

Udskriftsdato: 2. januar 2026

ISP nr 2003.10251 (Gældende)

Opfølgning til inspektion af Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling F på Bispebjerg Hospital

Ministerium: Folketinget

Opfølgning / Opfølgning til

ISP nr 2003.1025

Opfølgning til inspektion af Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling F på Bispebjerg Hospital

Den 10. september 2003 afgav jeg min endelige rapport om min inspektion den 27. marts 2003 af Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling F på Bispebjerg Hospital.

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

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling F og hospitalsdirektionen på Bispebjerg Hospital har gennem Hovedstadens Sygehusfællesskab fremsendt hospitalets udtalelser af 3. november 2003 med bilag som jeg modtog med Hovedstadens Sygehusfællesskabs brev af 10. november 2003.

Jeg skal herefter udtale følgende:

Ad punkt 3.2.2. Åbent ungdomspsykiatrisk afsnit (F5)

I den endelige rapport om inspektionen er anført følgende om en sti ved afsnit F5:

”I forbindelse med inspektionen udtrykte afdelingens ledelse utilfredshed med at uvedkommende færdes på en flisebelagt sti som er anlagt langs den fløj af bygning 16 hvor det åbne ungdomspsykiatriske afsnit er placeret. Jeg besigtigede stien hvorfra der er nem adgang til at se ind gennem vinduerne på afsnittet, blandt andet ind på nogle af patienternes værelser. Selv når gardinerne er trukket for vinduerne, er det muligt at se personer i patientstuerne.

Stien er anlagt i halvdelen af fløjens længde. Ledelsen oplyste at forbipasserende lige så vel kan færdes ad andre veje, og at stien dermed ikke er nødvendig. Afdelingen har søgt om at stien fjernes, og at der i stedet etableres blomsterkummer e.l. på det nu flisebelagte areal.

Jeg er enig med afdelingen i at det er utilfredsstillende at forbipasserende kan kigge ind i patientstuerne på ganske tæt hold.

Jeg beder Hovedstadens Sygehusfællesskab om underretning om hvad ansøgningen om at nedlægge stien giver anledning til. ”

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har ved brev af 3. november 2003 udtalt følgende herom:

”Sagen er atter drøftet med chefen for hospitalets driftsafdeling. Problemet vil så vidt muligt blive løst inden vinteren. Der henvises til hospitalsdirektionens skrivelse. ”

Hospitalsledelsen har ved brev af 3. november 2003 udtalt følgende:

”Det er mellem Driftsafdelingen og afdelingsledelsen aftalt, at ca. 1 m af stiforløbet afkortes ved indgang 16 B og C. Efterfølgende etableres et busket fra bygningens facade og ud til fortovet, samtidig med at der etableres et fodhegn.

Denne forbedring søges så vidt muligt gennemført inden vinteren. ”

Hovedstadens Sygehusfællesskab har ved brev af 10. november 2003 generelt henholdt sig til hospitalets udtalelser.

Jeg går ud fra at det oplyste indebærer at det ikke længere fra stien er muligt umiddelbart at se ind til patienterne gennem vinduerne. Jeg foretager på denne baggrund ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

Ad punkt 5.1. Overbelægning

I den endelige rapport om inspektionen er anført følgende:

”Afdelingen har aktuelt 28 døgnpladser og 32 dagpladser. Som det fremgår ovenfor, er alle døgnpladser fordelt på eneværelser, dog således at to døgnindlagte på afsnit F2 i dagtimerne deler værelse med to dagpatienter, jf. punkt 3.2.4.

Afdelingen har almindeligvis ikke problemer med overbelægning. Afdelingen har imidlertid med afdelingens egne ord ’meget lange ventelister’ for børn og unge som afventer undersøgelse og/eller behandling. Afdelingen oplyste at udskrivninger i visse tilfælde sker tidligere end ønsket fordi ’endnu mere trængende’ børn og unge står på ventelisten, jf. nedenfor pkt. 5.11.

