

Den 19. december 2001 afgav jeg min endelige rapport om min inspektion den 27. februar 2001 af Psykiatrisk Afdeling på Frederiksberg Hospital.

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

Hospitalsdirektionen på Psykiatrisk Afdeling på Frederiksberg Hospital har gennem Hovedstadens Sygehusfællesskab fremsendt hospitalets udtalelse af 8. marts 2002 som jeg modtog med Hovedstadens Sygehusfællesskabs brev af 21. marts 2002.

Jeg skal herefter udtale følgende:

Hospitalet har indledningsvis oplyst følgende:

”Som det fremgår af rapporten var der på tidspunktet for inspektionen planer om en gennemgribende fornyelse og renovering af de psykiatriske afsnit. Endvidere er der planer om at flytte de distriktspsykiatriske funktioner væk fra hospitalet til lokaler i lokalområderne, for Frederiksberg Hospitals optageområde drejer det sig om 2 centre.

Den aktuelle status for disse planer er, at byggeri af en nybygning med 3 lukkede afsnit og 36 enestuer er ved at blive opført med planlagt ibrugtagning ca. 1.9.2002. Derefter iværksættes en renovering af bygningerne 26 og 28, hvor [der] både sker en omfattende renovering af lokalerne samt sengeudtynding bl.a. med henblik på etablering af enestuer. Disse renoveringer forventes afsluttet i 2003. Ligeledes er der planer for renovering af bygning 35 (afsnit D1), men disse planer er dog på indeværende tidspunkt ikke konkretiseret i samme grad som for de øvrige bygninger og funktioner.

Planerne for udflytning af de distriktspsykiatriske funktioner har til dels måttet afvente den overordnede planlægning for psykiatrien i H:S, idet denne har kunnet få betydning for dimensioneringen af disse centre. Forsætningerne er nu tilstrækkeligt afklarede til [at] forberedelserne har kunnet iværksættes og hospitalet og H:S Direktion er i gang med at sondere mulighederne for at finde eg-

nede lokaler. Der arbejdes p.t. på en mulighed, der dog næppe vil kunne realiseres før ultimo 2003/primo 2004.

Disse omfattende renoverings- og fornyelsesplaner har betydet, at man har været tilbageholdende med at gennemføre mere omfattende malervedligeholdelsesarbejder på flere af de bygninger, som omfattes af renoveringsplaner.

Hospitalsdirektionen vil sikre, at malervedligeholdelsesniveauet afstemmes med renoveringsplanerne.”

Hovedstadens Sygehusfællesskab har henholdt sig til hospitalets udtalelse.

### **Ad pkt. 3.1. Generelt (om bygningsmæssige forhold mv.)**

Jeg henviste i rapporten til at en patient under samtalen med mig oplyste at der var megen træk fra vinduerne, hvilket jeg i øvrigt også bemærkede under rundgangen. Ledelsen bekræftede at der på afdeling D3 og gerontopsykiatrisk afsnit er megen træk fra vinduerne. Ledelsen oplyste videre at man i den anledning havde tilkaldt Teknisk Tjeneste, men at der ikke var fundet en løsning.

Jeg bad om at modtage oplysning om afdelingens fortsatte undersøgelser/overvejelser med henblik på at finde en løsning på problemet med træk fra vinduerne.

Hospitalet har oplyst følgende:

”Det er over for hospitalsdirektionen oplyst, at problemet skyldes utæt fugning omkring vinduesrammerne. Dette er under afhjælpning.”

*Jeg foretager ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.*

### **Ad pkt. 3.2.2. Rehabiliteringsafsnit D1**

Under inspektionen blev stue 5 og stue 11 besigtiget. Jeg konstaterede i den endelige rapport om inspektionen at der var spindelvæv i loftet i stue 11, og at væggene i begge stuer trængte til maling.

Jeg konstaterede desuden at der var meget varmt i stue 5 på tidspunktet for inspektionen, og at skabet hvor regulering af varmesystemet i stuen kan ske, er aflåst og kun kan åbnes af personalet. Det samme system findes på flere af stuerne på afsnittet. Også vinduet er aflåst og kan kun åbnes af personalet.

Jeg bad Psykiatrisk Afdeling oplyse om eventuelle planer for genopfriskning (maling) af stuerne, eventuelt i forbindelse med den omtalte gennemgang/overvejelse, herunder med angivelse af tidshorisont.

Hospitalet har ikke konkret udtalt sig herom, men har som det fremgår ovenfor generelt oplyst at de omfattende reoverings- og fornyelsesplaner har betydet at man har været tilbageholdende med at gennemføre mere omfattende malervedligeholdelsesarbejder på flere af de bygninger som omfattes af reoveringsplaner.

Hospitalet har som det fremgår desuden oplyst at der er planer for reovering af bygning 35 (afsnit D1), men at disse planer på indeværende tidspunkt ikke er konkretiseret i samme grad som for de øvrige bygninger og funktioner.

Hospitalsdirektionen vil sikre at malervedligeholdelsesniveauet afstemmes med reoveringsplanerne.

*Jeg går ud fra at hospitalets oplysninger betyder at hospitalet er enig med mig i at stuerne trænger til maling, og at hospitalet vil iværksætte malervedligeholdelse såfremt reoveringen af bygning 35 (afsnit D) trækker ud.*

Jeg bemærkede endvidere at det ikke er tilfredsstillende at såvel udluftning som regulering af varmesystemet kun kan ske ved personalets mellemkomst. Særligt forekommer det ubegrundet at vinduerne fortsat er aflåst selvom der nu er tale om et åbent afsnit. Jeg bad Psykiatrisk Afdeling oplyse om eventuelle planer for forbedringer af disse forhold således at patienterne selv kan åbne vinduerne og regulere varmen.

Rengøringsstandarden på afsnittet kunne godt være bedre. Jeg udtalte at jeg går ud fra at afdelingen fremover vil være opmærksom på dette, og herunder også sørge for at fjerne spindelvæv og lignende.

Hospitalet har oplyst følgende:

”Vinduerne er ikke gjort oplukkelige i forbindelse med at afsnittet skiftede status fra at være lukket til at være åbent. Det vurderes, at en ændring relativt hurtigt vil kunne gennemføres ved at forsyne de inderste vinduer med vridere. Ændringen er besluttet [og] sat i værk.

Opvarmningen af stuerne sker ved en radiator placeret i loft. Regulering kan ske ved at reguleringshåndtag placeret bag aflåst lem. Det er aftalt med hospitalets Tekniske Tjeneste, at reguleringshåndtaget gøres tilgængeligt for patienterne. Lemmene er dog placeret bag sengene, hvilket vanskeliggør reguleringen. Løsninger overvejes.”

Hospitalet har endvidere oplyst:

”Med hensyn til rengøringsstandarden forsøger vi nu at være opmærksomme også på synlige urenheder som spindelvæv ud over snævert hygiejniske forhold. Dette gælder selvfølgelig for hele afdelingen.”

*Jeg foretager ikke yderligere vedrørende disse spørgsmål.*

### **Ad pkt. 3.2.3. Lukket afsnit D2**

Lukket afsnit D2 ligger på Vej 5 i en ældre murstensbygning oven over den psykiatriske skadestue. Afsnittet behandler 18-65-årige patienter som har brug for at være indlagt på lukket afsnit. Afsnittet har plads til 20 patienter. Der er 10 enestuer, to tosenstuer og to tresenstuer.

D2 er planlagt til at blive opdelt og overflyttet til den bygning som er under opførsel. I den forbindelse vil D2 komme til (udelukkende) at bestå af enestuer med eget toilet og bad.

Jeg udtalte at Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 i forbindelse med tilsynets inspektioner af psykiatriske hospitaler gentagne gange har 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. På linje hermed udtalte jeg at jeg må finde at det er en mangel at sengepladserne delvist består af to- og tresenstuer, og at stuerne ikke har eget toilet og bad.

Jeg udtalte endvidere at jeg forstod at den planlagte opdeling og overflytning af afsnittet til en ny bygning vil afhjælpe dette problem. Indtil de nævnte byggeplaner er realiseret, går jeg ud fra at afdelingen er meget opmærksom på hvorledes patienter sammensættes på to- og tresenstuerne.

