tale om et enkelt tilfælde hvor der er gået 3 dage (tirsdag til fredag) fra iværksættelsen af frihedsberøvelsen til overlægens stillingtagen. For god ordens skyld bad jeg dog (ligeledes i kursiv) afdelingen om at oplyse nærmere om afdelingens praksis mht. indhentelse af overlægens godkendelse.

Afdelingen har i brev af 17. januar 2005 oplyst følgende herom:

”Praksis med hensyn til at overlægen tager stilling til tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse er, at det sker umiddelbart, hvis overlægen er i huset, og hvis overlæge er på bagvagt. Hvis der ikke er en overlæge umiddelbart, sker det så hurtigt som muligt og det er sjældent, at det ikke kan lade sig gøre næste dag. Men i enkelte situationer, i ferieperioder f.eks., kan der gå lidt længere tid. Det er dog yderst sjældent. I den aktuelle situation er jeg mest tilbøjelig til at tro det er en skrivefejl, idet overlægen har været på afdelingen i denne uge og d. 12/8 har tilført journalen notat om at der er taget stilling til tvangstilbageholdelsen.”

*Jeg har noteret mig det oplyste og foretager ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.*

Det påhviler til stadighed overlægen at påse at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, 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 fjerde uge så længe frihedsberøvelsen opretholdes, jf. lovens § 21, stk. 2, 1. punktum, og tvangsbehandlingens § 31, nr. 4. Efterprøvelsen udregnes ifølge bilaget til vejledningen fra den dag hvor den første frihedsberøvelse blev iværksat (dag 0). Efterprøvelsesdatoerne ændres således ikke når en tvangsinlagt patient senere tvangstilbageholdes.

Der er sket følgende afvigelse fra disse regler:

I forbindelse med en tvangsinlæggelse iværksat den 8. juli 2004 (samtidig omfattende tvangstilbageholdelse af 9. juli 2004) skete efterprøvelsen (efter 3 dage) på fjerdedagen, den 12. juli 2004, dvs. en dag for sent. Tvangsinlæggelsen/tilbageholdelsen ophørte den 15. juli 2004.

*Dette er beklageligt.*

I de øvrige tilfælde er den obligatoriske efterprøvelse efter det i skemaerne angivne sket (senest) på det i loven angivne tidspunkt.

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

De obligatoriske efterprøvelser skal, som nævnt, foretages af overlægen, jf. lovens § 21, stk. 2, eller i dennes fravær af den anden læge hvis efterprøvelse snarest herefter



skal attesteres af en overlæge, jf. lovens § 4a. Der er særlige rubrikker i tvangsprotokollen til angivelse af datoen for overlægens stillingtagen.

Datoen for overlægens attestation er i alle tilfælde angivet som samme dag som efterprøvelsen eller dagen efter.

I alle tilfælde er datoen for ophør af frihedsberøvelsen angivet, ligesom datoen for overlægens stillingtagen i disse tilfælde er angivet som ophørsdagen.

## **6.2. Tvangsbehandling**

Jeg modtog 10 skemaer vedrørende beslutninger om tvangsbehandling. Tilførslerne (skemaerne) vedrører beslutninger om tvangsbehandling truffet i tidsrummet fra den 4. december 2002 til den 24. august 2004. Jeg har modtaget 2 skemaer vedrørende beslutningen om tvangsbehandling af 4. december 2002 der vedrører samme patient som 5 af de øvrige skemaer.

For tvangsbehandling benyttes tvangsprotokol – skema 2. Som nævnt ovenfor under punkt 6.1. skal det ved afkrydsning på skemaerne angives om det drejer sig om første skema for den aktuelle tvangsforanstaltning, eller om skemaet er en fortsættelse af tidligere skema.

Det er i 9 tilfælde ved afkrydsning angivet hvorvidt der er tale om det første skema (5 tilfælde) eller en fortsættelse af tidligere skema (4 tilfælde). To af de fortsatte skemaer vedrører beslutning om tvangsbehandling af 4. december 2002. Jeg har ikke modtaget det første skema vedrørende denne beslutning (eller de tidligere fortsatte skemaer).

I 1 tilfælde er der ikke sket afkrydsning til angivelse af om det drejer sig om første skema for den aktuelle tvangsforanstaltning, eller om skemaet er en fortsættelse af tidligere skema.

