

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	3
2. Afdelingens organisation	5
3. Bygningmæssige forhold mv.	5
3.1. Generelt	5
3.2. Rundgang	8
3.2.1. Psykiatrisk skadestue	8
3.2.2. Rehabiliteringsafsnit D1	9
3.2.3. Lukket afsnit D2	10
3.2.4. Åbent alment afsnit D3	15
3.2.5. Gerontopsykiatrisk dagafsnit D5	17
3.2.6. Lukket gerontopsykiatrisk afsnit D6	17
4. Samtaler med enkelte patienter	19
5. Andre forhold	20
5.1. Overbelæg	20
5.2. Placering på åbent/lukket afsnit – låsesystemet	20

5.3.	Adgang til frisk luft.....	21
5.4.	Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2.....	22
5.5.	Patienternes kontakt med læge.....	23
5.6.	Tilkald af politi i forb. med udførelse af tvangsforanstaltninger i afdelingen	23
5.7.	Besøg og visitation.....	25
5.8.	Adgang til telefonering	26
5.9.	Rygepolitik.....	26
5.10.	Forplejning.....	28
5.11.	Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner	28
5.12.	Børn og unge	29
5.13.	Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling	30
5.14.	Vold mod personalet.....	31
5.15.	Opbevaring af journaler	32
5.16.	Handicaptilgængelighed.....	32
5.17.	Patientmøder.....	33
5.18.	Behandlingsplaner	34
6.	Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen	34
6.1.	Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse.....	34
6.2.	Tvangsbehandling	42
6.3.	Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt.....	45
6.4.	Beskyttelsesfiksering.....	50
7.	Opfølgning	54
8.	Underretning	54

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 27. februar 2001 inspektion af Psykiatrisk Afdeling på Frederiksberg Hospital. Folketingets Ombudsmand har tidligere, i 1975, inspiceret afdelingen (Folketingets Ombudsmands beretning for året 1974, s. 364 ff).

Til stede under inspektionen i 2001 var blandt andre hospitalsdirektør Stig Hvidtfeldt, ledende overlæge Kim Solstad og ledende oversygeplejerske Ulla Branner Jespersen.

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 afdelingens 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 i 2000. Såfremt antallet af tilførsler (skemaer) oversteg 20 inden for hver kategori, bad jeg alene om at modtage kopi af de 20 seneste tilførsler (skemaer). Tilførslerne gennemgås under pkt. 6. Materialet blev udleveret i forbindelse med inspektionen.

Jeg bad desuden om at få udleveret behandlingsplaner for de to senest udskrevne patienter til senere gennemsyn. Også dette materiale blev – i anonymiseret form – udleveret i forbindelse med 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 15. marts 2001 blev dette materiale forelagt Psykiatrisk Afdeling på Frederiksberg Hospital og Hovedstadens Sygehusfællesskab som blev bedt om at fremkomme med eventuelle bemærkninger/rettelser inden en måned. Jeg modtog herefter brev af 17. april 2001 fra Hovedstadens Sygehusfællesskab og brev af 5. juli 2001 fra Psykiatrisk Afdeling med bemærkninger. Bemærkningerne blev indarbejdet i en foreløbig rapport som blev sendt til Psykiatrisk Afdeling på Frederiksberg Hospital og Hovedstadens Sygehusfællesskab. Med breve af 7. og 13. november 2001 modtog jeg bemærkninger til den foreløbige rapport fra Psykiatrisk Afdeling på Frederiksberg Hospital og Hovedstadens Sygehusfællesskab. I denne endelige rapport er også disse bemærkninger indarbejdet.

2. Afdelingens organisation

Psykiatrisk Afdeling på Frederiksberg Hospital er en del af Frederiksberg Hospital under Hovedstadens Sygehusfællesskab.

Afdelingen udgøres af rehabiliteringsafsnit D1 (20 senge), lukket afsnit D2 (20 senge), åbent almenpsykiatrisk afsnit D3 (26 senge), almenpsykiatrisk dagafsnit D4 (24 pladser), gerontopsykiatrisk dagafsnit D5 (10 pladser), lukket gerontopsykiatrisk afsnit D6 (15 senge) og åbent gerontopsykiatrisk afsnit D7 (15 senge) samt psykiatrisk skadestue. Desuden rummer afdelingen administrationsbygninger, en lille gymnastiksal, lokaler til ETC-behandling, træningskøkken, lokaler til fælles ergoterapiaktiviteter og en forskningsklinik samt Distriktskykiatrisk Center Øst, ambulatorium, Distriktskykiatrisk Center Øst, afsnit Borgen, Distriktskykiatrisk Center Vest, ambulatorium, og Distriktskykiatrisk Center Vest, afsnit Nyelandshus. Afdelingen har i alt 96 sengepladser.

3. Bygningsmæssige forhold mv.

3.1. Generelt

Psykiatrisk Afdeling på Frederiksberg Hospital er beliggende på hospitalsområdet. En af de distriktskykiatriske afdelinger ligger uden for hospitalsområdet. Den ældste del af bygningsmassen er opført kort tid efter forrige århundredeskifte.

Bygningerne rummer generelt gode muligheder. Deres nuværende stand og indretning er dog ikke optimal, jf. mine bemærkninger til de enkelte afsnit nedenfor.

En patient oplyste under samtalen at der var megen træk fra vinduerne, hvilket jeg i øvrigt også bemærkede under rundgangen. Ledelsen bekræftede at der på afde-

ling D3 og gerontopsykiatrisk afsnit er megen træk fra vinduerne. Ledelsen oplyste videre at man i den anledning havde tilkaldt teknisk tjeneste, men at der ikke var fundet en løsning.

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

Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) har planer om etablering af tre nye lukkede afsnit med 12 enestuer i hver. Optageområdet skal forblive uændret. Planerne omfatter nybyggeri som bl.a. vil medføre sengeudtynding i de eksisterende bygninger og en flytning af den psykiatriske skadestue til gerontoafsnittenes nuværende placering. Flytningen af skadestuen er begrundet i at dens nuværende, lave beliggenhed gør den meget mørk.

Byggeplanerne er i brev af 12. marts 2001 fra Psykiatrisk Afdeling beskrevet således:

” ...

- 1) H:S har givet foreløbigt tilsagn til, at der opføres nybyggeri på hospitalets areal ifølge vedlagte skitse over byggegrunden, der ligger i umiddelbar tilslutning til bygning 28 med gerontopsykiatrisk afsnit D6 og D7. Byggeriet skal indeholde 3 lukkede afsnit med 12 enestuer med bad og toilet til hver stue og nogle aktivitetsrum nærmere beskrevet i udbudsbeskrivelse for projekterne.
- 2) 6 forslag til totalentreprise er afleveret fra 6 forskellige firmaer 01.03.01, hvorefter bedømmelsen foregår.
- 3) Bedømmelsen ventes klar og endelig beslutning om igangsættelse af byggeriet ultimo april 2001 ved H:S bestyrelsesmøde.
- 4) Forudsat godkendelse i henhold til ovenstående punkt 3 forventes byggeriet igangsat 01.09.01 og færdiggjort i juli 2002.

