

1. Indledning

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

Som et led i denne inspektionsvirksomhed foretog jeg og tre af embedets øvrige medarbejdere den 8. december 2004 inspektion af Hvidovre Hospital, Psykiatrisk Afdeling.

Til stede under inspektionen var blandt andre ledende overlæge Birgitte Welcher og ledende oversygeplejerske Vibeke Juhl. Den sundhedsfaglige direktør fra Hovedstadens Sygehusfællesskab der var varslet om inspektionen, skulle ligeledes have deltaget i inspektionen, men blev forhindret heri.

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

I forbindelse med inspektionen anmodede jeg om kopi af tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 30-35 i bekendtgørelse nr. 194 af 23. marts 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering foretaget på afdelingen i perioden forud for den 2. no-

vember 2004 (varslingstidspunktet). Denne bekendtgørelse er afløst af bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 1. januar 2005.

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

Efter min anmodning om udlevering af behandlingsplaner til senere gennemsyn modtog jeg desuden seks behandlingsplaner for patienter (på tre forskellige afdelinger).

Jeg er bekendt med at Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 aflagde besøg på Hvidovre Hospital, Psykiatrisk Afdeling, den 26. april 1999, og at besøget omfattede en rundgang på afdelingens tre lukkede afsnit. Tilsynet afgav rapport om dette besøg den 9. september 1999.

Denne rapport har i en foreløbig udgave været sendt til Hvidovre Hospital, Psykiatrisk Afdeling, og Hovedstadens Sygehusfællesskab for at myndighederne kunne få lejlighed til at fremkomme med bemærkninger til de faktiske forhold i denne rapport. Jeg har modtaget sådanne bemærkninger i breve af 11. maj 2005 fra myndighederne. Bemærkningerne er indarbejdet i denne rapport.

2. Afdelingens organisation mv.

Hvidovre Hospital, Psykiatrisk Afdeling, hører under Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) som varetager sygehusbehandling mv. af borgerne i København og Frederiksbergs Kommuner. Afdelingens optageområde er Vesterbro, Kgs. Enghave, Valby og Vanløse. Til afdelingen er knyttet distriktpsychiatriske centre for hele afdelingens optageområde. Det blev under inspektionen oplyst at patienter med behov for længerevarende indlæggelse efter H:S' nye psykiatriplan forbliver på Hvidovre Hospital, Psykiatrisk Afdeling i stedet for som tidligere at blive flyttet til Sct. Hans Hospital. Det blev ligeledes oplyst at afdelingen også har retspsykiatriske patienter (2-3 i alt på tidspunktet for inspektionen).

Hvidovre Hospital, Psykiatrisk Afdeling, er den anden største akutte psykiatriske modtageafdeling i Hovedstadens Sygehusfællesskab. På inspektionstidspunktet var afdelingen normeret til 121 døgnpatienter fordelt på 10 sengeafsnit, heraf 6 åbne afsnit. For så vidt angår de lukkede afsnit indebærer et projekt på disse afsnit at der i perioden 2004-2005 er tre afsnit med øget normering i stedet for fire lukkede afsnit. Der er tillige i forbindelse hermed tilknyttet psykologer som møder i dagtimerne fire dage om ugen hvor de er tilgængelige for afsnittenes patienter, jf. pkt. 5.19. Formålet med dette projekt er at afdække om en mere intensiv indsats over for patienterne på de lukkede afsnit kan bevirke at de er indlagt kortere tid på disse afsnit, og om antallet af sengepladser som følge heraf kan nedsættes på disse afsnit. Projektet vil blive evalueret senest 1. januar 2006 hvor det vil blive afklaret om ordningen skal gøres permanent, og om der således fremover skal være tre eller fire lukkede afsnit. På inspektionstidspunkt var der (sideløbende med dette projekt) en ombygning i gang på de lukkede afsnit, og herefter skulle der ske ombygning af et åbent afsnit som forventedes færdig ca. 1. september 2005, jf. herom pkt. 3.1.

Pr. 1. januar 2006 vil afdelingen være normeret til 119 døgnpatienter som – afhængig af evalueringen af projektet på de lukkede afsnit – vil være fordelt på enten tre eller fire lukkede sengeafsnit og seks åbne sengeafsnit, herunder et udrednings- og modtageafsnit og et gerontopsykiatrisk afsnit.

Jeg anmoder om oplysning om resultatet af evalueringen af projektet på de lukkede afsnit.

3. Bygningsmæssige forhold mv.

3.1. Generelt

Hvidovre Hospital, Psykiatrisk Afdeling, ligger i Brøndby ca. 3 km. fra de øvrige afdelinger på Hvidovre Hospital.

Den psykiatriske afdeling består (som allerede nævnt) af 10 sengeafsnit, heraf 4 lukkede hvoraf det ene imidlertid ikke var i brug på inspektionstidspunktet, jf. pkt. 2, og indtil videre af en særskilt psykiatrisk modtagelse. Det ene af de tre lukkede afsnit (afsnit 811) var dog på tidspunktet for inspektionen lukket på grund af ombygning. De andre lukkede afsnit er afsnit 809 som netop var ombygget, og afsnit 810 som (endnu) ikke var ombygget. Den igangværende ombygning omfattede også afsnit 812 hvortil patienterne fra afsnit 810 skulle flytte når ombygningen var færdig (hvorefter afsnit 810 midlertidigt under ombygning af åbent afsnit skal huse patienter fra dette afsnit). Efter ombygningen af de lukkede afsnit (som forventedes færdig ca. 1. april 2005) har alle de lukkede afsnit enestuer med eget bad og toilet. Herefter vil afsnit 802 (et åbent afsnit) blive ombygget til et åbent modtageafsnit med henblik på korterevarende indlæggelser og varetagelse af den akutte skadestuefunktion. Denne ombygning forventes som nævnt under pkt. 2 færdig ca. 1. september 2005 og herefter vil flere end halvdelen af afdelingens stuer (71 mod på inspektionstidspunktet 51 stuer) være enestuer. Ledelsen ser helst at alle patienter tilbydes ophold på enestuer og er opmærksom på behovet for enestuer. Afdelingens ledelse søger derfor løbende i samarbejde med driftsafdelingen om penge til udbedring af de fysiske rammer.

I ombygningsperioden er der som nævnt på grund af nedlukningen af det ene lukkede afsnit modtaget flere patienter på de andre lukkede afsnit end de er normeret til (14 i stedet for 11).

Afsnittene ligger på begge sider af en meget lang gang. Gangen har ingen vinduer, men derimod glasbyggesten. Herved opnås lidt dagslys uden at man kan kigge ind/ud hvilket gør gangen noget ensformig. To steder på gangen er der sat et par stole og et lille bord frem hvor ældre og gangbesværede patienter har mulighed for at hvile sig.

Bygningerne har tidligere huset et plejehjem hvorfor afdelingen generelt set er tilgængelig for handicappede. Der er således brede døråbninger og ingen dørtrin. Der er lino-leumsgulv overalt.

Alle afsnittene er ens i opbygning. I indgangsområdet på hvert afsnit hænger en indrammet husorden der er ens for alle afsnittene. Her er bl.a. angivet besøgstider og afdelingens rygepolitik. Der hænger endvidere en brand- og evakueringsplan og en opslags-tavle med patienternes fornavne og forskellig praktisk information. Der er også en telefonboks og en reol med spil.

Fra indgangsområdet er der adgang til personalets kontorer. På kontorerne angiver en tavle patienternes særlige forhold, f.eks. om patienten er tvangsindlagt, retspsykiatrisk patient og oplysning om den kommune som patienten er bosiddende i.

Fra indgangsområdet kommer man ind i afsnittets store, åbne opholdsrum, og fra opholdsrummet leder en gang til afsnittets sengestuer, bade- og toiletfaciliteter og aktivitets- og motionsrum.

Bortset fra i dagligstuerne som har store vinduespartier i den ene side, sidder vinduer i rummene (temmelig) højt og som anført af § 71 tilsynet i tilsynets rapport af 9. september 1999 nogle steder så højt at man ikke siddende kan se ud af vinduet. Vinduernes placering kombineret med tagudhængen gør at rummene virker lidt mørke.

3.2. Sengeafsnit

3.2.1. Sengestuer

Under inspektionen besigtigede jeg de to lukkede afsnit (809 og 810), et åbent afsnit (801), og en sengestue på et andet åbent afsnit (803).

Alle stuerne har hospitalsseng, bord, stol(e) og aflåselige klædeskabe svarende til antallet af patienter på stuen. Endvidere er der en håndvask med sæbedispenser, en holder med papirhåndklæder, et spejl og en hylde over vasken. På firesengsstuerne er der to håndvaske.

Der må ikke ryges på sengestuerne. Der kan dog gøres en undtagelse hvis patienten er fikseret.

Afsnit 801 (åbent)

Dette afsnit har plads til 12 døgnpatienter og seks dagpatienter i alderen 18-40 år (mens de øvrige åbne afsnit har plads til 15 indlagte patienter, gerontopsykiatrisk afsnit dog kun til 10 patienter). Afsnit 801 er primært beregnet til patienter som indlægges for første gang med henblik på diagnosticering, udredning og behandling. Patienterne har (derfor) i gennemsnit ophold længere tid på dette afsnit (tre måneder) end på de øvrige åbne afsnit (ca. 1 måned). Generelt fungerer patienterne godt sammen på denne afdeling, bl.a. fordi de har det til fælles at de er indlagte for første gang og derfor bruger hinanden. Der er en overvægt af kvinder på afdelingen. De mænd der indlægges har ofte et misbrugsproblem og flytter generelt hurtigere væk fra afdelingen end kvinderne.

Afsnittet har fem enestuer, en tresengsstue og to tosensstuer. På grund af overbelægning var der dog på tidspunktet for inspektionen tre senge på begge tosensstuer således at der i alt var gjort plads til 14 (døgn)patienter.

Stuerne 5, 7 og 9 blev besigtiget.

Stue 5 er en enestue på ca. 12 m².

Stue 7 er en tosensstue, men for at undgå at mænd og kvinder skulle dele stue, var der på tidspunktet for inspektionen kun en patient på stuen.

Stue 9 er en tosensstue på ca. 18 m². Der var dog (som allerede nævnt) på tidspunktet for inspektionen tre patienter på stuen og derfor tre senge og skabe. Der var et bord, en stol, en taburet og to natborde.

Afsnit 803 (åbent)

Dette afsnit har normalt plads til 15 patienter, men på grund af ombygningen var der på tidspunktet for inspektionen gjort plads til 19 patienter.

Stue 8 blev besigtiget. Der er tale om en firesengsstue på ca. 25 m², men der var dog fem senge på stuen på tidspunktet for inspektionen. Der var dog på dette tidspunkt kun fire patienter på stuen, men det blev oplyst at der nogle gange er fem patienter hvor alle sengene således tages i brug. Der var sat skærme op foran to af sengene. Der er fire aflåselige skabe, natborde til hver seng og et bord med stole. Stuen virkede trang og meget rodet. Det var tydeligt at patienterne havde problemer med at finde plads til deres ting. Der hang fx meget tøj på de to skærme.

En patient klagede over at madrasserne fremtrådte uhygiejniske og i dårlig stand. To af madrasserne på stuen blev besigtiget. De havde store skjolder og pletter og fremstod meget beskidte. Ledelsen oplyste at alle madrasser sendes til rensning efter brug og således er rene når der indlægges en ny patient, men at afdelingen selv er utilfreds med at madrasserne ikke også fremtræder rene. Det blev desuden oplyst at patienterne informeres om denne procedure. Der er således alene tale om et æstetisk problem. Ledelsen oplyste desuden at afdelingen selv havde bragt dette forhold op over for sygehusdirektøren, og at der var lavet et plan om udskiftning af madrasser i 67 senge. Så vidt jeg forstod, forelå der endnu ikke nogen afklaring på forholdet i anledning af henvendelsen til sygehusdirektøren.

Jeg anmoder om oplysning om hvad der videre er sket i anledning af henvendelsen til sygehusdirektøren.

Jeg har noteret mig at der er lavet en plan for udskiftning af madrasser i 67 senge og beder om en kopi af denne plan.

På denne baggrund og på baggrund af det oplyste om at madrasserne renses efter hver patients brug, foretager jeg mig ikke mere vedrørende spørgsmålet om madrassernes stand.

Patienten som klagede over at madrasserne fremtrådte uhygiejniske og i dårlig stand, og en anden patient klagede endvidere over at der på afdelingen manglede nøgler til skabene på sengestuerne således at ikke alle patienter kan låse deres personlige ting inde. Ledelsen oplyste at ledelsen var bekendt med problemet der var særligt stort netop på inspektionstidspunktet på grund af overbelægningen som følge af ombygningen af afdelingen. Ledelsen oplyste at det forekommer at patienter glemmer at aflevere nøglerne når de udskrives, og at der ikke altid er en ekstra nøgle hvorfor der kan gå et par dage før en ny patient får en nøgle. Mangler der en nøgle skal den bestilles med det samme. Hertil kommer at afdelingen ikke ønsker for mange nøgler i omløb, men ledelsen er enig i at alle patienter skal have deres egen nøgle. Indtil patienten selv får en nøgle, tilbyder personalet indelåsning af personlige ejendele. Ledelsen lovede at undersøge hvor mange nøgler der manglede på afdelingen, og sikre at manglende nøgler blev bestilt hvis dette ikke allerede var sket.

