

**FOLKETINGETS OMBUDSMAND**

Gammeltoft 22. 1457 København K  
Telefon 33 13 25 12. Telefax 33 13 07 17  
Personlig henvendelse 10-15

Dato: **- 7 FEB. 2006**

J.nr.: 2004-3564-424  
Sagsbehandler: PH  
(Bedes anført ved henvendelser)  
Akt. nr.: 24

Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71, stk. 7  
Folketinget  
Christiansborg  
1240 København K

Tilsynet i henhold til grundlovens § 71  
§71-tilsynet alm. del - Bilag 72  
Offentligt

MODTAGET

- 8 FEB. 2006 10 15

Den Centrale Indlevering

+ opfølgingsrapporter

**Vedrørende inspektion af Psykiatrisk Afdeling på Hvidovre Hospital**

Hermed sender jeg et eksemplar af opfølgingsrapport af dags dato vedrørende inspektion den 8. december 2004 af Psykiatrisk Afdeling på Hvidovre Hospital.

Med henblik på muligheden for at mangfoldiggøre opfølgingsrapporten vedlægger jeg desuden en uhæftet kopi af rapporten.

Med venlig hilsen



Hans Gammeltoft-Hansen

Opfølgning

- 7 FEB. 2006

Gammeltorv den  
Journalnr. 2004-3564-424 PH



Folketingets Ombudsmand - Gammeltorv 22 - 1457 København K

Den 31. maj 2005 afgav jeg en endelig rapport om min inspektion den 8. december 2004 af Psykiatrisk Afdeling, Hvidovre Hospital. I rapporten anmodede jeg om udtalelser mv. vedrørende nærmere angivne forhold.

Jeg har i den anledning modtaget udtalelser af 13. og 14. december 2005 med bilag fra Psykiatrisk Afdeling, Hvidovre Hospital, og et brev af 14. december 2005 fra Hovedstadens Sygehusfællesskab der har henholdt sig hertil. Udtalelsen af 14. december 2005 fra Psykiatrisk Afdeling, Hvidovre Hospital, er identisk med et afsnit i udtalelsen af 13. december 2005 fra hospitalet.

Jeg skal herefter meddele følgende:

**Ad punkt 2. Afdelingens organisation mv.**

Et projekt på de lukkede afsnit indebar bl.a. at der i perioden 2004-2005 var tre afsnit med øget normering i stedet for fire lukkede afsnit. Formålet med dette projekt var at afdække om en mere intensiv indsats over for patienterne på de lukkede afsnit kan bevirke at de er indlagt kortere tid på disse afsnit, og om antallet af sengepladser som følge heraf kan nedsættes på disse afsnit. Projektet skulle evalueres senest 1. januar 2006 hvor det ville blive afklaret om ordningen skal gøres permanent, og jeg anmodede om oplysning om resultatet af evalueringen af projektet.

Hospitalet har herom anført følgende:

”... Projektet er ikke færdig evalueret. Afdelingen evaluerer projektet i forhold til indlæggelsestid i lukket afdeling, anvendelse af tvang og psykologernes funktion. Vi har i den samme periode del-

taget i Det Nationale Tvangsprojekt vedr. nedbringelse af tvang. Der har været etableret teams på to af de lukkede afsnit, der er arbejdet med henholdsvis eftersamtaler og samtaler med patienterne i forbindelse med afdækning af handlemuligheder såfremt en patient bliver opkørt. Det er afdelingsledelsens vurdering at vi har haft overordentlig gode resultater ved deltagelse i begge projekter. Det er ikke muligt at afdække, hvad der er resultatet af indsatsen i Det Nationale Tvangsprojekt, og hvad der er resultatet af afdelingens eget projekt, som var iværksat forud for Det Nationale Tvangsprojekt.

Afdelingsledelsen vender gerne tilbage med en orientering når evalueringen foreligger.”

*Jeg har noteret mig det oplyste og bemærker at jeg fortsat er interesseret i underretning om resultatet af evalueringen når den foreligger.*

#### **Ad punkt 3.2.1. Sengestuer**

En patient klagede under inspektionen over at madrasserne fremtrådte uhygiejniske og i dårlig stand. Ledelsen oplyste bl.a. at hospitalet selv var utilfreds med at madrasserne ikke fremtrådte rene selv om de var det, og at dette forhold var bragt op over for sygehusdirektøren. Jeg anmodede om oplysning om hvad der videre var sket i anledning af henvendelsen til sygehusdirektøren.

Jeg noteret mig endvidere at der var lavet en plan for udskiftning af madrasser i 67 senge og bad om en kopi af denne plan.

Afdelingen har oplyst at alle madrasser blev udskiftet umiddelbart efter inspektionen, og at afdelingsledelsen hermed mener at sagen er bragt i orden.

*Jeg har noteret mig det oplyste og er enig i at der herefter ikke er grundlag for at foretage videre vedrørende dette forhold.*

Under inspektionen modtog jeg desuden klager over manglende nøgler til skabene på sengestuerne. Ledelsen lovede at undersøge hvor mange nøgler der

manglede på afdelingen, og sikre at manglende nøgler blev bestilt hvis dette ikke allerede var sket.

Jeg bad ledelsen om at overveje mulighederne for at indføre en procedure der sikrer at der altid er det nødvendige antal nøgler til patienternes skabe, og at meddele mig resultatet af disse overvejelser.

Afdelingen har i den anledning anført følgende:

”...

Under inspektionen blev det oplyst, at der tidvis kan være problemer med at få udleveret nøgle til skabe på sengestuer. Det skyldes det faktum, at patienter tidvis forlader afdelingen i utide, uden at aflevere deres nøgle til skabet på stuen.

Afdelingsledelsen har overvejet forskellige muligheder til at bedre denne situation. Det er vigtigt ved modtagelsen af en patient at gøre opmærksom på det forhold at nøglen til skabet er til låns, og at det kan have betydning for andre patienter, såfremt nøglen ikke afleveres.

Såfremt en patient forlader afdelingen i utide, og denne patient er tilknyttet Distriktspsykiatrisk Center, vil afdelingsledelsen bede kontaktpersonen være behjælpelig med at få tilbageleveret nøglen. Herudover vil afdelingsledelsen sikre at der er en vis pulje ekstranøgler, således at patienterne kan låse deres skabe.”

*Jeg har noteret mig det oplyste og går ud fra at afdelingen vil være opmærksom på i nødvendigt omfang at supplere puljen af ekstranøgler når der tages nøgler herfra.*

### **3.2.2. Fælleslokaler**

En patient på afsnit 809, der i modsætning til de øvrige lukkede afsnit var nyrenoveret, foreslog at gangen blev malet i andre farver og udsmykket med billeder. Ledelsen oplyste at der ikke var planer om (yderligere) istandsættelse af dette afsnit, men at de andre afsnit i forbindelse med ombygningen af disse afsnit ville blive malet i lysere farver.

