

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	3
2. Afdelingens organisation	4
3. Bygningsmæssige forhold mv.....	5
3.1. Generelt.....	5
3.2. Rundgang.....	7
3.2.1. Afdeling Q: Intensivafsnit Q 2621, bygning 26	7
3.2.2. Afdeling Q: Intensivafsnit Q 2121, bygn. 21 samt om afsnittene generelt....	10
3.2.3. Afdeling Q: Gerontologisk afsnit Q 2122, bygning 21	14
3.2.4. Afdeling V: Døgnavsnit V 2322, bygning 23	16
3.2.7. Afdeling M: Børnepsykiatrisk afsnit M 2033 og 2034, bygning 20	23
4. Samtaler med enkelte patienter	23
5. Andre forhold	23
5.1. Overbelægning	23
5.2. Aflåsning, herunder skærmning, og forholdene for frivilligt indlagte.....	25
5.3. Adgang til frisk luft.....	27
5.4. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2.....	28
5.5. Tilkald af politi i forb. med udførelse af tvangsforanstaltninger i afdelingen	28
5.6. Besøg, visitation og adgang til telefonering	29
5.7. Stoffer.....	31
5.8. Rygepolitik.....	31
5.9. Forplejning	32

5.10.	Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner	33
5.11.	Børn og unge.....	34
5.12.	Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling.....	34
5.13.	Vold mod personalet	36
5.14.	Opbevaring af journaler.....	36
5.15.	Patientmøder	36
5.16.	Behandlingsplaner	37
5.17.	Navneskilte.....	37
5.18.	Bæltefiksering.....	37
5.19.	Retslige patienter og placering af patienter i andre amter	38
5.20.	Kontakt til læge	38
5.21.	Vikardækning under sygdom, samt rekruttering.....	39
5.22.	Beskæftigelsen i ergoterapien	40
5.23.	Minibus til udflugter	40
5.24.	Rengøring og indeklime	41
5.25.	Handicaptilgængelighed	41
5.26.	Klager til patientklagenævnet og domstolsprøvelse	42
5.27.	Ventelister	43
5.28.	Fremmedsprogede patienter	43
6.	Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen	44
6.1.	Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse	44
6.2.	Tvangsbehandling	50
6.3.	Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.....	55
6.4.	Beskyttelsesfiksering.....	61
7.	Opfølgning	66
8.	Underretning	66

1. Indledning

Den 1. januar 1997 trådte lov nr. 473 af 12. juni 1996 om Folketingets Ombudsmand i kraft. Ifølge lovens § 7, stk. 1, omfatter ombudsmandens kompetence alle dele af den offentlige forvaltning; den tidligere eksisterende begrænsning i ombudsmandens kompetence over for (amts)kommunerne er således ophævet.

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 28. januar 2002 inspektion af Psykiatrisk Sygehus, Frederiksborg Amt i Hillerød.

Til stede under inspektionen var blandt andre administrerende amtsocialdirektør Jette Pio Trampe, vicedirektør Torben Hyllegaard Nielsen, psykiatrichef Marianne Wiese, konst. adm. overlæge Margit G. Jørgensen (afd. V), adm. overlæge Alex Kørner (afd. Q) og adm. overlæge Uwe Klahn (afd. M).

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

I forbindelse med inspektionen anmodede jeg om kopi af eventuelle tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 26-32 i bekendtgørelse nr. 879 af 10. december 1998 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger vedrørende tvangsendlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering foretaget på afdelingen i perioden 1. januar 2001 - 28. december 2001.

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

Jeg bad desuden om at få udleveret en behandlingsplan for en patient til senere gennemsyn. Dette materiale blev – i anonymiseret form – fremsendt efter inspektionen.

I tilslutning til inspektionen udarbejdede jeg

- et referat af det indledende møde,
- et notat om iagttagelser under rundgang på centeret og
- et referat af den afsluttende samtale med ledelsen.

Med brev af 1. februar 2002 blev dette materiale forelagt Psykiatrisk Sygehus, Frederiksborg Amt og Frederiksborg Amt som blev bedt om at fremkomme med eventuelle bemærkninger/rettelser inden en måned. Jeg modtog herefter brev af 4. marts 2002 fra psykiatrisk sygehus med bemærkninger. Jeg modtog desuden enkelte telefoniske bemærkninger. Bemærkningerne blev indarbejdet i en foreløbig rapport som psykiatrisk sygehus og amtet modtog med brev af 18. november 2002. Med brev af 18. december 2002 modtog jeg bemærkninger til den foreløbige rapport fra psykiatrisk sygehus. I denne endelige rapport er også disse bemærkninger indarbejdet.

2. Afdelingens organisation

Sygehuspsykiatrien i Frederiksborg Amt er placeret på flere adresser i amtet. Der er i alt 179 døgnpladser (sengepladser) fordelt med 147 i Hillerød og 32 i Frederikssund. Heraf er 80 enestuer, hvor-

af de 32 befinder sig på psykiatrisk sygehus i Frederikssund. På længere sigt har amtet planlagt en etablering af 48 enestuer i Helsingør som forventes at kunne tages i brug medio 2004. Disse 48 pladser skal flyttes fra psykiatrisk sygehus i Hillerød som herefter med nogen ombygning/tilpasning vil kunne anvende de nuværende tosengsstuer til enestuer. I den forbindelse vil toilet- og badefaciliteterne samt opholdsrum på psykiatrisk sygehus blive renoveret.

Foruden de nævnte døgnpladser råder amtet over 144 dagpladser og 129 værkstedspladser. Derudover ydes ca. 30.000 ambulante ydelser på årsbasis fordelt på otte ambulatorieenheder placeret i Hillerød, Frederikssund, Helsingør og Hørsholm.

Der er knyttet en psykiatrisk skadestue til psykiatrisk sygehus. Skadestuen er døgnåben, uvisiteret og dækker hele amtet.

Psykiatrisk sygehus har en skole hvor børn og unge der er dagindlagt eller døgnindlagt, modtager undervisning.

3. Bygningsmæssige forhold mv.

3.1. Generelt

Psykiatrisk sygehus i Hillerød har til huse på Dyrehavevej umiddelbart ved Hillerød Sygehus. Sygehuset har tre afdelinger: psykiatrisk afdeling V med åbne døgnafsnit (128 sengepladser), psykiatrisk afdeling Q med intensive døgnafsnit og gerontopsykiatrisk døgnafsnit (42 sengepladser) og psykiatrisk afdeling M som er en børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling med ni sengepladser på åbent afsnit.

Til de tre afdelinger er bl.a. knyttet dagafsnit, ambulatorier, distriktskykiatriske enheder, værkstedsterapier og en skole.

Psykiatrisk sygehus holder til i bygningerne 20, 21, 22, 23, 24, 25, og 26. Bygningerne 21, 22, 23 og 24, der alle er sengeafsnit, og intensivafsnittet i bygning 26 blev besigtiget under inspektionen.

Bygningerne 21, 22, 23 og 24 er alle ens i bygningskonstruktionen og indeholder hver to afsnit. De to afsnit er bygningsmæssigt ens – men spejlvendt om en akse ved indgangen.

De besigtigede bygninger er alle lave gulstensbygninger med fladt tag. Træværket langs tagkanten og vinduerne var alle steder meget slidt, og malingen skallede af flere steder. Den besigtigede del af bygning 26 adskilte sig fra de øvrige bl.a. ved at have et pyramideformet glastag.

Der var mange steder punkterede termoruder.

Det blev under inspektionen oplyst at der er problemer med indeklimaet i bygning 20 bl.a. på grund af ventilationssystemet som derfor vil blive gennemgået i 2002. Der foregår p.t. udskiftning af lofter og rensning af ventilationssystem.

Det blev endvidere oplyst at sygehusets eksisterende bygningsmasse er ressourcekrævende mht. vedligeholdelse, hovedsageligt på grund af konstruktionen med flade tage, og særligt for sengeafsnittene grundet påtrængt udskiftning af linoleumsbelægning og undergulv.

I notater af 14. og 18. januar 2002 fra Ejendomscentret, Frederiksborg Amt er bl.a. angivet planlagte renoveringer/vedligeholdelsesarbejder af tag, vindskeder, facade samt flere steder af glas for 2001.

Jeg går på denne baggrund ud fra at sygehuset er opmærksom på behovet for vedligeholdelse af træværk langs tagkanter og vinduer, herunder termoruder, og at arbejdet med vedligeholdelse heraf indgår i planerne for sygehuset.

3.2. Rundgang

3.2.1. Afdeling Q: Intensivafsnit Q 2621, bygning 26

Det lukkede intensivafsnit Q 2621 har 10 enestuer der alle har eget bad og toilet.

Afsnittet er indrettet omkring en åben fællesdel – en slags torv – med et pyramideformet glastag der giver et godt lys i rummet. Torvet er omkranset af en søjlegang hvorfra der er adgang til opholdsrum, spisestue, personalerum og enestuerne. Der er blågråt linoleum på gulvet, svagt lyseblå vægge og grå søjler. I pyramiden er ophængt 12 rispapirlamper i to størrelser. Under pyramidens vinduer er der hængt radiatorer op. Rummet er møbleret med et spisebord med stole og små borde med tilhørende sofagrupper i blå og grønne farver. Der er desuden et bordtennisbord, et løbeband og en motionscykel. I rummet var der mange grønne planter, heraf enkelte af træstørrelse.

I afsnittet findes ud over det besigtigede et vagtrum, kontorer og en spisestue for personalet.

Lokale 2621-122, opholdsstue

Lokalet der ligger til venstre for indgangen, er indrettet til fjernsynsstue hvor der også kan ses video og høres radio eller musik. Møblementet består af fire grønne lænestole, to borde og en lille reol hvori der ligger enkelte ugeblade. Der er kraftig udsugning i lokalet (kan høres). Gulvet er belagt med grågrønt linoleum og væggene er malet i en ferskenfarvet nuance. Væggen ud mod torvet er et glasparti. I den modsatte væg er et stort vindue hvoraf en del kan åbnes (sikret). På væggen hænger en plakat i en ramme.

Lokale 2621-144, spisestue og gårdhave

I hjørnet til højre for indgangen er indrettet spisestue hvorfra der er adgang til en lille gårdhave.

Til højre for døren er et køkkenområde med bl.a. opvaskemaskine og køleskabe. Overfor er vinduer og en dør til gårdhaven. Rummet er malet hvidt og ferskenfarvet. Til venstre for døren er der sat en ribbe op, og på væggen hænger nogle røde gymnastikmætter til at lægge på gulvet. Lokallet er møbleret med et langt bord og to mindre borde med stole omkring. I loftet hænger hvide lamper. I vindueskarmen står grønne planter. Der er gardiner for vinduerne og persiener for døren. På gulvet står et gymnastikredskab (en såkaldt balanceplade). Der er sat skabe op til kolonial, engangsservice, spil mm. Der er lås på samtlige skabe. Tværs over loftet (fra døren) er ophængt udsugning.

I gårdhaven, der er omkranset af et plankeværk, er der (mosbegrøede) fliser og græs. Der står en stabel havestole og et fuglehus.

