



Den 28. januar 2005 afgav jeg min endelige rapport om min inspektion den 19. oktober 2004 af Almenpsykiatrisk Afdeling, Augustenborg Sygehus.

I rapporten udtalte jeg kritik vedrørende nærmere angivne forhold. Jeg anmodede endvidere om udtalelser og oplysninger vedrørende bestemte forhold.

Augustenborg Sygehus har gennem Sønderjyllands Amt, Psykiatriforvaltningen, fremsendt afdelingens udtalelse af 22. juni 2005 med bilag som jeg modtog med Sønderjyllands Amt, Psykiatriforvaltningens brev af 23. juni 2005 med bilag.

Sønderjyllands Amt, Psykiatriforvaltningen har i brevet af 23. juni 2005 anført at besvarelsen er udarbejdet af sygehusets ledelse og at psykiatriforvaltningen ikke har yderligere bemærkninger at tilføje. Jeg går således ud fra at Sønderjyllands Amt i det hele kan henholde sig til det som afdelingen har oplyst – med undtagelse af spørgsmålet om evalueringen af betalingsordningen for færdigbehandlede ventepatienter hvor forvaltningen har vedlagt kopi af sygehuschefens brev af 7. juni 2005 til de sønderjyske kommuner.

Jeg skal herefter udtale følgende:

Ad punkt 2. Afdelingens organisation

Den 1. januar 2005 trådte en betalingsordning (sygehuslovens § 12 hvorefter amtets 23 kommuner skal betale for færdigbehandlede patienter på de psykiatriske afdelinger i amtet) i kraft. Jeg bad amtet om at orientere mig om hvorledes kommunerne har taget imod ordningen, herunder om erfaringerne med ordningen efter evalueringen i juni 2005. Jeg anførte at jeg gerne modtog den folder om ordningens udmøntning som var omtalt i sygehuschefens brev af 17. januar 2005, men som ikke (tidligere) var vedlagt.

Jeg har sammen med kopi af sygehuschefens brev af 7. juni 2005 til de sønderjyske kommuner, modtaget folderen ”Retningslinjer for betalingsordning for færdigbehandlede patienter i Psykiatrien i Sønderjyllands Amt (Ikrafttræden 1. januar 2005)”

Det fremgår af sygehuschefens brev af 7. juni 2005 bl.a. at betalingsordningen har haft størst virkning for de gerontopsykiatriske patienter og mindst virkning for de ungdomspsykiatriske patienter, at der er en tendens til at der i perioden 1. januar 2005 til 31. maj 2005 ikke kommer nye patienter som må vente hele eller halve år efter de er færdigbehandlede før de kan udskrives, at der er en forbedringsproces i gang (især vedrørende tidlig varsling og tilrettelæggelse af udslusning), og at der i perioden har været to kommuner der har fundet at opkrævningen skete på et forkert grundlag.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 3.2.1. Sengestuer

Jeg anførte at navnlig sengestuerne uden personligt præg fremstod noget institutionsprægede, men at stuerne i øvrigt var rene og pæne.

Afdelingen har i udtalelsen af 22. juni 2005 anført at det tilstræbes at patientstuer – der skal rumme en ny patient fra få dage til et par uger – fremstår neutrale for at flest mulige patienter ikke oplever ubehag eller får fornemmelsen af at flytte ind på en anden persons værelse.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Om vinduerne på afdelingen anførte jeg i den endelige rapport følgende:

”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 panserglas. 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 vin-

duerne helt hvis de ønsker det. Jeg beder endvidere afdelingen orientere mig om hvad disse overvejelser fører til.”

Afdelingen har hertil anført følgende:

”Overvejelserne er fortsat i gang. Blandt andet vurderes det, at indlagte psykiatriske patienter i dag generelt er for syge til, at hele afsnittet kan have den åbenhed som ombudsmanden lægger op til. Indlæggelsestiderne er under 21 dage i gennemsnit.