- 5) I løbet af de næste 2 måneder fra juli 2002 forventes afsnit D6 flyttet til nybyggeriet og afsnit D2 forventes opdelt og fordelt på de 2 resterende lukkede afsnit i nybyggeriet. Frem til foråret 2003 ombygges og renoveres stueetagen i bygning 28 (det tidligere afsnit D6), hvorefter psykiatrisk skadestue flyttes ind i de nye lokaler.
- 6) Fra efteråret 2002 til sommeren 2003 istandgøres bygning 26 efter udflytning af afsnit D2 og opdeling af afsnit D3 til 2 åbne afsnit. Fra sommeren 2003 ventes bygning 26 færdig med 2 åbne afsnit fordelt på hver sin etage og med ca. 15. senge, heraf 13 på enestuer og 1 2-sengsstue på hvert af de 2 afsnit. I samme periode forventes afsnit D7 at blive udtyndet, så den rummer ca. 10 senge fordelt med 6 enestuer og 2 2-sengsstuer.
- 7) En opdeling af afsnit D1 til 2 afsnit på hver sin etage er blevet løseligt gennemgået. En sådan opdeling vil indebære nedlæggelse af i hvert fald 1 sengestue og dermed behov for etablering af yderligere en 2-sengsstue, hvis behovet for sengestuer er uændret.
- 8) Ovenfor beskrevne byggeri er ændret i forhold til nogle tidligere planer, hvor afdelingen skulle overtage ansvar for yderligere et optageområde svarende til en udvidelse på næsten 50% i forhold til nuværende opgave. Dette er imidlertid blevet ændret og Rigshospitalets psykiatriske afdeling skal bevare det optageområde, der ellers skulle være overgået til Frederiksberg Hospitals psykiatriske afdelings optageområde. Hvis der opstår vanskeligheder for Rigshospitalets psykiatriske afdeling med at klare opgaven, kan der komme ændringer i ovenstående i retning af bevarelse af flere flersengsstuer. På den anden side skal der forventeligt etableres 'opsøgende psykoseteams' i H:S. Dette forventes med en vis usikkerhed at kunne mindske behovet for døgnindlæggelser, hvorfor det vil påvirke den ovennævnte plan i modsat retning med mulighed for yderligere sengeudtynding og etablering af flere enestuer og bedre aktivitetsrum.
...”

Af temareferat fra H:S bestyrelsesmøde den 25. april 2001 fremgår at bestyrelsen godkendte en indstilling om anlægsbevilling til etablering af 36 enestuer på Psykiatrisk Afdeling på Frederiksberg Hospital. Jeg går ud fra at dette indebærer at projektet er godkendt i den form som afdelingen har beskrevet i sit brev af 12. marts 2001.

3.2. Rundgang

3.2.1. Psykiatrisk skadestue

Den psykiatriske skadestue ligger på Vej 5 i kælderen under afsnit D2. Der er indgang via en glasdør som leder ind i et mindre rum til ventende patienter. Venterummet har stengulv og billeder på væggen og er indrettet med stole.

Yderdøren er aflåst for udefrakommende (men kan åbnes indefra uden nøgle, så patienten selv kan forlade skadestuen) og videoovervåget. Personalet tilkaldes ved hjælp af en klokke. Der er altid to ansatte på vagt ad gangen, heriblandt mindst en sygeplejerske. Skadestuen har døgnåbent. Personalet har ophold i en vagtstue som ligger på den gang som udgør skadestuen. Gangen er lavloftet med billeder på væggene, opslagstavler og loftsbelysning.

Skadestuen har tre sengestuer som er indrettet med to hospitalsstålsenge, to sengeborde med hjul, en vask med spejl, en grøn plante, et aflåst skab, tre stole, billeder på væggen og et vindue med gardiner. Vinduet er her som i skadestuens øvrige rum forsænket i lyskasse. Der er vinyl-/linoleumsgulv.

Herudover rummer skadestuen bl.a. et samtalerum.

Den psykiatriske skadestue fremstår noget mørk og ugæstfri på grund af beliggenheden i kælderen.

Jeg har noteret mig planerne om at flytte den psykiatriske skadestue, jf. ovenfor. Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

3.2.2. Rehabiliteringsafsnit D1

Rehabiliteringsafsnit D1 ligger på Vej 8 i en ældre murstensbygning. Afsnittet har plads til 20 patienter. Der er 20 enestuer. Det er et åbent afsnit til patienter med behov for rehabilitering.

Afsnittet består af gangarealer med tilstødende patientstuer mv. og fordekker sig over to etager. Visse steder hvor gangen er særligt bred, fungerer den som fællesområde med borde og stole mv. Gangen er udsmykket af Poul Gernes med forskellige farver og mønstre. På underetagen er udsmykningen delvist malet over, mens den i overetagen fremstår i sin oprindelige form med ordsprog over dørene mv.

Stue 5 blev besigtiget. Det er en enestue der er udstyret med en hospitalsstålseng, et sengebord, et bord med en stol og et skab. Væggene trænger til maling. Der var meget varmt i stuen på tidspunktet for inspektionen. Personalet viste hvorledes lokalet er varmet op. Varmerørene løber inde bag væggen og reguleres via en ventil som er placeret i et lille skab i væggen. Skabet er aflåst og kan kun åbnes af personalet. Det samme system findes på flere af stuerne på afsnittet. Også vinduet er aflåst og kan kun åbnes af personalet.

Stue 11 blev besigtiget. Det er en enestue der er udstyret med en hospitalsstålseng, et sengebord, et bord med en stol og et skab. Der er gammelt spindelvæv i loftet, og væggene trænger til maling.

Afsnittet blev omdannet til et åbent afsnit den 1. maj 2000. Aflåsningen af vinduerne stammer fra den tid da afsnittet fungerede som lukket afsnit.

Som det fremgår ovenfor, er en opdeling af afsnit D1 til to afsnit på hver etage blevet løseligt gennemgået i forbindelse med de aktuelle byggeplaner.

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

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

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

3.2.3. Lukket afsnit D2

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

D2 forventes som nævnt ovenfor, at blive opdelt og overflyttet til den bygning som ventes opført. I den forbindelse vil D2 komme til (udelukkende) at bestå af enestuer med eget toilet og bad.

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 består af to- og tresengsstuer, og at stuerne ikke har eget toilet og bad.

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

Afsnittet består af en hovedgang med mindre sidegange. Fra gangarealerne er der adgang til kontorer, træningskøkken, grupperum, patientstuer mv. Gangene har de fleste steder vinyl-/linoleumsgulv og er malet i lyse farver. Der står grønne planter i store pletter på gulvet. Der er vinduer, billeder på væggene, et køleskab, en vasketøjskurv, et linnedskab og en mønttelefon. Der er en tavle med patienternes fornavne. Gangene er oplyst af lysarmaturer i loftet. Under inspektionen hang flere steder gammelt spindelvæv i loftet. Rygning er tilladt på gangen, og mange steder stod der askebægere.

På gangen stod flere senge som var optaget af patienter på grund af overbelæg. Sengene var afskærmet af flytbare skærme.

Ergoterapien er et mindre lokale med vinyl-/linoleumsgulv, en pc, et køkkenbord, borde, stole og skabe. Rummet er oplyst af lysarmaturer i loftet. På tidspunktet for inspektionen var der tillige en seng i ergoterapilokalet da lokalet blev brugt som patientstue på grund af overbelæg.

På gangen foran ergoterapilokalet og op ad døren til et depotrum som ligger ved siden af ergoterapilokalet, stod en seng som indimellem an-

vendes til patienter i forbindelse med overbelæg. Gangen er mørk. Sengen var ikke afskærmet. Der var intet sengebord.