Der er indkig fra privatbebyggelse til gårdhaven.

Som jeg nævnte allerede under inspektionen, er det uheldigt at der er mulighed for indkig i gårdhaven fra privatbebyggelsen hvilket kan få patienterne til at føle sig "udstillet". Jeg beder sygehuset oplyse om eventuelle overvejelser om at forhindre eller begrænse indkigsmulighederne.

Lokale 2621-127, opholdsstue/samtalerum og gårdhave

I hjørnet modsat spisestuen er indrettet et samtalerum der ligeledes har adgang til en gårdhave.

Lokalet er møbleret med et rundt bord med tre stole omkring, et lille bord og en lænestol og en køkkenniche med køleskab og vask. Der er lamper i loftet. Døren til lokalet var aflåst.

I gårdhaven, der svarer til den der er adgang til fra spisestuen, var der et skur med to gamle cykler. Det blev oplyst at de vist ikke var funktionsdygtige. Fra gårdhaven er det muligt at kigge ind i tre stuer. I gårdhaven er der tre store træer.

Lokale 2621-142, sengestue

Stuen – der som de ni andre på afsnittet er en enestue – er rektangulær, men den fremtræder vinkelformet idet der til venstre for døren er indrettet et bad- og toiletrum.

Stuen har grågrønt linoleum på gulvet og ferskenfarvede vægge. Gardinerne er mønstrede i blålilla farver. På væggene hænger fire halvkuppellamper, og i loftet er der lysstofrør. Møblelementet består af en hospitalseng og et bord med to stole, og der er indbyggede skabe. Under vinduet er der en radiator foran hvilken der ligger en rød gummimåtte. Der er en røgalarm i loftet.

Bade- og toiletrummet har grå fliser på gulv og vægge, og loftet er malet hvidt. Der er en bruseniche med forhæng, en håndvask, et spejl og et toilet. Saniteten er hvid. Over spejlet hænger en lampe hvorpå patienten har stillet shampoo med videre (i mangel af en hylde). Rummet er forsynet med en skydedør. Der er to knager til håndklæder, og der er en toiletbørste.

Det er naturligvis upraktisk at stuens toilet- og baderum ikke er forsynet med en hylde til toiletsager. Det kan desuden – som i det foreliggende tilfælde – føre til at patienterne anvender lampen over vasken til at sætte toiletsager på hvilket vel også kan være forbundet med en sikkerhedsrisiko. Jeg anbefaler afdelingen at opsætte hylde til toiletsager på stuen og på alle andre stuer hvor der ikke er en hylde. Jeg beder om underretning om hvad min anbefaling giver anledning til.

De beskrevne lokaliteter på intensivafsnit Q 2621 giver mig ikke i øvrigt anledning til bemærkninger.

3.2.2. Afdeling Q: Intensivafsnit Q 2121, bygning 21 samt om afsnittene generelt

Dette lukkede afsnit er bygningsmæssigt identisk med de øvrige afsnit i bygning 21, 22, 23 og 24.

Afsnittet er opbygget omkring en åben kvadratisk atriumgård hvortil der er adgang fra to døre fra gangen som omkranser gården. Der er vinduer til gården hele vejen rundt, og der er mange steder stillet potteplanter op i vinduerne. Nogle steder er der rullegardiner. Fra gangen rundt om gården er der adgang til stuerne, fællesrummene, toilet- og baderum samt kontorer og personalerum. Gangarealerne er varierende møbleret med borde og stole. Mange steder er der grønne planter. I alle afsnit står der et bordtennisbord. Alle afsnit har opslagstavler med billeder af personalet, vagtplaner og andre oplysninger. De enkelte afsnit har på forskellige steder opstillet et løbebånd og en motionscykel. På de fleste afsnit er der en mønttelefon.

Beplantningen i gårdene varierer, men alle steder er den noget trist. Der er varierende flisebelægning i gårdene. Det blev oplyst at der er indkøbt havemøbler af teaktræ til alle gårdene, men at de var blevet sat væk for vinteren.

Afsnittene deler to og to en lille mellemgård hvortil der er adgang fra opholdsrummene. Det blev oplyst at disse næsten ikke benyttes. De fleste steder var der fliser i disse gårde og næsten ingen beplantning. Fliserne var på store flader groet til med mos. Et enkelt sted (bygning 21) var der opsat et volleyballnet.

Såvel atriumgårdene som mellemgårdene er meget uensartede. Nogle steder er de noget triste – også årstiden for inspektionen taget i betragtning. Flere steder trænger atriumgårdene til vedligeholdelse. Atriumgården ved gerontopsykiatrisk afsnit 2122 fremstår noget mere indbydende end de øvrige. Ledelsen tilkendegav under inspektionen enighed i at atriumgårdene kunne trænge til opfriskning. Jeg beder sygehuset oplyse om sygehusets eventuelle planer for at friske atriumgårdene og mellemgårdene op.

Alle dørkarme er malet grønne, gulvene har gråt linoleum, og der er ru trælofter. Gangene har gule murstensvægge. Der er alle steder loftsbelysning, og mange steder hænger der lamper over bordene på gangene. I alle afsnit er der brandskabe på gangene.

Afsnit 2121 har 12 sengepladser som alle er enestuer. På tidspunktet for inspektionen var der syv patienter på afsnittet.

Spisestue/opholdsrum

Væggene er hvidmalede med undtagelse af en del af væggen modsat døren hvorpå der er påsat paneler der er malet grå. Der er gråt linoleumsgulv. Der er en glasvæg ind til et anretterkøkken. Under disse vinduer er der hylder hvorpå der ligger forskellige spil. På væggen til venstre for døren hænger tre små dobbelte skabe med hylder over. Herover var der sat udsugningskanaler op.

Møblementet består desuden af et langt og to små spiseborde med stole. På væggene hang enkelte billeder.

Der er mønstrede gardiner i gule og grønne farver for de store vinduer – og til gården er der en glasskydedør.

Dagligstue

I fællesrummet må der ryges. Rummet er delt i to af en skillevæg i træ. Gulvet er belagt med gråt linoleum med en gul bort rundt langs kanten. Der er gule og grønne gardiner svarende til gardinerne i opholdsrummet. Der er store vinduer i begge ender af lokalet og en skydedør til gården.

Rummet er møbleret med to sofagrupper bestående af en sofa og nogle lænestole med borde. På det ene bord ligger en dug. Der hænger lamper over bordene, og på væggene hænger to udtrækslamper og enkelte billeder. På gulvet står en kurv med gamle ugeblade. På den ene væg hænger små skabe med hylder. Her står bl.a. et stereoanlæg. Der hænger et ur på væggen inden for døren.

Lokalet er forsynet med udsugning.

Stue 8

Stue 8 er – som afsnittets øvrige stuer – en enestue. Stuen er tom, men klargjort til den næste patient. Èn væg er malet gul, mens de øvrige er hvide. Til højre inden for døren findes to aflåselige skabe, en vask med spejl over, en skraldespand og tre knager til håndklæder. Bagved vasken er der grå fliser. Der er gråt linoleum på gulvet.

Modsat døren er et stort vindue. En smal del af vinduets venstre side kan åbnes til ventilation – udenfor er der net for. I højre side er en vinduesdel der kan åbnes (med nøgle), blændet med træ. Der er vindueskarm. Vinduet er forsynet med hvide undergardiner og de samme gule og grønne gardiner som findes andre steder i afsnittet.

Standardmøblementet består af en hospitalsseng, to (ældre) lænestole og et lille bord.

Der er to lamper på væggen over sengen.

Stue 7

Som stue 8, men ikke klargjort og derfor helt tom.

Jeg henviser til mine bemærkninger nedenfor om stuer uden eget toilet og bad.

Toilet- og baderum

På alle afsnit var toilet- og baderummene delt således at der er et til kvinder og et til mænd. Rummene var i øvrigt ens.

De besete toilet- og baderum havde alle hvide fliser på vægge og gulve.

Fra gangen er der adgang til et mellemlokale hvorfra der igen er adgang til et tredelt baderum og to toiletter hvoraf det ene er et handicaptoilet. På toiletterne er der en håndvask og en holder med engangshåndklæder. Der er to brusenicher i hvert baderum – i den tredje del af rummet er en håndvask med spejl over og en lille bæk/hylde.

Samtalerum/besøgsstue

Der findes i alle afsnit to mindre rum der benyttes til besøgsstue og samtaleværelse. I tilknytning til disse to rum er der to personaletoaletter.

Rummene er sparsomt møbleret med to-tre stole, et bord og en lille reol. Der hænger enkelte billeder, og i det ene lokale hænger et whiteboard. Væggene er hvide, loftet er gråt, og der hænger gardiner i samme farve som andre steder i afsnittet.

De beskrevne lokaliteter på intensivafsnit Q 2121 giver mig ikke i øvrigt anledning til bemærkninger.

3.2.3. Afdeling Q: Gerontologisk afsnit Q 2122, bygning 21

Afsnit 2122 har 20 sengepladser, fordelt på fire enestuer og otte tosengsstuer. Afsnittet er bygningsmæssigt spejlvendt i forhold til afsnit 2121.

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. På linje hermed må jeg finde at det er en mangel at sengepladserne delvist er fordelt på tosengsstuer, og at stuerne ikke har eget toilet og bad.

Jeg forstår at den planlagte overflytning af en del af sengepladserne fra psykiatrisk sygehus i Hillerød til nye enestuer på psykiatrisk afdeling på Helsingør Sygehus på længere sigt vil afhjælpe dette problem. Indtil de nævnte planer er realiseret, går jeg ud fra at afdelingen er meget opmærksom på hvorledes patienter sammensættes på tosengsstuerne.

Dagligstue/Opholdsrum

Rummet har samme form og indretning som dagligstuen på afsnit 2121. Gardinerne er orangerøde, og skabe og hylder er bordeauxrøde. Betrækket på sofaer og lænestole er tilsvarende bordeauxrødt.

Der er et klaver inden for døren og grønne planter i vindueskarmene. På væggene hænger der enkelte billeder.

Der må ryges i rummet.

Besøgstue/samtalerum

Rummene blev ikke besigtiget da der lå en patient i det ene værelse. Det blev oplyst at patientens seng bliver kørt ud om dagen hvis der skal afholdes samtaler.

Jeg henviser for så vidt angår placeringen af patienter i besøgslokalet til mine bemærkninger under punkt 5.1.

Stue 10

Stuen er en tosengsstue. Den ene seng var placeret langs væggen nærmest vinduet, mens den anden stod på tværs omtrent midt i rummet. Møblementet er standardudstyr; to rulleborde, to lænestole, to skabe med lås og et lille bord. Stuen er forsynet med vask, holder til engangshåndklæder, skraldespand og flydende sæbe.

Gulvet er gråt linoleum.

Patienterne havde vaser med blomster på rullebordene.

Stue 9

Stuen er en tosengsstue, men på tidspunktet for inspektionen lå der tre patienter på stuen.

De tre senge var placeret med to langs den ene væg og en langs den modsatte væg. Der var tre sengeborde med hjul og en lænestol. Der var gardiner for vinduet – hvoraf det ene var blændet og aflåst.