Der kommer tilbagemeldinger om, at åbne afsnit (med mulighed for skærmning og aflåsning af døre) opfattes af patienter og pårørende som ikke lukkede afdelinger. Dette på trods af, at døren kan være låst. Patienterne og deres pårørende orienteres om, at afsnittene er åbne afsnit. Man kan derfor frit gå ud af afdelingen, selv om døren kan være låst for andre patienter i samme afsnit.

Der er ikke modtaget klager over de låste vinduer fra patienter, som har fri udgang, eller fra pårørende. Vores reelle handlemuligheder, hvis vi skal kan (kunne?) modtage alle typer af patienter i afdelingen (anbringelsesdømte, surrogatfængslede, tvangstilbageholdte og ikke-tvangstilbageholdte (de fleste)), er begrænsede med mindre vi får mulighed for at mandsopdække en meget stor del af patienterne.

Havde gårdhaverne ikke været fælles for afsnittene, ville mulighederne for større bevægelsesfrihed være større, men formentlig ikke tilstrækkelige. En afspærring af haveområdet (så ingen udefra kan komme tæt på vinduerne) kunne tænkes at være muligt, om end det vurderes ikke særligt venligt eller endsige attraktivt.”

Det forekommer mig 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 har naturligvis (som jeg også anførte i min endelige rapport) forståelse for afdelingens ønske om at sikre patienterne mod tyveri mv. udøvet af personer udefra og for afdelingens ønske om at hindre at patienter med misbrug modtager stoffer mv. udefra. I hvert fald tyveri udefra må kunne hindres (eller mindskes) på mindre indgribende måde fx ved anvendelse af en form for tyveribeslag som patienterne selv kan fjerne så vinduet kan åbnes helt. Jeg har også forståelse for at afdelingen kan have patienter (tvangsindlagte, tvangstilbageholdte, surrogatfængslede eller andre) indlagt som gør det nødvendigt at låse afsnittets (døre og vinduer) således at afsnittet reelt er et lukket afsnit i den

konkrete periode. Jeg har noteret mig at afdelingens overvejelser fortsat pågår. Jeg afventer resultatet af disse fortsatte overvejelser som jeg beder afdelingen om at underrette mig om. Jeg går i den forbindelse ud fra at mine bemærkninger indgår i afdelingens overvejelser).

Ad punkt 5.1. Overbelægning

Jeg anførte at jeg forstod at overbelægning forekommer i perioder bl.a. med den konsekvens at to patienter placeres på samme stue, og jeg bemærkede at jeg gik ud fra at afdelingen i den sammenhæng er meget opmærksom på hvorledes patienterne sammensættes på stuerne. Jeg anførte videre – som jeg også havde anført under inspektionen – at der efter min opfattelse ikke bør være to patienter på enestuerne, og at patienter ikke bør 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 gik 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.

Hertil har afdelingen oplyst at det tilstræbes helt at undgå overbelægning og at dette for det meste lykkes. I kortere perioder benyttes de store enestuer til to patienter, og i sjældne tilfælde (og i meget korte perioder) benyttes nicherne på gangen. Videre har afdelingen oplyst at den igangværende ombygning af de distriktspsykiatriske centre har vist at patienterne ikke i så høj grad bliver indlagt og at indlæggelsestiden er faldet hvorfor forekomsten af overbelægning har været minimal siden oktober 2004. Endelig har afdelingen oplyst at indsatsen overfor ventepatienter også gradvist har reduceret presset på afsnittene og at patienterne hurtigere er kommet ud i relevant regi.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.2. Aflåsning, herunder skærmning, og forholdene for frivilligt indlagte

Til mine bemærkninger i den endelige rapport vedrørende afdelinger hvor der både er frivilligt indlagte og tvangsindlagte/tvangstilbageholdte patienter og hvor afdelingen som følge heraf er aflåst, har afdelingen anført følgende:

”Det er erfaringen (baseret på samtaler med SIND og pårørende i øvrigt), at patienterne og deres pårørende er meget bevidste om, at døren ikke er låst for alle. Der gøres en ihærdig indsats for at udbrede kendskabet til denne problematik ved at informere alle patienter og pårørende herom.”

