



Inspektion på Rigshospitalets psykiatriske afdeling

Efter en inspektion på Rigshospitalets Psykiatriske Afdeling O kritiseret en række forhold for patienterne på de lukkede afsnit.

FOB nr. 88.201

Rettet forskellige henstillinger til Rigshospitalet om bl.a. forbedring af lokaleforhold og beskæftigelsesmuligheder.

(J. nr. 1987-1626-618).

I henhold til instruksen for Folketingets Ombudsmand, § 3, stk. 3, aflagde jeg den 14. december 1987 et inspektionsbesøg på Rigshospitalets Psykiatriske Afdeling O.

Forud for inspektionen havde jeg fra afdelingen modtaget et omfattende materiale om afdelingen. Under inspektionen havde jeg drøftelser med afdelingsledelsen og med personalerepræsentanter. Jeg havde endvidere lejlighed til enkeltvis at tale med en række patienter, der havde ønsket en samtale med mig, og til at gennemgå et udvalg af indlæggelsespapirer og journaler samt de bøger, hvori der gøres optegnelse om anvendelse af fiksering (bæltebøgerne) for de to lukkede afsnit.

Med skrivelse af 12. februar 1988 sendte jeg et udkast til den beskrivende del af redegørelsen om inspektionsbesøget til Afdeling O med henblik på, at afdelingen kunne meddele mig, om der var behov for at foretage rettelser eller tilføjelser.

Den 1. og 22. juni 1988 modtog jeg afdelingens kommentarer, som derefter blev indarbejdet i redegørelsen. Den således ændrede redegørelse sendte jeg til Rigshospitalet, og jeg havde den 30. august 1988 en afsluttende drøftelse med afdelingens ledelse. Oplysninger, der fremkom under drøftelsen, er indarbejdet i den endelige redegørelse.

Den 28. november 1988 afgav jeg følgende redegørelse om inspektionen:

»...

1. Generelt om Afdeling O:

1. Afdelingen:

Rigshospitalets Psykiatriske Afdeling O er, sammen med en militærpsykiatrisk afdeling, beliggende i nogle af de ældste bygninger på Rigshospitalets område. Bygningerne blev renoveret i begyndelsen af 1960'erne.

Afdeling O er en almen psykiatrisk afdeling, dvs. at afdelingen modtager psykiatriske patienter af alle kategorier. Afdelingen fungerer ligesom det øvrige Rigshospital dels som regionshospital, dels som universitetshospital, og hospitalet har visse lands- og landsdelsfunktioner. Som regionshospital betjener afdelingen - som akut modtageafdeling - det indre Østerbro og det indre Nørrebro med et befolkningsunderlag på 84.000 (stigende til 100.000). Som universitetshospital varetager afdelingen undervisning og forskning. Endvidere har afdelingen særlige ekspertområder.

Afdelingen har 71 senge og 4 overnatningssenge. Belægningsprocenten er i gennemsnit på 98. Når 55 af patienterne er indlagt fra regionen, bør der sendes patienter videre til Sankt Hans Hospital i henhold til en betalingsaftale.

Af de 71 senge er 4 senge beregnet til særlige forskningsprojekter. Patienter, der deltager i forskningsprojekter, er kun i sjældne tilfælde ambulante patienter. I det omfang, der ikke er forskningspatienter på afsnittet, vil andre patienter kunne benytte de 4 senge, indtil der bliver plads f.eks. på et åbent afsnit.

Til afdelingen er der som nævnt ovenfor knyttet et sexologisk afsnit. Afsnittet modtager personer i behandling efter henvisning fra læge eller f.eks. efter aftale med Kriminalforsorgen. Afdelingen har kun haft brug for indlæggelse én gang siden 1986; der må derfor siges at være tale om en ambulante afdeling.

Afdelingen har tilknyttet et krisekontor, hvor der ydes psykoterapeutisk hjælp til personer, som har været i stærkt belastende situationer. Det kan f.eks. være kriseterapi til politi, som har været udsat for vold. Kontoret finansieres ved indtægtsdækket virksomhed.

Endelig samarbejder modtageafsnittets personale med Retsmedicinsk Institut om undersøgelse og psykologisk bistand til personer, som har været udsat for voldtægt.

På inspektionsdagen var der indlagt 71 patienter. Af de indlagte patienter havde 15 været indlagt ca. 2 måneder eller derover. Den patient, som havde været indlagt i længst tid, havde været indlagt i et halvt år.

2. Personalet (læger, psykologer og plejepersonale):

Læger.

Den lægelige stab på Afdeling O omfatter:

4 overlæger(den ene er leder af sexologisk afsnit og er ikke aktiv i almenpsykiatrien). En af overlægerne er universitetsansat professor og administrerende overlæge.

17 yngre læger, heraf 7 førstereservelæger, 10 reservelæger (hvoraf 4 er ansat i uddannelsesstilling med henblik på at få specialistaugmentation) og 1 klinisk assistent.

8 yngre læger og 1 overlæge er udelukkende beskæftiget med ambulante virksomhed, og den kliniske assistents stilling er rent forskningsmæssig.

9 yngre læger er tilknyttet sengeafsnittene, således at de lukkede afsnit har hver 1 førstereservelæge og 2 reservelæger i bunden vagt, mens de åbne afsnit tilsammen råder over en førstereservelæge og 2 reservelæger.

