

Den 27. november 2002 afgav jeg endelig rapport om min inspektion den 26. november 2001 af Psykiatrisk Afdeling på Vejle Sygehus. I rapporten bad jeg afdelingen og Vejle Amt om udtalelser mv. om nærmere angivne forhold.

Jeg modtog herefter en udtalelse af 10. januar 2003 fra Psykiatrisk Afdeling på Vejle Sygehus og en udtalelse ligeledes af 10. januar 2003 fra Vejle Amt, Psykiatriforvaltningen.

Jeg skal herefter meddele følgende:

Ad punkt 3.2.1. Åbent afsnit E32

I afsnittets telefonboks konstaterede jeg at der ved telefonen var opsat et skilt hvorpå der står ”taletid max 10 minutter”.

I den endelige rapport anmodede jeg afdelingen om en udtalelse om den taletidsbegrænsning som fremgår af skiltet.

Psykiatrisk afdeling har i brevet af 10. januar 2003 anført at skiltet skal forstås som en henstilling til patienterne om højst at lægge beslag på telefonen i 10-minutters perioder for derved at sikre alle patienter rimelig adgang til telefon.

20 patienter er henvist til at benytte denne telefon. Jeg har forståelse for det hensyn der ligger bag skiltningen, nemlig at alle patienter skal have adgang til at telefonere. Jeg er også opmærksom på at der kan være tilfælde hvor en enkelt patient ønsker at lægge beslag på telefo-

nen i meget lang tid, til gene for de øvrige patienter. Skiltningen fremstår imidlertid efter min opfattelse meget absolut – som et egentligt forbud mod at føre telefonsamtaler på mere end 10 minutter. Ud over at et sådant forbud kan virke stødende på patienterne, må det også i nogle tilfælde indebære en unødigt begrænsning for en patient der har behov for at føre telefonsamtale(r) af længere varighed.

Jeg henstiller at skiltet fjernes eller – hvis et skilt findes nødvendigt – erstattes af et skilt med en ”blødere” formulering, f.eks. med en opfordring til at være opmærksom på om andre patienter venter på at komme til telefonen. Hvis der virkelig er behov for en fast maksimal tidsgrænse på f.eks. 10 minutter, bør afdelingen overveje at opsætte yderligere en telefon.

Jeg udbeder mig underretning om hvad der sker i anledning af min henstilling.

Ad punkt 3.2.4. Dagcenter/ambulatorium

Jeg konstaterede under mit ophold i dagcentrets største spisestue at dette lokale på tidspunktet for inspektionen var temmelig røgfylt. Jeg bad i den endelige rapport afdelingen om at oplyse hvorledes det sikres at lokalet er udluftet/udsuget således at røggenerne minimeres. Jeg henviste i den forbindelse til hvad jeg havde anført i rapporten om rygepolitik (punkt 5.8.), og til at en patient under en samtale med mig havde klaget over den megen røg i dagcentret.

Psykiatrisk afdeling har oplyst at der via amtets rammebevilling til forbedring af arbejdsmiljøet i 2003 er ansøgt om etablering af et passende ventilationsanlæg. Rygningen er i øvrigt flyttet til et andet lokale efter råd fra en rygeinstruktør.

Jeg forstår at der ikke længere ryges i spiselokalerne. Dette tager jeg til efterretning. Jeg beder oplyst hvad der er sket med hensyn til etablering af ventilationsanlæg.

Jeg anmodede afdelingen om at bekræfte en oplysning om at Arbejdstilsynet fører tilsyn med arbejdslokalerne. Dette har afdelingen bekræftet efter at have været i telefonisk kontakt med Arbejdstilsynet.

Jeg har noteret mig det oplyste.

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

Jeg anførte i den endelige rapport at jeg forstod at afsnit E51 (observationsafsnittet) som udgangspunkt er aflåst.

Psykiatrisk afdeling har oplyst at afsnit E51 er et åbent afsnit som periodevist aflåses, og hvor dette da registreres.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.4. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2

Jeg henviste i den endelige rapport til at lægen efter psykiatrilovens § 3, stk. 2, skal vejlede patienten om formålet med indlæggelsen, opholdet og behandlingen samt udsigten til bedring af helbredstilstanden.

Jeg bad afdelingen om at oplyse hvorledes denne vejledning finder sted.