Som i de andre stuer er der håndvask, spejl og to aflåselige skabe. Over den ene seng hænger et mindre dobbeltskab uden lås.

Jeg henviser for så vidt angår placeringen af tre patienter på en tosengsstue til mine bemærkninger under punkt 5.1.

Jeg henstiller til sygehuset at sørge for aflåselige klædeskabe, helst på stuerne, til de patienter som i forbindelse med overbelægning placeres midlertidigt på stuerne. Jeg beder sygehuset om underretning om hvad min henstilling giver anledning til.

De beskrevne lokaliteter på gerontologisk afsnit Q 2122 giver mig ikke i øvrigt anledning til bemærkninger.

3.2.4. Afdeling V: Døgnafsnit V 2322, bygning 23

Afsnittet har 20 sengepladser. På tidspunktet for inspektionen var 16 senge belagt.

For så vidt angår afsnittets tosengsstuer og stuer uden eget toilet og bad henviser jeg til mine bemærkninger under pkt. 3.2.3.

Til højre for indgangen er en sofagruppe. Det blev oplyst at nye patienter kan vente her på personalet. I den modsatte ende af denne gang stod en tom seng bag et forhæng. Sengen var ikke i brug.

Spisestue

Fra spisestuen er der adgang til køkkenet. Mellem de to rum er der en glasvæg.

Spisestuen har grå paneler på den ene væg. De øvrige vægge er hvide.

I lokalet er der spiseborde og stole. Der er hvide gardiner med mønster og grønne planter.

Her serveres morgenmaden og aftenbuffeten.

Dagligstue

Indretning og størrelse svarer til dagligstuen på afdeling Q 2121.

Lokalet har hvide vægge. På gulvet er der gråt linoleum med en bordeauxfarvet kant, og der er mønstrede mørkeblå gardiner. Der er to sofa-

grupper med små borde og et almindeligt spisebord med stole omkring. På væggen hænger skabe og hylder med spil og enkelte bøger. Der er flere grønne planter i lokalet, og der er billeder på væggene.

Der må ryges i lokalet. Lokalet virkede røgfyldt.

Jeg beder afdelingen oplyse hvorledes det sikres at lokalet er udluftet/udsuget således at røggenerne minimeres. Jeg henviser i øvrigt til pkt. 5.8.

Besøgs- og samtalerum

I størrelse og indretning som beskrevet i de øvrige afsnit.

Der er tæppe på gulvet, grå-hvide vægge og mønstrede hvide gardiner. I begge lokaler er der et lille bord med stole. I det ene står et gammelt skrivebord og i det andet et klaver. I det ene lokale er lampen i loftet i stykker.

Jeg går ud fra at sygehuset nu har repareret lampen.

Stue 11

Stuen er en enestue med grålige vægge og mønstrede hvide gardiner som var trukket for under inspektionen. Der var en seng, et halvrundt bord med brændemærker, to almindelige stole og en lænestol.

Stuen er udstyret med håndvask med spejl og et skab med lås.

Det blev oplyst at der er røgalarm indbygget i ventilationssystemet.

Stuen efterlader et trist, lidt medtaget indtryk. Væggene og loftet var gulfarvede og bar således præg af at der havde været røget i lokalet.

Jeg beder sygehuset oplyse om eventuelle vedligeholdelsesplaner for stuerne på afsnittet.

Stue 10

Stuen er lidt større end stue 11 og er en tosenkstue med to senge, to skabe, et bord og to stole. Stuen har grå vægge og mønstrede hvide gardiner.

Toilet- og baderum

Indretningen svarer til de øvrige toilet- og baderum der blev besigtiget.

I indgangen til toiletterne var der to aflåselige stålskabe. Det blev oplyst at skabene bliver benyttet af patienter der ligger som tredje patient på tosenkstuer og derfor ikke har eget skab på stuen.

Jeg henviser til min henstilling under pkt. 3.2.3. om aflåselige klædeskabe på stuerne.

Skyllerum

Rummet var oprindeligt indrettet som baderum til patienter der skulle have et varmt karbad ved modtagelsen (som led i behandlingen). Badekarret er placeret midt på endevæggen hvorved det rager ud i rummet så der på begge sider er let adgang for personalet. På snore over badekarret hang der tøj til tørre fra små vinduer oppe under loftet.

Rummet er beklædt med gule fliser. De har flere steder rustmærker. Der er en stor bruseniche med forhæng for til de patienter der skal have hjælp til at bade, et bidet, en vaskemaskine, en håndvask og to lænestole.

Rummet fremstod noget rodet.

Kontor

Det blev oplyst at døren til kontoret altid er åben, men at døren låses når personalet forlader lokalet da patientjournalerne opbevares i lokalet (i et lille rullebord). Patientjournalerne er således altid under opsyn eller aflåst i lokalet.

De beskrevne lokaliteter på døgnafsnit V 2322 giver mig ikke i øvrigt anledning til bemærkninger.

3.2.5. Afdeling V: Afsnit V 2421, bygning 24

Afsnit V 2421, bygning 24 har 16 sengepladser. Afsnittet adskiller sig ikke væsentligt fra de øvrige besigtigede afsnit.

I dette afsnit blev spisestuen, opholdsrummet, samtale- og besøgsrummene, stue 12 og stue 7 besigtiget.

Stue 12

Stuen er en enestue med standardudstyr. Dog er der her – som i afsnittets øvrige stuer – lås på indersiden af døren således at det er muligt for patienten at låse døren indefra. Personalet kan dog altid komme ind ved hjælp af nøgle. Det blev i denne forbindelse oplyst at personalet altid banker på inden de går ind på en stue – uanset om døren er låst eller ej.

Stue 7

Stuen er en tosengsstue. I stuen var alene standardudstyr, og det var næsten ikke muligt at se at der boede en patient. Det blev oplyst at patienten var kommet to dage tidligere.

For så vidt angår afsnittets tosengsstuer og stuer uden eget toilet og bad henviser jeg til mine bemærkninger under pkt. 3.2.3.

De beskrevne lokaliteter på afsnit V 2421 giver mig ikke i øvrigt anledning til bemærkninger.

3.2.6. Afdeling M: Ungdomspsykiatrisk afsnit M 2422, bygning 24

Afsnittet har ni døgnpladser og tre dagpladser for de 14 til 19-årige. Afsnittet har samme bygningsform som de øvrige afsnit og har gule murstensvægge, men afsnittet er nyrenoveret og fremtræder derfor væsentligt flottere end de øvrige afsnit. Renoveringen blev efter det oplyste afsluttet medio oktober 2001 hvor de nyindrettede lokaler blev taget i brug.

Gangarealerne er indrettet som de øvrige afsnit, men med væsentlig nyere møbler. Desuden er der opstillet to pc'er uden for dagligstuen. Der er mange grønne planter.

Afsnittet er helt røgfrit. Det blev oplyst at både patienter og personalet kun må ryge udendørs – det sker oftest i den lille mellemgård. Mange af de unge patienter giver udtryk for at de er glade for denne ordning da den betyder at de ryger mindre.

Der er kun enestuer på afsnittet.

Spisestue

Lokalets form og facon svarer til de øvrige afsnit med vinduer og skydedør til en lille gård (hvor der er opstillet et par stole og en parasol) og med en glasvæg ind til køkkenafsnittet. Det blev oplyst at køkkenet, der også er nyistandsat, ved særlige lejligheder benyttes til at bage i – f.eks. når en patient har fødselsdag.

I midten af lokalet er flere borde samlet til et stort bord hvor alle spiser sammen. Bordene og stolene er helt nye. På en væg hænger nye bordeauxfarvede Montana-reoler med skabe og hylder. Øverst på reolerne står en række figurer som udsmykning. På skabene står en ghettoblaster, men ellers er hylderne tomme.

På de grå paneler på væggen modsat døren hænger der fire malerier med blomster. Lokalet har lyse turkisblå gardiner.

Lokalet fremtræder meget pænt og hyggeligt.

Køkken

Afsnittets køkken bruges også til fremstilling af den kolde aftensmad på hverdage og den varme og kolde mad i weekenderne som personale og patienter i fællesskab indkøber råvarerne til.

Dagligstue

Stuen har form og facon som i de øvrige afsnit med vinduer i begge ender og udgang til den lille mellemgård.

Lokalet er hyggeligt indrettet med en stor sofagrube med tre bløde sofaer, to lænestole og et sofabord med dug på. Der står en buket blomster på bordet. Over sofaen på væggen hænger fire små malerier. Det blev oplyst at patienterne selv har malet billederne. På hver side af sofaen står en standerlampe.

I den anden ende af lokalet står et stort spisebord med stole omkring.

Som rumadskillelse er der anvendt en række lukkede reoler hvori der står en masse spil og puslespil.

Langs væggen står to reoler med bl.a. stereoanlæg, bøger og spil. På væggen længst nede mod sofagruppen hænger et fjernsyn og en videoafspiller. På gulvet står tre guitarer. Der hænger malerier på væggen.

Der er store grønne planter i lokalet og blå gardiner der matcher møblementet.

Stue 10

Stuen har facon som på de andre afsnit, men er nymalet. Den sædvanlige hospitalsseng er erstattet af en sovesofa, og der er et skrivebord med kontorstol og lampe. Ved sovesofaen står et lille rundt bord og to lænestole.

Gardinerne er blå som i dagligstuen, og der er hvide persienner. På væggen hænger en tavle med personlige billeder.

Patienten har stillet et staffeli ved siden af de to aflåste skabe.

Rundt om håndvasken er der hvidt/gråt linoleum i stedet for fliser og to kroge til håndklæder. Patienten har mange personlige toiletsager stående på kanten af vasken.

Stue 11

Stuen er mindre end stue 10, men har samme standardmøblering. Her er kun et enkelt skab.

Værksted

Afsnittet har et værksted med et arbejdsbord, kontorstole og reoler med materialer. Lokalet er vinkelformet med små lave vinduer oppe ved loftet modsat døren hvilket gør rummet mindre attraktivt idet man ikke kan se ud. Der er dog ikke mørkt i lokalet.

Det blev oplyst at lokalet mest benyttes til depot idet de fleste patienter foretrækker at sidde i fællesrummene eller på egen stue og male, tegne eller andet.

De beskrevne lokaliteter på ungdomspsykiatrisk afsnit M 2422 giver mig ikke anledning til bemærkninger.

3.2.7. Afdeling M: Børnepsykiatrisk afsnit M 2033 og 2034, bygning 20

Afsnittene har to gange otte dagpladser.

Afsnittene blev kort besigtiget.

De besigtigede lokaliteter på børnepsykiatrisk afsnit M 2033 og 2034 giver mig ikke anledning til bemærkninger.

4. Samtaler med enkelte patienter

Under inspektionen havde jeg og mine medarbejdere enkeltsamtaler med 10 patienter fra afdelingen som alle havde ønsket samtale.

Samtalerne gav dels anledning til at konkrete spørgsmål blev taget op med ledelsen under inspektionen, dels til konkrete sager. Patienterne har efter nærmere aftale modtaget separat svar som opfølgning på samtalerne.