Det er naturligvis beklageligt at børn og unge som henhører under afdelingen, og som har behov for undersøgelse og/eller behandling, må stå på venteliste gennem længere tid. Jeg beder afdelingen om en oversigt over den aktuelle venteliste, herunder med angivelse af den gennemsnitlige ventetid. Jeg beder om Hovedstadens Sygehusfællesskabs bemærkninger hertil og om de bemærkninger som ventelisteproblemet inden for sygehusfællesskabets område i øvrigt måtte give anledning til. ”

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har ved brev af 3. november 2003 udtalt følgende herom:

”Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling sender hvert kvartal tværsnitsundersøgelse af den aktuelle ventetid til H:S Direktionen. Opgørelsen omfatter kun aktivt ventende patienter – det vil sige patienter, der er klar til at starte undersøgelse og behandling med det samme. Disse patienter venter således kun på grund af kapacitetsproblemer på afdelingen. Den sidste opgørelse viser, at 218 børn og unge stod på venteliste d. 28.8.03. Ventetiderne fordelte sig, så 155 ventede på 1. samtale (gennemsnitlig ventetid: 103 dage), 10 ventede på dagindlæggelse (gennemsnitlig ventetid 72 dage) og 3 ventede på heldøgnsindlæggelse (gennemsnitlig ventetid 43 dage). En opgørelse af den faktiske ventetid for de 428 børn og unge, der er startet behandling i perioden 1.1.2003 - 15.10.03 viser, at den gennemsnitlige ventetid på 1. samtale var 79 dage. Afdelingen prioriterer aktivt henviste børn og unge, så nogle efter en faglig vurdering kommer til i løbet af få dage, mens andre må vente flere måneder. Afdelingen har desuden tilbud om akut vurdering af børn og unge døgnet rundt efter lægehenvvisning.

Der er – som det bl.a. fremgår af ’Børne- og ungdomspsykiatri – den fremtidige tilrettelæggelse’ (Sundhedsstyrelsen 2001) og ’Udredning af tilbuddene til psykisk svage børn og unge i undervisnings- og socialsektoren og samspillet med sundhedssektorens tilbud’ (Sundhedsministeriet m.fl. 2001) ventetid på børne- og ungdomspsykiatrisk undersøgelse og behandling over hele landet.

Afdelingen har fra d. 1.9.02 – som landets øvrige børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger – fået tilført puljemidler fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet til meraktivitet med henblik på nedbringelse af ventelister.

Der henvises i øvrigt til kommentarer fra Hovedstadens Sygehusfællesskab. ”

Hovedstadens Sygehusfællesskab har ved brev af 10. november 2003 til supplement vedlagt indberetning af 22. september 2003 af tværsnitsundersøgelse vedrørende ventetider på Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling F, Bispebjerg Hospital, den 28. august 2003. Hovedstadens Sygehusfællesskab har ikke fremsat yderligere kommentarer hertil.

Jeg kan ikke vurdere hvilke eventuelle konsekvenser de lange ventelister og for nogle børn og unge meget lange ventetider kan have for de pågældende børn og unge. Jeg må forstå det oplyste således at børn og unge med kendte, påtrængende behandlingskrævende lidelser og behov for behandling prioriteres forud for andre, og at det nævnte tilbud om akut vurdering af børn og unge døgnet rundt efter lægehenvvisning indebærer at sådanne behov i almindelighed kan afdækkes hurtigt. Jeg må trods dette fastholde at jeg

finder det beklageligt at børn og unge som henhører under afdelingen, og som har behov for undersøgelse og/eller behandling, må stå på venteliste gennem længere tid. Min kritik gælder såvel afdelingen som Hovedstadens Sygehusfællesskab som den overordnede ansvarlige myndighed.

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

I den endelige rapport om inspektionen er anført følgende:

”Afdelingen opererer normalt ikke med skærmning i form af særlige fysiske indretninger på afdelingens afsnit. I et enkelt tilfælde, på afsnit F2, har afdelingen dog midlertidigt etableret et særligt aflukke til en indlagt 9-årig psykotisk og svært udadreagerende pige der har brug for skærmning for at falde til ro. Jeg henviser i øvrigt til beskrivelsen af forholdene under punkt 3.2.4.

Det blev oplyst af ledelsen at pigen ikke behandles med tvang efter psykiatrilovens bestemmelser. Pigen er blevet fastholdt i forbindelse med såvel psykiatrisk som somatisk behandling.