Afdelingen har i brev af 17. januar 2005 (som bemærkning til det i kursiv anførte i den foreløbige rapport) erkendt at det er en fejl at der i et tilfælde ikke er sket afkrydsning til angivelse af om det drejer sig om første skema for den aktuelle tvangsforanstaltning, eller om skemaet er en fortsættelse af tidligere skema. Der er i det konkrete tilfælde tale om det første skema. Afdelingen oplyser at der vil blive strammet op på dette, og at den slags fejl vil kunne undgås eller umiddelbart kunne rettes med den nye elektroniske indberetning.

*Jeg har noteret mig at afdelingen er enig med mig i at det er en fejl at der i et tilfælde ikke er sket afkrydsning til angivelse af om det drejer sig om første skema for den aktuelle tvangsforanstaltning, eller om skemaet er en fortsættelse af tidligere skema. Jeg har samtidig noteret mig afdelingens beklagelse og det anførte vedrørende den nye elektroniske indberetning.*

I 2 tilfælde hvor der er sket afkrydsning til angivelse af at der er tale om en fortsættelse af et tidligere skema, er den første dato for udførelsen af tvangsbehandlingen angivet som samme dag som beslutningen om tvangsbehandlings iværksættelse henholdsvis 3 dage efter at beslutningen om iværksættelsen blev taget.

I den foreløbige rapport anførte jeg (i kursiv) at der ikke kan være tale om fortsatte skemaer i disse 2 tilfælde, og jeg bad afdelingen om en udtalelse herom.

Afdelingen har i brev af 17. januar 2005 anført følgende:

”Her er tale om en misforståelse af tvangsbehandlingsretningslinjerne. Dette har der været redegjort for i redegørelse til det psykiatriske patientklagenævn. Det er beklageligt og tages op på afdelingen som et undervisningseksempel. Det psykiatriske patientklagenævn havde ikke bemærkninger til det.”

*Jeg forstår at der i de to nævnte tilfælde – på grund af en misforståelse – er sket en forkert udfyldelse af skemaerne hvilket afdelingen beklager. Jeg forstår også at afde-*

*lingen over for det psykiatriske patientklagenævn har redegjort for misforståelsen (evt. i en anden konkret sag) og beklaget dette, og at afdelingen vil tage spørgsmålet op med personalet på afdelingen således at tilsvarende misforståelser undgås i fremtiden.*

*Jeg har noteret mig beklagelsen og foretager herefter ikke yderligere.*

*For god ordens skyld beder jeg dog om – til orientering – at modtage kopi af den omtalte redegørelse til det psykiatriske patientklagenævn.*

Ifølge bilaget til Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2002 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. skal de enkelte tvangsformer registreres på hvert sit skema såfremt flere tvangsbehandlingsformer anvendes.

Hvert af de modtagne skemaer vedrører kun én tvangsform. Der er tale om 10 tilfælde af medicinering.

Tvangsbehandling må kun anvendes over for personer der er indlagt, og som opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse. Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 1, og § 1, stk. 1, i Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 194 af 23. marts 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger (tvangsbekendtgørelsen).

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

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

Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 32, nr. 4, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af navnet på den ordinerende overlæge. Efter bilaget til Sundhedsstyrelsens vejledning skal der i tvangsprotokollen tillige anføres datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen samt datoen for overlægens stillingtagen.

Datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen og for overlægens stillingtagen er angivet i 9 tilfælde, og i disse tilfælde er datoen for overlægens stillingtagen på alle skemaer angivet som dagen for beslutningen. I disse 9 tilfælde er navnet på den ordinerende overlæge også angivet, heraf i 1 tilfælde ved initialer.

I den foreløbige rapport anførte jeg (i kursiv) at jeg gik ud fra at lægens initialer er tilstrækkeligt til at sygehuset entydigt kan fastslå hvem der har ordineret tvangsforanstaltningen, og jeg foretog på denne baggrund ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål.

I brev af 17. januar 2005 har afdelingen oplyst at afdelingen ved hvem den pågældende overlæge er.

*Jeg har noteret mig denne bekræftelse.*

I det sidste tilfælde er der hverken anført datoen for overlægens stillingtagen eller navnet på den ordinerende overlæge, men alene datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen. Det drejer sig om beslutning om tvangsbehandling af 11. august 2004.

*Dette er beklageligt.*

Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 32, nr. 3, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af begrundelsen for tvangsbehandlingen. Ifølge bilaget til Sundhedsstyrelsens vejledning afkrydses den konkrete begrundelse for iværksættelse af den pågældende tvangsbe-

handling i rubrikken "Begrundelse". Der henvises i den pågældende rubrik i skemaet til psykiatrilovens § 12 og § 13.