Førstereservelægerne er til rådighed på det sengeafsnit, de forestår i gennemsnit 32 timer pr. uge. Reservelæger og uddannelseslæger i henholdsvis 20 og 16 timer pr. uge. Fra disse timetal fragår tid til konferencer samt 2 timers efteruddannelse pr. uge.

Da afdeling O er en universitetsafdeling, består en betydelig del af det lægelige arbejde i undervisning, dels i form af forelæsninger, dels som undervisning af medicinske studenter på afdelingen, dels som tilrettelæggelse og afholdelse af kurser for læger i psykiatriske uddannelsesstillinger på de forskellige hospitaler i landet.

Overlægerne anvender $\frac{3}{4}$ af deres arbejdstid på undervisning, vejledning og administration, mens den direkte samtalekontakt med patienter udgør ca. $\frac{1}{4}$ af arbejdstiden. Efter det oplyste foregår forskning stort set uden for almindelig arbejdstid.

Psykologer.

Der er ansat 7 psykologer på afdelingen, svarende til 5 fuldtidsstillinger.

Af den samlede arbejdstid går ca. 65 pct. til behandling. Behandlingen består af 50 minutter varende sessioner med individualterapi á 1 time 2 gange ugentlig for indlagte og ambulante patienter. Desuden er der gruppeterapi á 1 time 2 gange ugentlig for indlagte og ambulante patienter. Ca. 15 pct. af psykologernes arbejdstid går til diagnostiske undersøgelser. Resten af tiden benyttes til forskning, undervisning, vejledning og administration.

Plejepersonale.

På inspektionstidspunktet var normeringen af plejepersonale på afdeling O følgende:

Sygeplejersker	38,18 stillinger
Plejere	23,50 stillinger
Sygehjælpere	10,86 stillinger
Heraf ubesat/besat med anden faggruppe (sygehjælpere):	

Sygeplejersker	2,8 stillinger
Plejere	4,68 stillinger

Til lukket *kvindeafsnit* var der knyttet 1 afdelingssygeplejerske, 7,2 sygeplejersker og 12,2 sygehjælpere/plejere.

Til lukket *mandsafsnit* var der tilknyttet 1 afdelingssygeplejerske, 5,6 sygeplejersker og 11,24 sygehjælpere/plejere.

De to åbne afsnit var hver normeret med 1 afdelingssygeplejerske, 3,6 sygeplejersker og 2,56 sygehjælpere/plejere. I *akut* modtagelse var der tilknyttet 1 afdelingssygeplejerske, 7,62 sygeplejersker og 5,88 sygehjælpere/plejere.

II. Beskrivelse af de besøgte afsnit m.v.:

Under inspektionen på afdelingen foretog jeg en egentlig gennemgang af det lukkede kvindeafsnit, det lukkede mandsafsnit, ergoterapien og elstimulationslokalerne. Endvidere så jeg et åbent afsnit og den akutte modtagelsesafdeling.

Lukket kvindeafsnit.

Afsnittet er beliggende på 1. etage i bygningen.

På afsnittet er der udover stuerne (2 ensengs-, 1 tosengs-, 2 tresengs- og 3 firesengs-stuer) et kontor, et besøgsværelse, en stor spise- og opholdsstue, et køkken og et lille rum, hvor der er mulighed for at male og tegne, skrive på maskine, sy og benytte en kondicykel.

I spise- og opholdsstuen er afsnittets TV anbragt. Der findes ikke et separat opholdsrum for ikke-rygere. Man har dog den ordning, at ergoterapi-rummet om eftermiddagen kan benyttes af patienter, der ikke kan udholde røgen i opholdsstuen. Rummet er lille, og der er ingen faciliteter (f.eks. ikke fjernsyn).

Patienterne har adgang til køkkenet, når der i samarbejde med personalet laves mad, bages og lignende. På andre tidspunkter er køkkendøren låst.

Stuerne er som nævnt hovedsagelig 3- og 4-sengs-stuer. Jeg så en 3-sengs- stue på ca. 30 m². De tre senge stod på række med hovedgærdet op mod samme væg. Der var en vask, et spejl, et bord, nogle stole, og 3 skabe til personlige ejendele på stuen. Der var ingen form for udsmykning af rummet. Stuen var ganske lig en stue på en somatisk hospitalsafdeling.

På inspektionsdagen var der 20 kvinder indlagt på afsnittet. Af de 20 patienter var de 9 over 60 år, og 8 af patienterne var under 30 år.

Lukket mandsafsnit.

Afsnittet er beliggende på 2. etage i bygningen.

På afsnittet er der ud over stuerne (1 ensengs-, 1 tosengs-, 1 tresengs- og 2 firesengsstuer) et kontor, et samtalerum, en spise- og opholdsstue og et køkken. Patienterne har samme adgang til at benytte køkkenet som på det lukkede kvindeafsnit.

Heller ikke i dette afsnit er der et separat spise- og opholdsrum for ikke-rygere, og der er end ikke et (mindre) lokale, som kan benyttes af patienter, der ikke kan udholde røgen i opholdsrummet.

I afdelingens enestue er sengen placeret midt i lokalet. Enestuen bruges fortrinsvis til patienter, der bæltefikseres.

Jeg fik forevist forskellige former for bæltter og en fodrem.

På en af stuerne havde en patient overmalet den ene væg med farvekridt. Det blev oplyst, at dette var sket for kort tid siden, og at det ville blive fjernet en af de nærmeste dage.