I forbindelse med mit svar til patienten tilkendegav jeg i brev 21. december 2004 overfor ledelsen at jeg gik ud fra at ledelsen ved næste malermæssige istandsættelse af afsnit 809 ville overveje et andet farvevalg.

Jeg viderebragte samtidig patientens ønske om udsmykning og anmodede om oplysning om hvad det havde givet anledning til.

Afdelingen har herom anført følgende:

”Under inspektion af de lukkede afsnit fandt inspektionschef Lennart Frandsen at farverne i et af vores nyrenoverede afsnit, afsnit 809, ikke var hensigtsmæssige. Efterfølgende har afdelingen fået renoveret 2 lukkede afsnit med andre farvevalg.

Det er afdelingsledelsens opfattelse, at et lukket afsnit skal have overvejende lyse og venlige farver. Da Hvidovre Hospital psykiatrisk afdeling har en temmelig lang sengegang, har vi i samarbejde med arkitekterne valgt at bryde denne sengegang med enkelte farver, idet det ikke er hensigtsmæssigt at have billeder hængende på den smalle gang.

Der er ingen aktuelle planer om renovering af afsnit 809.”

*For god ordens skyld bemærker jeg at jeg for så vidt angår farverne på afsnit 809 alene i rapporten – i anledning af det under inspektionen oplyste om at de andre afsnit ville blive malet i lysere farver og forslaget fra en af patienterne om andre farver – har tilkendegivet at jeg gik ud fra at hospitalet ved næste (malermæssige) renovering af afsnittet ville overveje et andet farvevalg. Jeg har ingen bemærkninger til at der ikke er aktuelle planer om renovering af dette afsnit der var nyrenoveret på inspektionstidspunktet.*

*Jeg har heller ingen bemærkninger til at afdelingen af de nævnte grunde har valgt at bryde gangen med andre farver i stedet for at opsætte billeder på væggen.*

En patient klagede over at det ikke er muligt at foretage en tilstrækkelig udluftning i rygerummet på afsnit 809. Ledelsen oplyste at opmærksomheden er rettet mod de utilstrækkelige muligheder for udluftning i dette rum, og at rygerummene på de andre afsnit (som var under ombygning) ville blive bygget større, ligesom udsugningen ville blive bedre i disse rum. Arkitekten ville finde en løsning vedrørende disse rum og herefter se på hvordan udsugningen i rygerummet på afsnit 809 kunne forbedres. I forbindelse med mit svar til patienten bad jeg ledelsen om at underrette mig om hvilken løsning der blev fundet på problemet, og i rapporten tilkendegav jeg at jeg afventede denne underretning.

Afdelingen har vedrørende dette forhold anført følgende:

”Under inspektionen var der opmærksomhed på, at rygerummet i afsnit 809 ikke havde tilstrækkelig udluftning. På det tidspunkt var afdelingen i gang med ombygning af 2 lukkede afsnit. Planen var at der i disse afsnits rygerum skulle etableres væsentlig bedre ventilation, end på afsnit 809, for efterfølgende at etablere tilsvarende model på afsnit 809.

Det har imidlertid vist sig at løsningen, som blev anvendt i de nybyggede afsnit, ikke har haft den ønskede effekt. Afdelingsledelsen har efterfølgende været i dialog med hospitalets driftschef ... Der er efterfølgende opsat en ventilator, der virker, men desværre giver nogle støjgener. Afdelingsledelsen er i dialog med driftsafdelingen herom. Der har desværre ikke vist sig at være en umiddelbar løsning på problemet. En løsning vil kræve etablering af nyt ventilationsanlæg, hvilket der aktuelt ikke er økonomiske midler til.

Pr. 01.01.06 bliver psykiatrisk afdeling røgfri.

I den forbindelse har afdelingsledelsen fået dispensation fra hospitalsledelsen til at rygerummene på de lukkede afsnit fortsat kan anvendes i det omfang patienterne ikke kan ryge udendørs.

...

Det er således afdelingsledelsens opfattelse, at problemets omfang mindskes i udtalt grad efter 01.01.06.”

*Jeg har noteret mig det oplyste, og jeg foretager mig ikke mere vedrørende dette forhold.*

**Ad punkt 3.2.4. Aktiviteter**

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

Afdelingen har i udtalelsen herom anført følgende:

”...

På hvert enkelt sengeafsnit er der knyttet såvel ergoterapeut som fysioterapeut. Der foregår derfor individuel træning af patienterne i sengeafsnittene. Herudover har afdelingen en række tilbud på tværs af sengeafsnit. Tilbuddene kan veksle over året. Tilbuddene er indenfor kategorierne 1. Motion (løbegrupper, stavgangsgrupper, hockeyspil m.v.) 2. Kost og motion 3. Social færdighedstræning 4. Værkstedaktiviteter, cykelværksted, malerværksted, træning i café. 5. Psykoedukation, en gang ugentlig afholdes undervisning i forskellige emner, om psykisk sygdom og forskellige aktiviteter og behandlingstilbud i nærområdet. Dette er et ekstra tilbud til patienter og pårørende. Herudover har afdelingen psykoedukation for patienterne i afsnittet, og aftenundervisning for de pårørende.

Derudover afholdes løbende forskellige aktiviteter i vores café såsom banko, musikaften, diskoteksaften, fest, julemarked m.v.

Alle patienter, der har mulighed for at have udgang eller terrænfrihed med ledsagelse har mulighed for at deltage i disse aktiviteter. Der arbejdes særligt på tilbud til de patienter, der ikke har mulighed for at komme ud fra et lukket afsnit. Her anvender vi i høj grad vores haver mhp. forskellige fysiske aktiviteter. Ethvert sengeafsnit har motionsrum og aktivitetsrum, hvor der lægges vægt på at tilrettelægge forløb for de patienter, der ikke kan komme ud fra et lukket afsnit.”

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

Jeg anmodede afdelingen om at oplyse nærmere om de aktivitetstårne som afdelingen på inspektionstidspunktet var i færd med at indkøbe til de patienter der er fikserede, og om de erfaringer som afdelingen indtil videre havde haft med tårnene.

Afdelingen har herom anført følgende:



”Der anmodes om oplysninger om effekt af aktivitetstårne. Det er i særlig grad et af vores lukkede afsnit, der har forsøgt at etablere sådanne aktivitetstårne, særlig i forbindelse med patienter, der er bæltefikserede. Desværre har der været en vis nedslidning af effekterne, men vi har overvejende god effekt af at tilbyde patienterne at lytte til musicure, og anvende en del forskellige spil.”

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

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

Afdelingen har herom anført følgende:

” ...