Psykiatrisk afdeling har anført at vejledningen finder sted i forbindelse med indlæggelsen. Hvis det ikke er muligt på grund af patientens sindstilstand, sker det i løbet af den første uge i forbindelse med udarbejdelse af behandlingsplaner.

*Jeg bad psykiatrisk afdeling om at oplyse **hvorledes** patienten vejledes om de forhold der er nævnt i psykiatrilovens § 3, stk. 2. Psykiatrisk afdeling har alene oplyst **hvornår** vejledningen finder sted.*

Jeg gentager mit spørgsmål idet jeg bemærker at jeg forstår at der i nogle tilfælde ikke kan vejledes samtidig med indlæggelse. Jeg bemærker også – hvad jeg lægger til grund at psykiatrisk afdeling er opmærksom på – at udarbejdelse af behandlingsplaner ikke kan erstatte forpligtelsen efter § 3, stk. 2, i psykiatriloven.

Ad punkt 5.6. Besøg, visitationer og adgang til telefonering

Jeg beskrev i den endelige rapport forskellige begrænsninger i adgangen til besøg, tilstedeværelse ved åbning af post og adgangen til at telefonere som jeg på forespørgsel fik oplyst af psykiatrisk afdeling under inspektionen, og jeg anførte herefter:

”Der er ikke i psykiatriloven eller i anden lovgivning (bortset fra hvad der kan udledes af retsplejelovgivningen) 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 Psykiatrisk Afdeling på Vejle Sygehus 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, er der her tale om efter omstændighederne byrdefulde indgreb i den enkelte patients udfoldelsesmuligheder. Og reglerne omfatter også tvangsindlagte og tvangstilbageholdte patienter.

Jeg har forstået at afdelingen ikke har skrevne regler om indgrebene/begrænsningerne. Under hensyn til at der er tale om efter omstændighederne væsentlige indgreb/begrænsninger i den enkelte patients udfoldelsesmuligheder, bør der efter min opfattelse udfærdiges skriftlige regler (retningslinjer) for denne type af indgreb/begrænsninger, herunder også med angivelse af hvem der har kompetence til at træffe afgørelse om indgrebene/begrænsningerne, og hvornår beslutninger om indgreb/begrænsninger skal revurderes.

Jeg udbeder mig oplysning om hvad der sker i anledning af min anbefaling.”

Psykiatrisk afdeling har i brevet af 10. januar 2003 anført:

”...

Da de nævnte begrænsninger forekommer så sjældent (ingen el. få gange årligt) finder vi det mest hensigtsmæssigt og fuldt forsvarligt at fortsætte den nuværende konduite.

...”

Vejle Amt har erklæret sig enig i psykiatrisk afdelings besvarelse med henvisning til at amtets værdigrundlag bygger på individuel tilgang til den enkelte patient og vurderingen af dennes behov for behandling, samt det faktum at begrænsningerne forekommer sjældent.

Den nævnte anbefaling har jeg fremsat over for andre psykiatriske afdelinger og sygehuse der alle har valgt at følge anbefalingen.

Jeg lægger efter det oplyste til grund at der ved Psykiatrisk Afdeling på Vejle Sygehus i nogle år ingen begrænsninger er af den omtalte karakter, og at der i andre år kun er ganske få. Under disse omstændigheder vil jeg ikke afgive en egentlig henstilling til psykiatrisk afdeling om fastsættelse af skrevne retningslinjer idet jeg går ud fra at den ledende overlæge har fuldt kendskab til de (meget) få tilfælde der forekommer, og til de beslutninger der træffes, herunder hvor længe de skal være gældende. Jeg går endvidere ud fra at psykiatrisk afdeling vil tage spørgsmålet om fastsættelse af retningslinjer op igen hvis antallet af tilfælde stiger væ-

sentligt bl.a. med den konsekvens at de ovennævnte forudsætninger om den ledende overlæges rolle i disse sager ikke længere er til stede.

Jeg kan i øvrigt oplyse at jeg vil rette henvendelse til Indenrigs- og Sundhedsministeriet om bl.a. dette spørgsmål i forbindelse med den revision der skal ske af psykiatriloven i 2005-6.

Psykiatrisk afdeling har på min anmodning vedlagt retningslinjer for anvendelse af mobiltelefoner. Retningslinjerne (af februar 2002) angiver at mobiltelefoner kun må bruges på sengestuerne, ”og helst kun efter kl. 16.00”.

Jeg beder oplyst begrundelsen for at mobiltelefoner helst kun må bruges efter kl. 16.00.