Hospitalet har bemærket følgende hertil:

”Med hensyn til hvilke patienter, der lægges på 2- eller 3-senstuer, har personalet til stadighed været opmærksomme på, at dette skulle føre til så få gener for patienterne som muligt. Dette gælder selvfølgelig for alle afsnits flersenstuer.”

*Jeg foretager ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.*

I rapporten udtalte jeg at det naturligvis er meget utilfredsstillende at patienter er henvist til at ligge på gangen og i ergoterapilokalet. Dette gælder særligt for en seng foran ergoterapilokalet. Jeg udtalte at jeg går ud fra at den planlagte opdeling og overflytning af afsnittet til en ny bygning vil betyde at sådanne placeringer af patienter ikke længere vil blive anvendt.

Hospitalet har bemærket følgende hertil:

”Med hensyn til placering af senge ved overbelægning på D2, har dette problem været minimeret efter en strammere udskrivningskurs fra sommeren 2001. Med overbelægning i døgnets løb kan det dog være nødvendigt at placere en seng i ergoterapilokalet og eventuelt også uden for dette, men i så fald afskærmes den naturligvis ved brug. Det forventes ikke nødigt med en sådan placering efter ibrugtagning af nybyggeri og reovering af eksisterende.”

*Jeg har noteret mig hospitalets oplysninger.*

Jeg beskrev i rapporten afsnittets have som der er udgang til via en aflåst dør. Fra døren leder en trætrappe ned til den vinkelformede have langs med huset. Øverst på trappen lå et væltet havebord, og under trappen var der forskelligt skrammel. Haven er omgivet af et højt stakit og består af en flisegang og et græsareal. Der er træer og buske og en grill. Der er en basketballkurv. Der stod en stabel ældre og medtagne havestole af hvid plast. Et havebord og to stole af samme materiale lå væltet på græsset. Havebordets ene ben lå løst ved siden af. Der lå tre meget medtagne parasoller og nogle parasolfødder løst op ad huset. Ved siden af parasollerne lå en sølvgrå metalboks med påskriften ”rentolin” og et orange advarselssymbol.

Afdelingen har i brev af 7. november 2001 oplyst at metalboksen var placeret med henblik på skadedyrsbekæmpelse af tilkaldt skadedyrsbekæmper.

Jeg udtalte at det ikke er tilfredsstillende at patienternes udendørs opholdsareal fremstår i en forfatning som det var tilfældet ved inspektionen. Jeg bemærker herved at jeg måtte få det indtryk at der i lang tid havde set sådan ud på arealet. Jeg udtalte videre at jeg gik ud fra at afdelingen fremover vil

være mere opmærksom på at holde haven ryddelig. Målet må være at gøre udendørsarealerne attraktive for patienterne, i det omfang det er muligt.

Hospitalet har hertil bemærket følgende:

”Havearealernes udseende var naturligvis præget af tidspunktet på året for inspektionen. Afdelingen vil være opmærksomme på at holde haven mere ryddelig ligesom der vil blive strammet op omkring gartnervedligeholdelse. Hospitalet har netop skiftet leverandør, hvilket forventes at forbedre vedligeholdelsesniveauet på grund af bedre beskrivelse af kvaliteten.”

Hospitalet har desuden generelt oplyst følgende:

”Med hensyn til udendørsarealerne har vi strammet op på oprydning og orden, så de tager sig mere indbydende ud.”

*Jeg er enig i at årstiden for inspektionen var medvirkende til at give et dårligere indtryk af haven end man formentlig ville få på andre tidspunkter af året. De forhold som jeg fremhævede i rapporten var imidlertid ikke udpræget årstidsrelaterede. Jeg tager hospitalets oplysninger om øget opmærksomhed på at holde haven ryddelig og at opstramme gartnervedligeholdelsen til efterretning og foretager ikke mere vedrørende spørgsmål.*

Jeg beskrev i rapporten afsnittets fikseringsrum. Jeg udtalte at selve fikseringsrummet ikke gav mig anledning til bemærkninger, udover at jeg pegede på at tildækning af senge som anvendes til fiksering når de ikke er i brug, efter min opfattelse kan medvirke til at situationen i forbindelse med fikseringer ikke bliver unødigt dramatisk. Jeg bad afdelingen oplyse om afdelingen har overvejet at tildække sengene helt på afdelingens fikseringsstuer.

Hospitalet har oplyst følgende:

”Det nævnte ’Fikseringsrum’ er det eneste, vi har i afdelingen. Som anført i rapporten er det aflåst, når det ikke er i anvendelse. Graden af tildækning af mavebæltet justeres i forhold til plejepersonalets oplevelse af, hvilken tildækningsgrad, der giver den bedste balance mellem at virke provokerende for patienten ved synet, henholdsvis provokerende på patienten ved, at der først sker afdækning efter ankomsten til stuen.”

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

Jeg beskrev i rapporten afsnittets aktivitetsrum som er et lokale med vinyl-/linoleumsgulv, to store vinduer (som kan åbnes til udluftning) med gardiner, loftslamper og billeder på væggen. Lokalet er udstyret med en ribbe, et bordtennisbord og to kondicykler – den ene er en noget ældre model hvor kæden var hoppet af. Der er desuden træningsmadrasser og en sandsæk. Der er skrevet med store bogstaver på rummets ene væg, og der er på den samme væg et hul, efter hærværk, på størrelse med en hånd helt ind til væggen træskelet. I tilknytning til aktivitetsrummet er der et mindre rum med en sofagrube.

Jeg udtalte at aktivitetsrummets udbud af motionsredskaber efter min opfattelse er lidt sparsomt og for en dels vedkommende ramponeret. Jeg bad afdelingen oplyse om eventuelle planer for udskiftning/supplering af motionsredskaberne, herunder eventuelt i forbindelse med den planlagte opdeling og overflytning af afsnittet til en ny bygning.

Hospitalet har oplyst følgende:

”Med hensyn til afdelingens tilbud af motionsredskaber håber vi, at kunne anskaffe et bedre udvalg til de nybyggede afsnit, men dette er ikke garanteret.”

*Jeg forstår hospitalets oplysninger således at hospitalet er enig med mig i at aktivitetsrummets udbud af motionsredskaber er lidt sparsomt og for en dels vedkommende ramponeret. Idet jeg henvi-*



*ser til psykiatrilovens § 2 om god psykiatrisk sygehusstandard, herunder med hensyn til aktivitets-tilbud, beder jeg om underretning om udfaldet af de bestræbelser som hospitalet gør sig for at skaffe et bedre udvalg af motionsredskaber til de nybyggede afsnit.*

### **Ad pkt. 5.1. Overbelæg**

Afdelingen har i alt 96 sengepladser. Af materialet som jeg modtog i forbindelse med inspektionen, fremgår det at afdelingen i 2000 havde en total gennemsnitlig belægning på 94,7 patienter. Fordelingen af patienter på afsnit og de periodemæssige udsving i belægningstallet indebar en del perioder med overbelægning på enkelte afsnit. Som det fremgår af gennemgangen af de bygningsmæssige rammer i rapporten, nødvendiggør dette placering af patienter på gangene mv.

Den høje belægningsprocent var blandt de emner som blev bragt frem af patienter i forbindelse med mine samtaler med disse.

Jeg udtalte at jeg går ud fra at det planlagte byggeprojekt mv. vil reducere overbelægningen og således mindske behovet for at placere patienter på gangene o.l. Jeg bad dog afdelingen om at oplyse nærmere om i hvilken grad afdelingen forventer at problemet vil blive afhjulpet i forbindelse med projektet.

Hospitalet har oplyst følgende:

”Vedrørende overbelægning (i rapporten kaldet overbelæg, hospitalsterminologi er overbelægning) har afdelingen primært været belastet i de akutte alment psykiatriske afsnit D2 og D3, men efter en aftalt strammere udskrivningspolitik på disse afsnit juni 2001 har der ikke været overbelægning udover samme døgn eller i weekenden. Nybyggeriet giver samlet set uændret antal senge, men fordelingen passer bedre til den valgte aldersgrænse mellem almen psykiatri og gerontopsykiatri – 65 år”

*Jeg foretager på det foreliggende grundlag ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.*

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

Jeg omtalte i rapporten reglerne for miljøskift og adgang til frisk luft for frihedsberøvede patienter.