5. Andre forhold

5.1. Overbelægning

Overbelægning forekommer indimellem. Det blev under inspektionen oplyst at overbelægning bl.a. er forekommet i forbindelse med løbende ombygninger der midlertidigt reducerer antallet af sengepladser. Overbelægning løses bl.a. ved at placere tre senge på en tosenkstue.

Under rundgangen på sygehuset kunne det konstateres at der flere steder lå tre personer på tosenkstuer hvilket vidnede om aktuel overbelægning. Flere af de patienter som jeg havde samtaler med i forbindelse med inspektionen, klagede over placeringen af tre patienter på samme stue.

Ungeafsnittet (afd. M) har ikke overbelægning idet amtet efter aftale overfører unge som har behov for indlæggelse, men som der ikke er plads til, til andre psykiatriske afdelinger.

Tosenkstuerne er meget små til tre patienter. Jeg går ud fra at sygehuset i den sammenhæng er meget opmærksom på hvorledes patienterne sammensættes på stuerne. Idet jeg henviser til mine bemærkninger under punkt 3.2.3., foretager jeg ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

Som det fremgår ovenfor, konstaterede jeg at også besøgstuerne bliver anvendt som sengestuer i forbindelse med overbelægning. Jeg forstår at besøgstuerne i disse tilfælde fortsat anvendes til besøg og lægesamtaler idet den midlertidigt placerede seng i dagtimerne rulles ud på gangen.

En af de patienter som jeg havde samtale med under inspektionen, oplyste desuden at han som nyindlagt patient blev midlertidigt placeret i et besøgslokale og på gangen. Efter patientens oplysninger drejede det sig om ca. en uge hvor han måtte ligge i besøgsværelset, og 2-3 dage på gangen.

Efter nærmere undersøgelser har sygehuset blandt andet oplyst at den pågældende patient afslog at blive placeret på en tosenkstue. Patienten havde særlige grunde til ikke at ville dele stue med en anden patient (krigstraumer). Det blev på grund af belægningssituationen og efter en vurdering af sindslidelserne hos patienterne på enestuerne besluttet ikke at efterkomme patientens ønske om at frigøre en enestue til ham.

Sygehuset har videre oplyst at patienten (under de givne omstændigheder, må jeg forstå) selv ønskede at sove i besøgslokalet. Sygehuset har ikke nogen optegnelser som kan bekræfte at patienten har sovet på gangen.

Jeg foretager ikke yderligere vedrørende den konkrete sag. Det er beklageligt at det undertiden er nødvendigt at anvende besøgsstuerne som sengestuer i forbindelse med overbelægning. Under hensyn til at patienter på tosenkstuer kan have behov for at modtage besøgende under private former, kan jeg ikke kritisere at den midlertidigt placerede seng i dagtimerne rulles ud på gangen, men jeg bemærker at det naturligvis er uheldigt at en patient som placeres på en besøgstue, ikke har adgang til privatliv på sin stue i dagtimerne i lighed med de øvrige patienter.

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

Sygehuset har, som det fremgår ovenfor, to lukkede afsnit. Det drejer sig om afsnit Q 2621 (10 pladser) og afsnit Q 2121 (12 pladser).

Sygehuset har ingen skærmede afsnit. Det har tidligere været overvejet at oprette særlige skærmede afsnit, og et sådant er også forsøgsvis blevet etableret uden dog at være blevet taget i brug bl.a. på grund af de ekstra personaleressourcer som medgår til en sådan løsning.

Sygehuset aflåser aldrig patienternes stuer. Skal patienter holdes tilbage, sker det ved aflåsning af afsnittets yderdør.

På afsnit 2421 er stuerne døre som nævnt forsynet med dørlåse med indvendige vridere således at patienterne selv kan låse dørene indefra. Personalet har nøgler til dørene og vil således altid kunne skaffe sig adgang. Årsagen til denne forskel fra sygehusets andre afsnit skal findes i tidligere forskelligheder i opfattelserne af behandlingsmetoder i de enkelte afsnit.

Det blev under inspektionen oplyst at der undertiden kan være frivilligt indlagte patienter på et lukket afsnit. I sådanne situationer orienteres disse patienter om deres retlige forhold og om at de kan forlade sygehuset frit. Der gøres notat om denne underretning. Personalet vil i givet fald låse døren op når frivilligt indlagte patienter beder om det.

Det blev desuden oplyst at låste døre også kan forekomme på de åbne afsnit, f.eks. af hensyn til demente patienter. Også i denne situation orienteres patienterne om deres retlige stilling og om muligheden for at forlade sygehuset frit. Der gøres notat om aflåsning af døren i den pågældende patients journal.

Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 har i forbindelse med tilsynets inspektioner af psykiatriske hospitaler også beskæftiget sig med spørgsmålet om afdelinger hvor der er både frivilligt indlagte og frihedsberøvede 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 tvangsindlagt eller -tilbageholdt, bør tilbydes en plads i en uaflåst del af det psykiatriske sygehus, at en patient der overgår fra at være tvangsindlagt til at være frivilligt indlagt, tilbydes anbringelse i en uaflåst del af sygehuset, og at det kun undtagelsesvist bør forekomme at en frivilligt indlagt patient af kapacitetsmæssige grunde ikke tilbydes en plads i 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 tvangstilbageholdelse straks når betingelserne herfor ikke længere er til stede, og at patienten i den forbindelse informeres om at indlæggelsen nu er frivillig, samt at de frivilligt indlagte patienter umiddelbart har mulighed for at forlade afdelingen når de måtte ønske det. Idet jeg på baggrund af sygehusets oplysninger går ud fra at anbringelsen af frivilligt indlagte patienter så vidt muligt administreres i overensstemmelse hermed, har jeg ikke yderligere bemærkninger til spørgsmålet.

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 udendørs 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 Københavns og Frederiksberg kommuner om den fortsatte udbygning af tilbudene 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).

Sygehusets patienter har som udgangspunkt adgang til frisk luft hver dag. For så vidt angår tvangsindlagte eller tvangstilbageholdte patienter kan der dog være restriktioner begrundet i den konkrete patient. Desuden kan de konkrete omstændigheder, bemanning mv. føre til at der ikke kan tilbydes gåtur til patienter som skal have følge af personalet.

Tvangsindlagte og -tilbageholdte patienter har dog som udgangspunkt altid mulighed for at få frisk luft hver dag i de atriumgårde som findes på de pågældende

afsnit. Enkelte har også adgang til at gå ture på egen hånd uden følgeskab af personalet uanset deres status som frihedsberøvede.

For frivilligt indlagte patienter vil der være fri adgang til gåture mv. Dog kan patienten og afdelingens personale i konkrete tilfælde – af behandlingsmæssige årsager – aftale begrænsninger i adgangen.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.4. Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2

Efter § 3, stk. 2, i lov 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 oplyse hvorledes denne vejledning finder sted.

5.5. 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 akut 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.”

Ledelsen oplyste under inspektionen at det er forekommet meget få gange at politiet har måttet tilkaldes til sygehuset. Der var dog i de få tilfælde som ledelsen kunne erindre, tale om meget truende eller voldelige patienter som havde forskanset sig, bevæbnet sig eller lignende, og hvor situationen krævede en politimæssig indsats. Sygehuset anvender således aldrig politiet til almindelige dagligdags opgaver af behandlingsmæssig art.

Også i forbindelse med indlæggelser hvor politiet medvirker, har sygehuset klare grænser således at sygehuset først overtager ansvaret for og håndteringen af patienterne når der er truffet afgørelse om tvangsindlæggelse. Indtil da er patienten politiets ansvar.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.6. Besøg, visitation og adgang til telefonering

Besøgstiden varierer for de forskellige afsnit. Der gælder ingen besøgsbegrænsninger herudover. Dog kan der på ungeafsnittet (afdeling M), som led i behandlingen, tænkes behandlingsmæssigt begrundede begrænsninger. Også i tilfælde af

konkret mistanke om risiko for indsmugling af stoffer kan der indføres restriktioner.

Besøg afvikles efter patienternes egne ønsker enten på stuerne, i de særlige besøgslokaler eller på fællesarealerne.

Jeg beder sygehuset præcisere under hvilke omstændigheder behandlingsmæssige årsager kan indebære begrænsninger i besøgsadgangen.

Jeg beder også sygehuset oplyse om det forekommer at sygehuset visiterer breve og pakker, f.eks. ved at forlange at være til stede ved åbningen af post til bestemte patienter e.l. I givet fald beder jeg sygehuset om at redegøre nærmere herfor.

Der er adgang til mønttelefoner på alle afdelinger. Der gælder ingen almindelig begrænsning i adgangen til at telefonere. Det er således også tilladt at medbringe egen mobiltelefon. Konkret kan der dog aftales begrænsninger med enkelte patienter som har behandlingsmæssigt behov herfor.

Der er ikke i psykiatriloven eller i anden lovgivning (bortset fra hvad der kan udledes af retsplejelovgivningen) fastsat bestemmelser om visitation af breve og pakker, om besøgsforbud og om adgang til at bestemme begrænsninger i adgangen til at benytte telefon. Der er heller ikke på anden måde fra centralt hold fastsat regler på området.

For at institutioner som Psykiatrisk Sygehus, Frederiksborg Amt 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 (besøgsrestriktioner), skal søges i anstaltsanordningen, og baggrunden for reglerne herom er ordens- og sikkerhedsmæssige hensyn.

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

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

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

5.7. Stoffer

Sygehuset har indimellem patienter som er afhængige af stoffer, og der optræder stoffer på sygehuset. Det er ledelsens opfattelse at problemet er mindre end andre steder i landet, og det opfattes ikke som noget stort problem.

I tilfælde af at sygehuset modtager patienter som er i et nedtrapningsforløb, fortsættes forløbet under indlæggelsen på sygehuset.

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.

Jeg har fra sygehuset modtaget folderen ”Personalepolitik – Psykiatrisk Sygehus” hvor sygehusets rygepolitik er angivet på side 15.

Det blev i øvrigt oplyst at sygehuset er røgfrit område; dog således at der på de psykiatriske afsnit er særligt indrettede lokaler/områder hvor rygning er tilladt. Med undtagelse af et enkelt lukket afsnit er der rygeforbud på stuerne og på gangarealerne.

På afdeling M (ungdomspsykiatrisk afdeling) er der totalt rygeforbud, dog således at patienterne kan ryge på udendørsarealerne. Dette fungerer efter ledelsens opfattelse godt.

For personalet gælder det som udgangspunkt at der kun må ryges i det fri.

Det blev under inspektionen oplyst at det er en almindelig erfaring at psykiatriske patienter – og måske navnlig de unge patienter – i stigende grad accepterer røgfri aktiviteter.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.9. Forplejning

Amtet har udliciteret leveringen af mad til sygehuset (og amtets andre sygehuse) til et privat firma.