Afdelingen oplyste under inspektionen at afdelingen havde udtrykt ønske om flere diætprodukter – dette havde køkkenet imidlertid afslået. Amtet havde planer om at ansætte to diætister som skal medvirke til at planlægge kosten for afdelingen. Jeg bad amtet om at oplyse om udfaldet af disse overvejelser.

Vejle Amt har anført:

”...

Vejle Amt har i 2002 gennemført et etårigt udviklingsprojekt med fokus på overvægt og psykisk sygdom.

Projektets målgruppe har været unge og voksne sindslidende med overvægt, samt det personale som i det daglige er med til fremstillingen af maden til mennesker med sindslidelser på de socialpsykiatriske centre, væresteder og psykiatriske afdelinger i Vejle Amt.

Til nu har fokus været på:

- At etablere og drive målrettet kost- og motionsorienteret brugerundervisning
- At udvikle kompetence hos personale, de sindslidende og pårørende

Det er besluttet, at projektet skal videreføres i 2003 med det særlige sigte at implementere kostpolitik på alle psykiatriske afdelinger og socialpsykiatriske institutioner i Vejle Amt.

Opgaverne er:

- Med udgangspunkt i udarbejdede skabeloner for kost- og motionspolitik i psykiatrien i Vejle Amt at støtte socialpsykiatriske centre og psykiatriske afdelinger i at konkretisere og implementere kost- og motionspolitik
- At skabe og vedligeholde udviklende netværk for uddannede instruktører inden for psykiatrien
- At koordinere og igangsætte undervisningsforløb for psykiatriske brugere med behov for undervisning i kost og motion
- At vejlede og rådgive professionelle med berøring med psykiatriske patienter og brugere med behov for vejledning i kost og motion
- At afdække behov for diætist-vejledning inden for psykiatrien
- At supervisere centre og afdelinger i specifikke situationer

Med dette initiativ er der hermed sat fokus på implementering af kostpolitik på de psykiatriske institutioner i Vejle Amt.

...

Jeg tager det oplyste til efterretning.

Ad punkt 5.10. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

I den endelige rapport af 27. november 2002 anførte jeg:

”...

§ 3, stk. 4-5, i lov 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.’

*Jeg beder afdelingen oplyse om afdelingens praksis i forbindelse med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.
...*

Psykiatrisk afdeling har i brevet af 10. januar 2003 anført:

”...

Som følge af afdelingens traditionelle samarbejdskultur mellem patient, praktiserende læge og socialforvaltning har vi kun et fåtal af gange haft behov for at gøre brug af lovens mulighed for udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Omfanget er talmæssigt så begrænset, at der ikke kan beskrives nogen egentlig praksis ud over det i loven anførte.
...”

Vejle Amt har erklæret sig enig i afdelingens besvarelse og har bemærket at amtet har indgået samarbejdsaftaler med samtlige kommuner i amtet. Amtet har vedlagt aftalen mellem amtet og Vejle Kommune.

*Psykiatrisk afdeling anfører at loven giver **mulighed** for at udarbejde udskrivningsaftaler og koordinationsaftaler.*

*Det er ikke lovens ordning. Efter § 3, stk. 4, har overlægen en **pligt** til at udarbejde skriftlige udskrivningsaftaler mellem patienten, den psykiatriske afdeling samt de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner mfl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienterne. Dvs. at sådanne planer også skal udarbejdes i de tilfælde hvor psykiatrisk afdeling formidler kontakten til de relevante myndigheder.*

***Undtaget** herfra er alene de tilfælde hvor overlægen kan lægge til grund at **patienten selv** vil søge den behandling eller de sociale tilbud der er nødvendige for patientens helbred.*

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

Om "afdelingens traditionelle samarbejdskultur" er af en sådan beskaffenhed at det er i overensstemmelse med psykiatriloven at udarbejdelsen af behandlingsplaner og koordinationsplaner er undtagelsen ("er talmæssigt så begrænset"), har jeg ikke mulighed for at efterprøve på det foreliggende grundlag. Ud over at præcisere lovens ordning, jf. ovenfor, foretager jeg imidlertid ikke videre. Jeg henviser også til at 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").