Ledelsen oplyste at patienter på de lukkede afsnit på afdeling D har adgang til frisk luft i afdelingens egne haver. Der er adgang til haverne hver dag. Afdelingen har i brev af 7. november 2001 oplyst at patienter på lukket afsnit som kun har udgang i følge med personalet, herudover kun kan regne med en daglig tur til kiosken på hospitalets område.

Jeg udtalte at haverne som ligger i forbindelse med de lukkede afsnit, giver patienterne adgang til frisk luft, men kun begrænset mulighed for gåture. Jeg bad afdelingen præcisere hvad der nærmere ligger i at patienterne ”kun kan regne med” en daglig tur til kiosken. Det ønskes herunder oplyst hvor lang tid en tur til kiosken typisk tager, og i hvilket omfang afdelingen må afslå patienternes eventuelle ønsker om flere gåture.

Hospitalet har oplyst følgende:

”Patienter på lukket afdeling kan af sikkerhedshensyn (undvigerisiko fra nødvendig behandling eller konkret fare for egen eller andres sikkerhed) have begrænset tilladelse til at gå ud alene ifølge med rutineret personale, og der er den eneste tur personalet gennemfører, hvis der er meget lille personalefremmøde f.eks. på grund af sygdom kioskturen. Den varer 15 – 30 minutter eller eventuelt længere. Hvis der er mulighed for det, og patientønsker til det, gennemføres flere ture i løbet af dagen. Hyppigheden af, at patienten får afslag på ledsagede ture er svingende, men lav. Afslag gives især i perioder, hvor der er sygefravær i personalegruppen. Samtidig drejer det sig om ganske få patienter, der netop har denne begrænsede tilladelse til at gå ud med personale – de fleste vil i dette tilfælde også have tilladelse til at gå ud med følge af pårørende, hvilket oftere er ønsket af patienterne.”

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## **Ad pkt. 5.7. Besøg og visitation**

Jeg gengav i rapporten ledelsens oplysninger om at man normalt ikke åbner patienternes pakker og breve. Når det sker, åbnes posten sammen med den pågældende patient. Jeg bad afdelingen om at oplyse i hvilke situationer posten åbnes sammen med en patient.

Hospitalet har oplyst følgende:

”Åbning af patienternes post sker, som beskrevet, kun efter aftale sammen med en patient. Det er sædvanligt efter patientens udtrykte ønske og kan typisk dreje sig om officielle skrivelser fra myndigheder, hvor patienten eventuelt frygter afgørelser og lignende eller hvor patienten ønsker bistand til gennemgang af et brevets indhold.”

*Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

## **Ad pkt. 5.9. Rygepolitik**

Under rundgangen på afdelingen konstaterede jeg flere steder at der blev røget uden for de særligt markerede lokaler mv. hvor tobaksrygning er tilladt. Visse steder på afdelingen var luften meget røgfylt. Ledelsen oplyste at der på hospitalet kun må ryges på dertil indrettede steder. På psykiatrisk afdeling er man i praksis ikke så striks med hensyn til at følge rygepolitikken, og man har derfor problemer med at holde gange og stuer røgfri selvom der er rygeforbud på stuerne.

Ledelsen oplyste videre at man i forbindelse med den planlagte ombygning vil være særligt opmærksom på problemet og sørge for at få udstedt faste retningslinjer om rygning.

Jeg udtalte at jeg går ud fra at fravigelser af udgangspunktet om rygeforbud alene sker i overensstemmelse med sygehusfællesskabets bestemmelser. Jeg udtalte videre at jeg endvidere går ud fra at afdelingsledelsen vil være mere opmærksom på at sørge for at der bliver luftet ordentligt ud på de områder hvor der ryges. Dette gælder såvel de markerede rygeområder som de områder hvor der i øvrigt ryges (med eller uden ledelsens tilladelse).

Hospitalet har bemærket følgende herom:

”Med hensyn til gener på grund af rygning arbejder vi i afdelingen på, at vi i højere grad sikrer røgfri luft til patienterne.”

*Jeg foretager mig ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.*

## **Ad pkt. 5.10. Forplejning**

En patient som jeg havde samtale med i forbindelse med inspektionen, udtrykte utilfredshed med maden som efter hans opfattelse ikke er tilstrækkeligt nærende.

Ledelsen oplyste at hospitalet siden hospitalets køkken lukkede for to år siden, har fået maden leveret fra Rigshospitalet. Det er muligt at bestille frugt som en del af den daglige madportion, og i løbet af dagen er der stillet både grøntsager og sandwich frem som mellemmåltider til patienterne. Vitaminbehovet forudsættes dækket via kosten. Der har bl.a. i pressen været flere klager over maden, bl.a. over at portionerne ikke er store nok og ikke indeholder tilstrækkeligt mange kalorier.

Den patient som fremkom med bemærkninger til kosten, oplyste at der i amtsligt regi er igangsat et udvalgsarbejde vedrørende kosten i sundhedsvæsenet. Ledelsen bekræftede patientens oplysninger herom.

I forbindelse med inspektionen spiste jeg og mine medarbejdere et måltid svarende til det som patienterne fik den pågældende dag. Maden som bestod af brød og pålæg, var ikke specielt indbydende. Jeg bad afdelingen om at oplyse nærmere om det omtalte udvalgsarbejde, herunder om udvalgets overvejelser eventuelt vil påvirke den kost som afdelingen serverer for patienterne.

Hospitalet har oplyst følgende:

”Kostleverancerne til Frederiksberg Hospital er i færd med at blive udbudt. I forbindelse med udformningen af udbudsbetingelserne er disse blevet udformet på en sådan måde, at det i højere grad vil være muligt at tage specielle hensyn til de forskellige behov, som kan være fra afdeling til afdeling. I øvrigt kan det oplyses, at der generelt på hospitalet inden for det seneste år har været fokuseret meget på patienternes kost og at ernæringsrigtig og indbydende kost er betragtet for et indsatsområde.”

*Spørgsmålet om kosten på afdelingen giver mig ikke anledning til yderligere bemærkninger. Jeg beder dog fortsat afdelingen oplyse nærmere om det omtalte udvalgsarbejde.*

### **Ad pkt. 5.13. Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling**

Jeg gengav i rapporten reglerne om orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling.

Det blev oplyst for Psykiatrisk Afdeling på Frederiksberg Hospital at patientrådgiveren telefonisk bliver orienteret om at vedkommende er blevet beskikket således at vedkommende har mulighed for at tale med patienten inden tvangsbehandling iværksættes. Der gøres notat om vejledningen i patientens journal. I de tilfælde hvor der – af forskellige grunde – ikke gives en egentlig vejledning til patientrådgiveren, sker vejledningen gennem patientens journal og afsnittets plejepersonale.

Jeg bad afdelingen om at oplyse i hvilke tilfælde patientrådgiveren ikke gives en egentlig vejledning, og med hvilken begrundelse denne vejledning undlades.

Afdelingen har oplyst følgende:

”Vedrørende vejledning af patientrådgiveren synes det lidt uklart, hvad der i rapporten lægges i ’egentlig vejledning’, men patienten vejledes om tvangsindgrebets natur og baggrunden herfor og dette noteres i journalen. Patientrådgiveren vejledes ved at have adgang til disse oplysninger i patientens journal og supplerende vejledning fra plejepersonalet. Desuden kan den vagthavende læge tilkaldes ved behov for yderligere vejledning eller afklaring af spørgsmål, men dette sker ikke rutinemæssigt, da den vagthavende kan være optaget af opgaver andre steder i afdelingen.”