Det er efter min opfattelse vigtigt stedse at være opmærksom på at det er nøgler til skabene, herunder at udskevne patienter afleverer deres nøgler, således at patienterne kan låse deres ting inde. Jeg beder ledelsen om at overveje mulighederne for at indføre en procedure der sikrer at der altid er det nødvendige antal nøgler til patienternes skabe, og at meddele mig resultatet af disse overvejelser.

Afsnit 809 (lukket)

Afsnit 809 er ombygget og har kun enestuer. Afsnittet er indrettet til 11 patienter, men under ombygningen af det ene af de andre lukkede afsnit havde afsnittet gjort plads til 14 patienter ved indsættelse af en ekstra seng på nogle af stuerne der således midlertidig fungerede som tosengsstuer. På tidspunktet for inspektionen var der (dog kun) 10 patienter på afsnittet.

Stue 5 og 9 blev besigtiget. De er henholdsvis ca. 8 og ca. 10 m² og har begge eget bad og toilet. Stuen på 8 m² virkede lidt trang.

Afsnit 810 (lukket)

Afsnit 810 har plads til 11 patienter og var på inspektionstidspunktet endnu ikke ombygget/istandsat. Stue 6 og 8 blev besøgt.

Stue 6 er en tosenkstue på ca. 18 m² hvor der på inspektionstidspunktet var indlagt én patient. Patienten viste mig bl.a. indersiden af den ene skabslåge som der var skrevet en del på.

Stue 8 er en firesenkstue på ca. 25 m². På tidspunktet for inspektionen var der dog kun tre senge på stuen, og det blev oplyst at der normalt kun er tre patienter på stuen. På tidspunktet for inspektionen var der (kun) to patienter på stuen. Madrassen på den seng der ikke var i brug, så meget beskidt ud – ligesom de besøgte madrasser på afsnit 803.

Stuerne er kun i meget begrænset omfang udsmykket. Kun få steder er stuerne personligt indrettet, hvilket kan skyldes den korte tid patienterne er indlagt. Den begrænsede udsmykning kombineret med de højsiddende vinduer gør at stuerne virker lidt mørke og nøgne.

3.2.2. Fælleslokaler

Afsnittene er som nævnt ens i opbygningen, og det følgende gør sig således gældende for alle afsnittenes fælleslokaler.

Opholdsrum

Hvert afsnit har et stort åbent opholdsrum ved indgangen til afsnittet. Der er meget højt til loftet og synlige loftsbjælker. I den ene side er der et stort vinduesparti ud mod terrassen og haven, i den anden side et vinduesparti og en dør ind til afsnittets spisestue.

Opholdsrummene er møbleret med to borde med stole. Der er en reol med spil og musikinstrumenter og på afsnit 801 tillige et akvarium. En lav væg på afsnit 809 gør at man ved

det ene bord kan sidde lidt afskærmet fra resten af opholdsrummet som man skal igennem for at komme til afsnittets andre rum.

Væggene er malet i friske farver og udsmykket med billeder. Der var endvidere pyntet op til jul.

På afsnit 801 er opsat et skilt som oplyser at der må ryges i opholdsrummet. Rygning er ikke tilladt i opholdsrummene på de afsnit der (efter ombygningen) har et særskilt rygelokale hvilket på inspektionstidspunktet indtil videre kun gjaldt afsnit 809.

Det blev under inspektionen oplyst at der i forbindelse med den igangværende og forestående ombygning vil blive malet i lysere farver, og at de store opholdsrum vil få mere lys ved fjernelse af en del af udhænget. Bjælkerne i loftet vil blive malet hvide, og der etableres en anden belysning. (Det gælder ikke afsnit 809 der var ombygget).

Jeg har noteret mig det oplyste.

Spisestuer

Fra opholdsrummene er der som nævnt adgang til spisestuen. I glaspartiet ind mod opholdsrummet er der opsat persienner. Der er fire mindre borde med stole samt et væghængt tv. På den ene væg angiver en stor tavle hvilke møder og aktiviteter der er planlagt for hver dag. Også i spisestuerne gør de højtsiddende vinduer at der virker mørkt.

Det er ikke tilladt at ryge i spisestuerne.

Gangarealer

Gangene hvorfra der er adgang til afsnittenes sengestuer, aktivitetsrum, bad og toilet, er malet i forskellige farver. På nogle afsnit er de udsmykket med billeder. På afsnit 809 er lidt af gangarealet ud for nogle af sengestuerne i forbindelse med ombygningen af afdelingen inddraget til badeværelset, og gangen brydes således af disse fremspring. På nogle af gangene var der pyntet op til jul.

En patient på afsnit 809 foreslog at gangen blev malet i andre farver og udsmykket med billeder. Ledelsen oplyste at der ikke er planer om (yderligere) istandsættelse af dette afsnit som netop var ombygget. I forbindelse med ombygning af de andre afsnit vil der som nævnt blive malet i lysere farver.

Jeg har i brev 21. december 2004 tilkendegivet overfor ledelsen at jeg går ud fra at ledelsen ved næste malermæssige istandsættelse af afsnit 809 vil overveje et andet farvevalg. Jeg har samtidig viderebragt patientens ønske om udsmykning.

Jeg anmoder om oplysning om hvad det har givet anledning til.

På samme afsnit er der etableret en ekstra dør i den bagerste ende af gangen. Dette giver mulighed for at skærme de (fire) patienter der bor for enden af gangen fra de øvrige patienter. Det blev oplyst at døren kun har været låst én gang, men at den indimellem lukkes.

Rygelokale

På afsnit 809 er der indrettet et separat rygelokale som er det eneste sted der må ryges på dette afsnit. Der er tale om et mindre rum med bord og stole. Der er ikke mulighed for andre aktiviteter i rummet idet det ikke er meningen at patienterne skal opholde sig derinde i længere tid. Luften i rummet bar tydeligt præg af at der ryges meget.

En patient klagede over at det ikke er muligt at foretage en tilstrækkelig udluftning i rygerummet på dette afsnit. Han efterlyste endvidere grønne planter i stedet for de kunstige planter som er i rummet.

Ledelsen oplyste at ledelsen er opmærksom på de utilstrækkelige muligheder for udluftning i dette rum. Af denne grund bygges rygerummene større på de andre afsnit (som var under ombygning) ligesom udsugningen ville blive bedre i disse rum. Arkitekten vil finde en løsning vedrørende disse rum og herefter se på hvordan udsugningen i rygerummet på afsnit 809 kan forbedres.

I forbindelse med mit svar til patienten bad jeg ledelsen om at underrette mig om hvilken løsning der findes på problemet. Jeg har endnu ikke modtaget sådan underretning.

Jeg har noteret mig at der i forbindelse med ombygningen vil blive indrettet større rygerum i de ombyggede afsnit, og at afdelingen herefter vil se på mulighederne for forbedring af rygerummet på afsnit 809. Jeg afventer afdelingens underretning om udfaldet heraf.

Andre fællesrum

På afsnit 801 er der et grupperum til brug for afsnittets seks dagpatienter. Det er indrettet i en tidligere firesengsstue. De andre åbne afsnit har fortsat sengestuer (og har dermed plads til flere indlagte patienter, jf. ovenfor). Grupperummet er indrettet som et almindeligt opholdsrum med sofaer, borde og stole. Der er tillige en håndvask i rummet. Rummet bruges også til arbejdsrum og besøgsrum.

En patient på afsnit 803 oplyste at flere patienter på dette afsnit var utilfredse med rengøringen. Jeg tilkendegav over for patienten at jeg ikke under rundgangen i afdelingen havde fået opfattelsen af at rengøringen var et problem – om end den nok kunne blive bedre. Ledelsen oplyste at ledelsen var enig i at rengøringen ikke altid er optimal, men det var ledelsens opfattelse at den høje belægning betyder at presset på afdelingen er meget højt, så det kunne være svært at holde den sædvanlige standard. Ledelsen oplyste desuden at alle afsnit rengøres én gang i døgnet.

Som nævnt fik jeg ikke under rundgangen i afdelingen indtrykket af at rengøringsstandarder er et problem. På baggrund af det oplyste om at der gøres rent på alle afsnit hver dag, foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold.

En patient på afsnit 809 syntes at vinduerne trængte til at blive pudset. Ledelsen oplyste at afdelingens vinduer pudses med faste intervaller. I brevet til patienten nævnte jeg at

vinduerne nogle steder trængte til at blive vasket/pudset, men at jeg – da der er en fast procedure herfor – ikke havde grundlag for at foretage mig mere vedrørende dette forhold.

3.2.3. Toilet- og baderum

Afsnit 801 og 810 har toiletter og baderum på gangen, fælles for alle patienter på de respektive afdelinger, mens patienterne på afsnit 809 har eget bad og toilet i tilknytning til enestuerne.

På afsnit 801 og 810 er der et rum med håndvask og spejl og adgang til tre båse med toilet, håndvask og spejl. Ligesom på stuerne er der sæbedispensere og papirhåndklæder. Ved siden af toiletrumene er der to bruserum.

Der er ligeledes et stort, handicapegnet badeværelse med bruser og toilet. Der er armstøtter på hver side af toilettet og to brusestole, én der er fastgjort på væggen ved bruseren, og én der kan flyttes.

Toilet- og baderummene har hvide fliser og fremstod rene og pæne.

På afsnit 809 er der som nævnt eget bad og toilet til alle enestuerne. For nogle af badeværelsernes vedkommende er der inddraget lidt af gangarealerne. Der er bruser, toilet med armstøtte, håndvask, spejl og hylde samt sæbedispenser og papirhåndklæder. Væggene er beklædt med vinyl, og der er mange synlige rør.

Også de badeværelser som jeg så på dette afsnit, fremstod rene og pæne.

3.2.4. Aktiviteter

Afdelingen råder over en fælles aktivitetsfløj (kaldet Oasen) og forskellige aktivitets- og motionsrum på de enkelte afsnit. Det er i en redegørelse fra ledelsen som er citeret i tilsynets rapport, anført at patienterne fra de lukkede afsnit har mulighed for at deltage i

aktiviteterne i aktivitetsfløjen afhængig af patienternes interesser og tilstand. Jeg går ud fra at det fortsat forholder sig sådan.

I Oasen er der cykel- og snedkerværksted, keramikværksted og malerværksted. Det blev oplyst at især cykelværkstedet er populært.

Der er desuden en café med tilhørende køkken. Patienterne tilbereder sammen med personalet kager og sandwich der sælges i caféen. Caféen har ikke til formål at tjene penge, og priserne er således lave. Caféen har åbent på faste tidspunkter og er meget populær. Der er tradition for banko i caféen hver tirsdag, og den benyttes også til fester to gange om året hvor også tidligere indlagte patienter kan deltage.

Caféen er delt op i en ryger- og en ikke-rygerafdeling. Til caféen hører også en gårdhave med nyere borde og bænke i træ. Såvel caféen som gårdhaven fremstod meget hyggelig.

Af afdelingens informationsfolder fremgår det at det er muligt for patienterne i caféen at få adgang til internettet og sende og modtage mails.

I Oasen er der endvidere bl.a. bordtennisbord, klaver og billardbord samt en mindre gymnastiksal med bolde, kondicykler og forskellige redskaber.

Alle afsnittene råder over et eller flere aktivitets- og motionsrum.

Aktivitetsrummene er indrettet med sofagrupper, tv og musikanlæg. På afsnit 809 er der tillige et bordfodbold og en kondicykel. I et aktivitetsrum på afsnit 801 kunne patienterne lave silkemaling og nøgleringe mv. til eget brug. I dette aktivitetsrum må der ikke ryges, mens rummet på afsnit 809 var indelukket og lugtede af røg (på trods af at der på dette afsnit alene må ryges i rygerummet).

Motionsrummene er udstyret med mange forskellige redskaber, f.eks. ribber, kondicykler, vægte, bolde, bordtennisbord og (på afsnit 801) trampolin. På væggen er opsat vejledninger med forskellige øvelser mv.

Det blev oplyst at patienterne selv kan træne i rummet, men at fysioterapeuter også træner med patienterne og udarbejder træningsprogrammer mv. til dem.

På afsnit 809 var motionsrummet i ombygningsperioden indrettet som sengestue med to senge adskilt af et sammenklappet bordtennisbord. Rummet havde lige været brugt som sengestue, men blev ikke benyttet hertil på inspektionsdagen. Det blev oplyst at det blev brugt som sengestue tre-fire gange om ugen.

Motionsrummet på afsnit 810 blev ikke besigtiget da det efter det oplyste på dette tidspunkt blev brugt som sengestue.

Om inddragelsen af motionsrummene til sengestuer henviser jeg til afsnit 5.1.