Afdelingen beslutter undertiden at en patient skal være under observation eller tæt observation (fast vagt). Der findes nedskrevne regler herom.

Indgreb i den personlige frihed eller andre foranstaltninger der griber ind i psykiatriske patienters integritet uden for det lovregulerede område, er for tiden genstand for overvejelser hos Folketingets Ombudsmand. Spørgsmålet om blandt andet skærmning vil blive taget op med de relevante myndigheder. I relation til min inspektion af Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling F på Bispebjerg Hospital foretager jeg på det foreliggende grundlag ikke noget vedrørende spørgsmålet.

Jeg beder dog afdelingen om en nærmere redegørelse for omstændighederne i forbindelse med den omtalte etablering af et aflukke til en svært udadreagerende pige. Jeg beder herunder afdelingen om at redegøre nærmere for baggrunden for etableringen af aflukket og hvorvidt aflukket har været aflåst således at patienten ikke frit kunne forlade det, mv.

Jeg beder desuden om kopi af de nævnte skrevne regler. ”

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har ved brev af 3. november 2003 udtalt følgende herom:

”Den ansvarlige overlæge oplyser:

Der var tale om en patient med et helt exceptionelt sygdomsforløb, som vi meget sjældent ser i afdelingen. Hun var på indlæggelsestidpunktet 9 år og havde gennem flere år haft problemer med overaktivitet, hidsighedsanfald og sanseintetrationsforstyrrelser – formentlig med baggrund i medfødte hjerneforandringer. Nogle måneder før indlæggelsen blev pigen tiltagende psykotisk, aggressiv og impulsiv. Ved indlæggelsen var hun helt ude af stand til at tage vare på sig selv. Hun var selvskadende, idet hun kastede sig ind i væggene, bed sig selv etc. Samtidig var hun til fare for andre, idet hun kastede med ting og slog og bed andre, når de nærmede sig. Pigen var forpint af hallucinationer og ekstremt følsom for stimuli udefra.

Hun viste sig meget vanskelig at behandle med medicin, da hun meget let udviklede bivirkninger.

På den baggrund blev hun skærmet i sit værelse sammen med 1-2 medarbejdere. Det blev imidlertid hurtigt klart, at hun havde brug for større fysisk afstand til mennesker omkring sig. Det blev derfor besluttet ad hoc at etablere en midlertidig, større skærmningsenhed.

Denne blev skabt ved opsætning af en væg på tværs af afsnittets gang. Derved blev den ene ende af gangen afskærmet med en dør i hver ende. I enheden var der to værelser, et toilet og et lille gangareal. Det ene værelse blev brugt til værelse/ soverum, det andet blev kun brugt, når der skulle gives medicin med

sprøjte, og var ellers aflåst. Der var hele tiden to personalemedlemmer til stede i den skærmede enhed. De skulle igangsætte beroligende aktiviteter, beskytte pigen mod egne impulser og hjælpe med almindelig omsorg som f.eks. påklædning, spisning etc. Pigen foretrak det meste af tiden at opholde sig på sit værelse med den ene medarbejder, mens den anden var ude på gangen i den skærmede enhed.

Afskærmningen havde tre formål:

At beskytte pigen mod for mange stimuli.

At beskytte pigen mod selvdestruktivitet.

At beskytte andre børn mod aggressive handlinger fra hendes side.

I starten var døren altid låst, så pigen ikke umiddelbart kunne forlade det skærmede område. Der blev imidlertid låst op for hende, hvis hun ønskede det. Så snart pigen havde det lidt bedre, blev døren åbnet i perioder af tiltagende længde, så hun lettere – når hun ønskede det – kunne være sammen med de andre børn. Hun foretrak dog det meste af indlæggelsen efter kort tid blandt disse at vende tilbage til den skærmede enhed.

Den behandlingsansvarlige overlæge oplyser, at skærmningen skete efter aftale med forældremyndighedens indehaver i henhold til forældremyndighedsloven. Baggrunden var pigens udtalte behov for at blive beskyttet, hendes unge alder og umodenhed og hendes fars fulde accept.

Pigen opfyldte samtidig kriterierne for behandling i henhold til psykiatriloven, så skærmningen kunne – hvis hun havde protesteret mod den – være etableret i henhold til denne lov.