Der serveres varm mad til frokost (to valgfri menuer) og kold mad (buffet) til aftensmad. Der tilbydes særlig mad til muslimer, vegetarer eller patienter der skal have speciel diætkost. Der har indimellem været klager over mangel på variation i buffetmaden. Det blev under inspektionen oplyst at spørgsmålet blev drøftet i hovedsamarbejdsudvalget på daværende tidspunkt.

En af de patienter som jeg havde samtaler med i forbindelse med inspektionen, klagede over at kostplanen (menuen) løber i intervaller på 14 dage således at den starter forfra når de 14 dage er gået.

Ledelsen mente ikke umiddelbart at dette er korrekt, men ville undersøge det og vende tilbage med et svar. Jeg har efterfølgende fra sygehuset modtaget et – går jeg ud fra – repræsentativt udvalg af menuplaner.

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

Jeg har på baggrund af de modtagne menuplaner ingen bemærkninger til variationen i forplejningen. Jeg beder imidlertid sygehuset om oplysning om udfaldet af de nævnte drøftelser i hovedsamarbejdsudvalget.

5.10. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

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

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

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

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

5.11. Børn og unge

Børn mellem 0 og 14 år behandles ambulantly eller i dagafsnittet. Unge mellem (14)15 og 19 år kan indlægges på afdeling M 2422 som har ni døgnpladser og tre dagpladser.

Ungeafsnittet (afd. M) er et åbent afsnit. Afsnittet har ikke overbelæg idet amtet efter aftale overfører unge som har behov for indlæggelse, men som der ikke er plads til, til andre psykiatriske afdelinger. Frederiksborg Amt råder ikke over døgnpladser til børn mellem 0 og 13 år.

Det blev under inspektionen oplyst at enkelte børn med behov for døgnindlæggelse, indlægges på de børnepsykiatriske afdelinger på Københavns Amtssygehus i Glostrup eller Bispebjerg Hospital, HS. Enkelte unge med behov for indlæggelse i lukket regi modtages på Bispebjerg Hospital.

Jeg forstår dette således at amtets børn mellem 0 og 13 år med behov for (døgn)indlæggelse på psykiatrisk afdeling placeres på de nævnte afdelinger. Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

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 1988/1989, tillæg 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 bekendtgørelse nr. 617 af 21. september 1989 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger, § 3, stk. 2, er det bestemt at tvangsmedicinering forudsætter at patienten og patientens rådgiver er fuldt informeret om behandlingens formål, virkninger og mulige bivirkninger.

Ledelsen oplyste at sygehuset har et mere eller mindre fast korps af patientrådgivere. Samarbejdet med patientrådgiverne fungerer godt efter ledelsens vurdering. Patientrådgiverne giver møde når det er påkrævet.

Der afholdes et årligt informationsmøde med patientrådgiverne, og sygehuset har udarbejdet en pjece til sygehusets personale om patientrådgiverordningen som jeg modtog et eksemplar af i forbindelse med inspektionen.

I forbindelse med tvangsbehandling tilkaldes patientrådgiverne telefonisk og møder op på sygehuset. Patientrådgiverne er således orienteret inden tvangsbehandling iværksættes.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.13. Vold mod personalet

Vold mod personalet forekommer på sygehuset. Ikke al vold politianmeldes. Det er ledelsen som i givet fald indgiver politianmeldelsen.

Der afholdes desuden løbende obligatoriske kurser for personalet om håndtering af voldsepisoder.

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. Jeg går ud fra at sygehusets praksis er i overensstemmelse hermed, og foretager mig ikke mere vedrørende spørgsmålet.

5.14. Opbevaring af journaler

Som omtalt ovenfor var journalerne i afdeling V, døgnafsnit V 2322, opbevaret i et kontor hvor journalerne enten var under opsyn af personalet eller opbevaret aflåst.

Jeg går ud fra at journalerne også i de øvrige afsnit er opbevaret under tilsvarende betryggende forhold, og jeg foretager på denne baggrund ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

5.15. Patientmøder

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, har sundhedsministeren udarbejdet bekendtgørelse nr. 708 af 20. november 1989 om patientråd og patientmøder på psykiatriske sygehuse og afdelinger. Bekendtgørelsen er fortsat gældende.

Af bekendtgørelsens § 1, stk. 2, fremgår at amtsrådet skal beslutte hvorvidt der på de enkelte psykiatriske sygehuse og afdelinger skal oprettes patientråd eller afholdes patientmøder.

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

Jeg beder sygehuset oplyse hvilke retningslinjer for oprettelse af patientråd og afholdelse af patientmøder som gælder på sygehuset.

5.16. Behandlingsplaner

Jeg har fra afdelingen modtaget to udfyldte, anonymiserede behandlingsplaner for patienter på afdelingen.

Behandlingsplanerne giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.17. Navneskilte

Sygehuset har ikke navneskilte med patienternes fulde navne uden for patientstuerne. Visse steder er patienternes fornavne dog anført på tavler ud for de enkelte stuer.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.18. Bæltefiksering

Sygehuset har ikke særlige fikseringsrum. Bæltefiksering sker på egen stue i patientens egen seng. Sengene er særligt indrettet til dette. Bælte og eventuelt remme fastgøres således først hvis behovet opstår. Fiksering sker altid på enestuer.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.19. Retslige patienter og placering af patienter i andre amter

Retslige patienter overføres efter aftale til psykiatriske afdelinger i andre amter, herunder på Amtssygehuset Nykøbing Sjælland. Det samme gælder patienter som skal mentalobserveres i forbindelse med retslige afgørelser.

En række patienter som amtet har placeret på Amtssygehuset Nykøbing Sjælland har boet på Amtssygehuset Nykøbing Sjælland i en længere årrække hvorfor man finder at det vil være umenneskeligt at flytte dem nu mod deres vilje.

Til sygehuset i Glostrup overføres, ligeledes efter aftale, patienter som er i varetægtssurrogat.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.20. Kontakt til læge

Flere af de patienter som jeg havde samtaler med i forbindelse med inspektionen, klagede over mangel på læger, herunder patienternes muligheder for at komme til at tale med en læge.

Det blev oplyst at der altid er samtale med en læge på indlæggelsesdagen ved enten den vagthavende eller afsnittets egen læge. Dagen efter er der samtale med afsnittets læge eller den vagthavende bagvagt (weekend og helligdage). På de intensive afsnit er der ofte, om end undertiden kortvarigt, lægesamtale hver dag.

I øvrigt følger det eventuelt af behandlingsplanen hvor ofte der skal holdes møder med lægen. Når en lægesamtale afsluttes, vil der normalt være truffet aftale om tidspunktet for den næste lægesamtale.

Såvel patienten som patientens kontaktperson eller lægen selv kan tage initiativ til en lægesamtale, men det kan undertiden være vanskeligt at få det til at passe ind, når der fremsættes ønske om at fremrykke en samtale.

Jeg beder sygehuset oplyse nærmere om den ventetid der kan opstå i de sidstnævnte tilfælde.

5.21. Vikardækning under sygdom, samt rekruttering

En af de patienter som jeg havde samtale med i forbindelse med inspektionen, klagede over at sygehuset ikke stiller vikarer til rådighed ved personalets sygdom. Dette er efter patientens opfattelse særligt utilfredsstillende når sygdom fører til aflysninger af planlagte aktiviteter.

Ledelsen oplyste at det er korrekt at der er en tendens til at planlagte aktiviteter udgår når det pågældende personale ikke kan komme på grund af sygdom. Sygehuset har et begrænset vikarbudget, ligesom det kan være vanskeligt at få erstatningspersonale til at træde til med kort varsel.

Sygefravær udgør et vist problem på sygehuset. Sygehuset har (i lighed med amtet som helhed) en personalepolitik til forebyggelse og håndtering heraf.

I almindelighed har sygehuset ikke problemer med at rekruttere personale – i hvert fald ikke i samme målestok som andre steder i landet. Der er dog en tendens til at der mangler sygeplejersker og yngre læger blandt ansøgerne. Således er f.eks. en del sygeplejerskestillinger p.t. besat med social- og sundhedsassistenter.

Det er naturligvis uheldigt at sygdom i personalegruppen kan medføre aflysning af planlagte aktiviteter for patienterne. Jeg har dog ikke fundet tilstrækkeligt grundlag for at foretage videre vedrørende dette spørgsmål.

5.22. Beskæftigelsen i ergoterapien

En af de patienter som jeg havde samtale med i forbindelse med inspektionen, klagede over at aktiviteterne i ergoterapien stort set kun består i madlavning. Patienten oplyste at dette skyldes at ergoterapiens lokaler nu er begrænset til at omfatte et træningskøkken.

Ledelsen oplyste at det er korrekt at en del af ergoterapiens lokaler blev inddraget i forbindelse med oprettelsen af 16 nye sengepladser, og at ergoterapien nu alene råder over et træningskøkken. Dette kan have betydning for de aktiviteter som tilbydes. Ledelsen har overvejet at finde nye lokaler hvilket skaber problemer. Der vil ikke være mulighed for at udvide det eksisterende byggeri på grunden med egnede lokaler. Ledelsen håber på at sygehuset får bedre plads også til ergoterapien i forbindelse med den ovenfor omtalte overførsel af 48 sengepladser til Helsingør.

Det er utilfredsstillende at et stort psykiatrisk sygehus som Psykiatrisk Sygehus, Frederiksborg Amt ikke har flere faciliteter til ergoterapi. Jeg forstår at amtet og sygehuset vil være opmærksom på muligheden for i forbindelse med den nævnte overførsel af sengepladser at udnytte ledig plads her til, og jeg foretager på denne baggrund ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

5.23. Minibus til udflugter

En af de patienter som jeg havde samtale med i forbindelse med inspektionen, klagede over at sygehuset ikke råder over en minibus e.l. som kan anvendes i forbindelse med udflugter.

Ledelsen erkendte at der er behov for et transportmiddel til sådanne ture, og ledelsen tilkendegav at ville overveje at indkøbe en minibus e.l.

Jeg er bekendt med at man selv på mindre psykiatriske afdelinger råder over en minibus til udflugter o.l. For så vidt angår Psykiatrisk Sygehus, Frederiksborg Amt taler også de begrænsede faciliteter

ter til ergoterapi for anskaffelsen af en sådan minibus. Jeg beder sygehuset oplyse om udfaldet af sygehusets overvejelser om anskaffelse af en minibus.

5.24. Rengøring og indeklima

En af de patienter som jeg havde samtale med i forbindelse med inspektionen, klagede over rengøringsstandard og indeklimaet. Patienten mente at rengøringsstandard på afsnit 2321 er dårlig, og at der er en sammenhæng mellem det dårlige indeklima og manglende rengøring af ventilationsristene. Patienten henviste bl.a. til at håndtagene på dørene er meget fedtede, og at vindueskarmene er beskidte.

Ledelsen oplyste at sygehuset er opmærksom på rengøringsstandard i sygehuset. Rengøringsopgaven er udliciteret til en kontraktinstitution, og ledelsen mener også selv at der er mangler som man løbende forsøger at rette op på. Ledelsen var ligeledes enig i at der er en sammenhæng mellem det dårlige indeklima og den manglende rengøring af ventilationsristene. Også på dette punkt bestræber ledelsen sig på at rette op på fejl og mangler. Rengøring af ventilationsriste er en beskrevet del af den løbende (om end ikke daglige) rengøring.