Begrundelsen for beslutningen er ved afkrydsning angivet i alle tilfælde.

I rubrikken "Art og omfang" (tvangsbekendtgørelsens § 32, nr. 2) skal ifølge bilaget til vejledningen angives indholdet af tvangsbehandlingen, herunder præparatnavn, startdosis, administrationsområde og eventuelt bivirkningsmedicin. Den nærmere beskrivelse af behandlingsforløbet, herunder dosisændringer, skal fremgå af journalen.

Indholdet af tvangsbehandlingen er angivet i alle tilfælde.

I 5 tilfælde er indholdet af tvangsbehandlingen (medicinering) angivet med to alternative indgivelsesmåder, fx formuleret således: "Inj. Nozinan 50 mg i.m. x 2 (kl. 8 og kl. 20) alternativt tbl. Nozinan 50 mg" (beslutning om tvangsmedicinering af 23. august 2004). Formuleringen anvendes også omvendt i de gennemgåede skemaer, således at ordineringen lyder på mikstur eller tabletter alternativt injektion (fx beslutning om tvangsbehandling af 24. august 2004).

I 1 tilfælde (beslutning om tvangsbehandling af 19. august 2004) er det anført at patienten skal have mikstur, men hvis patienten nægter denne skal medicinen gives ved injektion.

Jeg har i rapport af 15. april 2004 vedrørende min inspektion af Sct. Hans Hospital den 18. og 24. februar 2004 udtalt følgende:

*"Af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns sammenfatning af nævnets praksis vedrørende psykiatriske ankesager 1997-2002 fremgår på side 15 f at det er nævnets praksis at mindste middels-princippet indebærer at tvangsbehandling med injektion som udgangspunkt må betragtes som et mere indgribende middel end peroral behandling. Jeg er enig i denne fortolkning af princippet om mindste middel. Det fremgår videre at det er nævnets praksis at der som udgangspunkt bør træffes beslutning om tvangsbehandling primært med tablet/mikstur og sekundært med injektion.*

*Jeg går ud fra at den angivelsesmåde som anvendes på Sct. Hans Hospital (afsnit R1) med alternative indgivelsesformer (og doser) er udtryk for en praksis hvorefter der i første omgang forsøges med indgivelse af medicin peroral, og at personalet kun såfremt dette ikke effektivt lader sig gennemføre, fx fordi patienten afviser at indtage medicinen eller efterfølgende kaster op, overgår til indgivelse af medicinen ved injektion. I det ovenfor givne eksempel er alternativerne imidlertid sprogligt set ligestillede, og der gives således ingen præcisering af hvornår det ene alternativ skal vælges frem for det andet, dvs. hvad der vil være den udløsende faktor for at vælge henholdsvis peroral indgivelse eller indgivelse ved injektion. Hospitalets formulering i tvangsprotokollen giver derfor anledning til principielle overvejelser om den sproglige præcision som kan forlanges.*

*Jeg går ud fra at det i almindelighed ikke er den besluttende overlæge selv som indgiver medicinen i hvert enkelt tilfælde, og at en anden læge derfor faktisk kan komme til at handle på baggrund af hvad der er nedfældet i tvangsprotokollen. På den anden side er jeg ikke blind for at de anvendte formuleringer kan være udtryk for en indforstået meddelelse af et videregående indhold som uden videre vil blive forstået af alle afsnittets læger.*

*Uanset om dette sidste er tilfældet, vil de kontrollerende myndigheder; det psykiatriske patientklagenævn, Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og til dels embedslægeinstitutionen og Sundhedsstyrelsen samt Folketingets Ombudsmand, være henvist til at kontrollere hospitalets beslutninger på en i skriftlig henseende ufuldstændig baggrund.*

*Jeg beder hospitalet om en udtalelse herom.”*

*Jeg beder Almenpsykiatrisk Afdeling på Augustenborg Sygehus om en tilsvarende udtalelse.*

*Jeg beder (samtidig) afdelingen oplyse hvorvidt de pågældende patienter i de 5 tilfælde hvor der er angivet alternativer, modtog medicinen som mikstur/tablet eller som injektion de gange hvor medicinen ifølge skemaerne blev givet.*

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

I 8 af de undersøgte skemaer er angivet ”fastholdelse” eller lignende i rubrikken om tilladt magtanvendelse. I de 2 sidste tilfælde er ikke angivet noget i rubrikken.