I den forbindelse skal det oplyses, at patienter på psykiatrisk afdeling er indlagt overvejende i kortere tid, gennemsnitlig indlæggelsestid ca. 30-33 dage. På den baggrund har afdelingen ikke fundet det relevant at etablere særlige uddannelses tilbud under ophold på afdelingen. En del patienter støttes i at vedligeholde deres tilknytning til uddannelsessystemet under indlæggelse.”

*Jeg har noteret mig det oplyste. Selv om der er patienter som er indlagt (væsentligt) længere tid end 30 dage, og som kunne have behov for undervisning, foretager jeg mig på det foreliggende grundlag ikke mere vedrørende dette forhold. Jeg bemærker i den forbindelse at jeg er bekendt med det der er anført om uddannelses tilbud i bemærkningerne til det forslag til lov om ændring af psykiatriloven der blev fremsat den 25. januar 2006 (L 140, 2005-2006), herunder regeringens holdning til anbefalingen herom i rapporten vedrørende psykiatrilovsundersøgelsen. Jeg går ud fra at Hvidovre Hospital, Psykiatrisk Afdeling, vil følge en praksis der er i overensstemmelse med den lov der vedtages.*

**Ad punkt 5.3. Adgang til frisk luft**

Efter § 2 i psykiatriloven skal sygehusmyndigheden tilbyde sygehusophold, behandling og pleje, som svarer til god psykiatrisk sygehusstandard, herunder med hensyn til bl.a. mulighed for udendørsophold. Af bemærkningerne til bestemmelsen fremgår det bl.a. at regeringen i april 1997 indgik en aftale med Amdsrådsforeningen og Københavns og Frederiksbergs Kommuner om den fortsatte udbygning af tilbuddene til sindslidende, og at parterne bl.a. var 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.

Under inspektionen blev det oplyst at afdelingen ind imellem har problemer med at leve op til forpligtelsen til at give adgang til frisk luft for patienter der er surrogatanbragte. Jeg anmodede afdelingen om at uddybe dette.

Afdelingen har i den anledning anført følgende:

”Psykiatrisk afdeling Hvidovre Hospital modtager patienter, der er varetægtsfængslede, og som under fængselsophold vurderes psykisk syge. Disse patienter indlægges i lukket regi. Afdelingsledelsen betragter de lukkede afsnit med tilhørende have som værende en del af det lukkede afsnit. Det er således alene overlægen, der vurderer, hvorvidt en patient, der er varetægtsfængslet, kan have ophold i haven med eller uden ledsagelse af personale. I disse vurderinger indgår patientens sygdomssværhedsgrad og farlighed.

Vi har i enkelte tilfælde ved modtagelsen af patienten fået nedlagt forbud mod at patienten har adgang til haven.

Dette finder afdelingsledelsen svært uheldigt. Det kan oplyses, at det ikke har fundet sted det sidste år.

Vedr. surrogatanbragte patienter er der nu i H:S en aftale om, at disse patienter modtages på Retspsykiatrisk afdeling, Sct. Hans Hospital.”

*Jeg forstår det oplyste sådan at alle patienter, herunder varetægtsfængslede, får adgang til frisk luft hver dag, enten med eller uden ledsagelse, medmindre politiet – undtagelsesvist – har nedlagt forbud mod adgang til haven i forbindelse med indlæggelsen af en varetægtsarrestant. Jeg er enig med afdelingen i*

at det er meget uheldigt når en patient som følge heraf ikke får adgang til haven. Da der imidlertid ikke er tale om beslutninger som er truffet af hospitalet, foretager jeg mig ikke mere vedrørende dette forhold i relation til min inspektion af Hvidovre Hospital, Psykiatrisk Afdeling, bortset fra at henvise til kompetencereglerne i bekendtgørelse nr. 200 af 25. marts 2004 om udgangstilladelse mv. til personer der er anbragt i hospital eller institution i henhold til strafferetlig afgørelse eller i medfør af farlighedsdekret. For så vidt angår varetægtsarrestanter fremgår det af bekendtgørelsens §§ 7, stk. 2, og 8, stk. 2, at kompetencen til at tillade varetægtsarrestanter at forlade en lukket afdeling (et lukket afsnit) henhører under retten, dog således at hospitalets ledelse med politiets samtykke kan give tilladelse til udgang med ledsager for et kortere tidsrum fra afdelingens eller hospitalets område når særlige omstændigheder taler derfor, jf. §§ 7, stk. 3, og 8, stk. 3. Jeg er enig med afdelingen i at haverne til de lukkede afsnit må anses som en del af disse afsnit, og at kompetencen til at træffe beslutning om adgang til haven derfor (efter en modsætningslutning fra de nævnte bestemmelser) tilkommer overlægen.

Jeg har noteret mig at der ikke er nedlagt forbud af politiet det sidste år, og at der nu er en aftale om overførsel af surrogatanbragte til Sct. Hans Hospital. Hvis afdelingen imidlertid alligevel modtager en varetægtsarrestant, og der af politiet nedlægges forbud mod ophold i haven, går jeg ud fra at afdelingen vil drøfte dette nærmere med politiet.

Efter (forarbejderne til) psykiatrilovens § 2 skal alle patienter have mulighed for at komme ud i frisk luft hver dag. Udendørsområderne til de lukkede afsnit må derfor efter min opfattelse indrettes således at dette krav kan opfyldes, og så det ikke er nødvendigt at flytte patienter til andre afdelinger for at kunne opfylde kravet. Hvis det undtagelsesvist ikke anses for sikkerhedsmæssig forsvarligt at give adgang til haven, bør der dog efter min opfattelse ske overførsel til en anden afdeling hvor det er muligt at tilbyde ophold udendørs – medmindre patienten i det konkrete tilfælde foretrækker at blive på afdelingen uden

*ophold udendørs. Også i denne sammenhæng har jeg noteret mig den aftale der nu er indgået om overførsel af surrogatanbragte til Sct. Hans Hospital.*

**Ad punkt 5.4.                      Vejledning efter psykiatrilovens § 3, stk. 2**

Efter psykiatrilovens § 3, stk. 2, skal lægen vejlede patienten om formålet med indlæggelsen, opholdet og behandlingen samt om udsigterne til en bedring af helbredstilstanden. Jeg bad afdelingen om at oplyse hvordan denne vejledning finder sted.