Ad punkt 5.12. Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling

I den endelige rapport gengav jeg reglerne for orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling. Psykiatrisk afdeling oplyste at patientrådgiverne **normalt** orienteres om tvangsbehandling inden den iværksættes. Det sker telefonisk, og patientrådgiverne møder derefter op på afdelingen. Jeg bad oplyst under hvilke omstændigheder patientrådgiverne ikke orienteres om beslutning om tvangsbehandling inden behandlingen iværksættes.

Psykiatrisk afdeling har i brevet af 10. januar 2003 oplyst at det i tilfælde af en svært forpint eller livstruende psykisk tilstand kan forekomme at tvangsbehandlingen iværksættes akut og uden at det på forhånd er muligt at orientere patientrådgiveren. Patientrådgiveren bliver i disse tilfælde orienteret snarest muligt efter tvangsbehandlingens gennemførelse.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Ad punkt 5.14. Opbevaring af journaler

Jeg konstaterede at journaler opbevares i skrivebordsskuffer som er tilgængelige for alt personale. Skufferne er ikke aflåst. Jeg bad afdelingen om at redegøre for baggrunden for at alt personale har adgang til journalerne.

Psykiatrisk afdeling har anført:

”...

Det personale, der er ansat i den enkelte sengeafdeling, kan på ethvert tidspunkt under udførelsen af arbejdet have behov for at bistå enhver af de i afdelingen indlagte patienter, personalet har derfor behov for adgang til journalen.

...”

Vejle Amt har anført at amtet er enig i afdelingens besvarelse, men har tilføjet at afdelingen er i gang med at implementere en elektronisk patientjournal hvor der fremgår logning af personalets bevægelser i journalen. Journalen ventedes fuldt implementeret på afdelingen i slutningen af februar 2003.

Det er ikke tilfredsstillende at patientjournalerne – således som det synes at fremgå af afdelingens besvarelse – har været frit tilgængelige. Journaler bør enten være låst inde eller være under konstant opsyn.

Jeg går ud fra at den nu indførte elektroniske patientjournal sikrer at alene sundhedspersonale der har fagligt behov for det, har adgang til journalerne. Jeg foretager derfor ikke videre.

Ad punkt 6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

Jeg anmodede i den endelige rapport afdelingen om at redegøre for praksis mht. overlægens stillingtagen til en tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse der i overlægens fravær er truffet af en læge. Jeg bad om at afdelingen udtalte sig om et tilfælde hvor der gik tre dage før overlægen attesterede tvangstilbageholdelse.

Psykiatrisk afdeling har hertil anført:

”Afdelingens praksis er, at såfremt en patient tvangstilbageholdes en weekend, afhandles dette telefonisk med en overlæge. Den omtalte patient er tvangstilbageholdt en fredag formiddag kl. 10.00, hvilket tidsmæssigt er umiddelbart efter afdelingens behandlingskonference, hvor der altid medvirker mindst én overlæge. Det er en manglende tilførelse til såvel journal som tvangsprotokol, at overlægens attestation ikke er noteret samme dag.”

Jeg tager det oplyste om afdelingens almindelige praksis til efterretning.

Jeg forstår det oplyste om det konkrete tilfælde således at overlægen den 27. april 2001 kl. ca. 10.00 traf afgørelse om tvangstilbageholdelse. Det er en fejl at det ikke blev angivet i tvangsprotokollen. Det er også en fejl at det i tvangsprotokollen blev angivet at godkendelsen skete den 30. april 2001.

Det er beklageligt at der således er sket fejl ved udfærdigelsen af tvangsprotokollen.

Jeg anmodede psykiatrisk afdeling om at udtale sig om tre konkrete sager hvor det ikke var muligt for mig at kontrollere om den obligatoriske efterprøvelse var sket på det rette tidspunkt da der ikke var angivet dato for eventuel efterprøvelse, og da det ikke fremgik hvornår frihedsberøvelsen ophørte.

Psykiatrisk afdeling har anført:

”...

For 3 patienters vedkommende er det ikke muligt ud fra tvangsprotokollen at se, hvorvidt der er foretaget den obligatoriske efterprøvelse, idet det ikke af protokollerne fremgår, hvornår tvangstilbageholdelsen er bragt til ophør. Det drejer sig i alle 3 tilfælde om tvangstilbageholdte patienter, der er blevet overflyttet til lukket afdeling i henholdsvis Kolding og Horsens. Overflytningen er i alle 3 tilfælde sket umiddelbart efter den sidst anførte efterprøvelse. Vi er ikke vidende om, men vi formoder, at der i forbindelse med overflytningen til lukket afdeling er oprettet en ny tvangstilbageholdelse. Vi betragter det som en mangel ved udfyldelsen af vores tvangsprotokol, at vi ikke har noteret ophævelse svarende til datoen for overflytningen til den lukkede afdeling, hvilket jo svarer til udskrivelsestidspunktet fra vores afdeling.