Ergoterapien.

Ergoterapien har åbent 5 formiddage om ugen fra kl. 9.30 til kl. 11.30 og to eftermiddage om ugen.

I ergoterapien er der mulighed for at tegne og male, spille bordtennis, væve, sy, skrive på maskine, høre musik, spille (der er forskellige instrumenter), lave keramik. Der er endvidere en drejebænk, et mørkekammer og et køkken.

El-stimulation.

Der er indrettet et særligt lokale, hvor der bliver givet el-stimulation, og et lokale, hvor patienterne vågner op efter behandlingen. Opvågningen foregår i et stort lyst lokale, og patienten vil være der i 10-20 minutter, hvor der er en plejer til stede. Herefter hviler patienten inde på afsnittet.

III. Iagttagelser under inspektionen og samtaler med ansatte og patienter:

1. Kapaciteten m.v. på de to lukkede afsnit.

En ung kvindelig patient (indlagt på lukket kvindeafsnit) oplyste, at der ikke sjældent er overbelægning på afdelingen. Hun havde været ude for, at der var op til 6 senge på gangen.

En anden patient fortalte, at hun - da hun blev indlagt med en dyb depression og havde et meget stort behov for søvn, efter ikke at have sovet i flere døgn - var blevet placeret på gangen, hvor der havde været megen uro. Ved min afsluttende samtale med ledelsen blev dette bekræftet, og det blev oplyst, at der specielt i den periode havde været megen uro på afsnittet.

2. Fordelingen af patienter på stuerne.

Som det fremgår af det, der er anført ovenfor, er der ganske få eneværelser. Aldersspredningen er stor på afsnittene. Patienterne er meget forskel-

lige med hensyn til, hvor rolige/urolige de er, og hvor stort behov for ro, de har.

Det blev oplyst, at patienterne bliver fordelt i de enkelte stuer på den måde, at man søger at samle de gamle på stuer for sig. Endvidere søger man at samle de unge urolige. Ofte sker det dog, at urolige og rolige patienter bliver samlet i den samme stue. Når en ny patient ankommer, rokeres der rundt på pladserne, således at de nævnte principper så vidt muligt kan blive fulgt. Et særligt problem består i, at det kan være svært at finde plads til patienter fra andre kulturer, fordi de kan have et andet adfærdsmønster end de andre patienter.

En patient, der var indlagt på det lukkede kvindeafsnit gav udtryk for, at det ud fra flere hensyn er forkert at blande gamle senilconfuse patienter med unge psykotiske på de samme afsnit og på de samme stuer. Hun mente, at det er forkert, at der indlægges senilconfuse, som blot venter på plads på psykiatrisk plejehjem eller almindeligt plejehjem. Hun foreslog, at der i stedet for et lukket kvindeafsnit og et lukket mandsafsnit blev oprettet et lukket afsnit for gamle (af begge køn) og et lukket afsnit for yngre (ligeledes af begge køn).

3. Patienternes kontakt med læger m.fl.

Om patienternes mulighed for samtale med en læge blev det fra lægelig side oplyst, at patienterne i gennemsnit taler med en læge 2-3 gange om ugen i op til 1/2 time ad gangen. Endvidere vil patienten altid kunne få en samtale med en læge, hvis vedkommende udtrykker ønske om det. Patienten vil normalt få samtalen den samme dag, ønsket fremsættes.

En patient pegede på de vanskeligheder, der opstår i de tilfælde, hvor en patient går til ambulans behandling hos en bestemt læge på afdelingen, og senere bliver indlagt. Patienten får da ikke den samme læge ved indlæggelsen. Denne manglende koordination kan give et alvorligt afbræk i behandlingen.

Den daglige stuegang opfattede patienten som utilfredsstillende, fordi den foregår på den måde, at overlægen m.fl. kommer ind på afdelingen og lukker sig inde på et kontor og dér drøfter patienterne. Der er ikke tale om, at der sker en egentlig rundgang på stuerne med samtale med de enkelte patienter.

Generelt om personalet fandt patienten, at der er for lidt personale på afsnittene til, at der kan gives en forsvarlig behandling. Navnlig savner hun mere plejepersonale.

4. Samtykke til behandling.

For så vidt angår den *medicinske behandling*, orienteres patienterne altid om, hvilket medikament de får, og hvorfor de får det. 25 pct. af de patienter, der får medicin, tager imod et tilbud om at modtage en skriftlig vejledning om de ønskede virkninger af medicinen, om behandlingsvarighed og om forskellige bivirkninger, der kan forekomme. At det kun er 25 pct., der tager imod vejledningen, skyldes bl.a., at mange af patienterne har fået medicinen før.

El-stimulation er en behandling, som kun gives til meget dårlige patienter. Det er lidt over 10 pct. af de indlagte på afdeling O, som behandles med el-stimulation.

Patienten selv og pårørende bliver på forhånd grundigt orienteret om behandlingen.

Det kan ske, at der på afdelingen gives el-stimulation uden samtykke.

Under journalgennemgangen blev jeg opmærksom på, at en patient som blev *frivilligt* indlagt den 17. oktober og udskrevet den 9. november 1987, i et tilfælde var blevet lagt i bælte for at hindre ham i at spise, inden han skulle behandles med el-stimulation. Forløbet var således: Den 21. oktober 1987 spiste patienten for at undgå at blive behandlet med el-stimulation. Han blev derfor, da han stadig ikke ønskede at modtage behandlingen, den 23. oktober 1987 lagt i bælte for ikke at spise og drikke, inden han den 24. oktober 1987 fik el-stimulation. - Se nærmere herom nedenfor under afsnit IV 5.1 °.