Jeg foretager på baggrund af ledelsens tilkendegivelser ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

5.25. Handicaptilgængelighed

Under inspektionen havde jeg og mine medarbejdere også opmærksomheden rettet mod sygehusets handicaptilgængelighed. De fleste steder på sygehuset er ud fra en umiddelbar bedømmelse tilgængelige for handicappede.

Jeg foretager ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

5.26. Klager til patientklagenævnet og domstolsprøvelse

Sygehusets afgørelser indklages indimellem for patientklagenævnet. Nævnet holder regelmæssige møder (en gang om ugen) såfremt der er behov herfor. Det er sygehusets opfattelse at nævnet fungerer fint, herunder at sagerne fremmes med fornøden hurtighed.

Det forekommer at patientklagenævnets afgørelser indklages for domstolene. Sygehuset får medhold i størsteparten af sagerne.

Jeg foretager ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

Jeg kan til orientering oplyse at jeg den 22. oktober 2002 skrev således til Patientklagenævnet i Frederiksborg Amt – i øvrigt uden sammenhæng med denne inspektionssag:

”Efter ombudsmandslovens § 17, stk. 2, kan ombudsmanden gennemføre generelle undersøgelser af en myndigheds behandling af sager (såkaldte egen-driftprojekter). Som det seneste eksempel på en sådan generel undersøgelse kan jeg henvise til Folketingets Ombudsmands beretning for 2001, side 807ff. Der er her gengivet en undersøgelse af 60 sager fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Jeg har besluttet efter den nævnte bestemmelse at foretage en generel undersøgelse af et patientklagenævns sager. At Patientklagenævnet for Frederiksborg Amt er blevet udvalgt, beror ikke på nogen særlige forhold.

Jeg anmoder om at modtage de seneste 30 sager som er afsluttet af patientklagenævnet forud for den 1. oktober 2002.

Jeg anmoder endvidere om en redegørelse for hvorledes patientklagenævnets sagsbehandling i praksis er tilrettelagt.

For de sager som jeg modtager, går jeg ud fra at det er muligt at konstatere hvorledes sagsbehandlingen har været i de enkelte sager – f.eks. om der ved mødet har været tilstedeværelse af lægen, patienten og patientrådgiveren. Jeg går endvidere ud fra at der foreligger referat af mødet hvoraf det bl.a. kan ses hvilke synspunkter der er fremført af de forskellige deltagere i mødet.

Efter modtagelsen af det ovennævnte materiale vil jeg foretage en foreløbig gennemgang med henblik på at beslutte om der er grundlag for at stille særlige spørgsmål eller få belyst særlige forhold som grundlag for undersøgelsen.

...”

Jeg har med patientklagenævnets brev af 12. november 2002 modtaget de nævnte 30 sager. Et antal af sagerne vedrører Psykiatrisk Sygehus, Frederiksborg Amt i Hillerød. Undersøgelsen vil ikke indgå i denne inspektionssag.

5.27. Ventelister

Der forekommer ventelister for børn og unge. På tidspunktet for inspektionen afventede to unge en døgnplads.

For så vidt angår børn og unge som skal visiteres til afdeling M, kan der være ventelister på op til tre måneder. Ledelsen anser dette maksimum for forsvarligt selv om ventetiden i sig selv er u hensigtsmæssig.

Jeg beder sygehuset oplyse det aktuelle tal for patienter, herunder børn og unge, på ventelister.

5.28. Fremmedsprogede patienter

Sygehuset har fremmedsprogede patienter, bl.a. fra Sandholmlejren.

Sundhedsministeriets pjece om tvang i psykiatrien findes på sygehuset på en række forskellige sprog og udleveres til fremmedsprogede patienter. Desuden anvendes i vid udstrækning tolke. Sygehusets øvrige informationsmateriale er endnu ikke oversat til andre sprog, men det er sygehusets ønske at dette sker i hvert fald for så vidt angår en del af materialet.

Jeg beder sygehuset oplyse om aktuelle planer for oversættelse af informationsmateriale.

6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

Som nævnt i indledningen anmodede jeg under inspektionen om at modtage kopi af eventuelle tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 26-32 i bekendtgørelse nr. 879 af 10. december 1998 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger vedrørende tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering foretaget på afdelingen i perioden 1. januar 2001 - 28. december 2001. Såfremt antallet af tilførsler (skemaer) inden for hver kategori oversteg 20, bad jeg om alene at modtage de seneste 20 i perioden.

Jeg modtog en række kopier af skemaer 1-4, jf. nedenfor, nærmere bestemt 20 af hver.

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:

6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

Jeg har modtaget i alt 20 skemaer til brug for tilførsler i tvangsprotokollen om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse.

Af de 20 modtagne skemaer angår 15 tvangsindlæggelse og fem tvangstilbageholdelse. Tilførslerne (skemaerne) angår frihedsberøvelser iværksat fra den 25. juli 2002 til den 25. december 2002.

Tvangsprotokollen består af særlige skemaer udarbejdet af Sundhedsministeriet. For frihedsberøvelse benyttes Tvangsprotokol - skema 1. Af Sundhedsstyrelsens vejledning af 10. december 1998 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv., s. 2, fremgår at det ved afkrydsning på skemaerne skal angives om det drejer sig om første skema for den aktuelle tvangsforanstaltning, eller om skemaet er en fortsæt-

telse af et tidligere skema. Skemaerne indeholder afkrydsningsrubrikker til dette formål.

I to tilfælde er det i skemaer vedrørende frihedsberøvelse ikke angivet ved afkrydsning hvorvidt der er tale om det første skema eller en fortsættelse af tidligere skema. I et tilfælde er det på grund af kvaliteten af den modtagne kopi ikke muligt at afgøre om der er sket afkrydsning (tvangsindlæggelse iværksat 25. december 2001).

Det er en fejl at afkrydsning mangler i to tilfælde.

Efter vejledningens s. 2 skal det tillige angives om frihedsberøvelsen er iværksat som tvangsindlæggelse eller som tvangstilbageholdelse, ligesom begrundelsen efter lov nr. 403 af 26. juni 1998 om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (psykiatriloven – se lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998) skal angives (behandlings- eller farlighedsindikation). Oplysningerne angives ved afkrydsning i skemaet.

Det er i alle tilfælde angivet om frihedsberøvelsen er iværksat som tvangsindlæggelse eller som tvangstilbageholdelse, og der er angivet en begrundelse i alle tilfælde.

I et tilfælde hvor farlighed er angivet som begrundelsen, er tilføjet ”somatisk tvangsbehandling”.

Jeg beder sygehuset oplyse hvorledes dette skal forstås.

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. psykiatrilovens § 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 afgørelse, og at afgørelsen kan træffes af en anden læge i overlægens fravær. Også i disse tilfælde skal overlægen snarest tage stilling til beslutningen.

Af Sundhedsstyrelsens vejledning af 10. december 1998 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv., s. 2, fremgår det at (datoen for) overlægens attestation skal fremgå af protokollen. Der er en særlig rubrik hertil i skemaet.

Der er i alle tilfælde på nær ét angivet en dato for overlægens attestation. I skemaet vedrørende tvangsindlæggelse iværksat 23. november 2001 er imidlertid ikke angivet en dato for overlægens stillingtagen.

Dette er beklageligt. Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

Overlægens attestation er i alle tilfælde på nær ét angivet som samme dag eller dagen efter datoen for iværksættelsen af frihedsberøvelsen. I et tilfælde, tvangstilbageholdelse iværksat fredag den 7. december 2001, er overlægens attestation angivet som tre dage efter iværksættelsen, dvs. mandag den 10. december 2001.

Reglerne om udfyldelse af tvangsprotokoller indeholder ikke bestemmelser om hvor lang tid der må gå før overlægens attestation skal anføres i protokollen. De kontrollensyn 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 beder på denne baggrund afdelingen oplyse om afdelingens praksis mht. indhentelse af overlægens godkendelse og om hvorfor der i det nævnte tilfælde gik tre dage før overlægen attesterede protokollen.

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.

I to tilfælde er efterprøvelser ifølge skemaerne sket tidligere end foreskrevet i loven (skema vedrørende tvangsindlæggelse iværksat 2. december 2001; anden og tredje obligatoriske efterprøvelse).

Efter loven påhviler det som nævnt til stadighed overlægen at sikre at frihedsberøvelsen ikke udstrækkes i videre omfang end nødvendigt. Dette indebærer at overlægen af egen drift skal bringe en frihedsberøvelse til ophør straks når betingelserne herfor ikke længere er til stede. Allerede derfor kan efterprøvelser naturligvis finde sted også på tidspunkter der ligger forud for de foreskrevne obligatoriske efterprøvelser. Dette fritager imidlertid efter min opfattelse ikke overlægen for også at foretage efterprøvelser på de i loven foreskrevne tidspunkter.

Af det fortsatte skema vedrørende tvangstilbageholdelse iværksat 25. juli 2001 fremgår at der blev foretaget efterprøvelse henholdsvis 23. oktober (dvs. fire dage for sent) og 23. november 2001 (dvs. syv dage for sent). Der blev ikke foretaget yderligere efterprøvelser, men frihedsberøvelsen blev ifølge skemaet bragt til ophør 20. december 2001 (dvs. seks dage efter at der burde have været foretaget en efterprøvelse).

Af skema vedrørende tvangsindlæggelse iværksat 15. oktober 2001 fremgår at der blev foretaget efterprøvelse henholdsvis 22. oktober (dvs. fire dage for sent), 29. oktober 2001 (dvs. fire dage for sent), 8. november 2001 (dvs. fire dage for sent) og 16. november 2001 (dvs. to dage for sent).

Af skema vedrørende tvangsindlæggelse iværksat 12. november 2001 fremgår at der blev foretaget efterprøvelse 21. november 2001 (dvs. seks dage for sent).

Af skema vedrørende tvangsindlæggelse iværksat 15. november 2001 fremgår at der blev foretaget efterprøvelse 19. november 2001 (dvs. en dag for sent).

Af skema vedrørende tvangsindlæggelse iværksat 26. november 2001 fremgår at der blev foretaget efterprøvelse 30. november 2001 (dvs. en dag for sent).

Af skema vedrørende tvangsindlæggelse iværksat 28. november 2001 fremgår at der blev foretaget efterprøvelse 3. december 2001 (dvs. to dage for sent) og 10. december 2001 (dvs. en dag for sent).

I en række af de nævnte tilfælde er det mit indtryk at forskydningen i den obligatoriske efterprøvelse skyldtes at sygehusets læger lod fristen løbe forfra i situationer hvor en tvangsindlæggelse blev afløst af en tvangstilbageholdelse. Ordlyden af lovens § 21, stk. 2, 1. punktum, sammenholdt med udformningen af Sundhedsstyrelsens skema og de reale grunde bag reglerne om obligatoriske efterprøvelser, herunder ønsket om en særlig intensiv kontrol i den første tid efter frihedsberøvelsens iværksættelse, tilsiger efter min opfattelse at det er den oprindelige dato for frihedsberøvelsens iværksættelse (tvangsindlæggelsen) som skal lægges til grund for fristberegningen i sådanne situationer.