...”

Jeg er enig i at det er en fejl at udskrivningstidspunktet ikke er noteret i tvangsprotokollen.

I et enkelt tilfælde manglede navnet på den ordinerende læge på skema for tvangsmedicinering. Jeg bad afdelingen om en udtalelse herom, idet jeg bemærkede at det skema som jeg havde modtaget kopi af, muligvis var et gennemslag hvoraf eventuelle navne ikke fremgår.

Psykiatrisk afdeling har oplyst at det af journalen fremgår hvilken overlæge der traf beslutningen. Ved en fejl er overlægens navn ikke anført i tvangsprotokollen.

Det er beklageligt at tvangsskemaet ikke er udfyldt i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning.

Jeg henviste til at indholdet af tvangsbehandlingen skal angives på tvangsskemaet, og jeg bad med henvisning hertil oplyst hvad noteringen ”NCE én blok” dækkede over.

Psykiatrisk afdeling har oplyst at ”NCE én blok” dækker over at elektrostimulationsbehandling gives dagligt indtil tydelig effekt er opnået.

Idet jeg går ud fra at den anvendte betegnelse er velkendt og entydig, og at der er tale om et enkelt ubrudt behandlingsforløb, foretager jeg ikke videre.

Jeg henviste til at navnene på de tilstedeværende læger ved seks behandlinger iværksat den 20. september 2001 ikke fremgik af protokollen. Jeg bad om en udtalelse herom idet jeg bemærkede at det skema som jeg havde modtaget, muligvis var et gennemslag hvoraf eventuelle navne ikke fremgår.

Psykiatrisk afdeling har oplyst at navnene på de tilstedeværende læger fremgår af tvangsprotokollen, men at navnene var overdækket på den kopi som jeg modtog.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Jeg anmodede afdelingen om at redegøre for afdelingens praksis mht. 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 til lægen kommer til stede.

Psykiatrisk afdeling har anført:

” ...

Lægen skal straks tilkaldes i de få tilfælde, hvor plejepersonalet nødvendigvis selv må træffe beslutning om bæltefiksering. Lægen skal komme til stede hurtigst muligt, men da der kun er én vagthavende læge på vor afdeling, må vi nødvendigvis acceptere muligheden af en vis forsinkelse, i praksis vil dette næppe komme til at overskride 30 minutter og en sådan forsinkelse vil skønmæssigt forekomme mindre end én gang årligt.

...”

Jeg tager det oplyste til efterretning.

I den endelige rapport anførte jeg følgende:

”...

Efter tvangsbekendtgørelsens § 29, nr. 2 og 3, og § 30, nr. 2 og 3, skal for så vidt angår tvangsfiksering og fysisk magtanvendelse anføres indgrebets art og omfang i tvangsprotokollen tillige med begrundelsen for indgrebet. Skemaet indeholder særlige rubrikker til afkrydsning heraf. Rubrikkerne henviser indirekte i stikordsform til bestemmelserne i lovens § 14 og § 17.

Der er i alle tilfælde afkrydset en eller flere begrundelser for indgrebet.

I 5 tilfælde er begrundelsen for beslutning om fiksering udelukkende angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende ’Urolig tilstand’.

I 4 tilfælde er begrundelsen for beslutning om fastholden i kombination med indgivelse af beroligende medicin alene angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende ’Urolig tilstand’.

I 3 tilfælde er begrundelsen for beslutning om fastholden angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende ’Urolig tilstand’.

I et tilfælde er begrundelsen for beslutning om fiksering angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende ’Farlighed’ og ’Urolig tilstand’.

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 er fejl i en række af 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 ud over de i loven hjemlede tilfælde. Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom.

...”

Psykiatrisk afdeling har anført følgende:

”...

5 tilfælde med fiksering begrundet med urolig tilstand omhandler 2 forskellige patienter, hvoraf den ene blev fikseret én gang. Af journalen fremgår det tydeligt, at patienten var selvmutilerende og udsatte sig selv for fare. Vedr. den anden patient var der også tydeligvis tale om fare, idet patienten adskillige gange pludseligt og uventet øvede vold mod personalet, således måtte et kvindeligt plejepersonalemedlem sygemeldes med hjernerystelse som følge af slag fra den omtalte patient.