På afsnit 809 er der et træningskøkken. Knivene er altid låst inde. Det hænder dog at bestik, herunder en kniv, forsvinder. I så fald iværksættes en større eftersøgning.

Afdelingen har tillige en festsal som er et stort rum med en scene og højt til loftet. Festsalen bruges, foruden til fester, bl.a. til boldspil (fx floorball), personalemøder, undervisning og dans og musik.

Der foregår forskellige aktiviteter på afdelingerne og på tværs af afdelingerne. Det er begrænset hvor mange der kan (og vil) deltage ad gangen i de enkelte aktiviteter, og gennemførelse af nogle af aktiviteterne forudsætter også at der er et vist antal deltagere. Aktiviteterne omfatter (som allerede til dels nævnt ovenfor) bl.a. praktiske opgaver, bagning, løb i løbehold, silkemaling, fremstilling af nøgleringe mv., floorball i festsalen, konditionstræning i kondirum mv. Nogle patienter har dog restriktioner der udelukker dem fra nogle aktiviteter.

En af de patienter jeg talte med fra et lukket afsnit, efterlyste flere aktiviteter og nævnte som eksempler muligheden for at patienterne i små grupper kan tromme, cykle, gå ture, kaste med bold, bage, gøre rent, rydde op og dyrke vægtløftning.

Ledelsen oplyste at de fleste af de nævnte aktiviteter allerede findes, men at nogle af dem forudsætter at patienterne har tilladelse til at forlade afdelingen. Ledelsen oplyste endvidere at bading finder sted et par gange om ugen på afsnittene. Mulighederne for vægtløftning afhænger af en konkret vurdering i de enkelte tilfælde idet vægtstænger kan benyttes som våben. Ledelsen tilføjede at afdelingen som helhed har stor succes med motion på afdelingen.

Jeg anmoder afdelingen om nærmere at beskrive de aktiviteter som patienterne på henholdsvis de åbne og – navnlig – de lukkede afsnit har mulighed for at deltage i, og herunder oplyse hvor ofte de finder sted.

Det blev desuden oplyst at afdelingen på inspektionstidspunktet var i færd med at indkøbe aktivitetstårne til de patienter der er fikserede.

Jeg anmoder afdelingen om at oplyse nærmere om disse tårne og de erfaringer som afdelingen indtil videre har haft med tårnene.

Af psykiatrilovens § 2 som er citeret under pkt. 5.3., fremgår det at sygehusmyndigheden skal tilbyde sygehusophold mv. som svarer til god psykiatrisk sygehusstandard, herunder med hensyn til bl.a. ”beskæftigelses- uddannelses- og andre aktivitetstilbud”.

Jeg beder afdelingen om at oplyse nærmere om mulighederne for uddannelse under ophold på afdelingen.

3.2.5. Modtagelse

Afdelingens modtagelse/skarestue (afsnit 838) består af to tosenstuer, et lille opholdsrum, et venteværelse/rygelokale og et undersøgelses-/samtaleværelse med en briks. Der er tillige en telefonboks på gangen. Det er som tidligere nævnt planen at

modtagelsen skal slås sammen med et andet (åbent) afsnit som herefter vil være et åbent udrednings- og modtageafsnit. Det nye modtageafsnit vil dog fortsat have to to-sengsstuer.

I modtagelsen kan en person overnatte uden at være indlagt, men vedkommende skal i så fald vurderes af en læge. En patient kan også efter aftale være indlagt i modtagelsen med henblik på fx at blive overflyttet til åbent afsnit dagen efter, og enkelte patienter kan også være indlagt i modtagelsen eksempelvis i to døgn med henblik på afrusning. Personen oplyses om hvorvidt den pågældende er indlagt eller ej.

3.2.6. Øvrige lokaler mv.

Afdelingen har et rum til elektrochok-behandling som anvendes ca. 330 gange om året. Behandling kan foregå tvangsmæssigt, men det sker dog kun sjældent. I gennemsnit får en patient 8-10 behandlinger, men i svære tilfælde (ved svære depressioner og over for nogle gerontopsykiatriske patienter) gives der op til 33-36 behandlinger. Nogle patienter reagerer atypisk.

Rummet er delt i to rum hvor behandling sker i det ene (og kun tager ca. 10 minutter), mens opvågning sker i det andet rum (hvor patienten opholder sig ca. ½ time). Afdelingen fik i januar 2005 helt nye (de nyeste) apparater med pc-skærm mv.

3.2.7. Udendørsområder

Fra opholdsrummene på alle afsnit er der udgang til en gårdhave. Jeg besøgte gårdhaverne på afsnit 801 og 809.

Gårdhaverne har fliser, buske og træer samt et lille græsareal. Et tagudhæng gør at en del af terrassen er overdækket.

Der er borde og bænke af lidt ældre dato. Om sommeren er der mulighed for at patienterne kan dyrke grøntsager mv. i en urtehave. På afsnit 809 stod tillige en stor grill.

Afsnit 809 har en græsplæne med to fodboldmål. Haven er indhegnet. Der er principielt mulighed for indkig i haven, men det blev oplyst at ingen i praksis færdes umiddelbart på den anden side af hegnet som støder op til bosteder der anvendes af Københavns Amt til psykisk udviklingshæmmede.

Det er naturligvis uheldigt at uvedkommende har mulighed for at se ind i haven. Jeg har imidlertid noteret mig at der ikke er almindelig færdsel på den anden side af hegnet, og jeg foretager mig derfor ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

3.2.8. Sammenfatning vedrørende de bygningsmæssige forhold mv.

Efter ombygningen af de lukkede afsnit og indretningen af et åbent afsnit til udrednings- og modtageafsnit vil der som tidligere nævnt være 71 enestuer, mens resten fortsat er flersengsstuer. Der er ikke aktuelle planer om ændring af disse stuer til enestuer, men der søges som nævnt i pkt. 3.1. løbende om penge til forbedring af de fysiske rammer.

Over halvdelen af patienterne har således enestue, men afdelingen har fortsat flersengsstuer, dog primært tosengsstuer. Alle patienter på lukket afsnit har dog enestue når ombygningen er tilendebragt.

To af patienterne på firesengsstuen på afsnit 803 (hvor der i tilfælde af overbelægning kan anbringes fem patienter), tilkendegav at de fire patienter der på daværende tidspunkt var på afdelingen, kom godt ud af det med hinanden, og at det derfor gik godt at bo så mange sammen, men at det var ubehageligt at bo mange sammen i perioder hvor patienterne har det dårligt. Det er vanskeligt at have besøg på stuen når der skal tages hensyn til tre eller fire andre patienter.

Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 har i forbindelse med tilsynets inspektioner af psykiatriske hospitaler gentagne gange udtalt kritik af psykiatriske afsnit som har stuer med to eller flere senge. Tilsynet har tilsvarende udtalt kritik af stuer uden eget toilet

og bad. Det skete også i forbindelse med tilsynets besøg den 26. april 1999 på Hvidovre Hospital, Psykiatrisk Afdeling, hvor tilsynet som tidligere nævnt dog udelukkende besøgte de lukkede afsnit.

Jeg har noteret mig at der efter ombygningen vil være enestuer med eget bad og toilet på alle de lukkede afsnit, men på linje med det af tilsynet anførte må jeg anse det for en mangel at der fortsat efter ombygningen findes flersengsstuer (på de åbne afsnit), og at stuerne ikke har eget toilet og bad.

Jeg har ovenfor under pkt. 3.2.2. noteret mig at der i forbindelse med ombygningen vil blive indrettet større rygerum i de ombyggede afsnit som ligeledes vil blive malet i lysere farver.

Som jeg tilkendegav under inspektionen er mit indtryk af de bygningsmæssige forhold naturligvis præget af den omstændighed at der på tidspunktet for inspektionen pågik ombygninger med overbelægning og inddragelse af motionsrum til sengestuer til følge (jf. pkt.5.1.).

De bygningsmæssige forhold som beskrevet ovenfor, herunder vedligeholdelsestanden af de besøgte lokaliteter, giver mig ikke anledning til yderligere bemærkninger.

4. Samtaler med enkelte patienter

Under inspektionen havde jeg samtaler med seks patienter som alle havde ønsket en samtale med mig.

Samtalerne gav dels anledning til at konkrete spørgsmål blev taget op med ledelsen under inspektionen, dels til konkrete sager. Alle patienterne har modtaget separat svar som opfølgning på samtalerne. Nogle af de spørgsmål som patienterne rejste, er nævnt de relevante steder i denne rapport.

5. Andre forhold

5.1. Overbelægning mv.

I ombygningsperioden der som tidligere nævnt forventes helt færdig i august 2005, har der på nogle afsnit været flere patienter end afsnittene er beregnet til. Der har været op til 14 patienter på de lukkede afsnit der er normeret til 11 patienter. Det har betydet at det til tider har været nødvendigt at inddrage kondirummet til sengestue hvilket nogle af patienterne klagede over. De fremsatte ønske om at kunne benytte kondirummet på det andet lukkede afsnit når kondirummet på deres egen afdeling var inddraget til sengestue.

En af patienterne på firesengsstuen på afsnit 803 bemærkede at det var hendes opfattelse at ombygningsarbejdet på afdelingen og den deraf følgende overbelægning skabte uro og en vis sårbarhed blandt personalet. Hun oplyste at denne uro forplanter sig til patienterne fordi personalet ikke har samme overskud til at tage sig af patienternes problemer og tale med dem.

Ledelsen var enig i at ombygningen på afdelingen medførte nogen uro blandt personalet, og at denne uro naturligvis var uheldig. Ledelsen oplyste at ledelsen havde valgt at udvide (det lukkede) afsnit 809 og (det åbne) 803 med både flere patienter og mere personale i ombygningsperioden for ikke at skulle afvise patienter. Det er svært at undgå sådan uro på de afsnit hvor personalet fra det afsnit der var under ombygning, midlertidigt var tilknyttet, da det tilførte personale og det faste personale ikke var vant til at arbejde sammen.

Ledelsen oplyste endvidere at det som følge af overbelægningen på grund af den igangværende ombygning havde været nødvendigt at anvende kondirummet som almindelig sengestue. Indtil dagen før inspektionen havde det dog været muligt at benytte rummet når det ikke blev anvendt som almindelig sengestue, men der var nu fast senge i rummet (på afsnit 809), og som følge heraf måtte det heller ikke længere benyttes når rummet ikke blev anvendt som sengestue. Det ville i stedet blive muligt at benytte kondirummet på det andet lukkede afsnit (810) indtil ca. 1. april 2005 hvor ombygningen af de andre lukkede afsnit forventedes at være færdig, dog ikke for patienter som ikke havde tilladelse til at forlade afsnittet. Ledelsen understregede at motionsrummene ikke

generelt bruges som sengestuer, men at der var tale om en overgangsperiode på grund af ombygningen.

Jeg har ingen bemærkninger til at ledelsen for ikke at afvise patienter har valgt at udvide de nævnte afsnit med flere patienter i ombygningsperioden. Da der er tale om en midlertidig situation i denne periode, foretager jeg mig ikke mere vedrørende denne udvidelse af antallet af patienter på afsnittene.

På baggrund af det oplyste om at det som følge af beslutningen om permanent opstilling af senge i motionsrummet på afsnit 809 i ombygningsperioden ville blive muligt for patienterne på afsnit 809 at benytte motionsrummet på afsnit 810, går jeg ud fra at motionsrummet på dette afsnit fra dette tidspunkt ikke længere er anvendt som sengestue.

Det er naturligvis uheldigt hvis de indlagte patienter fratages muligheden for benyttelse af en aktivitet i et fællesrum på grund af inddragelse af fællesrummet til sengestue. Da der er tale om en midlertidig foranstaltning på grund af ombygningen som for de lukkede afsnits vedkommende nu ifølge planen skulle være tilendebragt, og under henvisning til det oplyste om beslutningen om at patienterne (på afdeling 809) ville få tilbud om at komme over på den anden afdeling, medmindre de ikke har tilladelse til at forlade afdelingen, foretager jeg mig ikke mere vedrørende det forhold at kondirummet på dette afsnit midlertidigt har været inddraget til sengestue. Jeg bemærker dog at jeg går ud fra at afdelingen har været opmærksom på at tilbyde alternative aktiviteter til de retslige patienter som på grund af manglende tilladelse til at forlade afdelingen ikke har kunnet få tilbud om at benytte kondilokalet på det andet afsnit under ombygningen.

Om belægningen generelt blev det oplyst at den gennemsnitlige belægningsprocent er lidt over 96. Den ønskede belægningsprocent er 95. Det blev desuden oplyst at det kan føles som overbelægning selv om der faktisk ikke er det idet de enkelte afsnit er nødt til at sammensætte patienterne efter køn, alder mv. Patienter der har fået tildelt en enestue, får derfor også at vide at de ikke er garanteret at kunne få lov til at blive på denne enestue. Det vurderes således løbende hvem der kan/skal være sammen, og de patienter der

ikke har enestue, flyttes rundt hvis det anses for mest hensigtsmæssigt. Det blev i den forbindelse oplyst at de enkelte patienter spekulerer meget over hvorfor det netop er dem der bliver flyttet. Personalet i de åbne afsnit er meget opmærksomme på dette forhold.