Det er naturligvis meget utilfredsstillende at patienter er henvist til at ligge på gangen og i ergoterapilokalet. Dette gælder særligt for sengen foran ergoterapilokalet. Jeg går ud fra at den planlagte opdeling og overflytning af afsnittet til en ny bygning vil betyde at sådanne placeringer af patienter ikke længere vil blive anvendt. Jeg henviser i øvrigt til pkt. 5.1. nedenfor vedrørende overbelæg.

Spisestuen har vinyl-/linoleumsgulv, fire borde med stole, et buffetbord hvorfra patienterne selv forsyner sig med mad, skabe, et rullebord med rent service mv., et tv, højttalere, skabe, billeder på væggen og en håndvask med spejl. Lokalet er pænt frisket op med maling. Der er to store panserglassvinduer med sikkerhedslås og gardiner. Lokalet er oplyst af loftslamper.

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

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

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

Jeg går ud fra at afdelingen fremover vil være mere opmærksom på at holde haven ryddelig. Målet må være at gøre udendørsarealerne attraktive for patienterne, i det omfang det er muligt.

Bad/toilet nr. 26.1.55 har fliser overalt, et wc, en håndvask med spejl og en bruseniche. Der hang gammelt spindelvæv i loftet, og lokalet trængte til rengøring.

På en sidegang ligger stuerne 10-16 samt to toiletter. For enden af gangen foran et vindue med grønne planter står to stålstole og et bord. Stole og bord er boltet til gulvet.

I det toiletrum som ligger ved siden af stue 14, har loftet og den del af væggen som ikke er beklædt med fliser, afskallet maling og skjolder som kan stamme fra en vandskade.

Stue 9 er en tresengsstue. Foruden tre hospitalsstålsenge er der vinyl-/linoleumsgulv, tre skabe, tre sengeborde med hjul, tre opslagstavler af metal, en håndvask med spejl, et sofabord og en lænestol, en almindelig stol samt lofts- og væglamper. Der er et vindue med gardiner. Stuen er godt vedligeholdt. Der står blomster i vindueskarmen.

Stue 10 er en ensengsstue. Foruden en hospitalsstålseng har stuen vinyl-/linoleumsgulv, et stort vindue med gardiner, et skab, en opslagstavle af metal, en vask med spejl og et bord med en stol. Der var gammelt spindelvæv i loftet og visse steder på væggen.

Afsnittets fikseringsrum har vinyl-/linoleumsgulv, en hospitalsstålseng som er boltet til gulvet midt i lokalet, et skab, et vindue med gardiner, to lænestole, en opslagstavle af metal, et sengebord med hjul og et vægur som kan ses fra sengen. Lokalet er oplyst af lofts- og væglamper. På sengen lå et mavebælte som var delvist dækket af en dyne. Det blev oplyst at afdelingen ud over bælte har både hånd- og fodremme, men at disse ikke ligger fremme. Rummet er aflåst når det ikke er i brug.

Tilførsler til tvangsprotokollen vedrørende tvangsfiksering gennemgås under pkt. 6.3. Selve fikseringsrummet giver mig ikke anledning til bemærkninger, udover at jeg peger på at tildækning af senge som anvendes til fiksering når de ikke er i brug, efter min opfattelse kan medvirke til at situationen i forbindelse med fikseringer ikke bliver unødigt dramatisk. Jeg beder afdelingen oplyse om afdelingen har overvejet at tildække sengene helt på afdelingens fikseringsstuer.

Dagligstuen har to store vinduer med gardiner, borde, stole, en reol med bøger og et tv.

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

Aktivitetsrummets udbud af motionsredskaber er efter min opfattelse lidt sparsomt og for en dels vedkommende ramponeret. Jeg beder afdelingen oplyse om eventuelle planer for udskift-

ning/supplering af motionsredskaberne, herunder eventuelt i forbindelse med den planlagte opdeling og overflytning af afsnittet til en ny bygning.

Afsnittet bærer præg af at være beliggende i en ældre bygning. Vedligeholdelses- og rengøringsstandarder er (særligt på gangen) svingende. Mange steder er der således mærker o.l. på væggene, og malingen er skallet af flere steder på vægge og træværk. Afsnittets lofter er delvist afskallede og skjoldede flere steder og trænger til maling. Flere steder hang der spindelvæv i loftet og på den øverste del af væggene. Mange af de grønne planter så medtagne ud.

Under hensyn til den planlagte opdeling og overflytning af afsnittet til en ny bygning, foretager jeg ikke noget vedrørende afsnittets behov for maling og istandsættelse.

Rengøringsstandarder på afsnittet var ikke tilfredsstillende på tidspunktet for inspektionen. Jeg går ud fra at afdelingen fremover vil være opmærksom på dette, og herunder også sørge for at fjerne spindelvæv og lignende.

3.2.4. Åbent alment afsnit D3

Åbent afsnit D3 ligger på Vej 5 i en ældre murstensbygning. Afsnittet har plads til 26 patienter fordelt på syv enestuer, to tosenstuer og fem tresenstuer. Afsnittet behandler 18-65årige patienter som har brug for at være indlagt på åbent afsnit.

Jeg henviser til mine bemærkninger ovenfor under pkt. 3.2.3. vedrørende to- og tresenstuer. Jeg forstår at den planlagte ombygning og opdeling af afsnittet helt vil afhjælpe problemet med tresenstuer og delvist for så vidt angår tosenstuer. Jeg går ud fra at afdelingen er meget opmærksom på hvorledes patienter sammensættes på to- og (indtil videre også på) tresenstuerne.

Afsnittet består, ligesom afsnit D2, af en hovedgang med mindre sidegange. Fra gangarealet er der adgang til afsnittets patientstuer, kontorer mv. Gangene har vinyl-/linoleumsgulv og er malet i lyse farver. Der står grønne planter i store potter på gulvet. Der er vinduer, billeder på væggene og skabe. Der er en tavle med patienternes fornavne. Gangene er oplyst af lysarmaturer i loftet.

Der stod fire senge på gangen som var i brug på grund af overbelæg. Sengene var afskærmet af flytbare skærme.

Jeg henviser til mine bemærkninger under pkt. 3.2.3. vedrørende placering af patienter på gangen.

Jeg henviser i øvrigt til pkt. 5.1. vedrørende belæg.

Spisestuen har vinyl-/linoleumsgulv, fem borde med stole, et buffetbord hvorfra patienterne selv forsyner sig med mad, skabe og en håndvask med spejl. Der er to store vinduer med gardiner. Lokalet er oplyst af loftslamper.

Stue 8 er en tresengsstue. Der er tre hospitalsstålsenge, linoleum på gulvet, lofts- og væglamper, tre skabe, tre sengeborde med hjul, et bord med tre stole og et stort vindue med gardiner.

Stue 14 er en enestue. Ud over en hospitalsstålseng er der linoleum på gulvet, lofts- og væglamper, et skab, en opslagstavle af metal, et stort vindue med gardiner og en håndvask med spejl.

Der ligger to aktivitets-/opholdsstuer umiddelbart over for hinanden på gangen. Den ene er for rygere og den anden for ikke-rygere. Lokalerne har vinduer med gardiner, og de er tilsammen udstyret med borde og sto-

le, et tv, en pc, en reol med bøger, en kondicykel, billeder på væggene og grønne planter.

Afsnittet giver mig ikke anledning til yderligere bemærkninger.