Jeg har noteret mig det oplyste.

Vedrørende placering af den faste vagt uden for fikseringslokalet udtalte jeg i min endelige rapport at jeg (fortsat) gik 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.

Hertil har afdelingen oplyst at afdelingen anser det for vigtigt at en fikseret patient ikke udsættes for medpatienters indkig, og at det i meget høj grad tilstræbes at opretholde størst mulig værdighed og privathed i kritiske situationer hvor fiksering er nødvendig.

Dette har jeg noteret mig.

Ad punkt 5.5. Patienternes kontakt med læge mv.

Vedrørende spørgsmålet om skift af kontaktperson bemærkede jeg at jeg gik ud fra at dette var muligt i det omfang et sådant ønske var sagligt begrundet, fx hvis der opstår et (åbenlyst) modsætningsforhold mellem patienten og kontaktpersonen.

Dette har afdelingen bekræftet. Afdelingen har samtidig oplyst at antallet af kontaktpersoner pr. patient varierer, og at patienten ved indlæggelsen informeres om hvem der er kontaktperson(er).

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.7. Besøg, visitation og adgang til telefonering

Om begrænsninger i adgangen til at modtage post, besøg mv. fremgår bl.a. følgende af min endelige rapport:

”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.”

Hertil har afdelingen anført følgende:

”Dette gælder ikke surrogatfængslede, hvor alene politiet fastsætter adgangen. Men ellers er der ikke sædvanligvis begrænsninger i adgangen til at sende eller modtage post.”

Jeg lægger herefter til grund at der alene efter aftale kan ske begrænsninger i misbrugende og maniske patienters adgang til at modtage og sende post, dog (naturligvis) med undtagelse af de patienter der er surrogatfængslede (med besøgs- og brevkontrol).

Jeg foretager herefter ikke videre vedrørende spørgsmålet.

Vedrørende visitation gik jeg 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. Og jeg bad afdelingen sende mig en kopi af den instruks som afdelingen ville udarbejde når den foreligger.

Afdelingen har bekræftet dette og har oplyst at instruksen er under udarbejdelse sammen med en samlet ændring af sikkerhedsforholdsreglerne i afsnittene. Afdelingen har anført at denne vil blive eftersendt så snart den foreligger i sin endelige form.

Jeg har noteret mig det oplyste. Jeg afventer fortsat modtagelsen af instruksen.

Ad punkt 5.8. Rygepolitik

Jeg bad afdelingen underrette mig om hvorledes arbejdet med handleplanen for konkretisering af rygepolitikken forløb.

Afdelingen har oplyst at der fra 1. september 2005 vil være rygerum i hvert afsnit, og at det kun i forbindelse med længere fikseringer vil være tilladt at ryge på sengestuerne.

Jeg tager det oplyste til efterretning.

Ad punkt 5.10. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Med enkelte bemærkninger vedrørende psykiatrilovens § 3, stk. 4 og 5 gik jeg på det foreliggende grundlag ud fra at afdelingen udarbejder udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i de situationer hvor loven foreskriver det. Og jeg foretog på den baggrund ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

Afdelingen har bekræftet at der udarbejdes udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i de situationer hvor loven foreskriver det.

Dette har jeg noteret mig.

Ad punkt 5.20. Navneskilte

Jeg udtalte at skiltning med patienternes fulde navne på steder hvor udefrakommende har adgang, herunder besøgende og eventuelle håndværkere eller lignende, giver anledning til betænkeligheder. Efter min opfattelse bør der kun 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 gik ud fra at afdelingen er opmærksom herpå, og at afdelingen normalt ikke har patienters fulde navne sat op. Jeg udtalte at jeg herefter ikke foretog yderligere vedrørende dette spørgsmål.