§ 71-tilsynets rapport indeholder også et afsnit om belægningen på dagen for tilsynets besøg og udviklingen fra 1996 til 1. kvartal af 1999. Det fremgår heraf at der i hele denne periode havde været en belægningsprocent på over 100 på de åbne afsnit (op til 116 %), og at der i 1998 og for det ene lukkede afsnits vedkommende tillige i 1. kvartal af 1999 havde været en belægningsprocent på over 100. Set under et havde afdelingen i perioden en belægningsprocent på mellem 103 og 108. I (hvert fald i) denne periode var der således tale om et generelt problem med hensyn til overbelægning.

Det blev oplyst at der i forbindelse med akut opstået overbelægning placeres flere patienter på stuerne end de er beregnet til.

En af patienterne på en tosengsstue på afsnit 801 hvor der på tidspunktet for inspektionen på grund af overbelægning var indsat en ekstra seng, oplyste under inspektionen over for mig at det ikke gik godt med at bo tre personer på stuen, og at hun af denne grund tit sov hos sin kæreste i stedet for.

Jeg har forståelse for patientens synspunkt, men det giver mig ikke i sig selv anledning til bemærkninger at der i tilfælde af akut opstået overbelægning – i stedet for inddragelse af fællesrum – placeres flere patienter på stuerne end de er beregnet til. Jeg går ud fra at afdelingen i den sammenhæng er meget opmærksom på hvorledes patienterne sammensættes på stuerne, jf. også det af afdelingen oplyste ovenfor om at det løbende vurderes hvilke patienter der kan/skal bo sammen.

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

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

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

Patienterne låses ikke inde på deres stuer. Det blev oplyst at de selv har nøgle til deres stuer.

På afdeling 809 som er et lukket afsnit, er der som nævnt under pkt. 3.2.2. mulighed for at aflåse en dør på gangen således at de fire sidste stuer skærmes fra de øvrige.

Der er for tiden ikke herudover skærmede afsnit, heller ikke i de åbne afsnit, men der bruges personel skærmning i form af fast vagt. En fast vagt kan arbejde med tæt observation graderet til støtte og hjælp til patienten når denne er sammen med andre patienter med henblik på at patienten bliver i stand til at afgrænse sig fra de øvrige patienter. På den måde undgås voldsomme eller ubehagelige episoder. Afdelingen anvender ind imellem også begrænset udgang af behandlingsmæssige årsager. Det anvendes fx over for maniske patienter i begyndende bedring når vedkommende (kun) kan klare at have udgang i kortere tidsrum. Det kan betragtes som en form for begrænsning af behandlingsmæssige årsager.

Afdelingen har (den 25. april 2003) udarbejdet en instruks om skærmning. Det fremgår heraf at plejepersonalet sammen med de øvrige kolleger kan træffe beslutning om skærmning som en sygeplejeintervention. Det er således ansvarshavende sygeplejerske der i samråd med det øvrige plejepersonale har kompetencen til at træffe beslutning om skærmning. I instruksen er angivet hvornår der træffes beslutning om skærmning, hvad der forstås ved skærmning, mål, handlinger, metode og midler.

§ 71-tilsynet beskæftigede sig også i forbindelse med tilsynets besøg i 1999 med spørgsmålet om skærmning (etablering af afsnit med skærmede enheder med henblik på at muliggøre patienters forbliven på samme afsnit under hele indlæggelsesforløbet).

Afdelingsledelsen tilkendegav at indretning af skærmede afsnit var opgivet indtil videre fordi det ville betyde omfattende bygningsmæssige ændringer. Tilsynet tilkendegav herefter at det derfor var positivt at personalet var meget opmærksomt på de problemer der er forbundet med flytninger af patienter mellem forskellige lukkede og åbne afsnit, og at denne opmærksomhed er en nødvendig betingelse for at sikre kontinuiteten i behandlingen internt på afdelingen.

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

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

Som bekendt skal der efter psykiatrilovens § 46 fremsættes forslag til revision af psykiatriloven i folketingsåret 2005-6. Jeg har ikke fundet at burde udtale nogen endelig opfattelse af det her rejste spørgsmål.

Som jeg også oplyste under inspektionen, er indgreb i den personlige frihed eller andre foranstaltninger der griber ind i psykiatriske patienters integritet uden for det lovregulerede område, for tiden genstand for overvejelser hos Folketingets Ombudsmand. Spørgsmålet om blandt andet skærmning vil blive taget op med de relevante myndighe-

der. I relation til min inspektion af Hvidovre Hospital, Psykiatrisk Afdeling, foretager jeg mig på det foreliggende grundlag ikke noget vedrørende spørgsmålet.

Det blev endvidere oplyst at det forekommer at patienter frivilligt er indlagt på lukket afsnit. De frivilligt indlagte kan bede om at komme ud, men der foretages en vurdering, og vagthavende læge kan i den forbindelse eventuelt kontaktes. Det kan blive nødvendigt at foretage en tvangstilbageholdelse hvis afdelingen ikke mener at patienten bør forlade afdelingen. Hvis afdelingen ikke mener at en patient bør forlade afdelingen, oplyser afdelingen altid patienten grunden hertil.

Spørgsmålet om information i forbindelse med frivillig indlæggelse på lukket afsnit er omtalt i tilsynets rapport (punkt 4.9. om information). Det blev fra afdelingsledelsens side bl.a. oplyst at patienten gøres bekendt med hvad indlæggelse på lukket afsnit indebærer, og at det noteres i journalen at patienten er indforstået med indlæggelse på lukket afsnit.

Tilsynet anså indsatsen for at informere patienter (og pårørende) for positiv og bemærkede i øvrigt at navnlig det forhold at hovedparten af patienterne på de lukkede afsnit ikke havde en patientrådgiver eller bistandsværge som kunne informere, rådgive og vejlede dem om forskellige forhold i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling understregede behovet for information om regler og rettigheder mv.

Som jeg oplyste under inspektionen, har Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 i forbindelse med tilsynets inspektioner af psykiatriske hospitaler også beskæftiget sig med spørgsmålet om afdelinger hvor der er både frivilligt indlagte og tvangsinlagte/tvangstilbageholdte patienter. I overensstemmelse med det som tilsynet har tilkendegivet, bør en ordning som den omtalte efter min mening praktiseres således at en patient der indlægges på en psykiatrisk afdeling, og hvor der ikke er tale om at den pågældende er tvangsinlagt eller -tilbageholdt, bør tilbydes en plads på en uaflåst del af den psykiatriske afdeling, at en patient der overgår fra at være tvangsinlagt/tvangstilbageholdt til at være frivilligt indlagt, tilbydes anbringelse på en uaflåst del af afdelingen, og at det kun undtagelsesvist bør forekomme at en frivilligt indlagt patient af kapaci-

tetsmæssige grunde ikke tilbydes en plads på en uaflåst del af afdelingen. Sker det, bør patienten hurtigst muligt tilbydes en plads på et uaflåst afsnit.

Det er efter min opfattelse en forudsætning for at den praktiserede ordning er i overensstemmelse med bestemmelserne i psykiatriloven om tvangstilbageholdelse, at det er helt klart for den enkelte patient hvilken retlig status den pågældendes indlæggelse har (frivillig eller tvangsmæssig), at afdelingen er meget opmærksom på at der sker ophævelse af en beslutning om tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse straks når betingelserne herfor ikke længere er til stede, og at patienten i den forbindelse informeres om at indlæggelsen nu er frivillig, og at de frivilligt indlagte patienter umiddelbart har mulighed for at forlade afdelingen når de måtte ønske det.

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

Afdelingen har ikke noget fikseringsrum. På de lukkede afsnit findes der bæltter som kan spændes på alle sengene. Når en patient fikseres, sidder der en vagt på stuen, eventuelt efter aftale lige uden for døren, men vagten skal hele tiden kunne se patienten. Døren står kun på klem således at det ikke er muligt for personer der færdes på gangen uden for, at kigge ind til den fikserede.

Det hænder at patienter der er frivilligt indlagt, fikseres. Afdelingen er bekendt med at der er truffet en afgørelse hvori det er pointeret at det skal efterprøves hvorvidt en patient der er bæltefikseret, opfatter sig som frivilligt indlagt. Afdelingen har altid og således også før den nævnte afgørelse forelå, efterprøvet dette, og hvis fikseringen strækker sig ud over 24 timer, betragtes patienten som tvangstilbageholdt medmindre patienten insisterer meget på fortsat at blive betragtet som frivilligt indlagt.

Der er opfølgende psykologsamtaler efter en patient har været fikseret.

På grund af it-problemer var afdelingen endnu ikke overgået til elektronisk indberetning af fikseringer, men dette problem forventedes løst inden for en overskuelig tid. Antallet af fikseringer er nedbragt med 40 % fra 3. kvartal i 2003 til 3. kvartal i 2004.

5.3. Adgang til frisk luft

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

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

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

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

Alle indlagte på afdelingen har adgang til frisk luft, for de indlagte på de lukkede afsnit i afdelingens egne indre gårdhaver, men afdelingen har ind imellem problemer med at leve op til forpligtelsen til at give adgang til frisk luft for patienter der er surrogatanbragte. Haven er en del af afdelingen, og det er derfor overlægen der har kompetencen til at træffe beslutninger med hensyn til adgang til haven, men i sjældne tilfælde sker det at politiadvokaturen udsteder forbud mod bl.a. ophold i haven for patienter der er surrogatanbragte.

Jeg anmoder afdelingen om at uddybe det oplyste om at afdelingen ind imellem har problemer med at leve op til forpligtelsen til at give adgang til frisk luft for patienter der er surrogatanbragte.

Jeg forstår i øvrigt det oplyste sådan at der herudover ikke er problemer med at leve op til forpligtelsen til at give adgang til frisk luft i overensstemmelse med det ovenfor anførte. Dette har jeg noteret mig.

5.4. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2

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

Jeg beder afdelingen om at oplyse hvordan denne vejledning finder sted.

5.5. Patienternes kontakt med læge mv.

Patienten tildeles ved indlæggelsen en behandlingsansvarlig læge som i samråd med patienten inden for det første døgn lægger en foreløbig plan for behandlingen der i løbet af den første uge afløses af en mere langsigtet plan. Dette fremgår af den informationsfolder som afdelingen har udarbejdet. Det fremgår også heraf at selve behandlingen foregår som et samarbejde mellem de forskellige personalegrupper, dvs. læger, plejepersonale, fysio- og ergoterapeuter, socialrådgiver og psykolog.

Ledelse oplyste at det er vigtigt at aftaler mellem fx læge og patient holdes, og at patienten altid ved hvad der skal ske, således at der altid aftales en ny samtale ved afslutningen af en samtale. Det er afdelingens politik at det skal være klart for patienten hvad der er grundlaget for en samtale med lægen (og med psykologen), og hvad formålet med samtalen er. Ledelsen oplyste at det – naturligvis – tager tid at opbygge den nødvendige tillid mellem patienten og lægen.

Patienten får ved indlæggelsen tildelt en kontaktperson (hvad også fremgår af informationsfolderen).

Under inspektionen oplyste ledelsen at tildeling af kontaktperson(er) sker efter grundig overvejelse af personalets kompetencer. Ved tildelingen forsøger afdelingssygeplejersken at finde en person blandt personalet der passer bedst til patienten. Hvis kemien ikke passer, er det muligt at skifte kontaktperson.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

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

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

”...

Det er Justitsministeriets opfattelse, at politiet som et naturligt led i varetagelsen af sine opgaver vil kunne komme personalet til undsætning og gribe ind, hvis det – i tilfælde hvor sygehuspersonalet undtagelsesvist ikke selv kan håndtere en voldsom patient – er nødvendigt for at afværge en aktuel og konkret fare for enkeltpersoner på hospitalet. Under hvilke betingelser, der kan gribes ind, og med hvilke magtmidler vil bero på de almindelige regler om politiets magtanvendelse uden for strafferetsplejen (retsplejelovens § 108 og straffelovens §§ 13 og 14).

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

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

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

...”

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

Ved lov nr. 444 af 9. juni 2004 om politiets virksomhed der trådte i kraft den 1. august 2004, blev retsplejelovens § 108 ophævet.

Under inspektionen blev det oplyst at politiet ind imellem kommer på afdelingen, fx hvis en patient har barrikaderet sig på sin stue. Politiet tilkaldes kun hvis der er tale om farlige situationer.

Politiet kommer ikke med ind på afsnittet ved tvangsindlæggelse af patienter, medmindre patienten er meget voldsom. Det sker ca. to gange om året i gennemsnit.

Når politiet henter og bringer patienter til og fra retsmøde, ankommer politiet som regel i civil og kommer ikke ind i selve afsnittet, men bliver ved døren.

Det blev desuden oplyst at afdelingen har et godt samarbejde med Glostrup Politi.

Det oplyste giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.7. Besøg, visitation og adgang til telefonering

Som nævnt under pkt. 3.1. hænger der i indgangsområdet på hvert afsnit en indrammet husorden der er ens for alle afsnittene, og reglerne heri er gengivet i afdelingens informationsfolder.