3.2.5. Gerontopsykiatrisk dagafsnit D5

Gerontopsykiatrisk dagafsnit D5 ligger på Vej 5. Afsnittet har plads til 10 patienter. Afsnittet behandler patienter over 65 år der kan behandles i dagregi. Det er beliggende i en lavloftet gang med døre til forskellige lokaler som rummer kontorer, samtalerum, hvilerum, aktivitetsrum mv. Der er et køkken i sammenhæng med et større dagligstueområde med borde og stole. I forbindelse med afdelingen ligger en gymnastiksal.

Afsnittet fremstår pænt og velholdt.

Afsnittet giver mig ikke anledning til bemærkninger.

3.2.6. Lukket gerontopsykiatrisk afsnit D6

Lukket gerontopsykiatrisk afsnit ligger på Hovedvejen. Afsnittet har plads til 15 patienter fordelt på fire enestuer, fire tosenngsstuer og en tresenngsstue. Afsnittet behandler patienter over 65 år der har behov for at være indlagt på lukket afsnit.

Afsnittet består af en gang med lokaler omkring som rummer patientstuer, kontorer, spisestue, dagligstue mv. Gangen er malet pænt, og der er billeder på væggene, borde med lænestole og grønne planter.

Foran patientstuerne er der skilte med patienternes for- og efternavne. Det blev oplyst under inspektionen at skiltningen er nødvendig, da mange af patienterne ellers ikke kan finde deres stuer selv.

Skiltning med patienternes navne på steder hvor udefrakommende har adgang, herunder besøgende og håndværkere, giver anledning til betænkeligheder. Ledelsen oplyste at man har overvejet dette aspekt, og at der kun på D6 er skilte med patienternes fulde navne. Jeg har rejst spørgsmålet i forbindelse med min inspektion af Viborg Amt Psykiatrisk Sygehus, Søndersøparken. Indtil videre foretager jeg ikke yderligere vedrørende spørgsmålet i forbindelse med min inspektion af Psykiatrisk Afdeling på Frederiksberg Hospital.

Dagligstuen består af et todelt lokale som er pænt malet. Lokalet er indrettet med borde og stole, billeder på væggen, grønne planter og et klaver. Det er tilladt at ryge i dagligstuen, og stuen var meget tilrøget på tidspunktet for inspektionen. Afdelingen har i brev af 7. november 2001 oplyst at der luftes ud, men at dette kan begrænses med henblik på at patienterne får mindst mulig træk.

Fra dagligstuen er der udgang til en have som er delvist flisebelagt og delvist brolagt. På det brolagte areal var der ved at danne sig en græsplæne. Der er træer, buske, en bæk og en blomsterkasse og en skraldespand på husmuren. Der lå sorte plastiksække med gammelt julegran og haveaffald i gården og endvidere enkelte affaldsdele på græsset.

Jeg henviser til det som jeg har anført under pkt. 3.2.3. om patienternes udendørs arealer. Jeg går ud fra at afdelingen fremover vil være mere opmærksom på at holde haven ryddelig.

Stue 5 er en tresengsstue. Der er tre hospitalsstålsenge, linoleum på gulvet, lofts- og væglamper, tre skabe, tre sengeborde med hjul, et bord med stole og et stort vindue med gardiner.

Stue 6 er en tosengsstue. Der er to hospitalsstålsenge, linoleum på gulvet, lofts- og væglamper, to skabe, to sengeborde med hjul, et bord med stole og et stort vindue med gardiner.

Ikke-rygerdagligstuen fungerer tillige som spisestue. Lokalets gulv er beklædt med linoleum, og der er borde og stole, et buffetbord, to store vinduer med gardiner, grønne planter, et tv samt loftslamper.

Afsnittet fremstår pænt og velholdt.

Afsnittet giver mig ikke i øvrigt anledning til bemærkninger.

4. Samtaler med enkelte patienter

Under inspektionen havde jeg enkeltsamtaler med formændene for de to distriktspsykiatriske centres brugerråd og fem 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. De enkelte patienter har modtaget separat brev som opfølgning på samtalerne.

5. Andre forhold

5.1. Overbelæg

Afdelingen har, som nævnt, i alt 96 sengepladser. Som det fremgår ovenfor, er pladserne fordelt på enestuer samt to- og tresengsstuer. Af materialet som jeg modtog i forbindelse med inspektionen, fremgår at afdelingen i 2000 havde et totalt gennemsnitligt belæg på 94,7 patienter. Fordelingen af patienter på afsnit og de periodemæssige udsving i belægstallet indebar en del perioder med overbelæg på enkelte afsnit. Som det fremgår af gennemgangen af de bygningsmæssige rammer ovenfor, nødvendiggør dette placering af patienter på gangene mv.

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

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

5.2. Placering på åbent/lukket afsnit – låsesystemet

Ledelsen oplyste at overbelægningen på afdelingen havde resulteret i at patienter som skulle placeres på åbent afsnit, i stedet er blevet indlagt på lukket afsnit. I disse tilfælde orienteres patienterne altid om både grunden til placeringen og om at de er undergivet samme vilkår som patienter på åbent afsnit.

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 tvangstilbageholdte patienter. I overensstemmelse med det som tilsynet har tilkendegivet, bør en ordning som den omtalte efter min mening praktiseres således at en patient der indlægges på en psykiatrisk afdeling, og hvor der ikke er tale om at den pågældende er tvangsindlagt eller -

tilbageholdt, bør tilbydes en plads på en uaflåst del af det psykiatriske sygehus, at en patient der overgår fra at være tvangsindlagt til at være frivilligt indlagt tilbydes anbringelse på en uaflåst del af sygehuset, og at det kun undtagelsesvist bør forekomme at en frivilligt indlagt patient af kapacitetsmæssige grunde ikke tilbydes en plads på en uaflåst del af afdelingen – sker det bør patienten hurtigst muligt tilbydes en plads på et uaflåst afsnit.

Det er efter min opfattelse desuden 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, og at de frivilligt indlagte patienter umiddelbart har mulighed for at forlade afdelingen når de måtte ønske det.

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

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).

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

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

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.

Ledelsen oplyste at vejledningen gives mundtligt og sædvanligvis når lægen modtager patienten i skadestuen. Lægen taler på det tidspunkt med patienten om hvad der skal ske, i alt fald indtil den følgende dag. Den følgende dag taler patienten så med lægen på det pågældende afsnit om fortsat behandling mv. Der bliver gjort notat om disse samtaler i patientens journal. Herefter spørger lægen på stuegang om patienten er indforstået med og klar over behandlingen. Dette gælder særligt hvis patienten har udvist skepsis over for behandlingen.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.5. Patienternes kontakt med læge

Ledelsen oplyste at akut dårlige patienter dagligt taler med en læge. Patienter som er anbragt på lukket afsnit, taler med en læge mindst to gange om ugen, mens der kan gå op til halvanden uge uden lægekontakt for patienter som er på åbent afsnit. For så vidt angår sidstnævnte, er kontakten i høj grad bestemt af behandlingen, f.eks. kan det tage en uge eller længere inden virkningen af et medicinpræparat indtræder, og dermed inden lægen kan give en tilbagemelding til patienten.

I situationer hvor en patient beder om at tale med en læge, får patienten så godt som altid en samtale med en læge samme dag, medmindre behandlingsmæssige årsager taler imod en sådan samtale.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

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

Jeg har tidligere rejst spørgsmålet om politiets medvirken ved udførelse af tvangsforanstaltninger i psykiatrien over for Justitsministeriet. Justitsministeriet har ved

brev af 23. juli 2001 fremsendt en kopi af ministeriets svar af samme dato til Sundhedsministeriet til brug for besvarelsen af spørgsmål nr. 11 af 22. februar 2001 til Tilsynet i henhold til grundlovens § 71. I Justitsministeriets svar til Sundhedsministeriet er blandt andet anført følgende:

” ...