Pigens tilstand bedredes markant i løbet af indlæggelsen, bl.a. i forbindelse med indstilling af behandling med medicin mod psykose. Da ombudsmandens inspektionschef var på besøg var pigen således velbefindende og legede med de andre børn i bygningens lukkede gård. Hun blev kort efter udskrevet til behandlingshjem.

I beslutninger, der vedrører gråzoneområdet mellem forskellige love, træffer den ansvarlige overlæge som beskrevet i nærværende rapport fra ombudsmanden beslutning på baggrund af et skøn over, hvad der forekommer mest meningsfuldt og samtidig sikrer barnets/den unges rettigheder bedst muligt. ”

Hovedstadens Sygehusfællesskab har ved brev af 10. november 2003 generelt henholdt sig til hospitalets udtalelser.

Ved lov nr. 377 af 6. juni 2002 om ændring af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien er der i § 18a og 18b gennemført en særlig hjemmel til aflåsning af patientstuer i særlige tilfælde over for patienter der er anbragt i Sikringsafdelingen under Psykiatrisk Center, Sygehus Sjælland.

Der er således på den ene side hjemmel til at foretage aflåsning af en afdelings yderdøre, og på den anden side utvivlsomt et forbud mod aflåsning af dørene til patienters stuer (bortset fra de særlige tilfælde på sikringsafdelingen).

Psykiatriloven eller administrativt fastsatte bestemmelser fastsat i henhold til psykiatriloven indeholder ikke en nærmere angivelse af størrelsesmæssige krav til en afdeling. Jeg går imidlertid ud fra at der med begrebet ”afdeling” i psykiatriloven sigtes til en almindelig afdeling af normal størrelse med ”yderdøre” og med i hvert fald et tocifret antal patientværelser med et dertil knyttet afdelingspersonale. Der kan herefter rejses spørgsmål om hvorvidt det er i overensstemmelse med psykiatriloven at oprette en (meget) lille (sær)afdeling til en patient som alene indeholder to værelser (hvoraf et normalt er aflåst), et toilet og et lille gangareal, og som i en periode er aflåst af hensyn til patienten.

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

Jeg er opmærksom på at det her rejste spørgsmål også kan rejses for så vidt angår etablering af såkaldt skærmede afsnit på en afdeling hvor skærmningen består i at der fysisk indrettes et mindre, aflåst område for ganske få patienter.

Som bekendt skal der efter psykiatrilovens § 46 fremsættes forslag til revision af psykiatriloven i folketingsåret 2005-6. Jeg har ikke fundet at burde udtale nogen endelig opfattelse af det her rejste spørgsmål, og jeg har således heller ikke fundet fuldt tilstrækkelig grundlag for at udtale kritik af den ordning der har været praktiseret på afsnit F2 på Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling F på Bispebjerg Hospital. Jeg har herunder også lagt vægt på det oplyste om at døren til det særlige aflukke blev låst op for patienten hvis hun ønskede det, samt på patientens alder og at den beskrevne foranstaltning skete i overensstemmelse med forældremyndighedens indehaver. Endelig har jeg lagt vægt på at foranstaltningen – som var midlertidig – er ophørt.

Jeg har imidlertid sendt Indenrigs- og Sundhedsministeriet et eksemplar af den endelige rapport af 10. september 2003 vedrørende inspektion af børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling og af denne opfølgingsrapport med henblik på at det rejste spørgsmål kan indgå i ministeriets overvejelser i forbindelse med udarbejdelsen af forslaget til revision af psykiatriloven.

Om de nævnte skrevne regler har børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling oplyst følgende:

”Der henvises til vedlagte instruks ’Retningslinier for ordination og brug af faste vagter på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling F’, dateret 12.6.02. (Bilag 1). Når denne kombineres med afdelingens instrukser vedr. informeret samtykke til undersøgelse og behandling og undersøgelses- og behandlingsplaner sikres, at patienterne også oplyses om baggrunden for ordination af fast vagt og accepterer nødvendigheden heraf. I andre tilfælde henvises til instruks vedr. tvangsforanstaltninger i henhold til psykiatriloven. Instruksen er under revision aktuelt, bl.a. som følge af diskussionerne efter besøget fra ombudsmanden.”