*Med udtrykket egentlig vejledning, som efter min hukommelse blev anvendt af afdelingens ledelse under mine samtaler med ledelsen, sigtede jeg i rapporten til afdelingens information til patientrådgiveren på afdelingens initiativ. Som jeg anførte i rapporten forudsætter tvangsmedicinering efter § 3, stk. 2, i bekendtgørelse nr. 617 af 21. september 1989 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger, at patienten og patientens rådgiver er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger. Efter bestemmelsen må tvangsmedicinering (bortset fra akutte tilfælde, jf. bestemmelsen) således ikke finde sted uden at patientrådgiveren er fuldt oplyst. Dette kan kræve vejledning på afdelingens initiativ således at det ikke er tilstrækkeligt at patientrådgiveren blot har adgang til oplysningerne fra journal og personale.*

*Også i andre tilfælde af tvangsanvendelse end tvangsmedicinering kan kravet i § 27 i psykiatriloven om at personalet på afdelingen skal give patientrådgiveren enhver oplysning som er nødvendig for at denne kan varetage sit hverv på forsvarlig måde, forudsætte vejledning på afdelingens initiativ. Jeg henviser til de i rapporten omtalte forarbejder til bestemmelsen hvorefter det er nødvendigt at patientrådgiveren modtager relevante lægelige oplysninger om patienten.*

*I andre tilfælde vil det efter omstændighederne være tilstrækkeligt at patientrådgiveren har adgang til de relevante oplysninger.*

*Det er på baggrund af afdelingens oplysninger under inspektionen og hospitalets udtalelse uklart for mig om patientrådgiveren i alle tilfælde alene informeres ved at have adgang til at opsøge oplysningerne i journal eller hos personale, eller om afdelingen også vejleder rådgiveren på afdelingens initiativ. Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom.*

## **Ad pkt. 5.17. Patientmøder**

Jeg gengav i rapporten reglerne i bekendtgørelse nr. 708 af 20. november 1989 om patientråd og patientmøder på psykiatriske sygehuse og afdelinger.

Jeg omtalte blandt andet reglerne i bekendtgørelsens § 1, stk. 4, hvorefter amtsrådet (Københavns Magistrat og Frederiksberg Kommunalbestyrelse samt Rigshospitalets Direktion) skal udfærdige nærmere retningslinjer for oprettelse af patientråd og afholdelse af patientmøder, herunder for antallet af medlemmer i de nævnte organer samt disses virksomhed.

Jeg bad afdelingen om at oplyse nærmere om de retningslinjer der gælder for patientmøder i afdelingen.

Afdelingen har oplyst følgende:

”Retningslinierne for afholdelse af patientmøder i de enkelte afsnit består i følgende: 10 møder årligt i de almene psykiatriske afsnit. 4 møder årligt i lukket gerontopsykiatrisk afsnit som påtænkes udvidet med yderligere 6 møder, således at det også her bliver 10 årlige møder. I det åbne gerontopsykiatriske afsnit afholdes p.t. morgenmøder, hvilket ikke helt erstatter patientmøder hvorfor det afsnit fremover planlægger med 10 patientmøder årligt.

Der bestræbes tværfagligt fremmøde fra personalets side.”

*Af de oplyste retningslinjer fremgår ikke nærmere om antallet af medlemmer i patientmøderne samt disses virksomhed. Jeg går dog ud fra at alle patienter på hvert enkelt afsnit kan deltage i møderne. Jeg beder med henvisning til bekendtgørelsen om patientråd og patientmøder afdelingen om at oplyse nærmere om patientmødernes virksomhed, jf. § 1, stk., 4, i bekendtgørelsen om patientråd og patientmøder på psykiatriske sygehuse og afdelinger.*

*Jeg beder afdelingen oplyse om udfaldet af afdelingens overvejelser om en udvidelse af antallet til 10 årlige møder.*



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

Afdelingen har generelt anført følgende generelle bemærkninger til min gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen:

”Vedrørende udfyldelse af tvangsprotokoller kan vi oplyse, at vi ikke er uenige i nogle af rapportens principielle betragtninger. Vi beklager de fejl, der er påvist og kan anføre, at vi på den ene side har haft nogle organisatoriske problemer med hensyn til at sikre overlægens godkendelse af andre lægers beslutninger på overlægens vegne og vanskeligheder med at få udfyldt alle felter korrekt i tvangsprotokollerne. Vi er efter ombudsmandsinstitutionens besøg ved inspektionschef Lennart Frandsen med følge blevet gjort yderligere opmærksom på disse mangler i tvangsprotokollerne af embedslægeinstitutionen efter at tilsynet er overgået til ELI i København og Frederiksberg efteråret 2001. Vi har derfor gennemført supplerende undervisning af lægerne, udfærdiget nye enkle skriftlige retningslinier og sikret en grundigere kontrol ved indsamling og gennemgang af kopier af tvangsprotokollerne inden fremsendelse til ELI og vi vil fremover få evaluering af fejl og mangler ved ELI, så vi sikrer en korrekt efterlevelse af de foreskrevne retningslinier vedrørende tvangsudøvelsen.”

### **Ad pkt. 6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse**

Jeg konstaterede i rapporten at der i 2 af de skemaer vedrørende tvangsindlæggelse som jeg modtog i forbindelse med inspektionen ikke var angivet en begrundelse for frihedsberøvelsen. Jeg bad afdelingen oplyse nærmere herom.

Afdelingen har ikke besvaret dette spørgsmål konkret hvorfor jeg går ud fra at afdelingen henholder sig til sine generelle bemærkninger som er gengivet ovenfor på s. 16-17.

*Jeg kan ikke afgøre om frihedsberøvelserne skete i overensstemmelse med psykiatrilovens bestemmelser. Det er beklageligt at der ikke i tvangsprotokollen var angivet en begrundelse for tvangsindlæggelsen.*

I 2 tilfælde fremgik overlægens attestation af en anden læges afgørelse om frihedsberøvelse ikke af protokollen. Jeg udtalte at det er beklageligt at der ikke er angivet en dato for overlægens attestation i disse tilfælde. Jeg bad afdelingen om at oplyse nærmere om baggrunden herfor.

Afdelingen har ikke besvaret dette spørgsmål konkret hvorfor jeg går ud fra at afdelingen henholder sig til sine generelle bemærkninger ovenfor.

*Jeg foretager ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.*

I de resterende 38 tilfælde, hvor attestationen var anført på skemaet, havde overlægen taget stilling til frihedsberøvelsen dagen før i 3 tilfælde, den samme dag i 21 tilfælde, dagen efter i 9 tilfælde, 2 dage efter i 3 tilfælde, 3 dage efter i et tilfælde og 5 dage efter i et tilfælde.

Jeg bemærkede at reglerne om udfyldelse af tvangsprotokoller ikke indeholder bestemmelser om hvor lang tid der må gå før overlægens attestation skal anføres i protokollen. De kontrolhensyn der ligger bag reglerne om attestation, tilsiger imidlertid efter min opfattelse at attestationen skal ske snarest muligt. Dette kan efter omstændighederne være flere dage efter frihedsberøvelsen. Jeg bad på denne baggrund afdelingen oplyse om afdelingens praksis mht. indhentelse af overlægens godkendelse og om hvorfor der i de nævnte tilfælde gik hhv. 2, 3 og 5 dage før overlægen attesterede protokollen.

Afdelingen har oplyst følgende:

”Med hensyn til varigheden fra udført tvang på overlægens vegne indtil dennes godkendelse er vore retningslinier, at der kun kan gå det antal dage, der ligger imellem 2 hverdagsarbejdsdage, da de fremmødte overlæger på en hverdag tilsammen ansvarsmæssigt dækker alle indlagte patienter, så f.eks. en enkelt overlæges ferie ikke kan betyde udsættelse af godkendelsen indtil denne feries afslutning. Attestationer, der falder senere end f.eks. fra fredag eftermiddag til mandag eller længst tænkeligt i forbindelse med påske fra onsdag til tirsdag, beror således på fejl fra vores side, hvilket vi beklager og vi håber på at have fået bragt orden på disse forhold i mellemtiden.”

I forbindelse med min inspektion af Psykiatrisk Afdeling på Holstebro Centralsygehus behandlede jeg spørgsmålet om hvor lang tid der må gå inden en overlæge sanktionerer en beslutning om frihedsberøvelse truffet af en anden læge. I min opfølgingsrapport (nr. 3) af 30. april 2001 anførte jeg følgende til centralsygehuset herom:

”...

#### Retsgrundlaget

Om kompetencen til at træffe beslutning om henholdsvis tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse fremgår følgende af lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (psykiatriloven):

‘§ 9.  
...