Jeg må på denne baggrund konstatere at efterprøvelsen i en række (11) tilfælde ikke skete i overensstemmelse med lovens krav om efterprøvelser henholdsvis 3, 10, 20 og 30 dage efter at frihedsberøvelsen blev iværksat, og herefter hver fjerde uge. Dette er beklageligt. Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

Af skema vedrørende tvangstilbageholdelse iværksat 18. oktober 2001 af en patient som blev tvangsindlagt 15. oktober 2001, fremgår at der blev foretaget efterprøvelse den 22. oktober 2001 (dvs. en dag for sent), 29. oktober 2001 (dvs. en dag for sent), 8. november 2001 (dvs. en dag for sent) og 16. november 2001 (dvs. en dag for tidligt).

Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

Af skema vedrørende tvangstilbageholdelse iværksat 14. november 2001 af en patient som blev tvangsindlagt 12. november 2001 fremgår at der blev foretaget efterprøvelse 21. november 2001 (dvs. fire dage for sent) hvor frihedsberøvelsen blev bragt til ophør.

Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

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.

I alle de gennemgåede tilfælde har overlægen ifølge skemaernes oplysninger attesteret samme dag eller dagen efter (efter)prøvelsen.

Jeg har konstateret at der i to skemaer ikke er foretaget notat om efterfølgende ophør af frihedsberøvelsen. Det drejer sig om tvangsindlæggelse iværksat 15. november 2001 (og efterfølgende tvangstilbageholdelse) og tvangsindlæggelse iværksat 26. november 2001 (og efterfølgende tvangstilbageholdelse).

Jeg beder afdelingen om en udtalelse om disse to sidstnævnte tilfælde.

I de øvrige tilfælde er datoen for ophør af frihedsberøvelsen angivet. Datoen for overlægens stillingtagen er i alle disse tilfælde angivet som ophørsdagen.

6.2. Tvangsbehandling

Jeg modtog 20 skemaer vedrørende beslutninger om tvangsbehandling; skemaerne vedrører i 17 tilfælde tvangsmedicinering og i fire tilfælde tvangsmæssig behandling af en legemlig lidelse, heraf i et tilfælde i kombination med tvangsmedicinering.

Tilførslerne (skemaerne) angår tvangsbehandlinger besluttet i perioden 15. februar 2001 - 21. november 2001.

For tvangsbehandling benyttes Tvangsprotokol - skema 2. 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 i to tilfælde ikke angivet om det drejer sig om første skema for den aktuelle tvangsforanstaltning, eller om skemaet er en fortsættelse af tidligere skema.

Dette er en fejl.

I et af de to nævnte skemaer fremgår datoen for beslutningen om tvangsmedicinering heller ikke af skemaet. Det drejer sig om skema vedrørende tvangsmedicineringer udført 8. og 9. marts 2001.

Den manglende angivelse af om det drejer sig om første skema for den aktuelle tvangsforanstaltning, eller om skemaet er en fortsættelse af tidligere skema i kombination med den manglende dato for beslutningen, er beklagelig.

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning af 10. december 1998 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. skal de enkelte tvangsformer registreres på hver sit skema såfremt flere tvangsbehandlingsformer anvendes.

Som nævnt omfatter et skema to tvangsformer. Det drejer sig om skema vedrørende tvangsmedicinering og tvangsmæssig behandling af en legemlig lidelse som blev besluttet iværksat 7. april 2001.

Dette er en fejl.

Tvangsbehandling må kun anvendes over for personer der er indlagt og opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse, og kun når andre behandlingsmuligheder må anses for uanvendelige. Det fremgår af psykiatrilovens § 12, stk. 1, og § 1, stk. 1, samt § 2 i tvangsbekendtgørelsen, Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 879 af 10. december 1998 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger (tvangsbekendtgørelsen blev pr. 10. juli 2002 afløst af bekendtgørelse nr. 534 af 27. juni 2002).

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 kan i overlægens fravær træffes af en anden læge. I sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen, jf. lovens § 4a.

Beslutning om tvangsbehandling af en legemlig lidelse træffes af vedkommende psykiatriske overlæge og overlægen på den pågældende somatiske afdeling i fællesskab (tvangsbekendtgørelsens § 8, stk. 3).

Ved tvangsmedicinering skal der altid være en læge til stede. Det fremgår af § 6 i tvangsbekendtgørelsen.

Efter Sundhedsstyrelsens vejledning skal navnet på den ordinerende læge anføres på skemaet tillige med datoen for overlægens stillingtagen.

Navnet på den ordinerende læge mangler i to tilfælde. Det drejer sig om beslutning om tvangsbehandling iværksat 15. februar 2001 og det ovenfor nævnte skema uden angivelse af datoen for beslutningen om tvangsmedicinering.

Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom. Jeg bemærker at skemaet vedrørende beslutning om tvangsbehandling iværksat 15. februar 2001 som jeg har modtaget i kopi, muligvis er et gennemslag hvoraf eventuelle navne ikke fremgår.

I fire tilfælde er navnet på den ordinerende læge alene angivet ved initialer.

Jeg går ud fra at lægernes initialer er tilstrækkeligt for at sygehuset entydigt kan fastslå hvem der har ordineret tvangsforanstaltningerne, og jeg foretager på denne baggrund ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål.

Datoen for overlægens stillingtagen er på alle skemaer på nær ét angivet som dagen for beslutningen eller dagen efter. I det ovenfor nævnte skema vedrørende tvangsmedicineringer udført 8. og 9. marts 2001 er ikke angivet en dato for overlægens stillingtagen.

Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

I tilfælde af tvangsbehandling af legemlig lidelse anføres navnet på den ordinerende somatiske læge samt dato for den somatiske overlæges stillingtagen, jf. vejledningen.

I de fire tilfælde hvor skemaerne omfatter tvangsbehandling af legemlig lidelse, er anført navnet på den ordinerende somatiske læge samt dato for den somatiske overlæges stillingtagen.

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning skal der ved afkrydsning angives en begrundelse for beslutningen om tvangsbehandling. Der henvises i den pågældende rubrik i skemaet til psykiatrilovens § 12 og § 13.

Der er i alle tilfælde angivet en begrundelse ved afkrydsning.

I rubrikken skal ifølge vejledningen angives indholdet af tvangsbehandlingen, herunder præparatnavn, startdosis, administrationsområde og eventuel bivirkningsmedicin.

I fem tilfælde er alene angivet ”Antipsykotisk medicin” eller ”Antipsykotisk med” i rubrikken ”Art og omfang”. Det drejer sig om tvangsbehandlinger besluttet iværksat hhv. 15. februar 2001, 28. marts 2001 (to skemaer), 21. maj 2001 og 20. juni 2001. I et yderligere tilfælde er ikke angivet nogen startdosis. Det drejer sig om tvangsbehandling besluttet iværksat 26. april 2001.

Det er beklageligt at indholdet af tvangsbehandlingen ikke er mere præcist angivet i de nævnte tilfælde.

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

Tilladt magtanvendelse er angivet i alle tilfælde på nær to; i skemaerne vedrørende beslutning om iværksættelse af tvangsmedicinering af 20. juni 2001 og 21. november 2001 er ikke angivet nogen tilladt magtanvendelse.

Jeg går ud fra at dette indebærer at der ikke kunne anvendes magt i de nævnte tilfælde.

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

På skema vedrørende tvangsmedicinering som blev besluttet iværksat 15. februar 2001, er anført 10 datoer for tvangsbehandling. I ingen af tilfældene er angivet navnet på den tilstedeværende læge.

Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom. Jeg bemærker at skemaet som jeg har modtaget i kopi, muligvis er et gennemslag hvoraf eventuelle navne ikke fremgår.

I seks tilfælde er ikke anført nogen datoer for faktisk udførte tvangsbehandlinger. Det drejer sig om skemaer vedrørende tvangsbehandlinger besluttet iværksat hhv. 28. marts 2001 (medicin), 7. april 2001 (medicin og legemlig lidelse), 11. april 2001 (medicin), 21. maj 2001 (medicin), 17. september 2001 (legemlig lidelse) og 21. november 2001 (legemlig lidelse).

Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom.

I en række tilfælde er navnet på den tilstedeværende læge alene angivet med initialer.

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

Endelig skal datoen for beslutning om ophør af tvangsanvendelsen angives.

Datoen for beslutning om ophør mangler i et enkelt tilfælde.

Dette er beklageligt. Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

Kravet i tvangsbekendtgørelsens § 3, stk. 2, om information af patient og patientrådgiver er omtalt 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 20 skemaer til brug for tilførsler til tvangsprotokollen vedrørende tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt. Hvert skema omfatter op til tre tilfælde af tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt. Tilførslerne (skemaerne) angår fiksering og fysisk magtanvendelse iværksat i perioden 18. oktober 2001 - 27. december 2001.

Hvert skema har som nævnt plads til tre tilfælde af tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt. De 20 gennemgåede skemaer omhandler i alt 46 tilfælde af tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt, herunder indgivelse af beroligende medicin.

Der er tale om 27 tilfælde af tvangsfiksering, seks tilfælde af fastholden og 13 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin. Heraf er nogle kombinationer af flere tvangstyper.

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.

Ifølge lovens § 15, stk. 1, skal tvangsfiksering besluttet 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.

Der er i alle tilfælde af tvangsfiksering angivet en ordinerende læge. I en række tilfælde er navnet på den ordinerende læge alene angivet ved initialer.

Jeg går ud fra at lægernes initialer er tilstrækkeligt for at sygehuset entydigt kan fastslå hvem der har ordineret tvangsforanstaltningerne, og jeg foretager på denne baggrund ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål.

I 12 tilfælde er det oplyst at der er anvendt hånd- og/eller fodremme. Anvendelsen af hånd- og/eller fodremme er efter skemaernes oplysninger godkendt af en overlæge den samme dag eller dagen efter i ni tilfælde. I to tilfælde er godkendelsen sket to dage senere og i et tilfælde dagen før.

I det nævnte tilfælde hvor overlægens godkendelse er sket dagen før påbegyndelsen af fikseringen, er datoen den 24. for påbegyndelsen overstreget og erstattet af datoen den 25. Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

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

Der forekommer to tilfælde af frivillig bæltefiksering i de gennemgåede skemaer som er omfattet af min undersøgelse. I begge tilfælde er der angivet en ordinerende læge.

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

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

I et enkelt tilfælde er ikke angivet en begrundelse. Det drejer sig om et tilfælde af fastholden. Skemaet indeholder ikke nogen afkrydsningsrubrik til denne type tvangsindgreb.

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

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

I otte tilfælde er begrundelsen for beslutning om fiksering angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende ”Farlighed”, eller ”Forulempelse” tillige med ”Urolig tilstand”.

I tre tilfælde er begrundelsen for beslutning om indgivelse af beroligende medicin angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende ”Urolig tilstand” tillige med ”Farlighed”.