Den nævnte instruks indeholder blandt andet angivelse af at det sammen med ansvarshavende sygeplejerske vurderes hvor stort et område patienter med fast vagt (fodfølge) må bevæge sig rundt på. Jeg går ud fra at sådanne restriktioner i patienternes bevægelsesfrihed altid sker i overensstemmelse med psykiatriloven, jf. ovenfor om indespærring på stuerne.

Jeg beder om at modtage en genpart af den reviderede instruks når den foreligger.

Ad punkt 5.3. Adgang til frisk luft

I den endelige rapport om inspektionen er anført følgende:

”Patienterne på det lukkede afsnit har adgang til frisk luft i afsnittets egen sikrede have. Jeg forstod på ledelsen at der er adgang til haven hver dag.

Haven som ligger i forbindelse med det lukkede afsnit, giver patienterne adgang til frisk luft, men kun i begrænset omfang mulighed for gåture. Jeg beder afdelingen om nærmere at oplyse i hvilket omfang der gives patienter på det aflåste afsnit mulighed for at komme på tur uden for haven.”

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har ved brev af 3. november 2003 udtalt følgende herom:

”Patienterne på det lukkede afsnit kan få frisk luft i den lukkede gårdhave dagligt – ofte flere gange om dagen. Desuden tilbydes alle patienter, der er i stand til det, dagligt fælles gåtur med afsnittets lærer og miljøpersonale. Der er individuelle ture for patienterne og deres kontaktpersoner. Desuden er der – for de patienter, der magter at deltage – ture ud af huset til planlagte aktiviteter – f.eks. svømmehal om onsdagen og ture på cafe eller i zoologisk have.

Patienterne på det lukkede afsnit har – så snart, det er forsvarligt – mulighed for at tage på ture med pårørende eller alene.

Det fremgår af undersøgelses- og behandlingsplanen samt de løbende notater i journalen, i hvor stort omfang og under hvilke betingelser, den enkelte patient kan forlade afsnittet. Patienter og pårørende er til enhver tid informeret herom. ”

Hovedstadens Sygehusfællesskab har ved brev af 10. november 2003 generelt henholdt sig til hospitalets udtalelser.

Jeg har noteret mig det oplyste og foretager ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

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

I den endelige rapport om inspektionen er anført følgende:

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

Jeg beder afdelingen oplyse hvorledes denne vejledning finder sted. ”

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har ved brev af 3. november 2003 udtalt følgende herom:

”Vejledning i henhold til psykiatrilovens § 3 stk. 2 ved planlagte indlæggelser finder sted ved orienterende samtale før indlæggelsen og ved akutte indlæggelser i forbindelse med selve indlæggelsen. Det sikres, at både patient og forældre inddrages og orienteres. For alle patienter udarbejdes en undersøgelses- og behandlingsplan. For dag- og døgnindlagte patienter sker dette inden 1 uge. Patienter og forældre orienteres om undersøgelses- og behandlingsplanen og kommenterer den. Kommentarerne anføres i journalen. (Se kopi af instruks – bilag 2).

I forbindelse med indlæggelsen revideres undersøgelses- og behandlingsplanen løbende og på det lukkede afsnit mindst en gang om ugen.

På det lukkede afsnit orienteres og inddrages patienterne ved lægesamtaler mindst to gange om ugen. Til stede ved samtalerne er altid et miljøpersonalemedlem, som kan følge op på samtalen og forklare patienten, hvis denne ikke har forstået, hvad der blev sagt. Desuden orienteres forældrene mindst en gang om ugen telefonisk og ved samtale mindst en gang hver anden uge. ”

Hovedstadens Sygehusfællesskab har ved brev af 10. november 2003 generelt henholdt sig til hospitalets udtalelser.

Jeg har noteret mig det oplyste og foretager ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

Ad punkt 5.7. Besøg, visitation, skriftlige interne regler mv.

I den endelige rapport om inspektionen er anført følgende:

”Besøg afvikles normalt på værelserne. Der er ikke indrettet særlige lokaler til besøg. De enkelte afsnit har forskellige besøgstider som bl.a. er gengivet i pjecer der udleveres om hvert afsnit.