5. Fiksering m.v.

Ved min gennemgang af bæltebøgerne for de to lukkede afsnit måtte jeg konstatere, at der - i hvert fald på det lukkede mandsafsnit - bliver bæltefikseret stort set hver dag. I bøgerne var der optegnelser om tidspunktet for fikseringen, begrundelse for fiksering, ophør af fiksering; der var behørig underskrift m.v.

Personalet på afdeling O gav udtryk for, at de med glæde havde noteret sig Kallehaug-udvalgets forslag i betænkning om tvang i psykiatrien (betænkning nr. 1068/1986) om, at tvangsbelagte patienter skal have vagt under tvangen. Det måtte imidlertid konstateres, at forslaget mere eller mindre var forsvundet i det lovforslag, der var fremsat i Folketinget. Det sker, at der er mere end 1 bæltefikseret patient ad gangen på afsnittet. Det kan f.eks. være konfuse patienter, som er beskyttelsesfikseret. Som forholdene var nu, kunne det ske, at en enkelt ansat samtidig skal overvåge 3 patienter, der er fikseret. I særlige tilfælde kan det ske, at der samtidig er 5 fikserede på et afsnit. Dette er dog sjældent. Afdelingen ønsker, at fast ansat personale kan tage sig af dem, der er fikseret. Når afdelingen rekvirerer ekstra plejepersonale, f.eks. til støtte i tilfælde, hvor der er mange fikserede, tilstræbes det, at dette personale yder hjælp til de mindst plejkrævende patienter, mens det faste personale passer det dårligste, herunder de fikserede patienter.

Det blev oplyst, at en konsekvens f.eks. af afslag på en gårdtur, som patienten ønsker, kan medføre voldsomhed, der kan føre til bæltefiksering. Afslaget på gårdturen kan ofte være givet, fordi der ikke er plejepersonale til at gå med på turen. Der har i øvrigt været en stigende vold mod personalet på det seneste.

6. Beskæftigelsesmuligheder.

Ergoterapien modtager patienter fra alle sengeafsnit og ambulatorier efter lægehenvielse. På besøgstidspunktet havde militærpsykiatrisk afsnit og de ambulante patienter ikke mulighed for behandling i ergoterapien på grund af personalesituationen.

Mulighederne for at deltage i ergoterapien er afhængig af, hvilket afsnit patienten er indlagt på. For indlagte på de lukkede afsnit kan det være vanskeligt at komme i terapi, fordi det ofte kræver følgeskab af en plejer. Ofte kan det ikke tilbydes patienter at gå i ergoterapi, fordi de skal have en plejer med, som ikke kan undværes på afsnittet. På de lukkede afsnit forsøges problemet løst ved, at der er en ergoterapeut til rådighed på afsnittet et par timer om dagen.

Ergoterapi benyttes navnlig til unge psykotiske patienter. Det betyder, at gamle senilconfuse patienter kun i ringe omfang tilbydes ergoterapi. De er ofte overladt til blot »at sidde hen«. De senilconfuse patienter udgør 20-25 pct. af de indlagte.

Der var på inspektionstidspunktet ansat ergoterapeuter i 3½ stilling. Fra den 1. januar 1988 er der ansat 5 terapeuter, svarende til 196 timer om ugen. Arbejdsopgaverne fordeler sig på følgende måde:

Ergoterapeuterne deltager hver dag i morgenmøder for patienterne på afsnittene.

5 dage om ugen er der en ergoterapeut 2-2 1/2 time om formiddagen på henholdsvis lukket mands- og kvindeafsnit.

5 dage om ugen er der åbent i terapien for alle afsnit fra kl. 9.30 til 11.30. Der er 3 terapeuter til rådighed for mellem 14 og 18 patienter.

2 ergoterapeuter er tilknyttet ambulante patienter 3 eftermiddage om ugen.

Endvidere deltager ergoterapeuterne i afdelingens konferencer.

1 af terapeuterne er instruktionsergoterapeut for terapeutstuderende og deltager alene i patientarbejdet i de »studenterfri« perioder.

1 ergoterapeut er ledende ergoterapeut og deltager med ca. 50 pct. af sin arbejdstid i patientarbejdet, mens 50 pct. af tiden bruges til administration.

1 ergoterapeut arbejder 21 timer om ugen på militærpsykiatrisk afdeling.

Det kan godt være et problem at få mulighed for at gå med en patient, f.eks. i biografen eller på hjemmebesøg. Det kan også være vanskeligt at afse tid til at gå en tur med patienter, hvilket især er uheldigt, hvis en patient er meget urolig. På grund af mangel på plejepersonale, og fordi der ikke er direkte adgang fra de lukkede afsnit til den lukkede patienthave, kan der gå flere dage mellem, at patienterne får lejlighed til ophold uden dørs. Afdelingen gav udtryk for, at manglen på personale ikke er forårsaget af ubesatte stillinger, men af en normering, der sammenholdt med behovet er for lav.

Det blev oplyst, at der af og til er løbetræning med de patienter, der ønsker det. Løbetræningen varetages af skiftende personalemedlemmer, afhængigt af tid og forudsætninger.