Afdelingen har bekræftet at afdelingen ikke generelt anvender navneskilte. Anvendelsen af navneskilte er sket hyppigst på det tidligere rehabiliteringsafsnit hvor patienten var indlagt gennem længere tid og da udelukkende efter patientens ønske.

Det oplyste giver mig ikke anledning til yderligere bemærkninger.

Ad punkt 6.2. Tvangsbehandling

I min endelige rapport anførte jeg:

”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 afdelingen 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.”

Afdelingen har hertil anført:

”I begge skemaer skulle der have stået, at det var første skema. Alternativt skulle der på de skemaer, der er anført som første skema, have været taget beslutning om at tvangsmedicineringen kunne være henholdsvis 50-100 mg Nozinan og 10-15 mg Serenase. Det er en ny beslutning om tvangsbehandling, der er taget, når der besluttet dosisøgning, selv om der er tale om samme præparat. Dette er blevet misforstået af den der har udført medicinering og udfyldt tvangsskemaerne.

Patienten er udtalt ambivalent mht. brugen af medicin og tvang, og denne har gentagne gange klaget over behandlingen. Ambivalensen gør det vanskeligt at tilfredsstille patienten i behandlingen og kan let skabe uklarhed om behandlingen sker under tvang eller frivilligt.

Det skal imidlertid understreges, at afdelingen også i dette tilfælde anstrenger sig ihærdigt for at overholde lovgrundlaget og tilstræber en så anstændig og hensigtsmæssig behandling som muligt.

Erklæring til PPK med redegørelse for det komplicerede forløb vedlægges.”

Jeg har noteret mig at det er afdelingens opfattelse er en ny beslutning om tvangsbehandling hvis patienten skal have samme præparat i en større dosis.

Jeg har samtidig noteret mig afdelingens tidligere givne svar om at det i de to tilfælde skulle have været anført at der var tale om det første skema.

Jeg foretager herefter ikke videre vedrørende spørgsmålet.

I 5 tilfælde var 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 anvendtes 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) var det anført at patienten skal have mikstur, men hvis patienten nægter denne skal medicinen gives ved injektion.

I min endelige rapport gengav jeg bl.a. på denne baggrund følgende citat fra min rapport af 15. april 2004 vedrørende min inspektion af Sct. Hans Hospital den 18. og 24. februar 2004:

”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 bad Almenpsykiatrisk Afdeling på Augustenborg Sygehus om en tilsvarende udtalelse.

Afdelingen har hertil oplyst følgende:

”Ved ordination af tvang kan vi ordinere tablet, mikstur eller injektion parallelt. Sengepsykiatrien opfatter tabletter og mikstur som mindste middel,

og bruger det altid såfremt det er tilstrækkeligt. Hvis patienten selv udtrykkeligt ønsker andre fremgangsmåder, tages så vidt muligt også dette hensyn.

Når der ordineres ligestillet tablet, mikstur og injektion, er det lægen, der i nævnte prioriteret rækkefølge giver medicinen som tablet eller mikstur. Kun hvis disse muligheder er udelukket, benyttes injektion. I visse tilfælde kan patienter ønske at få en tvangsbehandling som injektion. Dette kan, hvis det skønnes hensigtsmæssigt, imødekommes, også som en opfyldelse af mindste middels princippet.”

Jeg forstår det af afdelingen oplyste således at medicin forsøges givet oralt (tablet eller mikstur) som det første, og kun hvis dette afslås, anvendes der den mere indgribende injektionsbehandling, medmindre patienten specifikt beder om at modtage medicinen ved injektion, og at der ikke er frit valg mellem de to alternative ordinationer.