Afdelingen har herom oplyst følgende:

”Hovedparten af patienterne på Hvidovre Hospital psykiatrisk afdeling indlægges akut (ca. 95 %). I forbindelse med indlæggelsen deltager patienten i en samtale med en af afdelingens læger og en kontaktperson fra modtageafsnittet. Her informeres patienten om de planer der lægges for de næste 24 timer, eksempelvis forbedring af nattesøvn, observation af depressive symptomer, dæmpning af motorisk uro eller lign. Patienten informeres ligeledes om, at patienten ved gennemgang med en af afsnittets læger næste dag får lagt en behandlingsplan. Alle patienter får lagt en foreløbig behandlingsplan indenfor 24 timer. Afdelingen lægger vægt på at det er de læger patienten møder i sengeafsnittet, der lægger planen for indlæggelsen sammen med patienten. Det betyder, at enhver patient indenfor 24 timer efter indlæggelsen får lavet en behandlingsplan. I behandlingsplanen indgår patientens symptomer, diagnostiske overvejelser, undersøgelsesplaner, behandling, behandlingsmål, patientens accept af planen, pårørende kontakt og fornyet evaluering. Herefter bliver patienten drøftet på behandlingskonference inden for den første uge, i den forbindelse udvides behandlingsplanen til at efterleve psykiatrilovens bestemmelser.”

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

**Ad punkt 5.7.                      Besøg, visitation og adgang til telefonering**

Jeg anbefalede afdelingen at udfærdige (lokale) generelle retningslinjer om indgreb og vedlagde til inspiration interne regler som var udfærdiget af psykia-

trisk afdeling i Vejle. Jeg bad om underretning om hvad min anbefaling gav anledning til.

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

Afdelingen har i den anledning anført følgende:

”...

På psykiatrisk afdeling har vi en husorden, som hænger tilgængeligt i alle sengeafsnit, den indgår i vores velkomst pjece, som udleveres til alle patienter i forbindelse med indlæggelse. Herudover har vi instrukser, der regulerer visitering af patienter og anmeldelse af patienter i forbindelse med voldelige episoder.

Vi har efterfølgende haft møder med afsnitsledelsen for de lukkede afsnit mhp. at udarbejde mere detaljerede instrukser på området.

I Det Sundhedsfaglige Råd i H:S arbejdes der aktuelt med at tilpasse den husorden, der er udarbejdet på Sct. Hans Hospital, og som efter vores opfattelse imødekommer de krav som inspektionschef Lennart Frandsen efterlyste ved inspektionen. Ledende overlæge Birgitte Welcher kan som formand for Det Sundhedsfaglige Råd for psykiatri i H:S, oplyse, at Det Sundhedsfaglige Råd i psykiatri forventer at arbejdet med at tilpasse husorden, således at den kan fungere på en almenpsykiatrisk afdeling, og ikke kun på et psykiatrisk hospital med specialiserede funktioner, forventes færdiggjort i løbet af første kvartal af 2006.

Afdelingsledelsen kan bekræfte at afdelingen kun gennemfører visitation ved (særlig) mistanke om at den pågældende patient er i besiddelse af stoffer med videre, for eksempel i gentagelsestilfælde med patienter som afdelingen ved er stofmisbrugere.”

H:S har henvist til afdelingens besvarelse vedrørende dette punkt.

*Jeg har noteret mig det oplyste og beder om en kopi eller et eksemplar af de (mere detaljerede) instrukser som – forstår jeg – vil blive udarbejdet. Når Det Sundhedsfaglige Råd er færdig med at tilpasse husordenen fra Sct. Hans Hospital, beder jeg tillige om en kopi eller et eksemplar af den tilpassede husorden. Jeg kan oplyse at jeg er bekendt med husordenen fra Sct. Hans Hospital*

*som jeg har modtaget i sagen vedrørende min inspektion af dette hospital, og at jeg ikke har haft bemærkninger til denne husorden.*

**Ad punkt 5.9. Forplejning**

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

Afdelingen har oplyst at der er udarbejdet skriftligt materiale vedrørende kost og motion til afdelingens gruppetilbud, men ikke yderligere materiale herom.

H:S har oplyst at skriftligt materiale om kost- og motionsplaner vil blive eftersendt.

*Jeg har noteret mig det oplyste, herunder at jeg senere vil modtage skriftligt materiale om kost- og motionsplaner.*

**Ad punkt 5.10. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner**

Under inspektionen blev det oplyst at afdelingen ikke laver så mange udskrivningsaftaler som den burde, men at afdelingen var opmærksom på at der skulle ske en forbedring med hensyn til at udarbejde sådanne aftaler. Selv om det indtil videre ikke havde ført til flere udskrivningsaftaler, gik jeg ud fra at afdelingen fremover ville udarbejde udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i de situationer hvor loven foreskriver det.

Afdelingen har hertil bemærket følgende:

”Psykiatrisk afdeling er opmærksom på at udarbejde udskrivningsplaner og koordinationsplaner i de situationer hvor loven foreskriver det. Vi har siden inspektionen været mere opmærksomme på at bruge vores middagskonferencer til at drøfte om en patient kunne have gavn af en sådan aftale eller plan. Antalsmæssigt har der ikke været en markant effekt af dette, men det tolker vi som led i det

øgede intensive ambulante tilbud der er blevet etableret i H:S med OP-teams og tæt samarbejde med de Distriktspsykiatriske Centre. Der foregår således et meget opsøgende arbejde også uden koordinationsplaner og udskrivningsaftaler.”

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

**Ad punkt 5.12.                    Orientering af patientrådgivere i forbindelse med tvangsbehandling**

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

Afdelingen har oplyst at afdelingen følger reglerne på området og kontakter patientrådgiver i tilfælde af tvangsanvendelse, hvor der skal udpeges en patientrådgiver.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

**Ad punkt 5.13.                    Vold mod personalet**

Det blev oplyst at afdelingen har en instruks på dette område, og jeg anmodede om at modtage et eksemplar eller en kopi af denne instruks.

Medmindre det fremgår af den nævnte instruks, bad jeg desuden afdelingen om at oplyse hvorvidt det under inspektionen oplyste skulle forstås sådan at ansvaret for at (tage stilling til spørgsmålet om at) indgive politianmeldelse ligger hos personalet selv, eller om det ligger hos ledelsen, dog således at der ikke indgives anmeldelse hvis forurettede ikke ønsker det.

Afdelingen har vedlagt et eksemplar af instruksens (vedrørende politianmeldelser) og har i øvrigt oplyst følgende:

”På Hvidovre Hospital psykiatrisk afdeling har vi den opfattelse, at såfremt et personale bliver udsat for enten svære verbale eller fysiske overgreb, skal sagen forelægges afdelingsledelsen. Såfremt episoden politianmeldes, er det afdelingsledelsen der anmelder, men det indebærer at de forulempede personaler er indforstået hermed. Afdelingsledelsens politik er at de involverede personaler skal være indforståede med anmeldelsen. Årsagen til dette er at de involverede personaler vil blive politiafhørt og evt. blive indkaldt som vidner, såfremt anmeldelsen fører til en sigtelse.  
...”