7. Journalgennemgang m.v.

I forbindelse med inspektionen gennemgik jeg følgende:

- indlæggelsespapirerne for de patienter, som på inspektionsdagen var indlagt på afdelingen, og som var tvangsindlagte og/eller tvangstilbageholdte,

- bæltebøgerne fra de to lukkede afsnit,

- journalen for hver 3. af de patienter, der var noteret som bæltefikserede i bæltebogen siden september 1987.

I to af journalerne måtte jeg konstatere, at der ikke i den skematiske del var anført, hvorvidt patienten var frivilligt indlagt eller tvangsindlagt. I to andre journaler måtte det konstateres, at der ikke var oplysninger om tilsynsværge.

Det fremgik heller ikke i alle tilfælde tilstrækkeligt tydeligt af journalerne, hvorvidt en patient, som havde ønsket at blive udskrevet, havde frafaldet ønsket.

8. Socialrådgivning, vejledning og rådgivning af patienterne.

På afdeling O, også omfattende sexologisk afsnit og militærpsykiatrisk afdeling, er ansat 8 socialrådgivere, svarende til 6,5 fuldtidsstillinger.

Den ledende socialrådgiver på afdelingen oplyste, at der kan være store koordineringsproblemer med lokale socialcentre. Flere af patienterne har haft kontakt med et socialcenter, og det er af stor betydning for patientens forhold (og behandling), at der gøres en samlet og koordineret indsats vedrørende patientens sociale forhold.

Samtidig er de psykiatriske patienter generelt en svag gruppe med et blandet sygdomsbillede, der kan have vanskeligt ved at finde forståelse for og afhjælpning af deres specielle vanskeligheder i samfundet.

Den ledende socialrådgiver oplyste, at der på denne baggrund er indledt et snævert samarbejde med socialcenteret Blågård (som ligger i Rigshospitalets optageområde). En gruppe bestående af læge, socialrådgiver og distriktssygeplejerske afholder et ugentligt møde på socialcentret, hvor sagsproblemer af fælles interesse drøftes og behandles. Praktiserende læger og børnelæger indbydes til mødet efter behov. Endvidere har afdeling O undervist socialcentrets personale i psykiatriske emner.

Samarbejdet mellem afdelingens socialrådgivere og socialforvaltningerne sker med patienternes samtykke.

På spørgsmålet om, i hvilket omfang socialrådgivere eller afdelingens øvrige personale bistår patienterne med udformningen af klager over behandlingen m.v., blev det oplyst, at patienterne stort set altid selv kan finde ud af at klage. Det blev dog nævnt, at de gamle og de stærkt psykotiske ofte er ude af stand til selv at klage. Endvidere blev det nævnt, at patienterne ofte bliver vejledt om muligheden for at klage, uden at det herefter sker.

IV. På baggrund af inspektionsbesøget m.v. skal jeg udtale følgende:

1. Den fysiske indretning af de to lukkede afsnit.

Inden for sygehusvæsenet har der igennem årene vist sig en stigende forståelse for, at gode fysiske rammer har betydning for patienternes trivsel og helbredelse m.v. Det er uden videre klart, at gode fysiske rammer har en særlig betydning på psykiatriske afdelinger. Det kommer her også i betragtning, at der på psykiatriske afdelinger opholder sig patienter, som er indlagt mod deres vilje - enten fordi de er tvangsindlagte, eller fordi de er tvangstilbageholdte.

Som nævnt ovenfor er Rigshospitalets Psykiatriske Afdeling beliggende i de ældste bygninger på Rigshospitalets område, og afsnittene forekommer utidssvarende, institutionsprægede og triste. Jeg finder navnlig anledning til at komme med bemærkninger om følgende forhold på de to lukkede afsnit: (1°) 3- og 4-sengsstuerne, (2°) opholds- og spiserummene, (3°) adgangen til udendørs ophold.

1°. På de to lukkede afsnit er de fleste af stuerne som nævnt 3- og 4-sengsstuer, og der er kun få enestuer.

Afdelingen oplyste, at afsnittene ved placeringen af patienter på stuerne hele tiden søger at tage hensyn til, hvordan patientsammensætningen er, om patienterne kan klare at ligge på stue med hinanden o.lign. Således søger afsnittene at samle de gamle patienter på stuer for sig. Enestuerne benyttes til de dårligste patienter, men da der er så få enestuer på afsnittene, ser afdelingen sig ofte nødsaget til at prioritere, hvilke af patienterne der er dårligst, uanset at flere patienter kan være meget dårlige og have særligt behov for ophold på en enestue. Når en ny patient ankommer, ro-

keres der ofte rundt på pladserne, således at de nævnte principper så vidt muligt følges.

De store stuer med 3-4 senge sammenholdt med det skiftende klientel, som en akut modtageafdeling har, betyder, at det ikke er usædvanligt, at en patient må skifte opholdssted (seng) 1-2 gange om ugen.

Man er på afdelingen opmærksom på, at det kan være belastende i sig selv på denne måde ofte at skifte opholdssted, og det har været genstand for overvejelser på afdelingen, om det er nødvendigt, at patienter skifter opholdssted så hyppigt. Mindre stuer ville reducere problemet væsentligt. Der kan imidlertid ikke oprettes mindre stuer, f.eks. ved hjælp af skillevægge, da lokalerne er for små og uhensigtsmæssigt placerede i forhold til vinduer. Det vil derfor være nødvendigt med en arealudvidelse, hvis behovet for mindre stuer skal opfyldes.