Afdelingen har desuden en række instrukser som personalet informerer patienterne om, fx med hensyn til rygning, husdyr, indtagelse af alkohol og euforiserende stoffer under indlæggelsen.

Afdelingen har ikke skrevne interne regler om de begrænsninger og indgreb der kan ske i patienternes personlige frihed under indlæggelsen. Det blev oplyst at afdelingens personale indbyrdes drøfter eventuelle restriktioner, fx i forbindelse med eventuelle problemer, men der er meget få restriktioner. Besøg forhindres normalt ikke, men det kan eventuelt være overvåget. Beslutninger om indgreb træffes på ledelsesplan.

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

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

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

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

Jeg anbefalede under inspektionen afdelingen at udfærdige skriftlige regler. Ledelsen erklærede sig enig at der burde være sådanne regler og oplyste at H:S og Københavns Amt i fællesskab har arbejdet med at beskrive gråzoneområder. Der er sendt en rapport til ministeren som vil indgå i det videre arbejde med revision af psykiatriloven. H:S har i brevet af 11. maj 2005 oplyst at der er tale om et projekt vedrørende ekstralegal ”skjult” tvang som Indenrigs- og Sundhedsministeriet har finansieret.

H:S har desuden oplyst at H:S Sundhedsfaglige Råd for Psykiatri efter opfordring fra direktionen i H:S har igangsat et arbejde med udformning af regler om husorden på de psykiatriske afdelinger i H:S-området.

Forslag om revision af psykiatriloven skal som tidligere nævnt fremsættes for Folketinget i folketingsåret 2005-6, jf. lovens § 46,

Da der således vil gå nogen tid endnu før der foreligger centralt fastsatte regler om anvendelse af begrænsninger og indgreb i patienternes personlige frihed under indlæggelsen, opretholder jeg min anbefaling til afdelingen om at udfærdige (lokale) generelle retningslinjer herom, og som lovet under inspektionen vedlægger jeg til inspiration interne regler som er udfærdiget af psykiatrisk afdeling i Vejle.

Jeg beder om underretning om hvad min anbefaling giver anledning til.

Jeg beder desuden H:S om at underrette mig om hvornår de regler om husorden på de psykiatriske afdelinger i H:S-området som H:S Sundhedsfaglige Råd for Psykiatri efter opfordring fra direktionen i H:S er i færd med at udfærdige, kan forventes at foreligge, og sende mig en kopi heraf når de foreligger.

Afdelingen har ikke lokaler der er særligt indrettede til at modtage besøg i. Besøg på de lukkede afsnit forgår som udgangspunkt på stuen, men kan også foregå i afdelingens fællesrum. Der er dog mulighed for at anvende træningskøkkenet som besøgsrum, og besøg af besøgende med mindreårige børn afvikles indimellem i terapirummet der er placeret på den lange gang. I informationsfolderens afsnit om husordenen der som tidligere nævnt er sat op i en ramme på hvert afsnit, er oplysning om afdelingens besøgstider. (Hver dag mellem kl. 14.00 og 20.00, i weekender og på helligdage mellem kl. 10.00 og 20.00, eller efter aftale).

Det blev oplyst at pakker til patienterne åbnes af patienterne i personalets påsyn. Der sker kun censur hvis det er besluttet af politiet (over for patienter der er anbragt i varetægtsurrogat).

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

På alle afsnittene findes mønttelefoner, og mange patienter har medbragt mobiltelefon. I husordenen opfordrer afdelingen patienterne til ikke at benytte mobiltelefoner i de fælles opholdsrum. Det er tillige tilkendegivet at patienter der ønsker at fotografere andre patienter med fx mobiltelefon, først skal indhente de pågældende patienters samtykke hertil.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.8. Rygepolitik

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

Af afdelingens husorden fremgår det at det er tilladt at ryge i særligt afmærkede områder, men at der ellers er rygeforbud på Hvidovre Hospital.

Det blev oplyst at der fra 1. januar 2005 ville blive indført (totalt) rygeforbud for personalet, uanset hvor på afdelingen de opholder sig, og fra år 2006 tillige for patienter og pårørende. Der vil dog indtil videre blive givet dispensation for de lukkede afsnit hvor der er indrettet/ville blive indrettet særlige rygerum. Disse rum er indrettet/ville blive indrettet uden aktivitetsmuligheder (tv mv.) således at patienterne så vidt muligt kun opholder sig i rummet mens de ryger.

Begrænsningen af rygning til særlige områder fungerer generelt godt. Patienterne påtæller selv over for hinanden hvis der ryges på steder hvor det ikke er tilladt – og er næsten bedre til det end plejepersonalet.

Det er ikke tilladt for patienterne at ryge på deres stuer. Der dispenseres dog herfra for patienter som er bæltefikseret. De har en fast vagt der kan observere for eventuel brandfare.

Der er ikke restriktioner med hensyn til hvor meget de enkelte patienter må ryge, men hvis en patient ikke vil samarbejde og fx ryger på sin stue selv om det ikke er tilladt, kan cigaretterne inddrages således at patienten skal henvende sig til personalet hver gang han/hun vil ryge. Hvis patienterne har det rigtig skidt, kan der også træffes beslutning om at der kun må ryges i haven.

5.9. Forplejning

Forplejningen til patienterne kommer fra centralkøkkenet på Hvidovre Hospital og er således den samme som gives til hospitalets somatiske patienter, dog uden dessert. I stedet for dessert får patienterne frisk frugt og grønt om eftermiddagen. Afdelingen har ikke specielle kostprogrammer, men der er fokus på diæt og motion. Afdelingen har i forbindelse med ”projekt lukkede afsnit” forsøgt at arbejde med individuelle kost- og

motionsplaner for patienter i lukkede afsnit. Motionsplanerne har været velfungerende, men det har været vanskeligt at udarbejde kostplaner idet patienterne har været for dårligt fungerende. I stedet har der været vejledning til afdelingens personale om at bestille ernæringsrigtig kost.

Jeg anmoder om en kopi af eventuelt skriftligt materiale om kost- og motionsplaner.

Der serveres varm mad til frokost og kold mad om aftenen. Ledelsen oplyste at patienterne generelt er tilfredse med maden, men at det er svært at varetage både de ældre og de yngre patienters ønsker samtidig. Ledelsen oplyste endvidere at enkelte åbne afsnit i forbindelse med arbejde med individuelle motionsprogrammer deltager i et landsdækkende projekt ”Løsninger for livet”, og at der på enkelte somatiske afdelinger på Hvidovre Hospital er etableret et projekt hvor patienterne bestiller mad ud fra et menukort. Hvis dette projekt viser sig at være velfungerende, skal det indføres på de øvrige afdelinger, herunder den psykiatriske afdeling.

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

5.10. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

Det blev oplyst at der er patienter der venter på botilbud efter at de er færdigbehandlet. På tidspunktet for inspektionen drejede det sig om tre patienter, hvoraf de to havde ventet i over et år. Den sidste kunne man ikke finde en plads til.

I den forbindelse blev det oplyst at sagsbehandlingen efter servicelovens § 109 e, dvs. flytning til særligt botilbud uden patientens samtykke, er langsommelig – op til 13-14 måneder. Det er kommunen der skal rejse sagen, og det er et problem at få sagerne rejst. Sagsgangen i sager af denne karakter er meget tung.

Det blev desuden oplyst at 90 – 95 % af indlæggelserne på afdelingen er akutte. Der er ikke en egentlig venteliste til afdelingen, men i distriktpsychiatrien kan der godt være

ventetid med henblik på at komme i ambulant behandling. Man lever dog op til H:S' målsætning om behandling inden for 28 dage. Der er således ikke patienter som optager en plads på Hvidovre Hospital, Psykiatrisk Afdeling, mens andre står på venteliste til afdelingen.

Spørgsmålet om udslusning indgik tillige i forbindelse med tilsynets besøg i 1999. Det blev oplyst at det var vanskeligt for afdelingen at finde passende udslusningstilbud hvorfor mange patienter ventede længe på et passende tilbud, ligesom der var patienter som blev udskrevet til herberger og lignende. Dette anså tilsynet for kritisabelt, men bemærkede samtidig at tilsynet var opmærksomt på at Hovedstadens Sygehusfællesskab allerede var i kontakt med Københavns Kommune, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen om behovet for tilstrækkeligt mange og differentierede udslusningstilbud i kommunen.

Jeg orienterede under inspektionen afdelingen om at spørgsmålet om det tilstrækkelige antal udslusningspladser indgik i sagen vedrørende min inspektion af Sct. Hans Hospital (hvor et stort antal patienter ventede på en sådan plads). Hovedstadens Sygehusfællesskab har i denne sag bl.a. oplyst at der løbende pågår forhandlinger mellem H:S-direktionen og Københavns Kommune, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, om løsning af problemet med ventelister til botilbud. Som svar på min anmodning om orientering om hvad der videre var sket med hensyn til etablering af botilbud der kan tilgodese det aktuelle og det fremtidige behov for udslusning, anførte Københavns Kommune, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, i brev af 25. januar 2005 følgende:

”Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen kan i den anledning oplyse følgende om status for Københavns Kommunes igangværende planer og projekter vedr. etablering af botilbud for psykisk syge.

Budgetforlig 2005

Der er i forbindelse med indgåelsen af forlig om Københavns Kommunes budget for 2005 opnået enighed om at iværksætte en udbygningsplan for botilbud for psykisk syge og handicappede (tryghedsplanen) med det mål, at ventetiden til en bolig for de to grupper nedsættes til max. 4 måneder i 2007.

Det indgik endvidere i budgetforliget for 2005, at der skal påbegyndes en gennemgribende forbedring af de eksisterende boliger til psykisk syge og handicappede. De nye boliger skal være moderne, tidssvarende boliger, der lever op til kvalitetsstandarderne på ældreområdet, det vil sige 2-rums boliger med bad/toilet og køkkenfunktion.

Til iværksættelse af udbygningsplan og påbegyndelse af modernisering blev der som led i budgetforliget afsat 26 mill. kr. til anlæg af boligerne i hvert af årene 2005-2008. Det blev endvidere aftalt, at der efterfølgende skal foretages en nærmere analyse af driftsudgifter, der skal indgå i grundlaget for at gennemføre planen.

Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen er i gang med at detailplanlægge udmøntningen af de afsatte budgetmidler med henblik på efterfølgende politisk stillingtagen. Først herefter vil det ligge klart, hvor mange boliger udbygningen vil komme til at omfatte, men målet er som sagt at nå ned på en maksimal ventetid i 2007 på 4 måneder.

Andre projekter vedr. boliger til psykisk syge

Der er truffet politisk beslutning om at etablere 27 boliger på Lygten, Nørrebro, beregnet til psykisk syge. Der er tale om nybyggeri efter almenboligloven. Boligerne er klar til indflytning i 2007. Boligerne er torumsboliger med bad/toilet og køkkenfunktion. Der er tilknyttet et fællesareal og servicearealer til personalet.

Endvidere er der ved at blive etableret 4 boliger på Københavns Kommunes socialpsykiatriske bocenter Lindegården i Roskilde. Boligerne er beregnet til personer med både en psykisk sygdom og et omfattende misbrug. Boligerne etableres for puljemidler fra Socialministeriet, nærmere bestemt ministeriets Psykiatriaftale 2003 - 2006, og den del af aftalen, der har til formål at styrke den sociale indsats for personer med både en sindslidelse og et misbrug, samt med andre dobbelte diagnoser. Det forventes, at boligerne kan stå klar i 2005. Der er indgået en samarbejdsaftale med H:S/Sct. Hans Hospital om indsatsen over for beboerne i det nye botilbud. Samarbejdet mellem Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen og H:S skal overordnet tilgodese et fælles behov for at skabe specialiserede botilbud til en målgruppe, som vanskeligt kan placeres i de eksisterende behandlingstilbud og socialpsykiatriske tilbud.

I 2004 er der taget et nyt botilbud i Brønshøj til 4 unge i brug. Målgruppen er unge, som er mellem 18-25 år og har en psykisk sygdom eller psykosociale problemstillinger. Botilbuddet er tilknyttet voksenteamet i Lokalcenter Bispebjerg.

Endvidere er to andre botilbud til ungegruppen ved at blive realiseret. Det ene tilbud er en særskilt ungeenhed i tilknytning til det socialpsykiatriske

bocenter Thorupgården på Nørrebro. Botilbuddet omfatter 10 boliger, der indpasses i en af bocentrets etager. Botilbuddet tages i brug primo 2005.

Det andet tilbud er en kollegielignende boenhed med 20 boliger, der etableres i en etage i det tidligere plejehjem i Borgervænget på Østerbro. Boligerne vil blive tilknyttet voksenteamet i Lokalcenter Ryvang, og forventes taget i brug august 2005. Tilbuddet er etableret for midler, som er stillet til rådighed fra Socialministeriets SATS-pulje.