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

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

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

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

Justitsministeriet har desuden oplyst at spørgsmålet er bragt op over for Politikommissionen som for tiden drøfter spørgsmålet om politiets magtanvendelse.

Ledelsen på Psykiatrisk Afdeling på Frederiksberg Hospital oplyste at der ved vagtplanlægningen bliver sørget for bemanning med både mandligt og kvindeligt personale, og at afdelingen aldrig har tilkaldt politiet til andet end egentlige politiopgaver, f.eks. hvis en patient er i besiddelse af en kniv.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.7. Besøg og visitation

Der er ikke særskilte lokaler til besøg. Besøg afvikles derfor på afsnittene, i fælles opholdsrum eller på stuerne. Dette indebærer i mange tilfælde at besøg ikke kan afvikles i fred og ro under private former. Når de besøgende er mindreårige, bruges lokaler i den psykiatriske skadestue.

Efter ledelsens opfattelse er der ikke tilfredsstillende besøgsforhold for personer som ikke har enestue og således ikke selv kan råde over stuen i forbindelse med besøg.

Jeg er enig i at det er utilfredsstillende at der ikke altid er adgang til at afvikle besøg på rimelige vilkår og under private former. Jeg går ud fra at dette problem vil blive afhjulpet i forbindelse med det planlagte byggeprojekt mv., og jeg foretager på denne baggrund ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

Ledelsen oplyste at man normalt ikke åbner patienternes pakker og breve. Når det sker, åbnes posten sammen med den pågældende patient.

Jeg beder afdelingen om at oplyse i hvilke situationer posten åbnes sammen med en patient.

Der er eksempler på at afdelingen har udelukket voldelige personer fra besøg og forment dem adgang til afdelingen. Det sker at afdelingen visiterer besøgende, f.eks. hvor personalet har mistanke om indsmugling af våben e.l. Dette sker meget sjældent og kun i ekstreme tilfælde. Ledelsen kunne ikke henvise til nogen egent-

lig hjemmel til disse dispositioner. For så vidt angår visitation, vil man på afdelingen i alle tilfælde spørge de besøgende om de er indforståede med visitation.

Udelukkelse af en voldelig besøgende kan efter min opfattelse ske med henvisning til hospitalets almindelige, ulovbestemte beføjelse til at regulere brugen af hospitalets område. I det jeg i øvrigt forstår det oplyste således at der alene sker visitation af besøgende som har givet samtykke hertil, foretager jeg ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål.

5.8. Adgang til telefoning

Der er mønttelefoner på afsnittene. Ledelsen oplyste at Hovedstadens Sygehusfællesskab i januar 2001 desuden har besluttet at man gerne må have mobiltelefoner på afdelingen. Det har tidligere været forbudt på grund risiko for elektroniske forstyrrelser i hospitalets udstyr. Det er blevet meldt ud til patienterne at det er tilladt at have mobiltelefon.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.9. Rygepolitik

Ifølge lov nr. 436 af 14. juni 1995 om røgfri miljøer i offentlige lokaler, transportmidler og lignende, § 10, skal Hovedstadens Sygehusfællesskabs bestyrelse med virkning senest fra den 1. januar 1996 fastsætte bestemmelser om røgfri miljøer på Hovedstadens Sygehusfællesskabs sygehuse mv.

Rygepolitikken på Frederiksberg Hospital er således fastsat af Hovedstadens Sygehusfællesskab. Hovedstadens Sygehusfællesskab har oplyst at regler om røgfrit miljø på H:S institutioner senest er vedtaget af H:S Bestyrelsen den 30. september 1998. På bestyrelsesmødet den 30. maj 2001 vedtog H:S Bestyrelsen at revision af

dette regelsæt udsættes indtil maj 2002. Jeg har modtaget et eksemplar af det gældende regelsæt.

Af bestemmelserne fremgår at der på patientområder mv. er rygeforbud, dog således at rygning er tilladt i særskilte lokaler der er indrettet for rygere, eller – under nærmere angivne betingelser – særskilt markerede områder, og således at tobaksrygning kan tillades af den stedlige ledelse såfremt håndhævelsen af et forbud ikke fuldt ud vil være mulig på grund af patienternes sygdom (f.eks. visse psykiatriske patienter).

Det fremgår endvidere af hospitalets personalepolitik at hospitalet har fastsat visse nærmere angivne mål for medarbejdernes rygning i arbejdstiden.

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

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

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

5.10. Forplejning

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

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

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

I forbindelse med inspektionen spiste jeg og mine medarbejdere et måltid svarende til det som patienterne fik den pågældende dag. Maden som bestod af brød og pålæg, var ikke specielt indbydende.

Jeg beder afdelingen om at oplyse nærmere om det omtalte udvalgsarbejde, herunder om udvalgets overvejelser eventuelt vil påvirke den kost som afdelingen serverer for patienterne.

5.11. 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 rele-

vante 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.”

Ledelsen oplyste at der yderst sjældent – nærmest aldrig – laves udskrivningsaftaler/koordinationsplaner. Afdelingen har i brev af 7. november 2001 oplyst at der laves almindelige aftaler om efterbehandlingsplan med stort set alle patienter. De formelle udskrivningsaftaler/koordinationsplaner iværksættes kun for patienter hos hvem der er stor sikkerhed for at de både ophører med en aftalt behandling og bliver svært forpinte af psykotisk sygdom. Når det kun drejer sig om få aftaler om året, er betingelsen således at man prioriterer almindeligt samarbejde med patienten om efterbehandling efter udskrivning.

Jeg forstår afdelingens oplysninger således at der faktisk udarbejdes udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i de situationer hvor loven foreskriver det. Jeg foretager på denne baggrund ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

5.12. Børn og unge

FN-konventionen af 20. november 1989 om Barnets Rettigheder (børnekonventionen) indeholder i artikel 37, litra c, bl.a. følgende bestemmelse:

” ...

Især skal ethvert barn, der er berøvet friheden, holdes adskilt fra voksne, medmindre en sådan adskillelse ikke anses at tjene barnets tarv,

...”

Bestemmelsen indebærer en forpligtelse til at sikre at børn der frihedsberøves, som udgangspunkt holdes adskilt fra voksne (medmindre dette ikke tjener barnets tarv).

Afdelingen har indimellem unge patienter helt ned til 15 år indlagt i korte forløb. Afdelingen sørger så vidt muligt for at give de unge enestue og eventuelt fast vagt hvis det er påkrævet under hensyn til afdelingens øvrige indlagte.

De unge bliver hurtigst muligt overført til Bispebjerg Hospital som har en psykiatrisk afdeling for unge.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.13. Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling

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

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

Af forarbejderne til bestemmelsen fremgår bl.a. følgende (Folketingstidende 1989, 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.

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

Det blev i øvrigt oplyst at ordningen med patientrådgivere fungerer udmærket, herunder at rådgiverne altid giver møde i patientklagenævnet.