Udover at det er ganske utilfredsstillende, at patienterne bliver udsat for at måtte skifte stue (og medpatienter på stuerne) ofte flere gange om ugen, betyder de store stuer med 3 eller 4 senge, at patienterne ikke har det mindste privatliv. Disse patienter er låst inde på et begrænset område, og de er påtvunget samvær med andre psykisk dårlige patienter. De psykisk syge må efter min opfattelse sikres et minimum af privatliv. På de store stuer har alle patienterne i midtersengene end ikke »en væg at vende sig imod«.

Jeg må finde det meget ønskeligt, at der gennemføres foranstaltninger på de enkelte stuer, der sikrer patienterne i hvert fald et minimum af privatliv, som fører til, at antallet af flytninger af patienter fra én stue til en anden begrænses betydeligt i forhold til, hvad der efter det oplyste for tiden er tilfældet.

2°. På de lukkede afsnit er der - udover stuerne - alene gangen og den store spise- og opholdsstue som opholdsmuligheder for patienterne. Spise- og opholdsstuen er på begge afsnit meget lidt indbydende.

Det vil efter min opfattelse være meget ønskeligt, om man ved hjælp af ændret møblering, farver på væggene m.v. søger at opnå et mindre koldt og institutionspræget miljø. Det er endvidere meget ønskeligt, at afsnittene har mere end ét fællesrum til ophold og spisning. Fællesrummet er efter det oplyste præget af udstrakt brug af fjernsynet og af storrygende patienter. Begge dele er efter omstændighederne yderst forståeligt og bør formentlig ikke søges ændret. Patienter, der ikke ønsker at opholde sig i dis-

se omgivelser, bør imidlertid kunne tilbydes ophold i et røgfrit og mere stilfærdigt lokale med rimelige faciliteter.

På det lukkede kvindeafsnit er problemet med rygning delvist søgt løst ved, at ergoterapirummet om eftermiddagen er røgfri zone. Denne løsning er dog langt fra tilfredsstillende. Rummet er lille og uindbydende. Der er ingen behagelige møbler, og der er ikke fjernsyn i rummet. Og rummet er som nævnt kun åbent for ophold om eftermiddagen.

På det lukkede mandsafsnit, som ikke har et ergoterapirum, har patienterne ikke mulighed for at bruge et enkelt lokale som et røgfrit opholds- og spiserum.

Etableringen af et yderligere, rimeligt opholds- og spiserum på hvert af afsnittene vil også imødekomme patienternes behov dels for plads omkring sig, dels for i højere grad end under de nuværende forhold selv at kunne vælge hvor de vil opholde sig, og hvem de vil være sammen med.

3°. Da de lukkede afsnit er beliggende på 1. og 2. sal, er der ikke direkte adgang fra de lukkede afsnit til den lukkede patienthave. Afdelingen oplyste, at patienterne kun har mulighed for at opholde sig i haven i følgeskab med en plejer, og at der kan gå dage imellem, at et ønske fra en patient om ophold i haven kan imødekommes. At en patient under opholdet i den lukkede have skal ledsages af en plejer, kan skyldes det forhold, at der ikke er direkte adgang til haven. Det kan også skyldes, at der er behov for, at den enkelte person under opholdet overvåges nøje.

Det er efter min opfattelse helt utilfredsstillende, at patienter, der ønsker det, ikke sikres adgang til i hvert fald ét dagligt udendørs ophold.

Jeg har anmodet Rigshospitalet om at underrette mig om, hvad det her anførte om lokaleforholdene m.v. på de lukkede afsnit giver anledning til.

2. Patienternes beskæftigelsesmuligheder.

Efter min opfattelse er der for få aktivitetstilbud til de patienter, som er indlagt på de lukkede afsnit (bemærkningen »de har jo ikke andre muligheder end at ryge, drikke kaffe og se fjernsyn«, hørte jeg flere gange under mit besøg).

Ovenfor er givet oplysning om, hvorledes ergoterapien er normeret, og om hvordan arbejdet er tilrettelagt.

Det må om udnyttelsen af de 196 ergoterapeuttimer, der nu er til rådighed for afdelingen, konstateres, at det kun er en begrænset del (ca 30 pct.) af timerne, som er egentlige »patienttimer«, dvs. står direkte til rådighed for patienterne. En stor del af ergoterapeuternes tid går med administration og med at følge med i, hvordan patienterne har det, og hvad deres behov er. Afdelingen oplyste, at patientklientellet er svært, da det gennemgående er akut meget dårlige patienter, som indlægges. Deres tilstand under opholdet på afsnittene er ikke stationær, og det er derfor vanskeligt for ergoterapeuterne at planlægge et behandlingsforløb.

Afdelingen oplyste endvidere, at den i forhold til andre psykiatriske afdelinger har en lav ergoterapeutnormering. - Dette er dog ikke blevet nærmere dokumenteret.

Jeg må finde det meget ønskeligt, at det antal timer, hvor patienterne tilbydes beskæftigelse ved ergoterapi, øges væsentligt. Jeg savner forudsætninger for at kunne tage nærmere stilling til, i hvilket omfang en øgning kan opnås ved en ændret arbejdstilrettelæggelse i ergoterapien. På baggrund af de oplysninger, som jeg har modtaget, forekommer det imidlertid nærliggende at antage, at der også inden for den nuværende normering kan ske en ikke ubetydelig øgning af »patienttimer«. En øgning til det *ønskelige* antal timer kan dog næppe nås, uden at der tilføres yderlige personale.