Som det fremgår har Københavns Kommune inden for det seneste års tid truffet en række beslutninger og igangsat en række tiltag med det sigte at gennemføre en massiv udbygning af de socialpsykiatriske botilbud inden for de næste par år. Denne udbygning vil i væsentlig grad afhjælpe den anstrengte ventelistsituation, og dermed også imødekomme behovet for udslusning fra Sct. Hans Hospital.”

I et brev af 1. februar 2005 til kommunen meddelte jeg at jeg lagde til grund at der med den omtalte udbygningsplan i væsentlig grad vil ske en afhjælpning af den anstrengte ventelistsituation, og at jeg herefter ikke foretog mig mere i relation til min inspektion af Sct. Hans Hospital.

Jeg foretager mig (heller) ikke mere vedrørende spørgsmålet i relation til min inspektion af Hvidovre Hospital, Psykiatrisk Afdeling.

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

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

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

Under inspektionen blev det oplyst at afdelingen ikke laver ikke så mange udskrivningsaftaler som den burde, og det blev oplyst at det (også) hænger sammen med at patienter ikke blot udskrives, men overgives til distriktpsychiatrien. Afdelingen har drøftet dette problem meget, og man er enige om at det bør blive bedre. Afdelingen er således opmærksom på problemet, men det har endnu ikke ført til flere udskrivningsaftaler end tidligere.

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

Efter § 3, stk. 5, har overlægen i alle tilfælde hvor en patient efter stk. 4 ikke vil medvirke til indgåelse af en udskrivningsaftale, en pligt til at foranledige at afdelingen udarbejder en koordinationsplan.

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 "dobbelt udstødte").

Jeg har noteret mig at afdelingen er opmærksom på at der skal ske en forbedring med hensyn til at udarbejde udskrivningsaftaler. Selv om det indtil videre ikke har ført til flere udskrivningsaftaler, går jeg ud fra at afdelingen fremover udarbejder udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i de situationer hvor loven foreskriver det.

Jeg foretager på denne baggrund ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

Til orientering kan jeg oplyse at jeg i sagen vedrørende min inspektion af Augustenborg Sygehus, Almenpsykiatrisk Afdeling, har modtaget kopi af et notat fra sygehuschefen til § 71-tilsynet der bl.a. har anført at formuleringen af ovennævnte bestemmelser i psykiatriloven giver anledning til betydelige fortolkningsproblemer. Jeg har i den anledning sendt Indenrigs- og Sundhedsministeriet et eksemplar af den endelige rapport vedrørende denne inspektion hvori notatet er gengivet, med henblik på at det der er anført om udarbejdelsen af udskrivnings- og koordinationsaftaler kan indgå i ministeriets arbejde i forbindelse med den revision der skal ske af psykiatriloven i 2005/06.

5.11. Børn og unge

På Bispebjerg Hospital er der en særlig afdeling som varetager almen børne- og ungdomspsykiatri for hele København og Frederiksbergs Kommune (H:S-området). På Hvidovre Hospital, Psykiatrisk Afdeling, modtages således kun undtagelsesvis unge under 18 år.

5.12. Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling

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

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

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

”... Hvis patientrådgiveren skal kunne udføre sit hverv, er det nødvendigt, at rådgiveren på den ene side modtager relevante lægelige oplysninger om patienten og ikke må nøjes med, hvad denne selv kan og vil oplyse. Det er på

den anden side også vigtigt at tage hensyn til patientens egne ønsker og lægernes tavshedspligt. ...”

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

Under inspektionen oplyste ledelsen at patientrådgiverne er flinke til at komme i afdelingen. De kommer generelt første gang inden for 24 timer, og herefter en gang om ugen. Afdelingen holder møde en gang om året med patientrådgiverne, og de er som regel også altid til stede ved møder i patientklagenævnet. Det blev i den forbindelse oplyst at afdelingen har faste halvårlige møder med nævnet.

Når der anvendes tvang, udleveres der en folder til patienten med oplysning om klage-muligheder mv.

Jeg har noteret mig det oplyste. Jeg går på baggrund af det oplyste ud fra at patientrådgiverne orienteres i alle tilfælde af tvangsanvendelse hvor der skal udpeges patientrådgiver således at denne har mulighed for at varetage sit hverv på forsvarlig måde, jf. lovens § 27.

5.13. Vold mod personalet

Det forekommer at patienter optræder voldeligt og/eller truende over for personalet. Det blev oplyst at personalet selv bestemmer om de vil politianmelde overgrebet. Ledelsen vil gerne anmelde hændelsen, men ikke mod personalets ønske. Der er dog kun få anmeldelser. I 2003 var der tre anmeldelser og i 2004 to anmeldelser. Politiet tager anmeldelserne alvorligt.

Det blev desuden oplyst at afdelingen har en instruks på dette område.

Jeg anmoder om at modtage et eksemplar eller en kopi af denne instruks.

Efter min opfattelse er det mest hensynsfuldt over for den forurettede at ledelsen under normale omstændigheder indgiver politianmeldelse, dog med mulighed for at undlade dette af hensyn til den forurettede. Medmindre det fremgår af den nævnte instruks, beder jeg afdelingen om at oplyse hvorvidt det under inspektionen oplyste skal forstås sådan at ansvaret for at (tage stilling til spørgsmålet om at) indgive politianmeldelse ligger hos personalet selv, eller om det ligger hos ledelsen, dog således at der ikke indgives anmeldelse hvis forurettede ikke ønsker det.

5.14. Opbevaring af journaler

Afdelingens patientjournaler er låst inde.

Jeg går ud fra at hvert afsnit opbevarer journalerne for egne patienter, og at det kun er det relevante personale på afdelingen der har adgang (nøgle) til journalerne, men for en ordens skyld beder jeg afdelingen om at oplyse herom.

Som tidligere nævnt indberetter afdelingen på grund af it-problemer (endnu) ikke fikseringer elektronisk, men it-problemerne forventedes løst inden for en overskuelig tid.

Jeg går på denne baggrund ud fra at afdelingen nu har eller snart vil foretage elektronisk indberetning som foretages ved hjælp af et særligt indtastningsprogram.

Jeg anmoder om oplysning om hvorvidt afdelingen har indført eller vil indføre elektronisk patientjournal (EPJ). Hvis det er tilfældet, går jeg ud fra at det også for disse journalers vedkommende kun er det relevante personale der har eller vil få adgang hertil, men beder for en ordens skyld om oplysning herom.

5.15. Handicaptilgængelighed

Hvidovre Hospital, Psykiatrisk Afdeling er som tidligere nævnt indrettet i en etplansbygning – der tidligere har været et plejehjem. Der er indrettet handicaptolet og -bad på afdelingen, og der er ikke dørtrin. Kørestolsbrugere kan således færdes i afdelingen.

Jeg har noteret mig disse forhold.

5.16. Patientindflydelse

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

Med hjemmel i § 30, som bestemmelsen var affattet før revisionen af psykiatriloven der trådte i kraft den 1. januar 1999, udarbejdede sundhedsministeren bekendtgørelse nr. 708 af 20. november 1989 om patientråd og patientmøder på psykiatriske sygehuse og afdelinger – som var gældende på tidspunktet for inspektionen. Bekendtgørelsen er pr. 1. januar 2005 erstattet af bekendtgørelse nr. 1337 af 15. december 2004 om patientindflydelse på psykiatriske sygehuse og afdelinger.

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

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

Afdelingen har ikke noget patientråd, men der afholdes patientmøder hver tredje måned hvor alle patienter har mulighed for at deltage.

Jeg anmoder om oplysning om hvorvidt der er tale om møder hvor patienter fra hele afdelingen (alle afsnit) har mulighed for at deltage, eller møder på de enkelte afsnit.

Det fremgår af tilsynets rapport fra 1999 at tilsynet opfordrede til at det i lyset af et ønske fra en patient om at der på hvert afsnit blev holdt et månedligt møde med deltagelse af læger, plejepersonale og andet personale sammen med patienterne, blev overvejet at afholde sådanne møder eller etablere et andet tilsvarende forum hvor spørgsmål vedrørende forholdene på afdelingen kunne drøftes.

Medmindre det fremgår af svaret ovenfor, anmoder jeg om underretning om hvad tilsynets opfordring gav anledning til. Hvis der udover ovennævnte møder hver tredje måned afholdes møder med patienterne på de enkelte afsnit, beder jeg (herunder) om oplysning om hvor ofte det sker.

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

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

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

Jeg anmoder afdelingen om at sende mig en kopi af de bestemmelser som afdelingen har udfærdiget eller udfærdiger i medfør af denne bestemmelse.

5.17. Behandlingsplaner

Efter psykiatrilovens § 3, stk. 3, har overlægen ansvaret for at der opstilles en behandlingsplan for enhver der indlægges på psykiatrisk afdeling, og at patienten vejledes om planens indhold, samt at patients samtykke til planens gennemførelse til stadighed søges opnået.

Jeg har fra afdelingen modtaget seks (anonymiserede) behandlingsplaner for patienter på afdelingen (fire fra to lukkede afsnit og to fra et åbent afsnit).

Behandlingsplanerne giver ikke anledning til bemærkninger.

5.18. Euforiserende stoffer og alkohol

Det fremgår af afdelingens husorden at det ikke er tilladt at drikke alkohol eller indtage euforiserende stoffer på hospitalets område.

Det blev oplyst at nogle af patienterne har et sidemisbrug af alkohol eller stoffer hvilket kan give problemer. Under rundgangen blev det på afsnit 801 oplyst at der ikke var problemer med stoffer på dette afsnit. Spørgsmålet blev i øvrigt ikke drøftet nærmere.

I forbindelse med tilsynets besøg på afdelingen oplyste afdelingen at der áf og til er problemer med patienters misbrug af narkotika på afdelingen, men at et sådant misbrug langt overvejende er relateret til få patienter. Det blev oplyst at afdelingen – med henblik på at forebygge et sådant misbrug og at sikre at enkelte patienters misbrug ikke begrænser andre patienters behandling og aktiviteter – har en procedure der træder i kraft når personalet bliver opmærksomt på et sådant misbrug. Det er anført at der i afsnittet tages stilling til om patienten kan have udgang, eventuelt med ledsagelse. Hvis patienten har udgang alene, indgås der aftaler med patienten om visitation ved tilbagekomsten til afsnittet. Der tilbydes desuden overvåget besøg med henblik på at hindre muligheden for indsmugling af stoffer. Endelig er det anført at narkotika eller andre stoffer der findes i afsnittet eller i forbindelse med visitation, sendes til destruktion på apoteket.

Jeg anmoder afdelingen om at oplyse nærmere om eventuelle problemer (på andre afsnit end afsnit 801) med hensyn til patienters indtagelse af alkohol og/eller euforiserende stoffer. Jeg går ud fra at nævnte procedure fortsat anvendes, men beder for en ordens skyld om oplysning herom.

5.19. Rekruttering af personale

I tilsynets rapport er omtalt problemer med rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker. Det blev oplyst at der fortsat er problemer hermed, særligt på de lukkede afsnit, men der havde dog i 2004 været flere sygeplejersker ansat end året før (12). Der er ansat enkelte social- og sundhedsassistenter i sygeplejerskestillinger, og det har medført bedre forhold end året før – og betydelig bedre forhold end i 1999 hvor § 71-tilsynet besøgte afdelingen. Også nedsættelsen af antallet af pladser i lukkede afsnit og de nye rammer efter ombygningen samt rygeforbuddet pr. 1. maj 2005 for personalet og fra 2006 for patienter og pårørende, har/vil have betydning for muligheden for rekruttering og fastholdelse af personale idet arbejdsmiljøet og samarbejdet med patienterne herved forbedres. Ombygningen af afsnit 809 har således medført mindre støj og uro på afdelingen. Men det forhold at hospitalet er bygget i et plan har i sig selv også en betydning for rekrutteringen.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

På tidspunktet for inspektionen var der i alt fire ledige speciallægestillinger. Hvidovre Hospital har haft held til at rekruttere de yngste læger i uddannelsesstillinger. Hvorvidt denne tendens fortsætter, er det ikke muligt at udtale sig om.

Jeg har noteret mig det oplyste.

Siden 1. januar 2004 har der været ansat psykologer på de lukkede afsnit, jf. pkt. 2. Psykologerne møder i dagtimerne sammen med miljøpersonalet på de lukkede afsnit fire dage om ugen hvor de er tilgængelige for afsnittenes patienter. Psykologerne indgår i afdelingens projekt vedrørende nedbringelse af anvendelsen af tvang og tilbyder således også krisesamtaler til såvel patienter som deres pårørende.

6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

Som nævnt i indledningen anmodede jeg under inspektionen om at modtage kopi af afdelingens tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 30-35 i (den dagældende) bekendtgørelse nr. 194 af 23. marts 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering foretaget på afdelingen i 2004 forud for den 2. november 2004 (hvor inspektionen blev varslet). Såfremt antallet af tilførsler (skemaer) oversteg 10 inden for hver kategori, ønskede jeg alene at modtage kopier af de 10 seneste tilførsler (skemaer).