I et tilfælde er begrundelsen for beslutning om fiksering i kombination med indgivelse af beroligende medicin alene angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende ”Farlighed”.

I et tilfælde er begrundelsen for beslutning om fiksering i kombination med fastholden angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende ”Urolig tilstand”.

I et tilfælde er begrundelsen for beslutning om indgivelse af beroligende medicin udelukkende angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende ”Forulempelse”.

I et tilfælde er begrundelsen for beslutning om indgivelse af beroligende medicin i kombination med fastholden angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende ”Urolig tilstand” tillige med ”Farlighed” og ”Hærværk”.

Idet jeg henviser til de ovenfor gengivne betingelser i loven for hhv. fiksering (§ 14) og anvendelse af fysisk magt og indgivelse af beroligende medicin (§ 17), må jeg konstatere at der er fejl i en række af de anførte begrundelser. Jeg kan på det foreliggende grundlag ikke konstatere om der er tale

om forkerte afkrydsninger, eller om afdelingens (over)læger har anvendt tvangsmidler uden for de i loven hjemlede tilfælde. Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom.

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 § 19, stk. 2. Såvel navnet på den ordinerende læge som på den tilstedeværende læge skal anføres i protokollen, jf. tvangsbekendtgørelsens § 28, nr. 4 og 5.

I alle tilfælde af indgivelse af beroligende medicin på nær ét er anført oplysninger om den ordinerende læge og den tilstedeværende læge. I en række tilfælde er den tilstedeværende læge alene angivet ved initialer.

Jeg går ud fra at lægernes initialer er tilstrækkeligt for at sygehuset entydigt kan fastslå hvem der var til stede, og jeg foretager på denne baggrund ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål.

I skema vedrørende indgivelse af beroligende medicin af 2. december 2001 er ikke anført nogen tilstedeværende læge.

Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

Ifølge tvangsbekendtgørelsens § 29, nr. 6, og § 30, nr. 6, skal navnene på det implicerede personale ved tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt angives i tvangsprotokollen.

I sagerne vedrørende tvangsfiksering med bælte påbegyndt 29. november 2001 og 8. december 2001 er der ikke angivet navne på eventuelt impliceret personale.

Da der ikke var tale om frivillig bæltefiksering, går jeg ud fra at der deltog andet personale end den tilstedeværende læge. Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom.

I skema vedrørende tre tilfælde af fiksering og fysisk magtanvendelse af 8. december 2001 er anført en række (for)navne på tilstedeværende personale tillige med ”m.fl.”.

Jeg går ud fra at forkortelsen står for ”med flere”, og jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

I alle øvrige tilfælde er angivet navne på eventuelt impliceret personale, i stort set alle tilfælde dog alene ved personalets fornavne.

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

Efter tvangsbekendtgørelsens § 29, nr. 4, og § 30, nr. 4, skal tidspunktet for indgrebs 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.

Der er i alle tilfælde – bortset fra tilfælde af indgivelse af beroligende medicin – anført såvel tidspunkt for iværksættelse som ophørstidspunkt (angivet med dato og klokkeslæt).

I skema vedrørende tre tilfælde af fiksering og fysisk magtanvendelse af 2. december 2001 er tidspunktet for iværksættelsen angivet til kl. 21.30 mens ophørs-tidspunktet er angivet til kl. 08.00 samme dag.

Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

6.4. Beskyttelsesfiksering

For beskyttelsesfiksering benyttes tvangsprotokol – skema 4. Jeg har modtaget 20 skemaer vedrørende beskyttelsesfiksering ordineret i perioden 11. januar 2001 til 21. december 2001.

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 i to tilfælde ikke angivet om det drejer sig om første skema for den aktuelle tvangsforanstaltning, eller om skemaet er en fortsættelse af tidligere skema.

Dette er en fejl.

Det enkelte skema omhandler kun én form for tvangsanvendelse (beskyttelsesfiksering/-foranstaltning). Såfremt flere tvangsformer anvendes, skal de enkelte former registreres hver for sig, jf. Sundhedsstyrelsens vejledning af 10. december 1998 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv., s. 3.

De undersøgte skemaer omhandler hver kun én form for tvangsanvendelse.

Ved beskyttelsesfiksering forstås anvendelse af ethvert middel der benyttes for at hindre at en patient utilsigtet udsætter sig selv for væsentlig fare. Beskyttelsesfik-

sering 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).

I tvangsprotokollen skal anføres den form for beskyttelsesfiksering som anvendes, jf. tvangsbekendtgørelsens § 31, nr. 2.

Dette er sket i de undersøgte tilfælde.

I tvangsprotokollen skal den ordinerende læge anføres, jf. tvangsbekendtgørelsens § 31, nr. 5.

Dette er sket i de undersøgte tilfælde.

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 nogle tilfælde hvor der er ordineret aflåsning af yderdør, er der ikke angivet nogen konkret situation hvor aflåsningen kan finde sted.

Jeg går ud fra at yderdøren i disse tilfælde aflåses indtil beslutningen om ordineret aflåsning ophæves, og at der derfor ikke er behov for en nærmere angivelse af beskyttelsessituationen, f.eks. til "om natten" eller lignende.

I skemaer vedrørende beslutninger om beskyttelsesfiksering af 11. januar 2001, 3. februar 2001 og 3. december 2001 er alene angivet en begrundelse.

I skema vedrørende beslutning om beskyttelsesfiksering af 30. juni 2001 er situationen hvor beskyttelsesfikseringen kan anvendes, beskrevet i datid og peger således i retning af en situation som allerede har fundet sted.

I skemaer vedrørende beslutninger om beskyttelsesfiksering af 9. april 2001, 15. december 2001 og 19. december 2001 er begrundelsen angivet med henvisning til patientens psykiske tilstand ("Dement patient" og lignende).

I skema vedrørende beslutning om beskyttelsesfiksering af 29. november 2001 er ikke angivet en begrundelse.

Begrundelserne og/eller situationsbeskrivelserne i de nævnte tilfælde er efter min opfattelse ikke tilstrækkelige eller adækvate. Det er beklageligt. Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

I skema vedrørende beslutning om beskyttelsesfiksering af 6. juli 2001 er gjort en tilføjelse til begrundelsen den 25. juli 2001, dvs. 19 dage efter beslutningen om beskyttelsesfikseringen.

Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom. Jeg beder herunder sygehuset om at oplyse om tilføjjelsen er påført af en læge, og i givet fald om det er den samme læge som traf den oprindelige beslutning.

I skema vedrørende beslutning om beskyttelsesfiksering af 3. december 2001 er begrundelsen angivet som følgende: "Motorisk uro idet pt. vandrer hvileløst rundt, således at han ikke får sin nattesøvn". Der er ikke angivet nogen situation hvor beskyttelsesfikseringen kan anvendes. Ordinationen blev ophævet dagen efter.

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 sygehuset om en udtalelse herom.

Efter loven påhviler det til stadighed overlægen at sikre at beskyttelsesfiksering ikke udstrækkes i videre omfang end nødvendigt, jf. lovens § 21, stk. 1. Der skal foretages en fornyet lægelig vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af beskyttelsesfiksering så ofte som forholdene tilsiger det, dog mindst 3, 10, 20 og 30 dage efter at beslutning om beskyttelsesfiksering blev truffet, og herefter mindst hver 4. uge så længe ordinationen opretholdes, jf. lovens § 21, stk. 3.

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.

I skema vedrørende beslutning om aflåsning af yderdøre af 15. december 2001 er rubrikkerne til angivelse af dato for den første og den anden obligatoriske efterprøvelse overstreget, og den første efterprøvelse ifølge skemaet skete 20 dage efter ordinationen. Skemaet er angivet som et forsat skema, men jeg har ikke modtaget andre skemaer vedrørende den pågældende patient.

Tilsvarende er rubrikkerne til angivelse af dato for den første og den anden obligatoriske efterprøvelse overstreget i skema vedrørende beslutning om beskyttelsesfiksering af 19. december 2001. Også dette skema er et forsat skema. Jeg har ikke modtaget andre skemaer vedrørende den pågældende patient.

Jeg beder sygehuset om en udtalelse om disse to sager.

I skema vedrørende beslutning om beskyttelsesfiksering af 11. januar 2001 fandt efterprøvelsen sted hhv. 3, 11, 19 og 32 dage efter ordinationen og de følgende hhv. fire uger og ni uger og en dag herefter.

I skema vedrørende beslutning om beskyttelsesfiksering af 25. januar 2001 fandt efterprøvelsen sted hhv. 3, 8, 18 og 27 dage efter ordinationen og den følgende fire uger herefter.

I skema vedrørende beslutning om beskyttelsesfiksering af 3. februar 2001 fandt efterprøvelsen sted hhv. 5, 12, 23 og 32 dage efter ordinationen og den følgende fire uger herefter (samtidig dato for ophør).

Af otte yderligere af de resterende 15 skemaer fremgår tilsvarende fravigelser fra de obligatoriske efterprøvelsesdatoer, dvs. forskydninger i form af efterprøvelser før eller efter de obligatoriske datoer (op til fem dage for sent).

Efter loven påhviler det som nævnt til stadighed overlægen at sikre at beskyttelsesfiksering ikke udstrækkes i videre omfang end nødvendigt, og der skal foretages en fornyet lægelig vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af beskyttelsesfiksering så ofte som forholdene tilsiger det. Dette indebærer at lægen af egen drift skal bringe en beslutning om beskyttelsesfiksering til ophør straks når betingelserne herfor ikke længere er til stede. Allerede derfor kan efterprøvelser naturligvis finde sted også på tidspunkter der ligger forud for de foreskrevne obligatoriske efterprøvelser. Dette fritager imidlertid efter min opfattelse ikke overlægen for også at foretage efterprøvelser på de i loven foreskrevne tidspunkter.

Det er beklageligt at tidspunkterne for de obligatoriske efterprøvelser ikke er overholdt i så mange tilfælde. Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

Endelig skal ifølge vejledningen anføres datoen for ophør af beskyttelsesforanstaltningen.

I et tilfælde er ikke angivet en ophørsdato. Det drejer sig om skema vedrørende beslutning om beskyttelsesfiksering af 22. juni 2001. Skemaet er fortsat i et andet skema som indeholder ophørsdato.

Da ophørsdatoen fremgår af det fortsatte skema, foretager jeg ikke yderligere vedrørende dette forhold. Jeg bemærker dog at ophørsdatoen af kontrolhensyn bør overføres til tidligere skemaer vedrørende samme forhold.

7. Opfølgning

Som det fremgår af de enkelte afsnit ovenfor, har jeg i flere tilfælde bedt sygehuset om nærmere underretning mv. vedrørende forskellige forhold. Jeg beder om at disse underretninger mv. sendes gennem Frederiksborg Amt for at amtet kan få lejlighed til at kommentere det som afdelingen anfører.

8. Underretning

Denne rapport sendes til Psykiatrisk Sygehus, Frederiksborg Amt og Frederiksborg Amt, sygehusets patienter, Folketingets Retsudvalg og Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71.

Lennart Frandsen
Inspektionschef