*Jeg har noteret mig det oplyste og indholdet af den vedlagte instruks (som skal revideres senest den 25. oktober 2006).*

#### **Ad punkt 5.14. Opbevaring af journaler**

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

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

Afdelingen har oplyst at afdelingen endnu ikke har indført elektroniske patientjournaler. Afdelingen har oplyst at den er en del af H:S' it-strategi, og at det forventes at elektroniske patientjournaler indføres i 2007-2008.

Om opbevaring af journalerne, har afdelingen oplyst at hvert sengeafsnit opbevarer egne journaler for de i afsnittet indlagte patienter, og at de opbevares i en journalvogn der befinder sig i et aflåst personalerum.



Endelig har afdelingen oplyst at afdelingen netop har modtaget undervisning af personale fra Sundhedsstyrelsen med henblik på at indføre elektronisk indberetning af tvang.

*Jeg har noteret mig det oplyste, herunder at journalerne opbevares i en (uaflåst) vogn i et aflåst personalerum. Hvis der på dette kontor også kommer personale der ikke har adgang til journalerne, bør journalerne efter min opfattelse opbevares i enten en aflåst journalvogn eller i aflåst skab/skuffe. Jeg henviser til § 12 i bekendtgørelse nr. 846 af 13. oktober 2003 om lægers pligt til at føre ordnede optegnelser (journalføring) hvorefter journaler skal opbevares forsvarligt, og hvorefter det skal sikres at uvedkommende ikke har adgang til journalerne.*

#### **Ad punkt 5.16. Patientindflydelse**

Afdelingen har ikke noget patientråd, men oplyste at der afholdes patientmøder hver tredje måned hvor alle patienter har mulighed for at deltage. Jeg anmodede om oplysning om hvorvidt der er tale om møder hvor patienter fra hele afdelingen (alle afsnit) har mulighed for at deltage, eller møder på de enkelte afsnit.

Det fremgår af § 71-tilsynets rapport fra 1999 at tilsynet opfordrede til at det i lyset af et ønske fra en patient om at der på hvert afsnit blev holdt et månedligt møde med deltagelse af læger, plejepersonale og andet personale sammen med patienterne, blev overvejet at afholde sådanne møder eller etablere et andet tilsvarende forum hvor spørgsmål vedrørende forholdene på afdelingen kunne drøftes. Medmindre det fremgik af svaret ovenfor, anmodede jeg om underretning om hvad tilsynets opfordring gav anledning til. Hvis der udover ovennævnte møder hver tredje måned afholdes møder med patienterne på de enkelte afsnit, bad jeg om oplysning om hvor ofte det sker.

Jeg anmodede endelig afdelingen om at sende mig en kopi af de bestemmelser som afdelingen havde udfærdiget eller ville udfærdige i medfør af § 1 i be-

kendtgørelse nr. 1337 af 15. december 2004 om patientindflydelse på psykiatriske sygehuse og afdelinger.

Afdelingen har i den anledning oplyst følgende:

”Afdelingsledelsen holder møde med patienterne hver 3. md. Der afholdes et møde i henholdsvis åben og lukket regi, således at patienter fra lukket regi har mulighed for at deltage. På møderne drøftes patienternes oplevelse af afdelingen. Der er mulighed for at give ris og ros, eller forslag til nye ideer til afdelingen. Afdelingsledelsen orienterer om evt. ændringer eller nye forhold på afdelingen.

Der udfærdiges referater fra disse møder, som sendes til direktionen og til alle sengeafsnit mhp. opslag, således at alle patienter har mulighed for at stifte bekendtskab med møderne.

Herudover afholdes morgen- og eftermiddagsmøder på hvert sengeafsnit, hvor der er mulighed for at drøfte mere lokale forhold. Af bekendtgørelsen af 15. december 2004 fremgår det, at afdelingen skal sikre inddragelse af patienter i spørgsmål af generel karakter og det bør fastlægges under hensyntagen til alle patienter på afdelingen, patientsammensætningen og gennemsnitlig indlæggelsestid på afdelingen. På psykiatrisk afdeling Hvidovre Hospital har vi drøftet spørgsmålet om et egentlig brugerråd. Da patienterne på afdelingen er indlagt ganske kort tid, har det været vanskeligt at få etableret et egentlig brugerråd. Vi er endnu ikke færdige med vores overvejelser om hvordan vi bedst muligt sikrer patientindflydelsen. Vi har drøftet dette spørgsmål med de øvrige afdelingsledelser i psykiatrien i H:S. Enkelte steder har man inddraget patientorganisationer. Afdelingsledelsen har overvejelser om at tilbyde pladser i brugerråd til de patientråd vi har på vores Distriktpsychiatriske afdeling. Vi har endnu ikke fundet en løsning der er holdbar. En anden mulighed, der har været under overvejelser er at en eller to pladser i et sådan råd er åbne og til enhver tid kan udfyldes af patienter der er indlagt. Vi vender tilbage med yderligere information når vi har fundet frem til et bæredygtigt forslag.

Afdelingens distriktpsychiatriske centre har patientråd.”

*Jeg har noteret mig det oplyste, herunder at jeg vil modtage yderligere information på et senere tidspunkt. Jeg anmoder i den forbindelse afdelingen om udtrykkeligt at oplyse hvad tilsynets opfordring gav anledning til, og hvem blandt personalet der deltager i de daglige møder med patienterne på de enkelte afsnit.*

**Ad punkt 5.18. Euforiserende stoffer og alkohol**

Under rundgangen på afsnit 801 blev det oplyst at der ikke var problemer med stoffer på dette afsnit. Jeg anmodede afdelingen om at oplyse nærmere om eventuelle problemer på andre afsnit med hensyn til patienters indtagelse af alkohol og/eller euforiserende stoffer.

Jeg gik desuden ud fra at den procedure beskrevet i tilsynets rapport fortsat anvendes, men bad for en ordens skyld om oplysning herom. Efter denne procedure der træder i kraft når personalet bliver opmærksomt på et misbrug, tages der i afsnittet stilling til om patienten kan have udgang, eventuelt med ledsagelse. Hvis patienten har udgang alene, indgås der aftaler med patienten om visitation ved tilbagekomsten til afsnittet. Der tilbydes desuden overvåget besøg med henblik på at hindre muligheden for indsmugling af stoffer. Endelig er det anført at narkotika eller andre stoffer der findes i afsnittet eller i forbindelse med visitation, sendes til destruktion på apoteket.

Afdelingen har herom anført følgende:

”Psykiatrisk afdeling Hvidovre Hospital følger den i rapporten beskrevne procedure.

Vi har tidvis problemer i form af at patienter kommer alkoholpåvirket tilbage til afsnittet i forbindelse med udgang, eller patienter forsøger at medbringe hash eller lign. I den forbindelse følges den beskrevne procedure. Vi er, som beskrevet under punktet vedr. husorden, i gang med at revidere vores instruks på området.”