*Jeg går ud fra at dette betyder at der ikke var behov for at anvende magt i de 2 tilfælde.*

Ved hver enkelt tvangsbehandling skal navnet på den tilstedeværende læge samt dato anføres i protokollen.

Navnet (eller initialer) på den tilstedeværende læge er angivet i alle tilfælde hvor der er angivet dato for tvangsbehandlingen.

*Som ovenfor anført går jeg ud fra at lægens initialer er tilstrækkeligt til at sygehuset entydigt kan fastslå hvem der har udført tvangsbehandlingen, og jeg foretager på denne baggrund ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål.*

For så vidt angår datoen for hver enkelt tvangsbehandling bemærker jeg følgende:

I 3 tilfælde er datoen for ophør noteret henholdsvis 11, 15 og 18 dage efter sidst angivne dato for udført tvangsbehandling.

*Jeg går ud fra at det i de nævnte tilfælde ikke har været nødvendigt at anvende tvang i længere tid end anført på skemaerne. Jeg bemærker dog at jeg går ud fra at afdelingen er opmærksom på at en overhængende risiko for effektivering af en allerede truffen beslutning om anvendelse af tvang kan opleves som tvang af patienten (såkaldt "skjult tvang"), og at afdelingen i sådanne situationer vurderer patientens samtykke i lyset heraf.*

Endelig skal datoen for beslutning om ophør af tvangsanvendelsen angives.

I 2 tilfælde er dette ikke sket (beslutninger om tvangsbehandling af 4. december 2002 og af 24. august 2004).

*Jeg går ud fra at dette skyldes at der ikke ved overgangen til et nyt kvartal er truffet beslutning om ophør af tvangsbehandlingen, men at tilførslerne i tvangsprotokollen fortsætter på et nyt skema (jf. bilaget til vejledningen). I et af de nævnte tilfælde har jeg modtaget det efterfølgende fortsættende skema.*

I skemaer vedrørende beslutninger om tvangsbehandlinger af 19. august 2004 og 23. august 2004 vedrørende den samme patient er ordinationen den samme (serenase) – dog er der angivet forskellig dosis. Beslutningen af 19. august 2004 er gennemført fire gange hvorefter der er truffet beslutning om ophør samme dag som beslutningen om tvangsbehandling af 23. august 2004 er truffet. Ifølge bilaget til vejledningen skal den nærmere beskrivelse af behandlingsforløbet, herunder dosisændringer, fremgå af journalen.

*Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom.*

I skemaer af 23. august 2004 vedrørende den samme patient lyder ordinationen i begge tilfælde på Nozinan, men i forskellig dosis. I det første skema hvor det er anført at tvangsbehandlingen er gennemført 5 gange, er det angivet at beslutningen for ophøret af behandlingen er sket den 26. august 2004 eller samme dag som den første behandlingen er noteret i det andet skema. Umiddelbart fremtræder skema to som en fortsættelse af det første skema (med dosisreduktion), men som en fortsættelse af beslutningen om tvangsbehandling fra det første skema, der på det første skema er angivet som ophørt.

*Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom.*

Kravet i tvangsbekendtgørelsens § 3, stk. 2, om information af patient og patientrådgiver er behandlet under punkt 5.12.



### 6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

For tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt benyttes tvangsprotokol, skema 3. Jeg modtog 10 skemaer til brug for tilførsler til tvangsprotokollen vedrørende tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.

Hvert skema har plads til 3 tilfælde af tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt (skemaet indeholder 3 rubrikker). De 10 modtagne skemaer omhandler i alt 20 tilfælde af tvangsfiksering og fysisk magt, herunder indgivelse af beroligende medicin. Der er tale om 7 tilfælde af tvangsfiksering, 3 tilfælde af fastholden, 4 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin og 4 tilfælde af døraflåsning. Heraf er der 5 kombinationer af tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og indgivelse af beroligende medicin (fx fastholden i forbindelse med bæltefiksering).

I 1 tilfælde er der i samme rubrik afkrydset både fiksering med bælte og indgivelse af beroligende medicin. Det drejer sig om tilførslen af 21. august 2004.