*Stk. 2. Overlægen [min understregning] træffer afgørelse om, hvorvidt betingelserne for indlæggelse er opfyldt.*

§ 10. Tvangstilbageholdelse af en person, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, skal ske, hvis overlægen [min understregning] finder, at betingelserne i § 5 er opfyldt.

...’

‘§ 4 a. Bestemmelserne i § 9, stk. 2, § 10, stk. 1, (...) 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.’

I bekendtgørelse nr. 880 af 10. december 1998 om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser er nærmere fastsat følgende:

‘§ 14. Overlægen ved den psykiatriske afdeling, hvor tvangsindlæggelse skal finde sted, træffer afgørelse om, hvorvidt betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, jf. lovens § 9, stk. 2. I overlægens fravær kan afgørelsen træffes af en anden læge på den psykiatriske afdeling. I sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen, jf. lovens § 4 a.’

Af bemærkningerne til bestemmelsen i den ovenfor citerede § 4 a i psykiatriloven, Folketingstidende 1997-98, tillæg A, s. 963, fremgår følgende:

‘Det har i praksis givet anledning til tvivl, om ordet ’overlægen’ også i disse tilfælde, der vedrører spørgsmålet om anvendelse af tvang, skal forstås således, at kompetencen er henlagt til overlægen personligt som en særlig retssikkerhedsgaranti og derfor ikke kan delegeres til andre læger, f.eks. en 1. reservelæge.

...

§ 4 a i lovforslagets § 1, nr. 3, indebærer, at de ovennævnte beslutninger principielt skal træffes af overlægen personligt eller den læge, der i overlægens fravær fungerer som overlæge (substitution). Med udtrykket ’overlægen’ sigtes i den forbindelse til den læge, der har det behandlingsmæssige ansvar for den afdeling eller det afsnit, hvor patienten er indlagt eller skal indlægges (den behandlingsansvarlige overlæge).

Det kan imidlertid forekomme, at afgørelsen må træffes af en anden læge, f.eks. fordi patienten bliver bragt til sygehuset midt om natten med henblik på tvangsindlæggelse, og der ikke er mulighed for at forelægge spørgsmålet om tvangsindlæggelse telefonisk for overlægen. § 4 a indebærer, at kravet om, at afgørelsen skal træffes af overlægen personligt, i sådanne tilfælde ikke er til hinder for, at en anden læge træffer afgørelsen, forudsat at overlægen efterfølgende snarest tager stilling til lægens beslutning.’

Om hvad der ligger i udtrykket ’snarest’, jf. de ovenfor citerede bestemmelser, fremgår samme sted (Folketingstidende 1997-98, tillæg A, s. 963) videre følgende:

‘Som nævnt i afsnit 8.2. ovenfor i lovforslagets almindelige bemærkninger, indebærer udtrykket ’snarest’, at overlægen skal tage stilling hurtigst muligt efter, at overlægen igen er mødt på sygehuset. Resultatet af overlægens stillingtagen skal tilføres tvangsprotokollen.’

#### Situationen på psykiatrisk afdeling på Holstebro Centralsygehus

I min endelige rapport og mine opfølgingsrapporter nr. 1 og 2 stillede jeg nogle spørgsmål vedrørende afdelingens praksis for beslutninger om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. Afdelingen har tre gange skriftligt, senest i ovennævnte notat af 8. marts 2001, besvaret mine spørgsmål om afdelingens rutiner.

En af mine medarbejdere har desuden telefonisk den 2. april 2001 stillet konstitueret administrerende overlæge Anne Bitsch-Larsen nogle supplerende spørgsmål om afdelingens procedurer for henholdsvis beslutninger om og godkendelser af trufne beslutninger om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse.

Jeg har på baggrund heraf forstået situationen på psykiatrisk afdeling sådan at der efter normeringen er tre fastansatte overlæger i afdelingens almenpsykiatri og to fastansatte overlæger i afdelingens gerontopsykiatri.

Overlægerne er knyttet til hver deres team af medarbejdere som har ansvaret for en fast pulje af patienter. I almenpsykiatrien er hver af de tre overlæger således behandlingsansvarlig for hver sin gruppe af patienter.

På hverdage inden for normal daglig arbejdstid er disse læger til stede på afdelingen og træffer nødvendige beslutninger om tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse af de patienter som de hver især har behandlingsansvaret for.

Dette er i overensstemmelse med de gældende regler.

På hverdage uden for den daglige arbejdstid er det reservelæger som dækker vagterne på afdelingen. I fornødent omfang er det da reservelægerne som træffer beslutning om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. Reservelægerne kontakter ikke telefonisk den pågældende behandlingsansvarlige overlæge (eller den – eventuelle anden – overlæge som måtte være i bagvagt) med henblik på forelæggelse. Først dagen efter når den behandlingsansvarlige overlæge møder på afdelingen, træffer han/hun på det daglige morgenmøde beslutning om eventuel godkendelse af reservelægens beslutning.

Der kan således i disse tilfælde gå op til et døgn før en given beslutning eventuelt godkendes.

Under henvisning til de ovenfor citerede bemærkninger til bestemmelsen i psykiatrilovens § 4 a er det umiddelbart min opfattelse at en anden læge end den behandlingsansvarlige overlæge kun kan tage stilling til de omhandlede tvangsindgreb hvis der ikke er mulighed for telefonisk at forelægge spørgsmålet om tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse for den behandlingsansvarlige overlæge. Om der heri ligger at man (på alle tidspunkter af døgnet) først skal forsøge telefonisk at kontakte den behandlingsansvarlige overlæge, eller om det f.eks. uden for sædvanlig arbejdstid eller eventuelt blot om natten kan lægges til grund at der ikke er mulighed for telefonisk at kontakte overlægen, fremgår ikke klart af retsgrundlaget.

Efter omstændighederne, og idet den behandlingsansvarlige overlæge så snart han kommer til stede på afdelingen den førstkommende dag tager stilling til reservelægens beslutning, tager jeg imidlertid den af afdelingen beskrevne praksis til efterretning.

I tilfælde hvor den behandlingsansvarlige overlæge er fraværende på grund af kurser, ferie eller lignende, er det inden for almindelig daglig arbejdstid en anden fastansat overlæge som træffer beslutning om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse af den fraværende overlæges patienter. I sådanne tilfælde tager overlægen med behandlingsansvaret for den pågældende patient ikke efterfølgende stilling til beslutningen. Ligeledes tager en anden fastansat overlæge – i tilfælde af den behandlingsansvarlige overlæges fravær på grund af kurser, ferie eller lignende – efterfølgende stilling til beslutninger om tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse som er truffet af reservelæger på hverdage uden for almindelig daglig arbejdstid. Heller ikke i disse situationer tager den behandlingsansvarlige overlæge efterfølgende stilling til beslutningen.

Idet de gældende regler er udtryk for et delegationsforbud, bør den behandlingsansvarlige overlæge som udgangspunkt så vidt muligt i alle situationer være den som efterfølgende tager stilling til beslutninger truffet af andre læger i hans fravær.

I det omfang en behandlingsansvarlig overlæge er fraværende i længere tid, går jeg imidlertid ud fra at en anden overlæge træder i hans sted og i den givne periode overtager hans behandlingsansvar. I sådanne situationer mener jeg ikke at den overlæge som har været fraværende, efterfølgende skal tage stilling til sin stedfortræders beslutninger.

Hvis der er tale om fravær i kortere tid, bør afdelingen imidlertid sikre at beslutninger om tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse efterfølgende forelægges til stillingtagen hos den overlæge som normalt/i det daglige er behandlingsansvarlig for de pågældende patienter.

I weekenderne er det reservelæger som har vagterne på den psykiatriske afdeling. I bagvagt er der en fastansat overlæge, bortset fra hver fjerde uge hvor det er en konstitueret afdelingslæge som er i bagvagt.

Det er de vagthavende reservelæger som træffer beslutning om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse. Der sker som altovervejende hovedregel ikke telefonisk forelæggelse for den overlæge som bortset fra hver fjerde uge er i bagvagt, herunder heller ikke selv om det er den overlæge som er behandlingsansvarlig for den pågældende patient der er i bagvagt.