Med henvisning til mine bemærkninger i den endelige rapport (som gengivet ovenfor) vedrørende principielle overvejelser om den sproglige præcision der kan forlanges, henstiller jeg til afdelingen at overveje at give retningslinjer for udfyldelsen af tvangsprotokollen således at det sikres at udfyldelsen sker på en sådan måde at det – også for udenforstående – tydeliggøres hvilken ordinationsform der skal forsøges først. Jeg beder afdelingen underrette mig om hvad overvejelserne fører til.

Jeg bad (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.

Hertil har afdelingen (med angivelse af dato og præparat for hver enkelt behandling) oplyst at medicinen i henhold til tvangsskema af 23. august 2004 blev givet som injektion 8 gange og som tabletter 1 gang, i henhold til tvangsskema af 19. august 2004 blev givet 2 gange som mikstur og 2 gange som injektion, i henhold til tvangsskema af 23. august 2004 blev givet 14 gange som injektion, i henhold til tvangsskema 23. august 2004 blev givet 17 gange som injektion, og i henhold til tvangsskema af 24. august 2004 blev givet 16 gange som mikstur.

Jeg har noteret mig det oplyste om i hvilken form patienterne i de omtalte tilfælde modtog medicinen.

I 2 tilfælde var der ikke angivet noget i rubrikken om tilladt magtanvendelse.

Jeg gik ud fra at dette betød at der ikke var behov for at anvende magt i de 2 tilfælde.

Hertil har afdelingen oplyst at der ikke blev anvendt fastholdelse vedrørende tvangsskema af 31. juli 2004, idet patienten ved fremmøde af personale til medicineringen accepterede medicinen uden magtanvendelse 1 gang som mikstur og 1 gang som injektion. Vedrørende tvangsskema af 11. august 2004 har afdelingen oplyst at patienten efter overtalelse accepterede at modtage depotmedicin. Den pågældende er mentalt retarderet, hvorfor det ikke entydigt kan afklares hvorvidt der er tale om tvangsmedicinering eller ej. Afdelingen anfører at manglen på verbal accept formentlig er grunden til at der er udfyldt et tvangsskema.

Jeg har noteret mig dette.

Jeg gik (som også anført tidligere i min endelige rapport) ud fra at lægens initialer er tilstrækkeligt til at sygehuset entydigt kan fastslå hvem der har udført tvangsbehandlingen, og jeg foretog på denne baggrund ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål.

Afdelingen har bekræftet dette.

Jeg har noteret mig denne bekræftelse.

For så vidt angår datoen for hver enkelt tvangsbehandling bemærkede 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.”

Hertil har afdelingen oplyst følgende:

”Tvang ophæves, når det skønnes, at der ikke længere er grundlag for at opretholde den. Tvang anføres endvidere ikke på skemaet, såfremt patienten vil indtage medicinen frivillig.

Der er imidlertid en klar bevidsthed om, at en patient kan føle sig presset af risikoen for tvang. Sygehuspsykiatrien forsøger dog at være omhyggelige med at informere patienten om vores beslutningsgrundlag og patientens klagemuligheder.

Det anses for forkert at ophæve tvang, såfremt denne vurderes afgørende for, at patienten kan behandles hensigtsmæssigt.

Behandlingen som tvang noteres ikke, såfremt patienten gør opmærksom på, at medicinen indtages frivilligt. Derfor kan der gå en lille periode fra sidste tvangsbehandling til tvangen ophæves.”

Jeg har noteret mig det oplyste, men for så vidt angår det oplyste om at afdelingen anser det for forkert at ophæve tvang såfremt tvangen anses for afgørende for at patienten kan behandles hensigtsmæssigt, bemærker jeg at betingelserne for anvendelse af tvangen (naturligvis) skal være opfyldt i hvert enkelt tilfælde, men jeg går ud fra at dette er underforstået i det som afdelingen har oplyst.

I 2 tilfælde var datoen for beslutning om ophør af tvangsanvendelsen ikke angivet (beslutninger om tvangsbehandling af 4. december 2002 og af 24. august 2004).