4 tilfælde af fastholdelse i kombination med indgivelse af beroligende medicin, begrundet med urolig tilstand. Det drejer sig om 2 patienter der hver to gange har været underkastet den

nævnte magtanvendelse. Den ene er samme patient som er nævnt ovenfor i 4 tilfælde, der er her ikke tvivl om, at der er tale om en fejlafkrydsning, idet patienten tydeligvis var farlig. Vedr. den anden patient, var der i det ene tilfælde tale om udtalt uro og dermed risiko for at udsætte sig selv for skade på legeme og helbred, i det andet tilfælde såvel uro som forulempning. De beskrevne fastholdelser er i flg. journalen kortvarige og en forudsætning for, at man kunne give den nødvendige beroligende medicin.

3 tilfælde af fastholdelse begrundet med urolig tilstand. Første patient var fastholdt i 51 minutter i forbindelse med injektion af beroligende medicin og behandling af snitsår patienten havde tilføjet sig selv i forbindelse med et selvmordsforsøg. Patienten var tydeligvis farlig og skulle have været registreret som sådan. Patient nr. 2 var fastholdt i 1 minut i forbindelse med tvangstilbageholdelse, idet der var tale om den fornødne magtudøvelse for at sikre patientens forbliven i afdelingen. Patient nr. 3 var i forvejen pga. farlighed fikseret i bælte og med håndremme, fastholdelsen blev registreret i forbindelse med kortvarig løsning af bælte og remme.

1 tilfælde af fiksering med dobbelt begrundelse, farlig og urolig. Det drejer sig om patient nr. 3 nævnt ovenfor, der pga. farlighed måtte fikseres med bælte og remme og indgives beroligende medicin. Patientens voldelige overfald mod personalet udsatte tydeligvis andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme og helbred.

...”

Jeg lægger efter det nu oplyste til grund at der er tale om fejlafkrydsninger. Det er beklageligt.

Idet jeg henviser til det oplyste (nedenfor, side 21) om at der vil foregå en generel opfølgning på tvangsregistreringerne på afdelingerne således at fejlregistreringer undgås, og det oplyste om uddannelsen af nyt personale i dette emne, foretager jeg ikke videre.

I den endelige rapport anførte jeg følgende:

”...

I 3 tilfælde er begrundelsen for beslutning om døraflåsning angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende 'Urolig tilstand'.

I 3 tilfælde er begrundelsen for beslutning om døraflåsning angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende 'Farlighed'. I det ene af disse tilfælde er det angivet af døraflåsningen skete frivilligt.

I et tilfælde er begrundelsen for beslutning om døraflåsning i kombination med indgivelse af beroligende medicin angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende 'Urolig tilstand'.

Hjemmel for døraflåsning findes i psykiatrilovens § 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.

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

...”

Psykiatrisk afdeling har udtalt følgende:

”...

Vi betragter døraflåsning af et åbent afsnit som et mindre indgreb end overflytning til en lukket afdeling. Overflytning til lukket afdeling af patienter indlagt på Vejle Sygehus vil i praksis betyde en overflytning til psykiatrisk afdeling i enten Horsens eller Kolding. Konkret vil det i Vejle-afdelingen altid dreje sig om aflåsning af adgangsdøren til afsnit E51, den såkaldte 'observationsafdeling', der er normeret med 3 sengepladser og hvor antallet af plejepersonale pr. patient vil være betydelig højere end på vores to 20-sengsafsnit.

Der kan som udgangspunkt være tale om en:

- 1) helt frivillig foranstaltning
- 2) et led i en frihedsberøvelse

Ad 1: en frivilligt indlagt patient kan være så adfærdsforstyrret, at der er behov for en høj personalenormering omkring den pågældende. Forstyrrelsen kan f.eks. have karakter af, at patienten uforsætligt forlader afdelingen og er ude af stand til at finde tilbage ved egen hjælp.

Sådanne patienter vil ofte blive overflyttet til en lukket afdeling. Har vi imidlertid plads på E51, vil vi i henhold til mindste middels princip forsøge at rumme patienten der. I nogle tilfælde kan det kun gennemføres, når døren aflåses.