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

Som nævnt i indledningen er den netop omtalte bekendtgørelse erstattet af bekendtgørelse nr. 1404 af 14. december 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger. Bekendtgørelsen trådte i kraft den 1. januar 2005. De nedenfor anførte henvisninger til bekendtgørelsen gælder bekendtgørelse nr. 194 af 23. marts 2004 der var gældende da de tvangsforanstaltninger som skemaerne omfatter, fandt sted. Blandt de modtagne rapporter er dog en rapport vedrørende en tvangsbehandling som fandt sted den 29. marts 2004 og dermed før denne bekendtgørelses ikrafttræden den 3. april 2004. Dette tilfælde har jeg af denne grund valgt ikke at lade indgå i min gennemgang. Derimod har jeg valgt at medtage en tvangsbehandling som fandt sted den 26. november 2004 selv om min anmodning omfattede rapporter forud for den 2. november 2004.

6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

Jeg har modtaget i alt 10 skemaer til brug for tilførsler i tvangsprotokollen om tvangsindlæggelse i 2004, hvoraf 5 samtidig omfatter tilførsler om tvangstilbageholdelse. Tilførslerne (skemaerne) vedrører frihedsberøvelse iværksat i perioden fra den 5. august til

den 25. oktober 2004. 2 skemaer vedrører imidlertid samme episode (den 5. august 2004), og jeg har således reelt modtaget 9 skemaer. (Indlæggelsesdagen er ikke den samme i de 2 skemaer – henholdsvis den 2. og 5. august 2004, og kun det ene skema indeholder oplysning om ophørstidspunkt).

Jeg anmoder om oplysning om baggrunden for at der er udarbejdet 2 skemaer i dette tilfælde.

Jeg har ligeledes modtaget 10 skemaer vedrørende tvangstilbageholdelse (alle uden forudgående tvangsindlæggelse). Tilførslerne herom vedrører frihedsberøvelse iværksat i perioden fra den 2. juli til den 23. oktober 2004.

Tvangsprotokollen består af særlige skemaer/blanketter udarbejdet af Sundhedsministeriet. For frihedsberøvelse benyttes skema/blanket 1 som anvendes både ved tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse således at det ved afkrydsning/markering skal angives om frihedsberøvelsen er startet som tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse.

Af bilaget til Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2002 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. fremgår at det ved afkrydsning på skemaerne tillige skal angives om det drejer sig om første skema for den aktuelle tvangsforanstaltning, eller om skemaet er en fortsættelse af et tidligere skema. Skemaerne indeholder afkrydsningsrubrikker til dette formål. Det fremgår af vejledningen at bilaget der indeholder en beskrivelse af hvordan de enkelte skemaer skal udfyldes, er optrykt på bagsiden af de enkelte skemaer. Denne vejledning er senere afløst af vejledninger af først 30. marts 2004 og nu 21. december 2004 der vedrører elektronisk indberetning som først pr. 1. januar 2005 er blevet obligatorisk. I de foreliggende tilfælde er der anvendt skemaer.

Det er i 6 af de 9 tilfælde vedrørende tvangsindlæggelse ved afkrydsning angivet at der er tale om det første skema, og i de 3 andre tilfælde at der er tale om en fortsættelse af et tidligere skema. I 8 af tilfældene vedrørende tvangstilbageholdelse er det ved af-

krydsning angivet at der er tale om det første skema, og i de 2 andre tilfælde at der er tale om en fortsættelse af et tidligere skema.

Efter bilaget til vejledningen skal begrundelsen efter psykiatriloven tillige angives (behandlings- eller farlighedsindikation). Oplysningerne angives ved afkrydsning i skemaet. Kravet om angivelse af begrundelsen for frihedsberøvelsen følger allerede af § 31, nr. 3, i tvangsbekendtgørelsen (ovennævnte bekendtgørelse nr. 194 af 23. marts 2004 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller m.v. på psykiatriske afdelinger).

Der er i alle tilfælde ved afkrydsning angivet en begrundelse (i henhold til lovens § 5). I 6 af de 9 tilfælde af tvangsindlæggelse er det ved afkrydsning angivet at tvangsindlæggelsen er sket af helbredsmæssige grunde og i 3 tilfælde på grund af farlighed. I 7 af de 10 tilfælde hvor frihedsberøvelsen er iværksat som tvangstilbageholdelse, er det sket af helbredsmæssige grunde og i 3 tilfælde på grund af farlighed.

Tvangsindlæggelse sker på grundlag af en lægeerklæring der er udarbejdet af den læge som har undersøgt den pågældende med henblik på indlæggelsen. Erklæringen må ikke være udstedt af en læge der er ansat på den psykiatriske afdeling hvor indlæggelsen skal finde sted, og lægen må ikke være inhabil (psykiatrilovens § 7). Det er dog overlægen på den psykiatriske afdeling der træffer den endelige administrative afgørelse om hvorvidt betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, jf. psykiatriloven § 9, stk. 2, og § 14, stk. 1, i Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 880 af 10. december 1998 om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser. Af lovens § 4a og § 14, stk. 1, 2. punktum, i den nævnte bekendtgørelse fremgår det videre at afgørelsen i overlægens fravær kan træffes af en anden læge på den psykiatriske afdeling, og at overlægen i sådanne tilfælde snarest skal tage stilling til beslutningen.

For så vidt angår tvangstilbageholdelse gælder tilsvarende – efter lovens § 10, stk. 1, jf. § 4a – at overlægen træffer afgørelsen, og at afgørelsen kan træffes af en anden læge i overlægens fravær. Også i disse tilfælde skal overlægen snarest tage stilling til beslutningen.

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

I alle skemaer er der angivet en dato for overlægens stillingtagen. I 6 af de 9 tilfælde vedrørende tvangsendlæggelse har overlægen taget stilling til frihedsberøvelsen samme dag som iværksættelsen af frihedsberøvelsen. I 2 tilfælde har overlægen taget stilling dagen efter iværksættelsen, og i det sidste tilfælde overlægen taget stilling 2 dage efter iværksættelsen.

For så vidt angår tvangstilbageholdelserne har overlægen i 7 tilfælde taget stilling til frihedsberøvelsen samme dag som iværksættelsen, og i de 3 andre tilfælde dagen efter.

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

Jeg foretager mig ikke yderligere vedrørende de konkrete tilfælde hvor der er gået 1-2 dage fra iværksættelsen af frihedsberøvelsen til overlægens stillingtagen, men for god ordens skyld beder jeg dog afdelingen om at oplyse nærmere om afdelingens praksis med hensyn til indhentelse af overlægens stillingtagen.

Det påhviler til stadighed overlægen at påse at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magt og beskyttelsesfiksering ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt, jf. psykiatrilovens § 21, stk. 1. For så vidt angår frihedsberøvelse skal resultatet af denne efterprøvelse tilføres tvangsprotokollen henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage efter at frihedsberøvelsen blev iværksat, og herefter mindst hver fjerde uge så længe frihedsberøvelsen opretholdes, jf. lovens § 21, stk. 2, 1. punktum, og tvangsbe-kendtgørelsens § 31, nr. 4. Efterprøvelsen udregnes ifølge bilaget til vejledningen fra

den dag hvor den første frihedsberøvelse blev iværksat (dag 0). Efterprøvelsesdatoerne ændres således ikke når en tvangsendlagt patient senere tvangstilbageholdes.

Af bilaget til Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2002 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. fremgår det at oplysningerne fra et skema skal overføres til et nyt skema hvis frihedsberøvelsen fortsætter ind i næste kvartal. Det gælder dog ikke tidligere efterprøvelser.

I forbindelse med en tvangsendlæggelse iværksat den 5. august 2004 er der alene notat om efterprøvelse den 3. oktober 2004. Der er tale om fortsættelse af et tidligere skema som jeg går ud fra indeholder notat om tidligere efterprøvelse der fandt sted i det forudgående kvartal.

I forbindelse med en tvangsendlæggelse iværksat den 27. august 2004 (samtidig omfattende en tvangstilbageholdelse den samme dag) er første notat om efterprøvelse den 25. september 2004, og det er noteret i feltet til efterprøvelse efter 30 dage. Der er også i denne sag tale om fortsættelse af et tidligere skema, men ikke på grund kvartalsskifte.

I forbindelse med en tvangstilbageholdelse som fandt sted den 21. september 2004, er der ikke notat om efterprøvelse efter tre dage, men først efter 10 og 20 dage. Der er også i dette tilfælde tale om fortsættelse af et tidligere skema, og tvangstilbageholdelsen blev iværksat i det forudgående kvartal.

I forbindelse med en tvangstilbageholdelse som fandt sted den 13. september 2004, er første notat det notat som skal laves efter 20 dage (den 3. oktober 2004). Tvangstilbageholdelsen ophørte 10 dage senere. Der er også i dette tilfælde tale om fortsættelse af et tidligere skema, og tvangstilbageholdelsen blev iværksat i det forudgående kvartal.

I forbindelse med en tvangstilbageholdelse den 23. oktober 2004 skete der efterprøvelsen efter 3 dage og herefter den 3. november 2004, dvs. en dag for sent. Tvangstilbageholdelsen ophørte den 10. november 2004.

Det er beklageligt at efterprøvelsen efter 10 dage skete en dag for sent.

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

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

De obligatoriske efterprøvelser skal, som nævnt, foretages af overlægen, jf. lovens § 21, stk. 2, eller i dennes fravær af den anden læge hvis efterprøvelse snarest herefter skal attesteres af en overlæge, jf. lovens § 4a. Der er særlige rubrikker i tvangsprotokollen til angivelse af datoen for overlægens stillingtagen.

Datoen for overlægens attestation er i alle tilfælde på nær 2 i forbindelse med tvangsindlæggelserne angivet som samme dag som efterprøvelsen. I de 2 tilfælde er datoen angivet til henholdsvis dagen efter og 2 dage efter. I forbindelse med tvangstilbageholdelserne er attestationen i alle tilfælde på nær 3 angivet som samme dag. I 2 af de 3 tilfælde er datoen angivet til dagen efter, og i det sidste tilfælde 2 dage efter efterprøvelsen.

I alle tilfælde er datoen for ophør af frihedsberøvelsen angivet. I 5 af de 9 tilfælde af tvangsindlæggelse er datoen for overlægens stillingtagen angivet som ophørsdagen, i 3 tilfælde som dagen efter. I det sidste tilfælde er overlægens stillingtagen sket 6 dage efter ophøret (en tvangsindlæggelse den 9. oktober 2004 som ophørte den 12. oktober 2004)

I forbindelse med tvangstilbageholdelse er datoen for ophør af frihedsberøvelsen ligeledes angivet i alle tilfælde. I 9 tilfælde er datoen for overlægens stillingtagen angivet som ophørsdagen, i et tilfælde som dagen efter.

6.2. Tvangsbehandling

Jeg modtog 10 skemaer vedrørende beslutninger om tvangsbehandling, men det ene tilfælde indgår som nævnt ovenfor ikke i min gennemgang (en tvangsbehandling den 29. marts 2004). Tilførslerne (skemaerne) vedrører (herefter) beslutninger om tvangsbehandling truffet i tidsrummet fra den 28. maj 2004 til den 2. november 2004.

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

Det er i 8 tilfælde ved afkrydsning angivet hvorvidt der er tale om det første skema (4 tilfælde) eller en fortsættelse af tidligere skema (4 tilfælde). For så vidt angår de sidstnævnte tilfælde har jeg ikke modtaget det første skema vedrørende denne beslutning (eller tidligere fortsatte skemaer).

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

Det er en fejl.

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

Hvert af de modtagne skemaer vedrører kun én tvangsform (medicinering, elektrochok eller tvangsbehandling af legemlig lidelse). I et af de tilfælde der vedrørende tvangsbehandling af en legemlig lidelse, er det i rubrikken om art og omfang angivet at der var tale om

medicinering, drop, blodprøvetagning og andre nødvendige parakliniske undersøgelser. Det drejer sig om en beslutning der blev truffet den 24. oktober 2004 (hvor tvang kun blev anvendt en gang).

Jeg anmoder om en udtalelse om hvorvidt der i dette tilfælde er tale om flere tvangsformer uanset at beslutningen ifølge afkrydsningen udelukkende vedrører tvangsbehandling af legemlig lidelse.

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

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

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

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

Datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen og for overlægens stillingtagen er angivet i 8 tilfælde, og i disse tilfælde er datoen for overlægens stillingtagen på

alle skemaer angivet som dagen for beslutningen. I disse 8 tilfælde er navnet på den ordinerende overlæge også angivet, i nogle tilfælde ved initialer.

Jeg går ud fra at lægens initialer er tilstrækkeligt til at afdelingen entydigt kan fastslå hvem der har ordineret tvangsforanstaltningen, og jeg foretager mig på denne baggrund ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål.

I det sidste tilfælde er der hverken anført dato for overlægens stillingtagen eller navn på den ordinerende overlæge, men alene anført datoen for beslutningen om iværksættelse af behandlingen. Det drejer sig om en beslutning om tvangsbehandling af 26. november 2004.

Dette er beklageligt.

Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 32, nr. 3, skal der i tvangsprotokollen ske tilførsel af begrundelsen for tvangsbehandlingen. Ifølge bilaget til Sundhedsstyrelsens vejledning afkrydses den konkrete begrundelse for iværksættelse af den pågældende tvangsbehandling i rubrikken "Begrundelse". Der henvises i den pågældende rubrik i skemaet til psykiatrilovens § 12 og § 13.

Begrundelsen for beslutningen er ved afkrydsning angivet i alle tilfælde.

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

Indholdet af tvangsbehandlingen er angivet i alle tilfælde. I flere tilfælde er indholdet af tvangsbehandlingen (medicinering) angivet med to alternative indgivelsesmåder, fx

således at ordineringsen lyder på tabletter alternativt injektion. I et af disse tilfælde er det angivet at injektion skal gives hvis patienten nægter at tage tabletter.

Under inspektionen oplyste ledelsen (på forespørgsel) at afdelingen i forbindelse med medicingivning, herunder tvangsmedicinering, bruger mindste-middel-princippet, dvs. starter med at give præparater per oral (hvilket også kan ske tvangsmæssigt). Afdelingen oplyste i den forbindelse at det kan blive nødvendigt med injektion hvis patienten ikke vil samarbejde, og at lægen eventuelt allerede har en anvisning på hvad der i givet fald skal ske. Det fremgår som anført af det sidste tilfælde.

Selv om det ikke i de andre tilfælde udtrykkeligt er anført at injektion kun skal gives hvis patienten nægter at tage tabletter (i et tilfælde mikstur), går jeg ud fra at det anførte skal forstås sådan, og at de behandlende læger er klar over at det skal forstås på denne måde, jf. det oplyste under inspektionen. Jeg går således ud fra at tabletter eller mikstur altid forsøges før injektion.

Til orientering kan jeg oplyse at jeg i rapport af 26. maj 2004 vedrørende min inspektion af Sct. Hans Hospital den 18. og 24. februar 2004 har udtalt følgende:

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

Jeg går ud fra at den angivelsesmåde som anvendes på Sct. Hans Hospital (afsnit R1) med alternative indgivelsesformer (og doser) er udtryk for en praksis hvorefter der i første omgang forsøges med indgivelse af medicin peroral, og at personalet kun såfremt dette ikke effektivt lader sig gennemføre, fx fordi patienten afviser at indtage medicinen eller efterfølgende kaster op, overgår til indgivelse af medicinen ved injektion. I det ovenfor givne eksempel er alternativerne imidlertid sprogligt set ligestillede, og der gives således ingen præcisering af hvornår det ene alternativ skal vælges

frem for det andet, dvs. hvad der vil være den udløsende faktor for at vælge henholdsvis peroral indgivelse eller indgivelse ved injektion. Hospitalets formulering i tvangsprotokollen giver derfor anledning til principielle overvejelser om den sproglige præcision som kan forlanges.

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

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

Jeg beder hospitalet om en udtalelse herom.”

Sct. Hans Hospital anførte i en udtalelse af 12. juli 2004 bl.a. at princippet om anvendelse af mindste-middel hyldes overalt i psykiatrien og således også ved tvangsbehandling, at alle læger ved introduktionsundervisningen undervises i brugen af tvang og reglerne herfor, herunder at medicin skal forsøges givet oralt som det første, og at injektionsbehandling kun må anvendes hvis dette afslås, og at det også i det medicinmodul der hører til den elektroniske patientjournal, udførligt er beskrevet hvordan medicin skal gives, og at den perorale ordination skal forsøges først. Hospitalet oplyste tillige at der efterfølgende skal gøres notat i journalen om hvorvidt den perorale eller intramuskulære indgivelse er anvendt, og hvis den perorale medicinering måtte opgives, skal omstændighederne der førte hertil, beskrives.

Hospitalet anførte endvidere at bemærkningerne i inspektionsrapporten havde givet hospitalet anledning til at overveje retningslinjer om udfyldelse af tvangsprotokollen som gør det tydeligt, også for udenforstående, hvilken ordinationsform der skal forsøges først. Dette noterede jeg mig i en opfølgingsrapport af 26. juli 2004.

Under henvisning til ovennævnte principielle overvejelser om den sproglige præcision der kan forlanges, henstiller jeg til afdelingen at overveje at give retningslinjer for ud-

fyldelsen 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, fx som det er sket i det ene tilfælde (en beslutning af 29. september 2004). Jeg beder om underretning om resultatet af disse overvejelser.

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

I 7 af de undersøgte skemaer er angivet ”fastholdelse” eller ”fastholden” i rubrikken om tilladt magtanvendelse, og i 2 af disse tilfælde er det tillige anført at der henholdsvis alternativt og eventuelt kan ske fiksering. I de 2 sidste tilfælde er ikke angivet noget i rubrikken.

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

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

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

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

Ligesom ved frihedsberøvelse skal oplysningerne overføres til et nyt skema hvis en tvangsbehandling fortsætter ind i et nyt kvartal, jf. bilaget til Sundhedsstyrelsens vejledning af 20. december 2002 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. Det gælder dog ikke datoer for de enkelte tidligere behandlinger.

I et af de tilfælde hvor der er sket afkrydsning til angivelse af at der er tale om en fortsættelse af et tidligere skema, er datoerne for udførelsen af tvangsbehandlingen på grund af en kopieringsfejl utydelige, men det kan udledes at første dato er den 1. oktober 2004. Beslutningen om tvangsbehandlings iværksættelse blev truffet den 29. september 2004, og der er således – hvad også fremgår ved påtegning øverst på skemaet – tale om et nyt kvartal. Den første rubrik er ikke udfyldt og der er tillige et udfyldt hul mellem den 16. og 18. oktober 2004. Jeg går ud fra at dette hul markerer (at der ikke skete tvangsbehandling) den 17. oktober 2004.

Også i andre tilfælde er der tilsvarende huller. Det gælder fx det skema hvor det ikke er afkrydset om der er tale om første skema eller fortsættelse af tidligere skema. Første registrering som er udførelse af en tvangsbehandling den 1. oktober 2004, er sket på linje (eller i rubrik) 5, og mellem henholdsvis den 7. og 9. oktober og den 15. og 18. oktober er henholdsvis en og to udfyldte rubrikker. Ved sidstnævnte er det tilføjet at en (så vidt ses) tvangsbehandling ved en fejl er registreret som frivillig den 16. og 17. oktober 2004. I et tilfælde er der dog ikke tilsvarende huller. Det drejer sig om et skema vedrørende en beslutning der blev truffet den 14. oktober 2004 (et første skema)

I 2 tilfælde som begge vedrører fortsættelse af tidligere skemaer, starter registreringerne henholdsvis midt i anden kolonne og i tredje kolonne (beslutninger den 28. maj og 26. august 2004). Der er tale om fortsættelse af tidligere skemaer i forbindelse med kvartalsskifte, og jeg går ud fra at registreringer på det nye skema er begyndt i den rubrik som registreringen skulle være ført i hvis der var fortsat på det tidligere skema.

Jeg anmoder afdelingen om at oplyse årsagen til at der foretages registrering på ovennævnte måde med huller og start senere end ved første rubrik.

I 3 tilfælde er datoen for ophør noteret henholdsvis 4, 6 og 8 dage efter sidst angivne dato for udført tvangsbehandling.

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

Endelig skal datoen for beslutning om ophør af tvangsanvendelsen angives. Det er anført i alle tilfælde.

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

6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

For tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt benyttes tvangsprotokol, skema 3. Jeg modtog i alt 26 skemaer til brug for tilførsler til tvangsprotokollen vedrørende tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.

Hvert skema har plads til 3 tilfælde af tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt (skemaet indeholder som angivet i bilaget til vejledningen 3 "kasser" til registrering af 3 tilfælde). De 26 modtagne skemaer omhandler i alt 45 tilfælde af tvangsfiksering og/eller fysisk magt, herunder indgivelse af beroligende medicin. Der var tale om i alt 11 tilfælde af anvendelse af bælte, 20 tilfælde af fastholdelse, 13 tilfælde af anvendelse af beroligende medicin, og et tilfælde hvor der blev anvendt remme. Heraf er der 12 kombinationer af tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og/eller indgivelse af beroligende medicin.

Af psykiatriloven fremgår det i § 14, stk. 1, at der som midler til tvangsfiksering alene må anvendes bælte, hånd- og fodremme samt handsker. Af stk. 2 fremgår det videre at

tvangsfiksering kun må anvendes i det omfang det er nødvendigt for at afværge at en patient:

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

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

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

I alle tilfælde på nær ét er iværksættelsestidspunktet angivet ved dato og klokkeslæt. I det ene tilfælde der vedrører indgivelse af beroligende medicin, er iværksættelsestidspunktet alene angivet ved dato (men der er samtidig angivet dato og klokkeslæt for op-hør, jf. om angivelse heraf nedenfor).

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

I det ene tilfælde hvor der er truffet beslutning om anvendelse af remme, har overlægen taget stilling til beslutningen samme dag som beslutningen blev truffet. Navn på den ordinerende læge er angivet, så jeg går ud fra at denne læge traf beslutningen i overlægens fravær, og at overlægen senere samme dag (aften) tog stilling til beslutningen.

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

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

Bortset fra 3 tilfælde er navnet på den ordinerende læge angivet i tilfælde af tvangsfiksering og indgivelse af beroligende medicin (i flere tilfælde ved angivelse af initialer). For så vidt angår indgivelse af beroligende medicin, er navnet på den tilstedeværende læge (tillige) angivet i alle tilfælde. På nær ét tilfælde er navnene på det implicerede personale angivet, nogle gange ved initialer eller fornavne.

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

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

Det er i ét tilfælde noteret at fikseringen var frivillig. Der er noteret navn på den ordinerende (samtykkende) læge.

Jeg anmoder afdelingen om at oplyse om praksis med hensyn til at imødekomme anmodninger om frivillig fiksering.

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

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

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

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

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

I 2 tilfælde – som er på samme skema – er begrundelsen for beslutning om fastholden angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende ”Urolig tilstand”. Det drejer sig om fastholden iværksat den 3. oktober 2004. De to tilfælde er noteret i henholdsvis den

første og den sidste ”kasse” i dette skema. Der var imellem tidspunkter for disse fastholdelser en fastholdelse som er begrundet med farlighed; det er et af de tilfælde hvor der er sket en overstregning (af urolig tilstand).

Idet jeg henviser til de ovenfor gengivne betingelser i loven for hhv. fiksering (§ 14) og anvendelse af fysisk magt, må jeg konstatere at der i dette tilfælde er fejl i de anførte begrundelser vedrørende første og tredje fastholdelse. 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. Selv om der alene er tale om et enkeltstående tilfælde, beder jeg afdelingen om en udtalelse herom.

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

I alle de tilfælde hvor ophørstidspunkt skal angives, er det angivet.

I to tilfælde vedrørende beroligende medicin er der angivet ophørstidspunkt. I det ene tilfælde er der tillige en angivelse af iværksættelsestidspunktet.

I de fleste tilfælde af fastholdelse er ophørstidspunktet tillige angivet.

6.4. Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning

For beskyttelsesfiksering benyttes tvangsprotokol, skema 4. Jeg har modtaget ét skema vedrørende beskyttelsesfiksering ordineret den 21. juni 2004 (stofbælte eller lignende). Det fremgår udtrykkeligt af en påsat seddel at der alene har været dette ene tilfælde af beskyttelsesfiksering i 2004.

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

Det er afkrydset at det drejer sig om det første skema for den aktuelle tvangsforanstaltning.

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

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

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

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

Dette er sket.

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

Skemaet vedrører kun én form for tvangsanvendelse.

I tvangsprotokollen skal den ordinerende læge anføres, jf. tvangsbekendtgørelsens § 35, nr. 5.

Dette er sket.

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

I skemaet er der i rubrikken vedrørende begrundelsen (for beslutningen om benyttelse af stofbælte eller lignende) anført: "Kan ikke holde i.v. adgang. Pt. er uklar, motorisk urolig, rodende. I fare for at falde ud af sengen." Rubrikken "Situation" er ikke udfyldt.

Det står mig ikke klart hvad der menes med "Kan ikke holde i.v. adgang." Jeg beder afdelingen om at oplyse dette.

Det er en fejl at rubrikken "Situation" ikke er udfyldt, men jeg går ud fra at det anførte om at patienten "er uklar, motorisk urolig, rodende" og i "fare for at falde ud af sengen" også tilsigter at angive den situation hvori stofbælte kan anvendes. Jeg beder dog afdelingen om at oplyse om det er korrekt forstået.

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

Ifølge skemaet er anvendelsen ophørt 7 dage efter at anvendelsen blev besluttet, og der er sket en fornyet vurdering efter 2 dage. Patienten blev udskrevet dagen efter ophøret.

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

Skemaet er som det fremgår påført ophørsdato.

7. Opfølgning

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

8. Underretning

Denne rapport sendes til Hvidovre Hospital, Psykiatrisk Afdeling, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 og afdelingens patienter.

Lennart Frandsen

Inspektionschef