Jeg gik ud fra at dette skyldtes at der ikke ved overgangen til et nyt kvartal er truffet beslutning om ophør af tvangsbehandlingen, men at tilførlserne i tvangsprotokollen

fortsætter på et nyt skema (jf. bilaget til vejledningen). I et af de nævnte tilfælde havde jeg modtaget det efterfølgende fortsættende skema.

Hertil har afdelingen oplyste følgende:

”I et tilfælde, hvor der ikke på skemaet er anført dato for ophør af tvangsbehandling (som besluttet 4. december 2002), er registreringen af tvangsbehandlingen videreført på et andet skema. Heri står anført afslutning af tvangsbehandlingen den 1. september 2004. Det er således en fejl, at tilførslerne til tvangsprotokollen ikke fortsættes på det samme skema eller at der anføres afslutningsdato på begge skemaer.”

Jeg har noteret mig at afdelingen i hvert fald i det ene tilfælde har bekræftet at der ikke var angivet en ophørsdato fordi der ved overgangen til det nye kvartal ikke var truffet beslutning om ophør af tvangsbehandlingen. Det er uklart for mig hvorledes den sidste sætning af afdelingens udtalelse skal forstås, men jeg går ud fra at den skal forstås således at afdelingen tillige bekræfter min antagelse for så vidt angår det andet tilfælde.

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

Jeg bad afdelingen om en udtalelse herom.

Hertil har afdelingen bl.a. oplyst følgende:

”Vedrørende beslutning om tvangsbehandling den 19. august og den 23. august 2004 af samme patient med Serenase henholdsvis 10 mg og 15 mg. Her burde retteligen have været besluttet tvangsbehandling med Serenase 10-15 mg som tablet/mikstur (alternativt injektion). I stedet er der ved be-

hov for øgning af dosis afsluttet et skema. Samtidig er der dog startet et nyt skema med den øgede dosis.

...

Det har været en meget kompliceret behandling. Behandlingen har ikke været hverken klart accepteret eller klart en tvangsbehandling. Dette er forklaringen på den noget utilfredsstillende gennemskuelighed i tvangsprotokollernes tilførsler.

For en samlet fremstilling af behandlingsforløbet henvises til den medsendte erklæring til det Psykiatriske Patientklagenævn.”

Jeg har noteret mig det oplyste.

I skemaer af 23. august 2004 vedrørende den samme patient lød ordinationen i begge tilfælde på Nozinan, men i forskellig dosis. I det første skema hvor det var anført at tvangsbehandlingen var gennemført 5 gange, var det angivet at beslutningen for ophøret af behandlingen var sket den 26. august 2004 eller samme dag som den første behandling var 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 var angivet som ophørt.

Jeg bad afdelingen om en udtalelse herom.

Hertil har afdelingen oplyst at det er en fejl at der er udformet tvangsskema for Noxianin på såvel 100 mg x 2 og 50 mg x 2 da det er tvangen med 100 mg x 2 der videreføres (dog uden at den fulde dosis blev givet).

Jeg har noteret mig at der er tale om en fejl.

Ad punkt 6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

I min endelige rapport udtalte jeg at det er en fejl at der i 1 tilfælde (tilførslen af 21. august 2004) i samme rubrik var afkrydset til angivelse af at der både var sket fiksering med bælte og indgivelse af beroligende medicin. Jeg anførte herefter at 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.

Afdelingen har hertil oplyst at afdelingen er enig i at det er en fejl og at dette fremover vil kunne undgås idet indberetningen nu sker elektronisk.

Dette har jeg noteret mig. Jeg er bekendt med at der i den elektroniske blanket kun vælges én type tvangsforanstaltning – enten bælte, remme, handsker, fastholdelse, dørraflåsning eller beroligende medicin.

I de 3 tilfælde hvor der var truffet beslutning om anvendelse af remme, havde 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) var der i feltet til angivelse af overlægens stillingtagen anført både påbegyndelses- og ophørsdato. Ud for påbegyndelsesdatoen – der umiddelbart fremtræder som den sidst anførte – var der anført noget i en parentes som jeg ikke kan læse.