Vedr. frivillig aflåsning af dør kan det dreje sig om patienter, der reelt opfylder betingelserne for en tvangstilbageholdelse, men som netop ikke har forlangt sig udskrevet og som heller ikke gør det i forbindelse med informationen om, at døren vil blive låst af hensyn til deres fortsatte ophold.

Ad 2: Det sker undtagelsesvis og efter en nøje vurdering, at vi modtager patienter til tvangsindlæggelse på afdelingen i Vejle. Noget hyppigere sker det, at vi tvangstilbageholder patienter, såvel på behandlings- som farlighedskriteriet. Når en låst dør er en betingelse for at fastholde disse patienter i afdelingen og vi i øvrigt mener at kunne rumme patienterne, finder vi det en mindre indgribende foranstaltning at aflåse døren frem for at flytte patienterne til en lukket afdeling i Horsens eller Kolding. I praksis vil der altid være tale om aflåsning af adgangsdøren til afsnit E51.

Når døren således er aflåst på afdelingen informeres de øvrige patienter om, at aflåsningen 'ikke gælder dem', således skal de blot henvende sig til personalet, når de ønsker at forlade afdelingen.

For en god ordens skyld skal det påpeges, at det jo langt fra er alle patienter i en traditionel låst afdeling, der er tvangsindlagte eller tvangstilbageholdte, disse frivilligt indlagte patienter kan jo i lighed med det ovenfor beskrevne forlade afdelingen efter aftale med personalet. Jf. i øvrigt punkt 5.2.

...”

En betingelse for at iværksætte døraflåsning efter psykiatrilovens § 17, stk. 1, 2. punktum, er at der (også) formelt er truffet afgørelse om tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse. Døraflåsning kan således efter denne bestemmelse ikke anvendes som en "helt frivillig foranstaltning" hvor patienten "reelt opfylder betingelserne for en tvangstilbageholdelse". Det er overordentlig vigtigt at der i alle tilfælde foreligger fuldstændig klarhed over om en patient er administrativt frihedsberøvet eller ej. Det gælder både de formelle beslutninger herom efter psykiatriloven og de reelle vilkår som patienten er undergivet.

Idet jeg i denne sammenhæng ser bort fra de særlige regler i psykiatrilovens § 18 om beskyttelsesfiksering, jf. tvangsbekendtgørelsens § 23, er det min opfattelse at den retsopfattelse som psykiatrisk afdeling har givet udtryk for, ikke har støtte i psykiatriloven. I det omfang der er administreret i overensstemmelse med en sådan retsopfattelse, må jeg anse det for beklageligt, og jeg går ud fra at det ophører.

Det som afdelingen har anført om døraflåsning som "et led i en frihedsberøvelse", giver mig ikke anledning til kritik idet jeg henviser til det som jeg anførte i den endelige rapport, side 16.

I tre tilfælde af tvangsfikseringer er det implicerede personale ikke angivet. Jeg anmodede i den endelige rapport afdelingen om en udtalelse herom.

Psykiatrisk afdeling har oplyst at det er en forglemmelse at navnene ikke er anført. Det har formentlig sammenhæng med at der var tale om meget dramatiske episoder.

Det er beklageligt at der ikke er forholdt i overensstemmelse med tvangsbekendtgørelsens § 29, nr. 6, og § 30, nr. 6.

I rapporten anførte jeg følgende:

”...

I en række af sagerne vedrørende døraflåsning var indgrebet af længere varighed. Det drejer sig om sagerne vedrørende døraflåsning fra 16. maj 2001 til 10. juli 2001, fra 5. juni 2001 til 9. juli 2001, fra 19. juni 2001 til 11. juli 2001, fra 12. juli 2001 til 7. september 2001, fra 28. august 2001 til 4. september 2001 og fra 4. september 2001 til 10. september 2001.

Jeg beder afdelingen om en udtalelse om disse sager. Jeg henviser i øvrigt til mit spørgsmål ovenfor om afdelingens praksis med hensyn til aflåsning af døre.

...”

Psykiatrisk afdeling har anført følgende:

”...