*Jeg har noteret mig det oplyste og går ud fra at jeg i forbindelse med ovennævnte anmodning om kopi af instrukser mv. tillige modtager den reviderede instruks på dette område.*

**Ad punkt 6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse**

To af de skemaer som jeg modtog vedrørende tvangsindlæggelse, vedrører samme episode (den 5. august 2004), men indlæggelsesdagen var ikke den samme i de to skemaer, og kun det ene skema indeholder oplysning om ophørs-

tidspunkt. Jeg anmodede om oplysning om baggrunden for at der var udarbejdet to skemaer i dette tilfælde.

Afdelingen har oplyst at det ikke har været muligt at finde en fornuftig forklaring på dette. En mulighed er at den korrekte tvangsprotokol (med ophørsdato) kortvarigt har været bortkommet, og at en læge derfor har udfærdiget en ny (med forkert indlæggelsesdato). Afdelingen har oplyst at der i så fald burde have været gjort notat herom i journalen. Afdelingen kan således ikke belyse sagen nærmere og har beklaget ”denne uorden”.

*Jeg har noteret mig at det ikke er muligt at oplyse hvad der er årsagen til at der er udarbejdet to skemaer, og afdelingens beklagelse af forholdet. Jeg er enig i at det ved et notat burde være fremgået hvad årsagen til de to skemaer var.*

For god ordens skyld bad jeg afdelingen om at oplyse nærmere om afdelingens praksis med hensyn til indhentelse af overlægens stillingtagen.

Afdelingen har i den anledning anført følgende:

”På Hvidovre Hospital, psykiatrisk afdeling, har vi den praksis, at i forbindelse med alle hændelser, hvori der er indgået tvang i det forløbne døgn, skal journalen med tvangsprotokol være tilgængelig ved den følgende dags morgenkonference. Her gennemser den ansvarlige overlæge dels lægens beskrivelse af hændelsesforløbet i journalen, dels lægens udfyldelse af tvangsprotokol. Overlægen attesterer herefter, såfremt der er belæg herfor. Der kan således i forbindelse med en episode, der er foregået fredag aften, gå to dage før overlægen godkender episoden. Såfremt der er en overlæge i vagt i weekenden, vil overlægen i disse tilfælde dog tage stilling til episoderne.

I forbindelse med tvangstilbageholdelse den 23.10.04 skete efterprøvelsen efter 3 dage og herefter først efter 11 dage, hvilket er en dag for sent. Afdelingen skal beklage forløbet.”

*Jeg har noteret mig det oplyste, herunder afdelingens beklagelse.*

**Ad punkt 6.2.                    Tvangsbehandling**

Jeg tilkendegav at det var en fejl at der i et tilfælde ikke var sket afkrydsning til angivelse af om det drejede sig om første skema for den aktuelle tvangsforanstaltning, eller om skemaet var en fortsættelse af tidligere skema. Afdelingen har beklaget denne fejl, og har til orientering oplyst at embedslægeinstitutionen gennemgår tvangsprotokollerne og tilbagesender protokoller med fejl således at afdelingen har mulighed for at korrigere dem. Afdelingen har videre oplyst at det er en fejl at afdelingen ikke har fået indsat kopi af det tilrettede skema. Videre har afdelingen oplyst at afdelingen sædvanligvis kun har ganske få fejl i indberetningerne, og at de gerne skulle forsvinde ved overgangen til elektronisk indberetning.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

Vedrørende en beslutning der blev truffet den 24. oktober 2004, anmodede jeg om en udtalelse om hvorvidt der var tale om flere tvangsformer uanset at beslutningen ifølge afkrydsningen udelukkende vedrørte tvangsbehandling af legemlig lidelse.

Afdelingen har i den anledning anført følgende:

”... der [er] under art og omfang beskrevet medicinering/drop/blodprøvetagning samt andre parakliniske undersøgelser. Behandlingen er effektueret en gang.

Det drejer sig om en patient, der er blevet udstationeret på medicinsk afdeling, der er vurderet til at have en akut psykose og værende i en livstruende tilstand, såfremt hun ikke behandles somatisk som følge af indtagelse af overdosis af præparatet Paracetamol. Der er truffet beslutning om tvangsindlæggelse og tvangsbehandling af somatisk lidelse på vital indikation. Tvangsindgrebet betyder, at der iværksættes behandling i form af opsættelse af drop og samti-

dig udtagelse af blodprøver. Afdelingen har således betragtet det som en tvangsbehandling idet det ikke har fundet sted ud over den ene gang. Behandlingen har således alene været behandling af legemlig lidelse.”

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

Afdelingen har bekræftet min antagelse i rapporten hvorefter jeg gik ud fra at lægens initialer er tilstrækkeligt til at afdelingen entydigt kan fastslå hvem der har ordineret tvangsforanstaltningen.

*Jeg har noteret mig denne bekræftelse.*

I anledning af at jeg vedrørende et konkret tilfælde udtalte at det var beklageligt at der (i skemaet) hverken var anført dato for overlægens stillingtagen eller navn på den ordinerende overlæge, har afdelingen oplyst at der er krav om dokumentation i den lægelige del af journalen, og at afdelingen derfor kan finde frem til den ansvarlige overlæge hvis det ønskes.

*Jeg har noteret mig at det via journalen kan dokumenteres hvem der var den ansvarlige overlæge i det konkrete tilfælde. Det er ikke nødvendigt at afdelingen finder frem til dette da min undersøgelse navnlig har været koncentreret om overholdelse af proceduren i forhold til gældende regler, jf. det i kursiv anførte s. 49 øverst i den endelige rapport.*

Under inspektionen oplyste ledelsen at afdelingen i forbindelse med medicingivning, herunder tvangsmedicinering, bruger mindste-middel-princippet, dvs. starter med at give præparater per oral. Selv om det kun i et tilfælde udtrykkeligt var anført at injektion kun skulle gives hvis patienten nægtede at tage tabletter, gik jeg ud fra at det anførte i de øvrige skemaer skulle forstås på samme

måde, og at de behandlende læger er klar over at det skal forstås på denne måde. Jeg gik således ud fra at tabletter eller mikstur altid forsøges før injektion.

Under henvisning til sagen vedrørende min inspektion af Sct. Hans Hospital henstillede jeg til afdelingen at overveje at give retningslinjer for udfyldelsen af tvangsprotokollen således at det sikres at udfyldelsen sker på en sådan måde at det – også for udenforstående – tydeliggøres hvilken ordinationsform der skal forsøges først. Jeg bad om underretning om resultatet af disse overvejelser.