I det sidst nævnte tilfælde gik 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 var blevet påført skemaet før senere (i forbindelse med ophøret). For god ordens skyld bad jeg afdelingen oplyse om denne forståelse er korrekt og i den forbindelse oplyse hvad der er anført i parentesen.

Afdelingen har bekræftet at overlægen i det pågældende tilfælde tog stilling samme dag (den 19. august 2004). Afdelingen har samtidig oplyst at der i parentesen er anført navnet (initialer) på den overlæge som beslutningen er konfereret med.

Jeg har noteret mig det oplyste.

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

Dette har afdelingen bekræftet.

Jeg har noteret mig afdelingens bekræftelse.

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

Hertil har afdelingen oplyst at det vedrørende tilførsler til tvangsskema 3 (af 22. august 2004) hvor der er foretaget fastholdelse og indgivet beroligende medicin, skønnes at der har været flere involverede end anført på skemaet. I journalen er det anført at det var nødvendigt med fastholdelse da patienten var urolig, råbende, skrigende og truende samt svært psykotisk. Afdelingen har anført at dette burde have været anført på tvangsprotokollen.

Jeg har noteret mig at der var involveret andre end den ordinerende overlæge og at det burde have været anført på skemaet. Jeg er enig med afdelingen heri.

Med henvisning til psykiatrilovens § 15, stk. 3, 2. pkt. (hvorefter lægen i de tilfælde hvor plejepersonalet har besluttet at fiksere den pågældende med bælte, straks skal tilkaldes og træffe afgørelse vedrørende anvendelsen) bad jeg 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.

Afdelingen har hertil oplyst at lægen skal komme umiddelbart og at denne tilkaldes sammen med det øvrige alarmpersonale. I tilfælde af at lægen er alarmeret to steder samtidig er det lægen der må prioritere (livstruende forud for ikke-livstruende).

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Om angivelse af begrundelserne for de enkelte indgreb anførte jeg bl.a. følgende:

”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.”

Hertil har afdelingen anført følgende:

”I indgreb den 21. august 2004 er der fejlagtigt anført begge indgreb i en rubrik. Dermed er der kun givet en begrundelse for den anvendte beroligende medicin. Begrundelsen for bæltefikseringen fremgår ikke. Når en forulempende eller hærværkspræget adfærd ikke anføres som begrundelse, kan det skyldes, at der overfor nyt personale gøres meget for at formidle en forståelse for den forulempende, hærværksprægede eller evt. farlige adfærd, som ofte er baseret på angst fra patientens side. Derfor vurderes er det ikke underligt, at begrundelsen ’Urolig tilstand’ bruges som forklaring på den faktiske tilstand. Den pågældende patient, der er registreret med to indgreb i samme rubrik, var meget urolig, til fare for sig selv og truende.

Det kan konstateres, at der er tale om samme unge læge der fejlagtigt har udfyldt rubrikkerne de fleste gange. Dermed kan det indikere, at vedkommende har fået en utilstrækkelig instruktion. Det forhold strammes der op på. Den type fejl vil lettere kunne undgås med elektronisk indberetning af tvang, som anvendes i dag.

Tilførslerne som anført er en fejl, som vi beklager.

Det har afslutningsvist ikke været muligt at konstatere, at der er sket indgreb på et forkert fagligt grundlag.”

Jeg forstår afdelingens udtalelse således at afdelingen har forståelse for at den (eller de) pågældende læge(r) har angivet ”Urolig tilstand” som begrundelse for indgrebet (den 22. august 2004) idet dette kan opfattes som en forklaring på patientens faktiske tilstand, men jeg forstår også at afdelingen er enig med mig i at der er fejl i de angivne begrundelser i de tre tilfælde, og at fejlene kan indikere at der på afdelingen er givet en utilstrækkelig instruktion, som afdelingen nu vil stramme op på (samtidig med at denne type fejl lettere vil kunne undgås med den elektroniske indberetning). I det fjerde tilfælde har afdelingen (som anført ovenfor) beklaget at der i samme skema er sket afkrydsning af både bæltefiksering om indgivelse af beroligende medicin. Jeg har på denne baggrund noteret mig afdelingens beklagelse af de skete fejl og foretager mig ikke videre vedrørende spørgsmålet.