*Dette er en fejl. Der skulle have været udfyldt 2 rubrikker på skemaet – en for hvert indgreb (jf. bilaget til vejledningen) idet det ellers ikke er muligt for hvert indgreb at aflæse med hvilken begrundelse indgrebet er foretaget.*

Af psykiatriloven fremgår det i § 14, stk. 1, at der som midler til tvangsfiksering alene må anvendes bælte, hånd- og fodremme samt handsker. Af stk. 2 fremgår det videre at tvangsfiksering kun må anvendes i det omfang det er nødvendigt for at afværge at en patient:

- 1) udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred,
- 2) forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter, eller
- 3) øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Under de samme betingelser kan en indlagt person fastholdes og om fornødent med magt føres til et andet opholdssted på sygehuset, jf. psykiatrilovens § 17, stk. 1. Over for personer der er frihedsberøvet efter reglerne i lovens kapitel 3, kan der anvendes den magt der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen. Er det af afgørende betydning for bedring af en meget urolig patients tilstand, kan lægen bestemme at patienten skal have et beroligende middel, om fornødent med magt, jf. lovens § 17, stk. 2.

Tidspunktet for iværksættelsen af fikseringen eller den fysiske magtanvendelse skal angives med dato og klokkeslæt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 33, nr. 4, og § 34, nr. 4.

Der er i alle tilfælde angivet et iværksættelsestidspunkt (dato og klokkeslæt).

Ifølge lovens § 15, stk. 1, skal tvangsfiksering besluttes af en læge efter at denne har tilset patienten. Beslutning om at der foruden bælte skal anvendes hånd- eller fodremme, skal dog træffes af overlægen, jf. stk. 2. Bestemmelsen er ikke til hinder for at en beslutning i overlægens fravær træffes af en anden læge. I sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen, jf. lovens § 4a og § 12, stk. 5, i tvangsbekendtgørelsen.

I de 3 tilfælde hvor der er truffet beslutning om anvendelse af remme, har overlægen taget stilling til beslutningen samme dag som beslutningen blev truffet. I det ene af disse tilfælde (fiksering med remme påbegyndt den 18. august og ophørt den 25. august 2004) er der i feltet til angivelse af overlægens stillingtagen anført både påbegyndelses- og ophørsdato. Ud for påbegyndelsesdatoen – der umiddelbart fremtræder som den sidst anførte – er der anført noget i en parentes som jeg ikke kan læse.

*I det sidst nævnte tilfælde går jeg ud fra at overlægen rent faktisk tog stilling til fikseringen samme dag som beslutningen blev truffet, men at datoen herfor ved en fejl ikke blev påført skemaet før senere (i forbindelse med ophøret). For god ordens skyld beder jeg afdelingen oplyse om denne forståelse er korrekt og i den forbindelse oplyse hvad der er anført i parentesen.*

Efter tvangsbekendtgørelsens § 33, nr. 5 og 6, skal der ved tvangsfiksering i tvangsprotokollen ske tilførsel af navnet på den ordinerende læge og navnene på det implicerede personale.

Og efter psykiatrilovens § 17, stk. 2, kræver indgivelse af beroligende medicin at beslutning herom er truffet af en læge. Lægen skal være til stede når et beroligende middel gives, jf. tvangsbekendtgørelsens § 6 og § 19, stk. 2. Såvel navnet på den ordinerende læge som på den tilstedeværende læge skal anføres i protokollen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 34, nr. 5, og efter nr. 6 skal tillige navnene på det implicerede personale anføres.

I alle tilfælde er navnet på den ordinerende læge – og for så vidt angår indgivelse af beroligende medicin tillige navnet på den tilstedeværende læge – angivet (i flere tilfælde ved angivelse af initialer eller alene ved fornavne). I 2 tilfælde af døraflåsning, i 2 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin og i 1 tilfælde af fastholdelse er navnene på det implicerede personale ikke angivet.

*Jeg går ud fra at personalets initialer og fornavne er tilstrækkeligt til at afdelingen entydigt kan fastslå hvem der har deltaget i tvangsforanstaltningerne, og jeg foretager på denne baggrund ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål.*

*I de tilfælde hvor der ikke er angivet navne på det implicerede personale, går jeg ud fra at der ikke har været involveret andre end den ordinerende læge. Jeg beder for god ordens skyld afdelingen oplyse om denne forståelse er korrekt.*

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

Det blev – som anført ovenfor under punkt 5.2. – under inspektionen oplyst at afdelingen kun benytter frivillig fiksering i tilfælde hvor lægen er enig i at fiksering kan være

nødvendig, og fikseringen noteres i tvangsprotokollen med bemærkning om at den er frivillig.