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

5.14. Vold mod personalet

Ledelsen oplyste at eventuelle voldsepisoder straks anmeldes som arbejdsskade, og at der herefter er faste regler om debriefing. Der er ingen fast procedure om politianmeldelse, og intet princip om at alle episoder skal anmeldes. I alvorlige situationer bliver det i plenum under debriefingen drøftet om der skal ske politianmeldelse. I disse situationer tages der hensyn til den voldsramtes eget ønske. I de til-

fælde hvor der indgives politianmeldelse, sker anmeldelsen gennem afdelingsledelsen og ikke direktionen. Hospitalet, ikke den enkelte, står som anmelder af episoden.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.15. Opbevaring af journaler

Alle afdelingens patientjournaler findes udelukkende i papirform og er således ikke elektroniske. Journalerne opbevares i aflåste skabe på afdelingerne. Alt plejepersonalet har nøgler til skabene. Det er efter ledelsens skøn nødvendigt at alt plejepersonalet har adgang til journalerne.

Jeg har ikke fundet grundlag for at iværksætte nærmere undersøgelser af afdelingens ordning hvor efter alt plejepersonale har adgang til patienternes journaler. Jeg går ud fra at ledelsen er opmærksom på at sikre at patienter eller andre uvedkommende ikke får adgang til journalerne. Jeg foretager mig ikke mere vedrørende spørgsmålet.

5.16. Handicaptilgængelighed

Afdelingen henviste til hospitalets alder, men oplyste at de fleste steder dog efterhånden er blevet gjort tilgængelige for handicappede. Der er nedsat et brugerråd vedrørende handicaptilgængelighed på Frederiksberg. Afdelingen har hverken derfra eller fra anden side fået egentlige klager over utilstrækkelig handicaptilgængelighed.

Dette giver mig ikke anledning til bemærkninger.

5.17. 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.

De nævnte pligter som påhviler amtsrådene, gælder tillige efter bekendtgørelsens § 3 for Københavns Magistrat og Frederiksberg Kommunalbestyrelse samt Rigshospitalets Direktion.

Det blev oplyst at afdelingens personale udfærdiger skriftlige referater af alle patientmøder.

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

5.18. Behandlingsplaner

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

Behandlingsplanerne giver ikke anledning til bemærkninger.

6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

Som nævnt i indledningen anmodede jeg under inspektionen om at modtage kopi af afdelingens tilførsler i tvangsprotokollen i henhold til §§ 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 i 2000. Såfremt antallet af tilførsler (skemaer) oversteg 20 inden for hver kategori, bad jeg om alene at modtage kopi af de 20 seneste tilførsler (skemaer).

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

6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

Jeg har modtaget i alt 40 skemaer til brug for tilførsler i tvangsprotokollen om tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse i 2000, heraf 20 vedrørende tvangsindlæggelse samtidig omfattende 12 tilførsler om tvangstilbageholdelse, og 20 udelukkende vedrørende tvangstilbageholdelse – med eller uden forudgående tvangsindlæggelse (som vil fremgå af andre skemaer).

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 der ved afkrydsning på skemaerne skal angives om det drejer sig om første skema for den aktuelle tvangsforanstaltning, eller om skemaet er en fortsættelse af et tidligere skema. Skemaerne indeholder afkrydsningsrubrikker til dette formål.

I 2 tilfælde er det i skemaer vedrørende tvangsindlæggelse ikke angivet ved afkrydsning hvorvidt der er tale om det første skema eller en fortsættelse af tidligere skema.

Dette er en fejl.

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) skal angives (behandlings- eller farlighedsindikation). Oplysningerne angives ved afkrydsning i skemaet. I 2 af skemaerne vedrørende tvangsindlæggelse er ikke angivet en begrundelse for frihedsberøvelsen. Det drejer sig om skemaer vedrørende tvangsindlæggelse den 3. december 2000. Der er tale om frihedsberøvelse af samme person, og jeg går ud fra at det ene skema er et fortsat skema.

Jeg beder afdelingen oplyse nærmere herom.

Tvangsindlæggelse sker på grundlag af en lægeerklæring der er udarbejdet af den læge som har undersøgt den pågældende med henblik på indlæggelsen. Erklærin-

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

I 2 tilfælde fremgår overlægens attestation ikke af protokollen. Det drejer sig om protokollen vedrørende tvangsindlæggelse af 6. september 2000 og protokollen vedrørende tvangstilbageholdelse af 30. oktober 2000.

Det er beklageligt at der ikke er angivet en dato for overlægens attestation i disse tilfælde. Jeg beder afdelingen om at oplyse nærmere om baggrunden herfor.

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

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 de nævnte tilfælde gik hhv. 2, 3 og 5 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 de fleste tilfælde er den obligatoriske efterprøvelse sket senest på det i loven angivne tidspunkt. Tvangsprotokollerne viser imidlertid følgende afvigelser herfra:

I tvangsprotokol vedrørende tvangsindlæggelse af 26. september 2000 skete den femte obligatoriske efterprøvelse (efter 30 dage plus 4 uger) en dag for sent. Det samme gjaldt for den sjette efterprøvelse (efter 30 dage plus 8 uger).

I tvangsprotokol vedrørende tvangsindlæggelse af 5. oktober 2000 skete den femte obligatoriske efterprøvelse (efter 30 dage plus 4 uger) 2 dage for sent.

I tvangsprotokol vedrørende tvangstilbageholdelse af 10. oktober 2000 af en patient som blev indlagt 4. september 2000, er de første 4 efterprøvelser ifølge tilførsler sket på det i loven foreskrevne tidspunkt, mens femte og sjette efterprøvelse er sket 37 og 59 dage efter tvangstilbageholdelsen (hhv. 16. november og 12. december 2000).

Det korrekte tidspunkt for den femte efterprøvelse (efter 30 dage og 4 uger) var 7. december 2000.

I tvangsprotokol vedrørende tvangstilbageholdelse af 12. oktober 2000 af en patient som blev indlagt 4. februar 2000, er ingen tilførsler i protokollen om efterprøvelse. Tvangstilbageholdelsen skete 16. oktober 2000, dvs. dagen efter at den første obligatoriske efterprøvelse skulle finde sted.

I tvangsprotokol vedrørende tvangsindlæggelse af 28. oktober 2000 skete den femte obligatoriske efterprøvelse (efter 30 dage plus 4 uger) 2 dage for sent.

I tvangsprotokol vedrørende tvangsindlæggelse af 30. oktober 2000 skete den første obligatoriske efterprøvelse 4 dage efter tvangsindlæggelsen.

I tvangsprotokol vedrørende tvangsindlæggelse af 21. december 2000 er ikke gjort notat om obligatorisk efterprøvelse. En eventuel dato for ophør af tvangsindlæggelsen som ville have overflødiggjort den obligatoriske efterprøvelse, fremgår heller ikke.

Det er beklageligt at fristerne for revurdering af om betingelserne for frihedsberøvelse fortsat var opfyldt, i disse tilfælde ifølge skemaerne ikke blev overholdt. Jeg beder om afdelingens bemærkninger hertil.

I tvangsprotokollen vedrørende tvangstilbageholdelse af 22. december 2000 af en patient som blev indlagt 19. december 2000, er anvendt to skemaer der vedrører den samme patient, og som begge angiver at være det første skema. Det ene skema indeholder alene tilførsel om den første obligatoriske efterprøvelse, mens det andet skema tillige indeholder tilførsler om anden, tredje og fjerde efterprøvelse som dog er overstreget.

Jeg beder afdelingen om at oplyse nærmere om baggrunden herfor.

I tvangsprotokol vedrørende tvangsindlæggelse af 17. oktober 2000 skete den første obligatoriske efterprøvelse rettidigt på tredjedagen, men af samme skema fremgår at frihedsberøvelsen ophørte 2 dage tidligere, dvs. før efterprøvelsen.