Først om mandagen træffer den behandlingsansvarlige overlæge (eller den overlæge som på grund af ferie, kurser eller lignende er trådt i hans sted) beslutning om eventuel godkendelse af reservelægens tvangsindgreb.

Der kan således gå helt op til to og et halvt døgn før beslutninger om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse truffet i weekenden eventuelt godkendes.

Amtet har oplyst at 'Denne problemstilling kan klart henføres til den voldsomme lægemangel på afdelingen'.

Efter min opfattelse er det ikke i overensstemmelse med ovenfor gengivne regler at afdelingen i weekenderne efter fast praksis dels ikke telefonisk forelægger spørgsmål om tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse for den overlæge som er i bagvagt, dels hver fjerde uge slet ikke har mulighed for telefonisk at forelægge sådanne spørgsmål for en overlæge i bagvagt.

Under henvisning til at jeg ovenfor har taget til efterretning at afdelingen uden for normal arbejdstid på hverdage efter fast praksis ikke telefonisk kontakter den overlæge som er i bagvagt, henstiller jeg at afdelingen i alt fald i de situationer hvor der vil gå mere end et døgn fra en tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse til det efterfølgende morgenmøde, tilvejebringer mulighed for og benytter sig af telefonisk forelæggelse for en behandlingsansvarlig overlæge.

Jeg beder om underretning om hvad afdelingen foretager sig i anledning af min henstilling.

...”

I min opfølgingsrapport (4) af 3. december 2001 anførte jeg følgende:

”I min opfølgingsrapport (nr. 3) af 30. april 2001 om min inspektionen den 14. januar 1999 af Psykiatrisk afdeling på Holstebro Sygehus har jeg udtalt mig om psykiatrilovens §§ 9 og 10 der angår overlægens (ene)kompetence til at træffe afgørelse om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse.

Jeg har blandt andet udtalt at den praksis som Psykiatrisk afdeling på Holstebro Sygehus følger i weekenderne, hvorefter der kan gå op til to og et halvt døgn før beslutninger om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse godkendes af den behandlingsansvarlige overlæge, efter min opfattelse ikke er i overensstemmelse med psykiatrilovens regler.

Ringkjøbing Amt har i en udtalelse af 25. oktober 2001 – efter at have indhentet en udtalelse af 5. oktober 2001 fra Sundhedsministeriet – oplyst at Holstebro Sygehus vil fastholde sin nuværende praksis.

Jeg fastholder i det hele den opfattelse som jeg gav udtryk for i opfølgingsrapporten af 30. april 2001 hvorefter den praksis der følges af Holstebro Sygehus, ikke er i overensstemmelse med psykiatrilovens §§ 9 og 10. Ringkjøbing Amts udtalelse giver mig ikke anledning til at fremkomme med yderligere argumentation. Jeg bemærker dog at amtets opfattelse ikke fuldt ud synes at have støtte i amtets citat af Sundhedsministeriets udtalelse af 5. oktober 2001.

Folketingets Retsudvalg er tidligere gjort bekendt med min opfølgingsrapport af 30. april 2001. Folketingets Retsudvalg og Folketingets Sundhedsudvalg er samtidig hermed gjort bekendt med denne opfølgingsrapport og med Ringkjøbing Amts udtalelse af 25. oktober 2001. Der er i den forbindelse henvist til at der herefter er behov for en lovgivningsmæssig stillingtagen til om en fast rutine som den der anvendes på Psykiatrisk afdeling på Holstebro Centralsygehus, hvorefter der hver weekend kan gå op til to og et halvt døgn før beslutninger om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse godkendes af den behandlingsansvarlige overlæge er acceptabel.”

Folketingets Sundhedsudvalg har den 31. januar 2002 stillet spørgsmål til Sundhedsministeriet i anledning af min henvendelse (spørgsmål nr. 40 (alm. del, bilag 126)). Sundhedsministeriet har besvaret Sundhedsudvalgets spørgsmål.

*Jeg foretager på det foreliggende grundlag ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål i relation til Psykiatrisk Afdeling på Frederiksberg Hospital.*

Jeg konstaterede at fristerne for revurdering af om betingelserne for frihedsberøvelse fortsat var opfyldt ifølge skemaerne i en række tilfælde ikke var overholdt. Jeg udtalte at dette var beklageligt. Jeg bad om afdelingens bemærkninger hertil.

Afdelingen har ikke besvaret dette spørgsmål konkret hvorfor jeg går ud fra at afdelingen henholder sig til sine generelle bemærkninger som er gengivet ovenfor på s. 16-17.

*Jeg henviser til min kritik i rapporten og foretager ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.*

I et tilfælde (tvangstilbageholdelse af 22. december 2000 af en patient som blev indlagt 19. december 2000) konstaterede jeg at der var anvendt to skemaer der vedrørte den samme patient, og som begge angav at være det første skema. Det ene skema indeholdt alene tilførsel om den første obligatoriske efterprøvelse, mens det andet skema tillige indeholdt tilførsler om anden, tredje og fjerde efterprøvelse som dog er overstreget. Jeg bad afdelingen om at oplyse nærmere om baggrunden herfor.

Afdelingen har ikke besvaret dette spørgsmål konkret hvorfor jeg går ud fra at afdelingen henholder sig til sine generelle bemærkninger som er gengivet ovenfor på s. 16-17.

*Jeg går ud fra at der er tale om en fejl. Jeg foretager ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.*

Jeg konstaterede i rapporten at det af tvangsprotokol vedrørende tvangsindlæggelse af 17. oktober 2000 fremgik at den første obligatoriske efterprøvelse skete rettidigt på tredjedagen, men at det af samme skema fremgik at frihedsberøvelsen ophørte to dage tidligere, dvs. før efterprøvelsen. Jeg bad afdelingen om at oplyse nærmere herom.



Afdelingen har ikke besvaret dette spørgsmål konkret hvorfor jeg går ud fra at afdelingen henholder sig til sine generelle bemærkninger som er gengivet ovenfor på s. 16-17.

*Jeg går ud fra at ophørstidspunktet er korrekt, og at det beror på en fejl at der ifølge skemaet blev foretaget en efterprøvelse to dage herefter. Jeg foretager ikke yderligere vedrørende spørgsmålet. Sagen er tillige omtalt nedenfor side 26 f.*

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

Jeg konstaterede at der i et antal tilfælde var gået henholdsvis 4, 11, 6, 39, 32, 8, 55, 45, 7, 11, 2, 2, 19, 31, 24, 15, 8 og 10 dage før overlægens attestation af en obligatoriske efterprøvelse af frihedsberøvelse. I 2 tilfælde var der ikke angivet en dato for overlægens attestation af en obligatorisk efterprøvelse.

Jeg henviste til mine bemærkninger om hvor lang tid der må gå før overlægens attestation anføres i protokollen, og jeg bad afdelingen oplyse om afdelingens praksis mht. indhentelse af overlægens godkendelse i forbindelse med den obligatoriske efterprøvelse. Jeg bad samtidig afdelingen om at oplyse hvorfor der i de ovenfor nævnte tilfælde gik op til 55 dage mellem prøvelsen og overlægens attestation af protokollen.

Afdelingen har ikke besvaret dette spørgsmål særskilt hvorfor jeg går ud fra at afdelingen henholder sig til sine generelle bemærkninger om fejl og mangler i rapporten som er gengivet ovenfor s. 16-17 og om hengået tid inden overlægens attestation som er gengivet ovenfor s. 18.