Der forekommer ikke frivillige fikseringer i de 10 skemaer der er omfattet af min undersøgelse.

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

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

Efter tvangsbekendtgørelsens § 33, nr. 2 og 3, og § 34, nr. 2 og 3, skal der for så vidt angår tvangsfiksering og fysisk magtanvendelse i tvangsprotokollen ske tilførsel af indgrebets art og omfang tillige med begrundelsen for indgrebet. Skemaet indeholder særlige rubrikker til afkrydsning heraf. Rubrikkerne henviser indirekte i stikordsform til bestemmelserne i lovens § 14 og § 17.

Det fremgår af bilaget til vejledningen at det er af afgørende betydning for opgørelsen at der kun afkrydses for den væsentligste begrundelse, selv om der kan være flere begrundelser for den pågældende tvangsforanstaltning.

Der er i alle tilfælde sket afkrydsning af rubrikkerne for tvangsindgrebets art samt for indgrebets begrundelse. Der er kun afkrydset en begrundelse for hvert indgreb. På et enkelt skema er øjensynligt krydset forkert hvilket er rettet ved overstregning af den forkert afkrydsede rubrik.

I 1 tilfælde er begrundelsen for beslutning om fastholden angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende "Urolig tilstand". Det drejer sig om fastholden iværksat den 22. august 2004. I det tidligere nævnte tilfælde af 21. august 2004 hvor der både er afkrydset at der er sket bæltefiksering og indgivelse af beroligende medicin i samme rubrik på skemaet, er der som begrundelse for indgrebet sat kryds i skemaets rubrik vedrørende "Urolig tilstand".

I 2 tilfælde er begrundelsen for beslutning om indgivelse af beroligende medicin angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende "Farlighed". Det drejer sig om beslutning om indgivelse af beroligende medicin truffet henholdsvis den 17. og den 22. august 2004.

*Idet jeg henviser til de ovenfor gengivne betingelser i loven for hhv. fiksering (§ 14) og anvendelse af fysisk magt og indgivelse af beroligende medicin (§ 17), må jeg konstatere at der (i hvert fald) i 3 af de 4 nævnte tilfælde er fejl i de anførte begrundelser. Jeg kan på det foreliggende grundlag ikke konstatere om der er tale om forkerte afkrydsninger, eller om afdelingens (over)læger har anvendt tvangsmidler uden for de i loven hjemlede tilfælde. I tilfældet af 21. august 2004 kan der også være tale om at der ved en fejl er sket afkrydsning af det iværksatte indgreb. Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom.*

I 3 tilfælde vedrørende beslutning om døraflåsning truffet den 10. august 2004 og to beslutninger af 19. august 2004 er begrundelsen for beslutningen angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende "Farlighed". I et 4. tilfælde (af 26. juli 2004) er der som begrundelse for dørlåsningen sket afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende "Urolig tilstand".

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

*rer til bestemmelsens betingelser. I bilaget til vejledningen er det anført at låsning af døre kan forekomme uden at betingelserne i lovens § 14 er til stede, ”hvorfor det i så tilfælde ikke er muligt at angive en af de i skemaet beskrevne begrundelser”.*

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

Tidspunktet for ophøret af fikseringen eller den fysiske magtanvendelse skal angives med dato og klokkeslæt, jf. tvangsbekendtgørelsens § 33, nr. 4, og § 34, nr. 4. Når det drejer sig om fysisk magtanvendelse i form af fastholden og indgivelse af beroligende medicin, angives efter bilaget til vejledningen dog kun tidspunktet for iværksættelse.

I et tilfælde af døraflåsning (af 19. august 2004) er der ikke angivet ophørstidspunkt (dato og klokkeslæt).

*Det er en fejl.*

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

For beskyttelsesfiksering benyttes tvangsprotokol, skema 4. Jeg har modtaget 2 skemaer vedrørende beskyttelsesfiksering ordineret henholdsvis den 10. juli (stofbælte eller lignende) og den 7. august 2004 (stol med bord).

Som nævnt ovenfor under pkt. 6.1. skal det ved afkrydsning på skemaerne angives om det drejer sig om første skema for den aktuelle tvangsforanstaltning, eller om skemaet er en fortsættelse af tidligere skema.