Jeg beder afdelingen om at oplyse nærmere herom.

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

I følgende tilfælde er den anførte dato for overlægens attestation angivet som senere end samme dag eller dagen efter efterprøvelsen:

I tvangsprotokol vedrørende tvangstilbageholdelse af 20. august 2000 af en patient som blev indlagt 18. august 2000, er datoen for overlægens attestation af femte efterprøvelse angivet som 4 dage efter den pågældende prøvelse.

I tvangsprotokol vedrørende tvangstilbageholdelse af 6. september 2000 af en patient som blev indlagt samme dag, er datoen for overlægens attestation af tredje efterprøvelse angivet som 11 dage efter den pågældende prøvelse.

I tvangsprotokol vedrørende tvangstilbageholdelse af 25. september 2000 af en patient som blev indlagt 24. september 2000, er datoen for overlægens attestation af anden efterprøvelse angivet som 6 dage efter den pågældende prøvelse. Der er ikke angivet en dato for overlægens attestation af den femte efterprøvelse.

I tvangsprotokol vedrørende tvangstilbageholdelse af 5. oktober 2000 af en patient som blev indlagt 2. oktober 2000, er datoen for overlægens attestation af femte efterprøvelse ikke angivet.

I tvangsprotokol vedrørende tvangstilbageholdelse af 10. oktober 2000 af en patient som blev indlagt 4. september 2000, er datoen for overlægens attestation af fjerde efterprøvelse angivet som 39 dage efter den pågældende prøvelse. Der er i sagen sket efterprøvelse 37 og 59 dage efter tvangstilbageholdelsen hvilket ifølge skemaet er attesteret hhv. 32 og 8 dage efter prøvelsen. I tvangsprotokol vedrørende tvangstilbageholdelse af 10. oktober 2000 af en patient som blev indlagt 4. september 2000, er datoen for overlægens attestation af fjerde efterprøvelse angivet som 39 dage efter den pågældende prøvelse. Der er i sagen sket efterprøvelse 37 og 59 dage efter tvangstilbageholdelsen hvilket ifølge skemaet er attesteret hhv. 32 og 8 dage efter prøvelsen.

I tvangsprotokol vedrørende tvangsindlæggelse af 30. oktober 2000 er datoen for overlægens attestation af anden, tredje og femte efterprøvelse angivet som hhv. 55, 45 og 7 dage efter den pågældende prøvelse.

I tvangsprotokol vedrørende tvangstilbageholdelse af 6. november 2000 af en patient som blev indlagt samme dag, er datoen for overlægens attestation af tredje efterprøvelse angivet som 11 dage efter den pågældende prøvelse.

I tvangsprotokol vedrørende tvangstilbageholdelse af 16. november 2000 af en patient som blev indlagt 2. november 2000, er datoen for overlægens attestation af første efterprøvelse angivet som 2 dage efter den pågældende prøvelse.

I tvangsprotokol vedrørende tvangsindlæggelse af 29. november 2000 er datoen for overlægens attestation af første og tredje efterprøvelse angivet som hhv. 2 og 19 dage efter den pågældende prøvelse.

I tvangsprotokol vedrørende tvangsindlæggelse af 3. december 2000 er datoen for overlægens attestation af første, anden, tredje og fjerde efterprøvelse angivet som hhv. 31, 24, 15 og 8 dage efter den pågældende prøvelse. Datoen for attestation er i alle tilfælde den samme dag.

I tvangsprotokol vedrørende tvangstilbageholdelse af 10. december 2000 af en patient som blev indlagt 2. november 2000, er datoen for overlægens attestation af tredje efterprøvelse angivet som 10 dage efter den pågældende prøvelse.

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

I tvangsprotokol vedrørende tvangsindlæggelse af 17. oktober 2000 er datoen for overlægens attestation af første (og eneste) efterprøvelse ikke attesteret.

Denne tvangsprotokol er omtalt ovenfor, hvor jeg har bedt om en udtalelse. Jeg beder i tillæg hertil afdelingen om at oplyse nærmere herom.

Jeg har desuden konstateret at der i 12 skemaer ikke er foretaget notat om efterfølgende ophør af frihedsberøvelsen, og at datoen for overlægens stillingtagen til spørgsmålet om ophør i 5 tilfælde ikke er anført.

Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom.

6.2. Tvangsbehandling

Jeg modtog 20 skemaer vedrørende beslutninger om tvangsbehandling; 18 skemaer vedrørte beslutning om tvangsmedicinering og 2 skemaer vedrørte ernæringsmæssig behandling.

For tvangsbehandling benyttes tvangsprotokol – skema 2. Som nævnt ovenfor under 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.

I 5 tilfælde er det ikke angivet ved afkrydsning hvorvidt der er tale om det første skema eller en fortsættelse af tidligere skema.

Dette er en fejl.

Ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning af 10. december 1998 om udfyldelse af tvangsprotokoller mv. skal de enkelte tvangsformer registreres på hvert sit skema såfremt flere tvangsbehandlingsformer anvendes. Hvert af de modtagne skemaer vedrører kun én tvangsform.

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 Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 879 af 10. december 1998 om tvangsbehandling, fiksering, tvangsprotokoller mv. på psykiatriske afdelinger (tvangsbekendtgørelsen).

Det fremgår af § 12, stk. 3, i psykiatriloven at afgørelse om tvangsbehandling træffes af overlægen der samtidig træffer bestemmelse om, i hvilket omfang der

om fornødent kan anvendes magt til behandlingens gennemførelse. Beslutning 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 tilligemed datoen for overlægens stillingtagen.

Datoen for overlægens stillingtagen mangler i et enkelt tilfælde.

Dette er beklageligt.

I et tilfælde er datoen for overlægens stillingtagen angivet som dagen efter beslutningen, i yderligere et tilfælde som 2 dage efter og i 2 tilfælde 10 dage efter.

Jeg beder sygehuset om en udtalelse herom.

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. I 5 tilfælde er der ikke angivet en begrundelse.

Dette er beklageligt.

I rubrikken skal ifølge vejledningen angives indholdet af tvangsbehandlingen, herunder præparatnavn, statsdosis, administrationsområde og eventuelt bivirkningsmedicin. Indholdet af tvangsbehandlingen er i alle tilfælde angivet.

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

I skema vedrørende beslutning om tvangsmedicinering truffet 21. august 2000 og skema vedrørende beslutning om tvangsmedicinering truffet 2. juni 2000 er ikke angivet nogen tilladt magtanvendelse. Jeg går ud fra at dette betyder at der ikke var behov for at anvende magt i det pågældende tilfælde.

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

I skema vedrørende beslutning om behandling af somatisk lidelse truffet 27. september 2000 og skema vedrørende beslutning om tvangsmedicinering truffet 9. oktober 2000 samt skema vedrørende beslutning om tvangsmedicinering truffet 12. juni 2000 er ikke angivet datoer for tvangsbehandling eller gjort tilførsler om tilstedeværende læge. Jeg går ud fra at dette skyldes at beslutningen om tvangsbehandling ikke blev realiseret.

Endelig skal datoen for beslutning om ophør af tvangsansværelsen angives.

I 9 tilfælde er dette ikke sket.

Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom.

Kravet i tvangsbekendtgørelsens § 3, stk. 2, om information af patient og patientrådgiver er behandlet under punkt 5.13.