Udover at fremhæve det betydningsfulde i, at patienterne under opholdet beskæftiges med noget, som de finder meningsfyldt, finder jeg anledning til at pege på, at det særligt for de patienter, som gennem længere tid er indlagt på de lukkede afsnit, er vigtigt, at der er ressourcer til fra tid til anden at gå en tur med dem uden for det område, de er låst inde på - det kan være at følge dem til ergoterapien, følge dem en tur til hospitalets kiosk eller længere ture som f.eks. hjemmebesøg. Endvidere er det ønskeligt, at de patienter, der er interesseret i det, dagligt har mulighed for at dyrke motion under en eller anden form - f.eks. gymnastik eller løbetræning (beliggenheden op til Fælledparken synes at give fortrinlige muligheder).

Jeg har bedt Rigshospitalet om at underrette mig om, hvad det anførte giver anledning til.

3. Patientsammensætningen.

Som nævnt ovenfor er aldersspredningen på afsnittene stor. De senilconfuse patienter udgør som nævnt ovenfor 20-25 pct. af patienterne. Denne gruppe af patienter skaber særlige problemer for afdelingen. Gruppen kan være udsat. Det blev således oplyst, at det af og til sker, at en gammel senil patient væltes omkuld af en yngre (f.eks. manisk) patient med »fart på«. Dette kan dels være farligt for den gamle; samtidig øger uroen på afsnittet måske den gamles i forvejen forvirrede sindstilstand.

På min forespørgsel om det relativt store belæg af senilconfuse patienter har givet anledning til overvejelser om oprettelse af et særligt gerontopsykiatrisk afsnit, oplyste afdelingen, at den ikke har faglige eller institutionelle indvendinger imod, at de gamle patienter samles på en gerontopsykiatrisk afdeling eventuelt på et andet hospital. Afdelingen vil være interesseret i et samarbejde med andre hospitaler om overflytning-/udveksling af patienter.

Der er efter det oplyste kun i begrænset omfang foretaget overvejelser og undersøgelser af muligheden for at gennemføre en sådan flytning af denne patientgruppe til særlige afdelinger.

Jeg har henstillet til Rigshospitalet at undersøge mulighederne for at gennemføre en flytning af den omtalte patientgruppe til særlige afdelinger, og jeg har bedt Rigshospitalet om at underrette mig om resultatet af undersøgelsen.

4. Beskyttelses- og tvangsfiksering.

Efter mit møde med afdelingen den 30. august 1988 modtog jeg med skrivelse af 6. september 1988 fra afdelingen en opgørelse over, hvor mange timer der har været anvendt henholdsvis beskyttelsesfiksering og tvangsfiksering på de to lukkede afsnit i perioden fra den 1. januar til den 31. marts 1987 og i perioden fra den 1. januar til den 18. maj 1988. Navnlig for så vidt angår tvangsfikseringerne viser opgørelsen et markant fald i antallet af »fikseringstimer«. Samtidig oplyste afdelingen, at der er en tendens til stigning i forbruget af faste vagter.

Afdelingen oplyste ved inspektionen, at det er afdelingens ønske, når det er nødvendigt at tvangsfiksere, at der kan tilknyttes en fast vagt, som hele tiden er ved den fikseredes side, og at døren til det lokale, hvor patienten ligger fikseret, kan lukkes. Imidlertid sker mange fikseringer om aftenen og om natten, hvor der er mangel på personale. Dette medfører, at den fikserede må ligge alene og for åben dør.

Dette er efter min opfattelse en ydmygende og uacceptabel situation for den tvangsfikserede; endvidere kan det være ubehageligt for medpatienter og for pårørende, der måtte være på afdelingen.

Jeg har anmodet Rigshospitalet om at oplyse, hvad det anførte giver anledning til.

Jeg har noteret mig, at afdelingen er opmærksom på så vidt muligt at knytte fast vagt til den tvangsfikserede.

5. To enkeltsager.

1° Ovenfor er omtalt et tilfælde, hvor der skete tvangsfiksering af en patient for at hindre ham i at spise. Dette skete, fordi han skulle behandles med el-stimulation. Patienten var frivilligt indlagt.

Afdelingen har under samtalerne med mig oplyst, at beslutningen om at foretage el-stimulation imod patientens ønske var nøje overvejet, og at også beslutningen om tvangsfikseringen var truffet efter nøje overvejelse.

Sagen har givet mig anledning til at understrege over for afdelingen, at skridt som de nævnte over for en patient, som er frivilligt indlagt, (også) indebærer en beslutning om tvangstilbageholdelse med de hertil knyttede retsgarantier (vejledning om klagemuligheder og om adgang til at få beskikket en tilsynsværge).

2° En patient begik selvmord ved hængning på det lukkede mandsafsnit i midten af september 1986. Hans far har rejst kritik af afdelingens sikkerhedsforanstaltninger og har anmodet om at modtage et eksemplar af afdelingens sikkerhedsreglement. Dette ønske er ikke blevet imødekommet af afdelingen.

Jeg har under mødet den 30. august 1988 drøftet sagen med afdelingen, og jeg har i den forbindelse fået udleveret et sikkerhedsreglement af 21. juli 1988. Dette er det første egentlige (skrevne) sikkerhedsreglement for afdelingen.