I begge tilfælde er der sket afkrydsning til angivelse af at det drejer sig om det første skema for den aktuelle tvangsforanstaltning.

Ved beskyttelsesfiksering forstås anvendelse af ethvert middel der benyttes for at hindre at en patient utilsigtet udsætter sig selv for væsentlig fare. Beskyttelsesfiksering må kun benyttes efter at en læge har tilset patienten og truffet nærmere bestemmelse om anvendelse af et bestemt beskyttelsesmiddel (psykiatrilovens § 18).

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

En lægelig vurdering af berettigelsen for at opretholde brug af beskyttelsesfiksering over for den enkelte patient skal, jf. tvangsbekendtgørelsens § 28, stk. 2, finde sted så ofte som forholdene tilsiger det, dog mindst 3, 10, 20 og 30 dage efter at beslutning om anvendelse af beskyttelsesfiksering blev truffet, og herefter mindst hver fjerde uge så længe ordinationen opretholdes.

I tvangsprotokollen skal anføres den form for beskyttelsesfiksering som anvendes, jf. tvangsbekendtgørelsens § 35, nr. 2. Skemaet indeholder afkrydningsrubrikker til dette formål.

Dette er sket i begge tilfælde.

Det enkelte skema omhandler kun én form for tvangsanvendelse. Såfremt flere tvangsformer anvendes, skal de enkelte former registreres hver for sig, jf. bilaget til Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2002 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv.

Begge skemaer vedrører kun én form for tvangsanvendelse.

I tvangsprotokollen skal den ordinerende læge anføres, jf. tvangsbekendtgørelsens § 31, nr. 5.

Dette er sket i begge tilfælde.

Af tvangsbekendtgørelsens § 35, nr. 3 og 4, fremgår det endvidere at begrundelsen for beslutningen om beskyttelsesfikseringen (iht. psykiatrilovens § 18) samt den situation hvor beskyttelsesfikseringen kan anvendes, skal angives i tvangsprotokollen. I bilaget til vejledningen er det anført at der i rubrikken "Begrundelse" skal angives den konkrete begrundelse for den iværksatte tvangsforanstaltning, og at der i rubrikken "Situation" skal angives de(n) situation(er) hvor beskyttelsesfikseringen/-foranstaltningen må anvendes.

I skema vedrørende beslutning om benyttelse af stofbælte (el. lign.) af 10. juli 2004 er der i rubrikken vedrørende begrundelsen anført: "Pt. Er til fare for sig selv i hans delirøse tilstand." I rubrikken "Situation" er anført "Når pt. skal sove".

I skemaet vedrørende anvendelse af stol med bord (således at patienten ikke selv kan rejse sig) er der i rubrikken vedrørende begrundelse anført "Faldtendens", mens rubrikken "Situation" ikke er udfyldt.

*Den angivne begrundelse er i det sidst nævnte tilfælde efter min opfattelse ikke kvalificeret i forhold til det konkrete tilfælde, og det er en fejl at rubrikken "Situation" ikke er udfyldt. Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom.*

Resultatet af den fornyede lægelige vurdering der skal finde sted efter tvangsbekendtgørelsens § 28, stk. 2, efter henholdsvis 3, 10, 20, 30 dage og herefter hver fjerde uge, skal anføres i tvangsprotokollen, jf. bekendtgørelsens § 35, nr. 6.

Ifølge skema vedrørende beslutning om anvendelse af stofbælte (el.lign.) af 10. juli 2004 er anvendelsen ophørt 5 dage efter at anvendelsen blev besluttet, og der er sket en fornyet vurdering efter 3 dage.



Ifølge skema vedrørende beslutning om anvendelse af stol med bord af 7. august 2004 er der alene gjort tilførsel om ophørsdatoen der er angivet til 2 dage efter ordinationsdatoen.

Endelig skal – ifølge bilaget til vejledningen – anføres dato for ophør af beskyttelsesforanstaltningen, såfremt foranstaltningen er ophørt i det pågældende kvartal som registreringerne på skemaet vedrører.

Begge skemaer er som det fremgår påført ophørsdato.

## **7. Opfølgning**

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

## **8. Underretning**

Denne rapport sendes til Augustenborg Sygehus, Almenpsykiatrisk Afdeling, Sønderjyllands Amt, Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 og afdelingens patienter. Jeg har, som nævnt, desuden sendt Indenrigs- og Sundhedsministeriet en kopi af denne rapport.

Lennart Frandsen  
Inspektionschef