6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

For tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt benyttes tvangsprotokol – skema 3. Jeg modtog 28 skemaer til brug for tilførsler til tvangsprotokollen vedrørende tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt. Uanset at jeg alene bad om at modtage kopi af de 20 seneste tilførsler (skemaer), har jeg inddraget alle 28 skemaer i min undersøgelse.

Hvert skema har plads til tre tilfælde af tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt. De modtagne skemaer omhandler i alt 65 tilfælde af tvangsfiksering og fysisk magt, herunder indgivelse af beroligende medicin. Der er tale om 28 tilfælde af tvangsfiksering, 20 tilfælde af fastholden, 16 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin og et tilfælde af aflåsning af dør. Heraf var 20 kombinationer af tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og indgivelse af beroligende medicin (f.eks. fastholden i forbindelse med bæltefiksering eller fastholden i kombination med indgivelse af beroligende medicin).

Af psykiatriloven fremgår det i § 14, stk. 1, at der som midler til tvangsfiksering alene må anvendes bælte, hånd- og fodremme samt handsker. Af stk. 2 fremgår det videre at tvangsfiksering kun må anvendes i det omfang det er nødvendigt for at afværge at en patient

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

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

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

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

I et tilfælde er det oplyst at der er anvendt hånd- og/eller fodremme. Anvendelsen er efter skemaets oplysninger godkendt af en overlæge den samme dag.

Dette giver ikke anledning til bemærkninger.

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 ledelsen om at redegøre for afdelingens praksis med hensyn til tilkaldelse af læger i forbindelse med tvangsfiksering med bælte, herunder hvor lang tid det efter ledelsens opfattelse er

acceptabelt og forsvarligt at der går fra tvangsindgrebets påbegyndelse og til lægen kommer til stede.

Efter tvangsbekendtgørelsens § 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.

Indgrebets art er i alle tilfælde angivet i protokollerne. I 6 tilfælde er der ikke angivet en begrundelse.

Dette er beklageligt.

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

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

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

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

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

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

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

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.

Der er i alle relevante tilfælde anført oplysninger om den ordinerende læge og den tilstedeværende læge. I nogle tilfælde er dog kun angivet lægens initialer.

Jeg beder afdelingen 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 tvangsforanstaltninger iværksat henholdsvis 18., 28. og 31. august 2000, 3. september 2000, 10. og 12. oktober 2000, 2. og 22. november 2000 og 3., 4. og 5. december 2000, er der ikke angivet navne på eventuelt impliceret personale bortset fra den ordinerende læge.

Jeg beder afdelingen om at oplyse nærmere om baggrunden herfor.

I sagerne vedrørende tvangsforanstaltninger iværksat henholdsvis 18. og 29. juli 2000 og 6. december 2000, er i rubrikken vedrørende det implicerede personale alene angivet afdelingens navn. I en række tilfælde er det implicerede personale alene angivet ved fornavn eller initialer.

Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom.

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.

I følgende skemaer er alene angivet påbegyndelsestidspunkt:

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

Jeg beder afdelingen om en udtalelse om disse sager.

6.4. Beskyttelsesfiksering

For beskyttelsesfiksering benyttes tvangsprotokol – skema 4. Jeg har modtaget 20 skemaer vedrørende beskyttelsesfiksering. Ledelsen oplyste under inspektionen at afdelingen som udgangspunkt ikke bruger beskyttelsesfiksering. Dette skyldes at afdelingen foretrækker at undgå gråzone-områder af hensyn til såvel personale som patienter. Afdelingen har i brev af 7. november 2001 uddybet oplysningerne med følgende:

”...

Afdelingen anvender beskyttelsesfiksering, men næsten udelukkende til demente patienter eller patienter med længerevarende konfusionstilstande. Afdelingen anvender det så vidt muligt ikke ved andre psykotiske tilstande, selv om tilstanden indebærer korterevarende konfusion. I disse tilfælde anvendes primært fiksering ud fra kriterierne vedrørende tvangsfiksering, for at tilgodese retssikkerheden for den patient, der tidvis er klar og orienteret under en fiksering.

...”

Jeg forstår oplysningerne således at afdelingen i de nævnte tilfælde hvor patientens tilstand alene indebærer korterevarende konfusion, normalt ikke anvender beskyttelsesfiksering, men anvender tvangsfiksering i overensstemmelse med reglerne herom.

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

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

En lægelig vurdering af berettigelsen af opretholdelse af brugen af beskyttelsesfiksering over for den enkelte patient skal, jf. tvangsbekendtgørelsens § 24, stk. 2, finde sted så ofte som forholdene tilsiger det, dog mindst 3, 10, 20 og 30 dage efter at beslutning om anvendelse af beskyttelsesfiksering blev truffet, og herefter mindst hver fjerde uge så længe ordinationen opretholdes.

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

Dette er sket i alle tilfælde.

Det enkelte skema omhandler kun én form for tvangsanvendelse. 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.

5 af de modtagne skemaer angår mere end én form for tvangsanvendelse.

Dette er en fejl.

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

Dette er sket i alle tilfælde. I 3 tilfælde er den ordinerende læge alene angivet med initialer.

Idet jeg henviser til mine bemærkninger ovenfor under punkt 6.3., beder jeg afdelingen om en udtalelse herom.

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

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

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

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

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

Denne udstrækning af området for bestemmelserne om beskyttelsesfiksering må give anledning til betænkeligheder. Psykiatriloven hjemler ikke mulighed for beskyttelsesfiksering for at sikre at en

patient får søvn. Formålet med den nævnte beslutning om beskyttelsesfiksering må vel nærmest karakteriseres som behandling, og sagen giver anledning til overvejelser om afgrænsning i forhold til lovens andre tvangsforanstaltninger. Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom.

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.

Ifølge skema vedrørende beslutning om beskyttelsesfiksering af 13. juli 2000, er den første og den anden obligatoriske efterprøvelse sket 2 dage for sent, den tredje efterprøvelse er sket 5 dage for sent, den fjerde prøvelse 17 dage for sent og den femte 20 dage for sent.

Ifølge skema vedrørende beslutning om beskyttelsesfiksering af 11. august 2000, er den anden obligatoriske efterprøvelse sket 2 dage for sent.

I skema vedrørende beslutning om beskyttelsesfiksering af 28. august 2000 er i nævnte rækkefølge gjort tilførsler om efterprøvelser 31. og 11. august 2000 samt 11. og 27. september 2000. Tilførslerne er i samme rækkefølge gentaget i det fortsatte skema vedrørende samme beslutning.

Ifølge skema vedrørende beslutning om beskyttelsesfiksering af 22. november 2000, er den første obligatoriske efterprøvelse sket en dag for sent og den fjerde efterprøvelse 3 dage for sent.

Ifølge skema vedrørende beslutning om beskyttelsesfiksering af 2. december 2000, er den anden obligatoriske efterprøvelse sket 16 dage for sent.

Ifølge skema vedrørende beslutning om beskyttelsesfiksering af 23. december 2000, er den første obligatoriske efterprøvelse sket en dag for sent.

Det er beklageligt. Jeg beder afdelingen om en udtalelse om disse 6 sager.

Endelig skal ifølge vejledningen anføres datoen for ophør af beskyttelsesforanstaltningen.

I 11 af de modtagne 20 skemaer er ikke anført nogen ophørsdato.

Jeg beder afdelingen om at redegøre nærmere herfor.

7. Opfølgning

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

8. Underretning

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

Inspektionschef
Lennart Frandsen