Afdelingen har i den anledning anført følgende:

”På psykiatrisk afdeling, Hvidovre Hospital, arbejder vi med den i loven angivne intention, at enhver form for tvang skal søges undgået. Såfremt det er nødvendigt at anvende tvang, anvendes altid den mindst indgribende tvangsforanstaltning. Vi er enige med Sundhedsvæsenets Patientklagenævn i at injektion som udgangspunkt må betragtes som et mere indgribende middel end peroral behandling. Når vi på tvangsprotokol, i forbindelse med tvangsbehandling anfører forskellige former for administrationsformer, er det udtryk for en klar praksis, hvorefter der i første omgang forsøges med indgivelse af medicin peroralt. Såfremt det ikke er muligt ved medicinering at få patienten til at indtage sin medicin peroralt, enten som tablet eller som mikstur, angives indgivelse af medicinen ved injektion. Ved den følgende medicinering forsøges atter med indgivelse af medicinen peroralt.

Vi er enige i, at det er vigtigt at have opmærksomhed på en sproglig præcisering. Alle nyansatte læger bliver ved introduktion til psykiatrisk afdeling undervist i afdelingens praksis i forbindelse med psykiatriloven. Det er dog ofte overlægen selv, der er involveret i de første medicingivninger, idet en del tilfælde af beslutninger om tvangsbehandling forelægges det lokale patientklagenævn efter patientens ønske. Det lokale patientklagenævns beslutning meddeles ofte afdelingen sent torsdag aften eller tidlig fredag morgen. Da det ofte er overlægerne, der går stuegang på de lukkede afsnit, bliver de ofte involveret i de første medicingivninger. Når der er taget en beslutning om tvangsbehandling, informeres patienten herom, patientrådgiveren informeres herom, og det er hospitalets praksis, at patienten, med mindre der er tale om ikke opsættende virkning, får mulighed for at drøfte beslutningen med sin patientrådgiver. Det kan oplyses, at ved møder i de Psykiatriske Patientklagenævn drøftes altid administrationsmåder, således at nævnet ikke tager stilling ud fra ufuldstændig baggrund. Det vil ofte også fremgå af nævnets afgørelse, hvilken administrationsform der er godkendt.

Afdelingen har taget inspektionschef Lennart Frandsens anbefaling til efterretning, og er netop i gang med at gennemføre undervisning for læger i blandt andet erklæringskrivning og udfyldelse af officielle af officielle formularer.”

*Jeg tager det oplyste til efterretning. Da min henstilling (umiddelbart) sigtede til udfærdigelse af skriftlige retningslinjer, anmoder jeg afdelingen om at overveje sådanne retningslinjer (der vil kunne indgå som undervisningsmateriale) og meddele mig resultatet heraf.*

I de to sidste tilfælde var der ikke angivet noget i rubrikken om magtanvendelse, hvilket jeg gik ud fra betød at der ikke var behov for at anvende magt i de to tilfælde. Afdelingen har oplyst at det beror på erfaringer fra tidligere, hvor det ikke har været nødvendigt at anvende magt i forbindelse med beslutning om tvangsbehandling.

*Jeg har noteret mig det oplyste. Jeg bemærker at det efter min opfattelse vil være hensigtsmæssigt udtrykkeligt, fx ved et minus i rubrikken, at angive at der ikke har været tale om magtanvendelse.*

Også under dette punkt har afdelingen bekræftet min antagelse i rapporten om at jeg som ovenfor anført gik ud fra at lægens initialer er tilstrækkelig til at sygehuset entydigt kan fastslå hvem der har udført tvangsbehandlingen.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

For så vidt angår tvangsbehandling der fortsatte ind i et nyt kvartal, og hvor registreringer var fortsat på et nyt skema, bemærkede jeg at der i flere tilfælde var huller, og at registreringer i to tilfælde startede henholdsvis midt i anden kolonne og i tredje kolonne. Jeg gik ud fra at registreringerne på det nye skema var begyndt i den rubrik som registreringerne skulle være ført i hvis registreringer-



gerne var fortsat på det tidligere skema. Jeg anmodede afdelingen om at oplyse årsagen til at der foretages registrering på ovennævnte måde med huller og start senere end ved første rubrik.

Til dette har afdelingen anført følgende:

”Ved gennemgang af tvangsprotokollerne er det bemærket, at der, i forbindelse med kvartalsskifte, fortsættes registrering svarende til den rubrik, man var nået til på forudgående skema. Vi kan oplyse, at det skyldes enkelte lægers praksis, med baggrund i, at det er praksis i forbindelse med frihedsberøvelse, hvor der er fortrykt terminer. Det er således en praksis, der er blevet overført derfra. Psykiatrisk afdelings ledelse finder den ikke hensigtsmæssig og har drøftet dette spørgsmål med lægerne.”

*Jeg har noteret mig det oplyste og går ud fra at de pågældende læger nu har ændret praksis i overensstemmelse med ledelsens opfattelse.*

I anledning af min tilkendegivelse om at jeg gik ud fra at afdelingen er opmærksom på at en overhængende risiko for effektivering af en allerede truffen beslutning om anvendelse af tvang kan opleves som tvang af patienten (såkaldt ”skjult tvang”), og at afdelingen i sådanne situationer vurderer patientens samtykke i lyset heraf, har afdelingen i udtalelsen anført følgende:

”Psykiatrisk afdelingsledelse er fuldt opmærksom på, at i de situationer, hvor der har været truffet beslutning om behandling med tvang, i en overgang til frivillig behandling, kan være situationer, hvor læge og patient kan have forskellige oplevelser af frivilligheden. Vi er derfor meget opmærksomme på at drøfte dette spørgsmål med patienten og sikre, at patientens samtykke er indhentet i en situation, hvor patienten har haft mulighed for at overveje konsekvenserne af dette.”

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

**Ad punkt 6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt**

Også under dette punkt har afdelingen bekræftet min antagelse af at personalets initialer og fornavne er tilstrækkelig til at afdelingen entydigt kan fastslå hvem der har deltaget i tvangsforanstaltningerne.

*Jeg har noteret mig denne bekræftelse.*

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

Afdelingen har herom anført følgende:

”Psykiatrisk afdeling, Hvidovre Hospital, er meget opmærksom på spørgsmålet vedrørende anmodning om frivillig fiksering. Vi efterlever § 16, stk. 1, hvor det fremgår at fiksering af patienter, der af tryghedsgrunde selv anmoder herom, kun må ske efter samtykke fra læge. Det betyder i praksis, at personalet skal tilkalde lægen, der skal drøfte situationen med patienten, og såfremt man ikke finder andre måder at få patienten til ro på, kan lægen samtykke i en frivillig fiksering. Vi er meget opmærksomme på at undervise såvel personale som læger i det vanskelige i en frivillig fiksering, samt at patienten, såfremt patienten selv ønsker at blive løsnet af frivillig fiksering, øjeblikkelig skal løsnes.