Om døraflåsning anførte jeg følgende:

”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 svarer 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 bad (herefter) afdelingen om at redegøre for afdelingens praksis med hensyn til aflåsning af døre, herunder hvilke døre som aflåses, og under hvilke omstændigheder.

Hertil har afdelingen oplyst følgende:

”Afdelingens praksis for at låse døre for patienterne, drejer sig oftest om afdelingens yderdør, men kan også i visse tilfælde være døren til det skærmede afsnit (med 3 eller 6 senge).

Aflåsning af døren sker såfremt en patient er tvangstilbageholdt og ikke kan indgå aftale. Det kan i enkelte tilfælde også ske, hvis en orienteringssvækket patient er indlagt og ikke kan tages vare på med åbne døre. Hvis en dør låses informeres den patient for hvem døre er låst. De øvrige patienter på afdelingen orienteres også om at en indlagt patient har behov for en lukket dør. Dette betyder imidlertid ikke, at andre (end den tvangstilbageholdte patient) dermed er forhindret i at gå ud og ind af døren. Man skal blot i disse tilfælde ringe på.”

Jeg har noteret mig det oplyste. Jeg henviser i øvrigt til mine bemærkninger under punkt 5.2. (Aflåsning, herunder skærmning, og forholdene for frivilligt indlagte) i min endelige rapport af 28. januar 2005.

Jeg udtalte at det er en fejl at der i et tilfælde af døraflåsning (af 19. august 2004) ikke var angivet ophørstidspunkt (dato og klokkeslæt).

Afdelingen har anført at der i det konkrete tilfælde formentlig er sket det at lægen glemte at afslutte døraflåsningen idet den pågældende patient 90 minutter efter dø-

raflåsningen blev fikseret hvorved døraflåsningen blev uaktuel. Afdelingen er enig i at det er en fejl.

Jeg har noteret mig at afdelingen er enig med mig i at der er tale om en fejl.

Ad punkt 6.4. Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning

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

Jeg udtalte at den angivne begrundelse i dette tilfælde efter min opfattelse ikke var kvalificeret i forhold til det konkrete tilfælde, og det er en fejl at rubrikken "Situation" ikke var udfyldt. Jeg bad afdelingen om en udtalelse herom.

Hertil har afdelingen oplyst følgende:

"I journalen står præciseret, at patienten indvilger i at kunne sidde i stol med bord i de perioder, hvor personalet ikke kan holde øje med patienten og i så korte perioder som muligt. Det er en fejl, der ikke nærmere på tvangsprotokollen er klargjort i hvilke situation, der kan anvendes beskyttelse med bord og stol."

Jeg har noteret mig at afdelingen er enig med mig i at der er tale om en fejl. For god ordens skyld bemærker jeg at jeg ikke har taget stilling til afdelingens bemærkninger vedrørende foranstaltningens sammenhæng med afdelingens personaleressourcer.

Opfølgning

Jeg beder afdelingen om at sende mig de underretninger jeg har bedt om under pkt. 3.2.1 og pkt. 6.2, tilbage gennem Sønderjyllands Amt for at amtet kan få lejlighed til at kommentere det som afdelingen anfører. Jeg afventer samtidig afdelingens fremsendelse af instruksen omhandlende visitation (jf. pkt. 5.7.).

Underretning

Denne rapport sendes til Augustenborg Sygehus, Almenpsykiatrisk Afdeling, Sønderjyllands Amt, Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 og afdelingens patienter.

Lennart Frandsen

Inspektionschef