*Jeg må på denne baggrund lægge til grund at der i de nævnte tilfælde i overensstemmelse med tvangsprotokollens oplysninger uden særlige begrundelser herfor gik op til 55 dage fra efterprøvelsen ved en anden læge til overlægens attestation. Dette er meget kritisabelt.*

For så vidt angår de nævnte tilfælde hvor en overlæge ifølge tvangsprotokollen ikke efterfølgende tog stilling til en anden læges obligatoriske efterprøvelse bemærker jeg følgende:

*I det ene tilfælde (vedrørende tvangstilbageholdelsen den 5. oktober 2000) blev frihedsberøvelsen bragt til ophør samme dag som den femte obligatoriske efterprøvelse der efter skemaet fandt sted, men som ikke blev attesteret af en overlæge. Det er beklageligt at en overlæge ikke attesterede en anden læges efterprøvelse. Overlægens manglende attestation af beslutning om ophør af frihedsberøvelse er sammen med fem andre sager omtalt nedenfor side 27.*

*I det andet tilfælde (vedrørende tvangsindlæggelse af 24. september 2000) blev frihedsberøvelsen først bragt til ophør 21 dage efter den sidste obligatoriske efterprøvelse som ikke blev attesteret af en overlæge. Jeg må i dette tilfælde lægge til grund at en overlæge i dette tilfælde ikke tog stilling til en anden læges efterprøvelse.*

*Den senere afgørelse om ophør af frihedsberøvelsen fritager ikke overlægen for forpligtelsen til at tage stilling til den anden læges efterprøvelse. Jeg bemærker endvidere at en frihedsberøvelse som opretholdes på baggrund af en anden læges (obligatoriske) efterprøvelse uden en overlæges (efterfølgende) stillingtagen hertil normalt vil være ulovlig. Det er på denne baggrund meget kritisabelt at en overlæge ikke tog stilling til den sidste obligatoriske efterprøvelse.*

Jeg konstaterede i rapporten for så vidt angik en tvangsindlæggelse af 17. oktober 2000 at datoen for overlægens attestation af første (og eneste) efterprøvelse ikke var attesteret af en overlæge. Denne tvangsprotokol var omtalt tidligere i rapporten, hvor jeg bad om en udtalelse, jf. ovenfor side 24. Jeg bad i tillæg hertil afdelingen om at oplyse nærmere herom.

Afdelingen har ikke besvaret dette spørgsmål særskilt.

Af protokollen fremgår at frihedsberøvelsen blev bragt til ophør to dage før efterprøvelsen, jf. ovenfor side 24.

*Jeg går som nævnt ovenfor på side 24 ud fra at ophørstidspunktet (som er attesteret af en overlæge) er korrekt, og at det beror på en fejl at der ifølge skemaet blev foretaget en efterprøvelse to dage herefter.*

Jeg konstaterede desuden at der i 12 skemaer ikke var foretaget notat om efterfølgende ophør af frihedsberøvelsen, og at datoen for overlægens stillingtagen til spørgsmålet om ophør i 5 tilfælde ikke var anført. Jeg bad afdelingen om en udtalelse herom.

Afdelingen har ikke besvaret dette spørgsmål særskilt.

*Det er meget beklageligt at der i 12 tilfælde ikke var foretaget notat om efterfølgende ophør af frihedsberøvelsen, og at datoen for overlægens stillingtagen til spørgsmålet om ophør i 5 tilfælde ikke var anført.*

## **Ad pkt. 6.2. Tvangsbehandling**

Jeg anførte i rapporten at det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 3, 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 kan i overlægens fravær træffes af en anden læge. I sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen, jf. lovens § 4 a.

I et tilfælde konstaterede jeg at datoen for overlægens stillingtagen var angivet som dagen efter beslutningen, i yderligere et tilfælde som 2 dage efter og i 2 tilfælde 10 dage efter. Jeg bad sygehuset om en udtalelse herom.

Afdelingen har ikke besvaret dette spørgsmål særskilt hvorfor jeg går ud fra at afdelingen henholder sig til sine generelle bemærkninger ovenfor om hengået tid inden overlægens attestation.

*Jeg må på denne baggrund lægge til grund at der i de nævnte tilfælde i overensstemmelse med tvangsprotokollens udvisende i 2 tilfælde gik 10 dage til overlægen tog stilling til beslutningen om tvangsbehandling. Dette er kritisabelt.*

Jeg konstaterede at datoen for beslutning om ophør af tvangsanvendelsen i 9 tilfælde ikke var angivet. Jeg bad afdelingen om en udtalelse herom.

Afdelingen har anført følgende:

”Skema vedrørende tvangsmedicinering, hvor der ikke er sket tilførsler af de enkelte medicineringer, drejer sig om ophævnning af tvangsbehandlingen, hvilket imidlertid ikke er muligt at se, da ophævelsesdatoen ikke er anført.”

*Det er beklageligt at datoen for tvangsbehandlingens ophør ikke er anført i alle tilfælde. Jeg henviser i øvrigt til mine bemærkninger i rapporten om manglende afkrydsning i rubrikken til afkrydsning af hvorvidt der er tale om det første skema eller en fortsættelse af et tidligere skema, jf. rapportens s. 42.*

### **Ad pkt. 6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt**

Jeg redegjorde i rapporten for psykiatrilovens § 15, stk. 3, 2. punktum, hvorefter lægen i de tilfælde hvor plejepersonalet har besluttet at fiksere en patient med bælte, straks skal tilkaldes og træffe afgørelse vedrørende anvendelsen af tvangsfiksering med bælte. Jeg bad ledelsen om at redegøre for afdelingens praksis med hensyn til tilkaldelse af læger i forbindelse med tvangsfiksering med bælte, herunder hvor lang tid det efter ledelsens opfattelse er acceptabelt og forsvarligt at der går fra tvangsindgrebets påbegyndelse og til lægen kommer til stede.

Afdelingen har oplyst følgende:

”Med hensyn til tvangsfiksering og principper for lægens fremmøde før iværksættelse af fikseringen skal det anføres, at plejepersonalet instrueres om, at de skal tilkalde lægen så vidt muligt før en fastholdelse er nødvendig. Hvis dette ikke er lykkedes, da forsøge fastholdelse indtil lægens ankomst og vurdering. Hvis det ikke frembyder direkte fare for skader på patient eller personale. Lægen, der kaldes, skal umiddelbart begive sig til afsnittet i denne situation, men er dog nødt til at prioritere i mellem dette og lignende faresituationer andre steder i afdelingen og akut livsreddende indgriben over for de øvrige patienter. Det drejer sig således ikke om en defineret tid (der ønskværdigt var højst 10 minutter), men derimod om lægen i samme øjeblik er optaget af sammenlignelig helbredsfarlig situation for en anden patient. Dette er indgået i lægernes undervisning ligesom undervisning i indhold og betydningen af de forskellige afkrydsningsrubrikker for grundlaget for tvangsindgreb i protokol 3 – herunder at urolig tilstand dækker den tilstand, hvor beroligende medicin er indiceret.”

*Afdelingens retningslinier for tilkald af læge i forbindelse med tvangsfiksering med bælte giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

I rapporten anførte jeg følgende:

”I 3 tilfælde er begrundelsen for beslutning om fiksering alene eller i kombination med fastholden udelukkende angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende ‘Urolig tilstand’.

I 4 tilfælde er begrundelsen for beslutning om fiksering alene eller i kombination med fastholden angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende 'Urolig tilstand' tillige med en anden begrundelse.

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

I 7 tilfælde er begrundelsen for beslutning om fiksering og/eller fastholden samt indgivelse af beroligende medicin alene angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende 'Urolig tilstand'.

I 2 tilfælde er begrundelsen for beslutning om indgivelse af beroligende medicin i kombination med fiksering ikke angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende 'Urolig tilstand'.

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

Idet jeg henviser til de ovenfor gengivne betingelser i loven for hhv. fiksering (§ 14) og anvendelse af fysisk magt og indgivelse af beroligende medicin (§ 17), beder jeg afdelingen om en udtalelse herom."

Afdelingen har som anført ovenfor oplyst at det er indgået i lægernes undervisning at "urolig tilstand" dækker den tilstand hvor beroligende medicin er indiceret. Betydningen af de forskellige afkrydsningsrubrikker for grundlaget for tvangsindgreb i protokol 3 er som oplyst indgået i undervisningen.

*Jeg har ikke fuldt tilstrækkeligt grundlag for at antage at de tvangsindgreb som er nævnt i citatet fra rapporten ovenfor ikke havde hjemmel i psykiatriloven og må lægge til grund at der er sket fejl i afkrydsningerne af skemaerne. Det er beklageligt at der er sket afkrydsning i de forkerte rubrikker.*

Jeg beskrev i rapporten tvangsbekendtgørelsens § 19, stk. 2, hvorefter lægen skal være tilstede når et beroligende middel gives. Såvel navnet på den ordinerende læge som på den tilstedeværende læge skal anføres i protokollen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 28, nr. 4 og 5. Der var i alle relevante tilfælde anført oplysninger om den ordinerende læge og den tilstedeværende læge. I nogle tilfælde er dog kun angivet lægens initialer. Jeg bad afdelingen om en udtalelse herom.