Vi arbejder i forvejen med forskellige metoder til at undgå bæltefiksering. Dette gælder også frivillig fiksering.”

*Jeg har noteret mig det oplyste. Jeg beder afdelingen om at oplyse nærmere om de nævnte metoder til at undgå bæltefiksering.*

Jeg bad ledelsen om at redegøre for afdelingens praksis med hensyn til tilkaldelse af læger i forbindelse med tvangsfiksering med bælte, jf. psykiatrilovens § 15, stk. 3, 2. punktum, herunder hvor lang tid det efter ledelsens opfattelse er acceptabelt og forsvarligt at der går fra tvangsindgrebets påbegyndelse og til lægen kommer til stede.

Afdelingen har herom oplyst følgende:

”...

På Hvidovre Hospital, psykiatrisk afdeling, lægger vi vægt på, at lægen tilkaldes umiddelbart, og at personalet kun i helt særlige situationer må foretage en fiksering forud for lægens ankomst. Der er kun en læge i vagt på hverdage fra kl. 20.00 til næste morgen kl. 08.00 og i weekenden efter kl. 17.00 til kl. 09.00. I disse tidsrum kan det ske at lægen er optaget af en anden akut situation, og så må personalet handle i henhold til psykiatrilovens § 15, stk. 3.2.

Det er vanskeligt at angive en acceptabel tidsperiode. Det er ledelsens klare opfattelse, at lægen skal komme til stede, så snart det overhovedet er muligt. Såfremt det ikke er muligt for den vagthavende læge at komme til stede inden for en overskuelig tidshorison, må den vagthavende læge overveje at tilkalde sin bagvagt. En bagvagt skal være til stede i afdelingen inden for 30 minutter.”

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

I to tilfælde – som var på samme skema – var begrundelsen for beslutning om fastholden angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende ”Urolig tilstand”. Det drejer sig om fastholden iværksat den 3. oktober 2004. De to tilfælde er noteret i henholdsvis den første og den sidste ”kasse” i dette skema. Der var imellem tidspunkterne for disse fastholdelser en fastholdelse som var begrundet med farlighed, men som oprindeligt havde været begrundet med urolig tilstand som var overstreget. Idet jeg henviste til betingelserne i psykiatriloven for hhv. fiksering og anvendelse af fysisk magt, måtte jeg konstatere at der i dette tilfælde var fejl i de anførte begrundelser vedrørende første og tredje fastholdelse. Jeg kunne på det foreliggende grundlag ikke konstatere om der var tale om forkerte afkrydsninger, eller om afdelingens (over)læger havde anvendt tvangsmidler uden for de i loven hjemlede tilfælde. Selv om der alene var tale om et enkeltstående tilfælde, bad jeg afdelingen om en udtalelse herom.

Afdelingen har i den anledning anført følgende:

”Vedrørende udfyldelse af tvangsprotokol dateret 03.10.04 fremgår det, at rubrikken ’urolig tilstand’ er slettet. I henhold til Lov om Frihedsberøvelse og anden Tvang i Psykiatrien er det ikke muligt at fastholde en patient på baggrund af en urolig tilstand. I aktuelle sag var patienten svært ukorrigerbar, indblandende og til ulempe for andre medpatienter. Patienten blev derfor ført tilbage til patientstuen. Patienten var svært urolig og omkringsfarende, derfor har den unge læge initialt udfyldt rubrikken ’urolig tilstand’, men har efterfølgende korrigeret. I første episode er der ikke korrigeret – det fremgår, at patienten er blevet fastholdt på grund af urolig tilstand. Dette er som beskrevet ikke korrekt. Det skyldes forulempelse af medpatienter. Vi skal beklage, at afdelingen ikke har været opmærksom på, at der i det ene tilfælde er krydset af i en forkert rubrik, men, som beskrevet tidligere, gennemgås alle tvangsepisoder, og vi har fundet indikationen i orden, men har ikke været opmærksomme på, at der var afkrydset forkert.

Vi træner stort set dagligt de yngre læger i at forstå lovens intentioner og paragraffer. Ofte handler det om, at de yngre læger skal være mere præcise i deres beskrivelse af episoderne. Patienten har ikke ønsket at klage til patientklagenævnet, der er således ikke blevet foretaget en vurdering af hospitalets afgørelse i denne forbindelse. Afdelingsledelsen har vurderet, at indikationen for fastholdelse har været i henhold til lovens ordlyd.”

*Med den bemærkning at urolig tilstand heller ikke er korrigeret ved den tredje fastholdelse, har jeg noteret mig det oplyste, herunder afdelingens beklagelse af ikke at have været opmærksom på den forkerte afkrydsning i det ene tilfælde.*

*Det tilføjes at jeg ikke har taget stilling til selve beslutningerne om fastholdelse i det konkrete tilfælde, jf. det i kursiv anførte øverst på s. 49 i den endelige rapport, men alene har rejst spørgsmål om de angivne begrundelser for første og tredje fastholdelse. Jeg bemærker dog at jeg ikke har (haft) grundlag for at antage at betingelserne for fastholdelse ikke skulle have været opfyldt i sagen.*

#### **Ad punkt 6.4.**

#### **Beskyttelsesfiksering/-foranstaltning**

I det ene skema som jeg havde modtaget, var der i rubrikken vedrørende begrundelsen (for beslutningen om benyttelse af stofbælte eller lignende) anført: ”Kan ikke holde i.v. adgang. Pt. er uklar, motorisk urolig, rodende. I fare for at falde ud af sengen.” Rubrikken ”Situation” var ikke udfyldt. Det stod mig ikke

klart hvad der mentes med "Kan ikke holde i.v. adgang.", og jeg bad afdelingen om at oplyse dette.

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

Afdelingen har i den anledning anført følgende:

"I skemaet vedrørende beskyttelsesfiksering er rubrikken 'situation' ikke udfyldt. Det er efter afdelingsledelsens opfattelse en fejl, men det er korrekt forstået, at der kun kunne foretages beskyttelsesfiksering i de situationer, hvor patienten var uklar, motorisk urolig og rodende og i de situationer, der var risiko for, at patienten kunne falde ud af sengen.

Det fremgår ligeledes af skemaet, at patienten ikke kan holde iv-adgang (intravenøs adgang). Dette er en beskrivelse af, at patienten på grund af sin uro ikke kan få væske tilført intravenøst, det vil sige, at patienten er så urolig, at den Venflon, der skulle sikre intravenøs adgang, ikke kan opretholdes."

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

## **7. Opfølgning**

*Jeg afventer underretning mv. om nærmere angivne forhold og beder om at afdelingens svar sendes gennem Hovedstadens Sygehusfællesskab.*

## **8. Underretning**

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



Lennart Frandsen  
Inspektionschef