6 tilfælde af længerevarende døraflåsning med variation mellem 7-55 dage: Patient nr. **1** er en patient med periodiske depressioner af meget svær grad. Under den aktuelle indlæggelse frembød han svær suicidal adfærd (det er den samme patient, der af samme årsager måtte bæltefikseres i perioden fra d. 18.5.-1.6.02 og som foretog det tidligere omtalte selvmordsforsøg der førte til fastholdelse i forbindelse med snitsårsbehandling). Patienten var tvangstilbageholdt på såvel behandlings- som farekriteriet. Patient nr. **2** havde som følge af medicinophør tilbagefald af svær psykotisk tilstand, under hvilken patienten er utilgængelig for normal verbal kontakt, er svært tankeforstyrret og adfærdsforstyrret med dørsøgende adfærd. Måtte tvangstilbageholdes på behandlingsindikation. Patient nr. **3** var svært psykotisk uden sygdomserkendelse. Måtte tvangstilbageholdes på behandlingsindikation og ville konstant forla-

de afdelingen, hvis ikke døren var låst. Patient nr. 4 var tvangstilbageholdt få dage på behandlingsindikation, døren måtte låses for at sikre patientens tilstedeværelse. Da man efter få dage atter ville åbne døren blev patienten panisk bange, kunne ikke udholde tanken om, at der kunne komme fremmed ind til hende om natten. Vi er vidende om, at denne patient der igennem adskillige år har boet på plejehjem, til stadighed ønsker døren til sit værelse aflåst af frygt for sin egen sikkerhed. Patient nr. 5 der har periodisk svær depression med psykotiske symptomer, måtte ved indlæggelsen tvangsfikseres på grund af farlighed og var i efterflg. periode desorienteret, urolig og forpint med risiko for i et ubevogtet øjeblik, som følge af forvirringen at forlade afdelingen. Patient nr. 6 er en patient med periodisk depression af svær grad med psykotiske symptomer, patienten var netop tilbageflyttet fra nabobyens lukkede afdeling, men måtte pga. vedvarende selvmordstrusler og latent selvbeskadigende adfærd beskyttes med døraflåsning.
...”

Det oplyste om de nævnte tilfælde giver mig ikke anledning til bemærkninger.

Jeg har ved telefonisk henvendelse til psykiatrisk afdeling fået oplyst at der er tale om aflåsning af (den lille) afdeling E51 der indeholder tre enestuer, en forgang, en opholdsstue og et køkken/spisestue.

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 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 patientværelser med et dertil knyttet afdelingspersonale. Der kan herefter rejses spørgsmål om hvorvidt det er i

overensstemmelse med psykiatriloven at oprette en (meget) lille (sær)afdeling som alene indeholder tre patientstuer med nogle udenomsarealer, og som stort set altid, eller i hvert fald ofte, er aflåst af hensyn til en, to eller alle tre patienter. Givet er det 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 f.eks. tilbydes ophold på gangareal og adgang til bad og toilet.

Jeg er opmærksom på at det her rejste spørgsmål også kan rejses for så vidt angår etablering af såkaldt skærmede afsnit på en afdeling hvor skærmningen består i at der fysisk indrettes et mindre, aflåst område for ganske få patienter.

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 grundlag for at udtale en kritik af den ordning der praktiseres på afdeling E51 på Psykiatrisk Afdeling på Vejle Sygehus. Jeg har imidlertid sendt Indenrigs- og Sundhedsministeriet et eksemplar af den endelige rapport af 27. november 2002 og af denne opfølgingsrapport med henblik på at det rejste spørgsmål kan indgå i ministeriets overvejelser i forbindelse med udarbejdelsen af forslaget til revision af psykiatriloven.

Jeg rejste spørgsmål om en patient der var tvangsfikseret med bælte i 12 døgn.

Psykiatrisk afdeling har oplyst at patienten i perioder var svært selvmordsfarlig og selvbeskadigende.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Vejle Amt har i udtalelsen af 10. januar 2003 om min gennemgang af tvangsprotokollen anført:

”Psykiatريفالtingen oplyser, at afdelingsledelserne på de psykiatriske afdelinger har drøftet sagen vedr. tvangsprotokollerne. Der vil foregå en generel opfølgning på tvangsregistreringen på afdelingerne, således at fejlregistreringer undgås. Endvidere er afdelingerne opmærksomme på uddannelse af nyt personale i forhold til dette emne.”

Dette tager jeg til efterretning.

7. Opfølgning

Jeg beder afdelingen om at sende de oplysninger mv. som jeg har anmodet om, tilbage gennem Vejle Amt.

8. Underretning

Denne opfølgingsrapport sendes til Psykiatrisk Afdeling på Vejle Sygehus samt afdelingens patienter, Vejle Amt, Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 og som nævnt til Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Inspektionschef
Lennart Frandsen