Jeg konstaterede desuden i rapporten at navnene på eventuelt impliceret personale i nogle tilfælde ikke var angivet. Jeg bad afdelingen oplyse nærmere om baggrunden herfor.

Jeg konstaterede endvidere at rubrikken vedrørende det implicerede personale i nogle tilfælde alene angav afdelingens navn, og i andre tilfælde alene angav det implicerede personale ved fornavn eller initialer. Jeg bad afdelingen om en udtalelse herom.

Afdelingen har anført følgende:

”Deltagerne i forbindelse med udførelse af tvangsindgrebet skal selvfølgelig anføres i de respektive rubrikker, men kan enten ske ved angivelse af fuldt navn eller initialer. I sidstnævnte tilfælde er det initialer, der entydigt i forhold til vagtplanen kan henføres til den konkrete person med behov herfor (f.eks. patientens anmodning).”

*Som nævnt skal navnet på den ordinerende overlæge og den tilstedeværende læge anføres i protokollen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 28, nr. 4 og 5. I det omfang initialerne lader sig henføre entydigt til en person, giver det mig ikke anledning til bemærkninger at afdelingen anvender initialer til angivelse af lægens navn.*

Afdelingen har ikke udtalt sig om de nævnte tilfælde med angivelse af afdelingens navn i rubrikken for impliceret personale.

*Jeg går ud fra at afdelingen ikke kan redegøre for baggrunden herfor. Jeg må finde det beklageligt at der i de nævnte tilfælde ikke er angivet navne på det implicerede personale, men alene afdelingens navn.*

Jeg anførte følgende i rapporten:

”Efter tvangsbekendtgørelsens § 29, nr. 4, og § 30, nr. 4, skal tidspunktet for indgrebets iværksættelse og ophør af tvangsfiksering og fysisk magtanvendelse anføres i tvangsprotokollen. Når det drejer sig om fysisk magtanvendelse i form af fastholden og indgivelse af beroligende medicin, angives efter vejledningen dog kun tidspunktet for iværksættelse. Dette indebærer at der skal anføres såvel dato som klokkeslæt, og kravet må af hensyn til de bagvedliggende kontrollensyn også gælde for frivillige fikseringer.

I følgende skemaer er alene angivet påbegyndelsestidspunkt:

- tvangsfiksering af 29. november 2000,
- tvangsfiksering og indgivelse af beroligende medicin af 17. august 2000, og
- tvangsfiksering, fastholden og indgivelse af beroligende medicin af 2. september 2000.

Jeg beder afdelingen om en udtalelse om disse sager.”

Afdelingen har oplyst at den manglende angivelse af ophørt tvangsfiksering er en beklagelig fejl.

*Jeg er enig med afdelingen i at det er beklageligt at der ikke er angivet et ophørstidspunkt.*

## **Ad pkt. 6.4. Beskyttelsesfiksering**

I tvangsprotokollen skal den ordinerende læge anføres, jf. tvangsprotokollens § 31, nr. 5. Jeg konstaterede i rapporten at dette var sket i alle tilfælde. I 3 tilfælde er den ordinerende læge alene angivet med initialer. Idet jeg henviste til mine bemærkninger under punkt 6.3., bad jeg afdelingen om en udtalelse herom.

Afdelingens udtalelse om anførsel af initialer er gengivet ovenfor side 30.

*Jeg henviser til mine bemærkninger ovenfor side 31.*



I rapporten anførte jeg følgende:

”Af tvangsbekendtgørelsens § 31, nr. 3 og 4, fremgår det endvidere at begrundelsen for beslutningen om beskyttelsesfikseringen samt den situation hvor beskyttelsesfikseringen kan anvendes, skal angives i tvangsprotokollen.

I skema vedrørende beslutning om beskyttelsesfiksering af 5. september 2000 (gentaget i det fortsatte skema) synes tilførslen i rubrikken vedrørende den situation hvor beskyttelsesfikseringen kan anvendes, alene at indeholde en uddybende begrundelse.

I skema vedrørende beslutning om beskyttelsesfiksering af 23. december 2000 og skema vedrørende beslutning af 27. december 2000 er ikke angivet nogen situation.

Det er beklageligt. Jeg beder om afdelingens bemærkninger til disse to tilfælde.

I skema vedrørende beslutning om beskyttelsesfiksering af 11. august 2000 er begrundelsen for fikseringen angivet som ‘Konstant aktivitet i forbindelse med svær demens. Udsætter sig for væsentlig fare ved ikke at sove.’ Situationen er angivet som ‘Til natten, idet patienten ellers ikke bliver liggende i sengen til han sover’.

Denne udstrækning af området for bestemmelserne om beskyttelsesfiksering må give anledning til betænkeligheder. Psykiatriloven hjemler ikke mulighed for beskyttelsesfiksering for at sikre at en patient får søvn. Formålet med den nævnte beslutning om beskyttelsesfiksering må vel nærmest karakteriseres som behandling, og sagen giver anledning til overvejelser om afgrænsning i forhold til lovens andre tvangsforanstaltninger. Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom.”

Afdelingen har anført følgende:

”Med hensyn til beskyttelsesfiksering beklager vi de utilstrækkelige eller misforståede begrundelser og disse er inddraget som eksempler i undervisningen herom for lægerne.”

*Jeg har ikke fuldt tilstrækkeligt grundlag for at antage at de tvangsindgreb som er nævnt i citatet fra rapporten ovenfor ikke havde hjemmel i psykiatriloven. Jeg har noteret mig afdelingens oplys-*

*ninger om at de nævnte sager er inddraget som eksempler i undervisningen. Jeg henviser i øvrigt til min kritik i rapporten af de utilstrækkelige eller misforståede begrundelser.*

Resultatet af den fornyede lægelige vurdering der skal finde sted efter tvangsbekendtgørelsens § 24, stk. 2, efter henholdsvis 3, 10, 20, 30 dage og herefter hver fjerde uge, skal anføres i tvangsprotokollen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 31.

Jeg konstaterede i et antal tilfælde at der var gået længere tid inden den fornyede lægelige vurdering end foreskrevet. Således var de fornyede vurderinger i nogle nærmere opregnede sager sket henholdsvis 2, 2, 5, 17, 20, 2, 1, 3, 16 og 1 dag(e) for sent. I et tilfælde var de fornyede lægelige vurderinger anført i omvendt rækkefølge.

Jeg udtalte at dette er beklageligt, og jeg bad afdelingen om en udtalelse om disse sager.

Afdelingen har ikke udtalt sig om sagerne.

*Jeg går på denne baggrund ud fra at afdelingen ikke er i stand til at redegøre om baggrunden for de nævnte overskridelser af lovens frister for fornyet lægelig vurdering. Jeg henviser til min kritik i rapporten af de nævnte fristoverskridelser.*

Jeg konstaterede endelig at der i 11 af de modtagne 20 skemaer ikke var anført nogen ophørsdato. Jeg bad afdelingen om at redegøre nærmere herfor.

Afdelingen har ikke udtalt sig herom.

*Jeg går på denne baggrund ud fra at der er tale om fejl som afdelingen ikke er i stand til at redegøre nærmere for. Det er beklageligt at der i 11 tilfælde ikke er anført nogen ophørsdato. Jeg går ud fra at afdelingen også på dette punkt vil være mere opmærksomme på at udfylde tvangsprotokollerne korrekt og fyldestgørende.*

## **7. Opfølgning**

*Som det fremgår ovenfor, har jeg i flere tilfælde bedt Psykiatrisk Afdeling på Frederiksberg Hospital (Frederiksberg Hospital) om udtalelser og oplysninger vedrørende bestemte forhold. Jeg beder om at disse underretninger sendes gennem Hovedstadens Sygehusfællesskab med henblik på at sygehusfællesskabet kan få lejlighed til at kommentere det som Psykiatrisk Afdeling på Frederiksberg Hospital (Frederiksberg Hospital) anfører.*

## **8. Underretning**

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

Inspektionschef  
Lennart Frandsen