Jeg har den 11. november 1988 haft en samtale med faderen og har i den forbindelse udleveret sikkerhedsreglementet.

Jeg foretager mig ikke videre vedrørende dette forhold.

V. Underretning m.v.

Denne redegørelse har jeg sendt til

Rigshospitalet, Afdeling O

Rigshospitalet, Direktionen

Sundhedsministeriet

Folketingets Retsudvalg

Det i henhold til grundlovens § 71, stk. 7, nedsatte udvalg

...«

I forlængelse heraf meddelte Rigshospitalets Psykiatriske Afdeling O og Sundhedsministeriet mig, at der ville blive foretaget en lang række forbedringer af forholdene for de psykiatriske patienter på afdeling O.

Således oplyste Sundhedsministeriet i et brev af 20. april 1989 følgende:

»...

Redegørelsen blev den 8. december 1988 drøftet på et møde mellem Psykiatrisk afdeling O's ledelse og repræsentanter for henholdsvis Sundhedsministeriets departement og Rigshospitalets direktion. Deltagerne i drøftelsen foretog efterfølgende en besigtigelse af hele afdelingen. Det blev på mødet aftalt, at en arbejdsgruppe på Rigshospitalet skulle foretage en nærmere gennemgang og vurdering af forholdene på afdeling O og herunder komme med forslag til forbedring af forholdene.

Rigshospitalets direktion har herefter i brev af 31. januar 1989 meddelt, at man på grundlag af en redegørelse fra ovennævnte arbejdsgruppe har besluttet at iværksætte en række initiativer, der tager sigte på at forbedre forholdene for de psykiatriske patienter på Rigshospitalet.

Ved udarbejdelsen af forslag til forbedringer af de fysiske rammer har Rigshospitalet med udgangspunkt i kritikken i ombudsmandens redegørelse lagt til grund,

- at 3-sengsstuer og 4-sengsstuer principielt bør afskaffes,

- at de lukkede afsnit (kvinde- og mandsafsnit) bør søges placeret således, at der bliver lettere adgang for patienterne til at benytte den lukkede gårdhave,

- at der bør oprettes et særligt gerontopsykiatrisk afsnit, og

- at der generelt bør ske en forbedring af spiseog opholdslokaliteterne (rygere/ikke-rygere, renovering og bedre vedligeholdelsesstandard).

Det har været et erklæret mål så vidt muligt at holde samtlige psykiatriske afdelingers funktioner samlet inden for samme bygningskompleks. Rigshospitalet har i denne forbindelse fundet, at de eksisterende bygninger kan bringes til at fungere som en udmærket bygningsmæssig ramme for afdelingens arbejde, selv om de hører til den ældste del af hospitalets bygningsmasse.

På denne baggrund har Rigshospitalets direktion besluttet at gennemføre et forslag om:

- at placere et lukket afsnit med 12 senge (5 2-sengsstuer og 2 enestuer) i stueetagen med direkte adgang til patienthaven (den lukkede) med forbedrede opholdsfaciliteter og opbygning af udestue i forbindelse med udgangen til haven,

- at placere et lukket afsnit med 12 senge (5 2-sengsstuer og 2 enestuer) på 1. sal, ligeledes med forbedrede spise- og opholdsfaciliteter. Fra dette afsnit foreslås etableret indvendig trappenedgang fra opholdsstue til tilsvarende opholdsstue i lukket afsnit i stueetagen, hvorfra der er direkte udgang til lukket patienthave,

- at nyoprette et særligt gerontopsykiatrisk afsnit på 10 senge (4 2-sengsstuer og 2 enestuer) placeret på 1. sal,

- at placere de åbne sengeafsnit 36 senge i 3 afsnit på 2. sal (15 2-sengsstuer og 6 enestuer),

- at samle de militærpsykiatriske funktioner på 3. sal (tagetagen), som hidtil 10 senge,

- at bevare ergoterapien på 3. sal, og

- at flytte den sexologiske klinik til bygning 110, afsnit 7642 på Tagensvej.

Det bemærkes, at det med oprettelsen af et særligt gerontopsykiatrisk afsnit fremover - som hovedregel - bliver muligt at undgå den uheldige pla-

cering af senilconfuse patienter blandt de øvrige patienter, som påpeget i ombudsmandens redegørelse.

De nødvendige ombygninger som følge af det samlede forslag skønnes at kunne gennemføres i løbet af 1 år fra detailplanlægningens beslutning og forventes at medføre udgifter på ca. 5 mill. kr.

Det kan yderligere oplyses, at Rigshospitalets direktion og afdelingsledelsen på Psykiatrisk Afdeling O er i færd med at gennemgå og planlægge de personalenormeringsmæssige og arbejdstilrettelæggelsesmæssige konsekvenser af ovennævnte ændringer/ombygninger.

Det vil i denne forbindelse blive søgt sikret, at overvågningen af patienter, der er beskyttelses- og tvangsfikserede, forbedres. Endvidere vil beskæftigelsesmulighederne for især patienter på de lukkede afsnit blive søgt forbedret.

Sundhedsministeriet vil vende tilbage med en supplerende redegørelse, når resultatet af dette planlægningsarbejde foreligger.«

Jeg meddelte Rigshospitalet, Psykiatrisk Afdeling O og Sundhedsministeriet, at jeg har taget det oplyste til efterretning.