Besøgsforbud for enkeltpersoner kan besluttet konkret. Der er ikke udarbejdet skrevne regler herom, men adgangen til besøg er omtalt i pjecer om de enkelte afsnit som afdelingen udleverer. I pjecen 'Nyttige oplysninger om Afsnit F6' er således f.eks. angivet at pårørende og andre gæster kan blive afvist af sikkerhedsmæssige grunde. I pjecen 'Nyttige oplysninger om Afsnit F5' er anført at personalet har ret til at afvise gæster som de skønner vil virke forstyrrende på afdelingens miljø og patienter.

Ledelsen oplyste at beslutning om at afvise en besøgende træffes konkret. Afgørelsen herom træffes som udgangspunkt på et behandlingsmøde med deltagelse af den ansvarlige overlæge og afdelingssygeplejersken. I deres fravær kan beslutning herom træffes af andet ansvarligt personale.

Jeg henviser for så vidt angår besøgsbegrænsninger i øvrigt til punkt 5.23.

Der sker ikke i almindelighed visitation af besøgende eller af breve og pakker til patienterne. Ledelsen oplyste at det på afdelingen kan bestemmes at pakker og breve åbnes i personalets påsyn ved konkret mistanke om at de kan indeholde stoffer.

Af pjecen 'Nyttige oplysninger om Afsnit F6' fremgår at patienterne altid vil blive visiteret når de har været uden for afdelingen alene.

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

For at institutioner som Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling F på Bispebjerg Hospital kan fungere, er det nødvendigt for den daglige drift at have en række regler og ordninger for hvordan dagliglivet i afdelingen kan forløbe hensigtsmæssigt. Retsgrundlaget herfor er ikke en formel lov, men den såkaldte anstaltsanordning.

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

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

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

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

Jeg beder desuden afdelingen om oplysning om baggrunden for at patienter på afdeling F6 altid visiteres efter at have været ude alene. ”

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har ved brev af 3. november 2003 udtalt følgende herom:

”Afdelingen følger med i den væsentlige løbende debat om gråzoneområdet mellem husregler og tvangsforanstaltninger, drøfter forholdene med de voksenpsykiatriske afdelinger i H:S og vil efter ombudsmandens besøg være opmærksom på fremover i højere grad at udarbejde skriftlige regler for indskrænkninger

i den personlige frihed med angivelse af, hvem der har kompetence til at træffe afgørelse om indgreb/begrænsninger og hvornår beslutninger herom skal revurderes. Arbejdet hermed er påbegyndt, men på grund af travlhed ikke afsluttet.

Afdelingen deltager i en arbejdsgruppe under et Sundhedsfagligt Råd for Psykiatri i Hovedstadens Sygehusfællesskab vedr. fysisk tvang, herunder fikseringer og udendørsophold. Denne arbejdsgruppe har til opgave at analysere problemstillingen vedr. fysisk tvang og mulighed for udendørs ophold og udarbejde retningslinier for brugen af skærmning. ”

Hovedstadens Sygehusfællesskab har ved brev af 10. november 2003 supplerende oplyst følgende:

”Til supplement af besvarelsen af spørgsmålene om besøg, visitation, skriftlige interne regler mv. (side 27) kan H:S Direktionen oplyse, at H:S Sundhedsfaglige Råd for Psykiatri har nedsat en arbejdsgruppe som følge af den foreløbige rapport fra Den Europæiske Komité til forebyggelse af Tortur mv. (CPT).

Arbejdsgruppens kommissorium er på baggrund af rapporten:

- at analysere problemstillingen vedrørende anvendelse af fysisk tvang nærmere og at komme med indikatorer og om muligt mindstemål for anvendelse af tvangsfikseringer og varigheden af disse
- at analysere problemstillingen vedrørende muligheden for mindst en times udendørsophold nærmere og at komme med forslag til løsninger af behovet for en times daglig udendørsophold – under de givne bygningsmæssige betingelser.

Arbejdsgruppen har ikke afsluttet sin opgave. ”

Jeg har noteret mig det oplyste om at afdelingen fremover i højere grad vil udarbejde skriftlige regler for indskrænkninger i den personlige frihed. Jeg beder om til orientering at modtage kopier af de skriftlige regler som måtte være udarbejdet på nuværende tidspunkt.

Om baggrunden for at patienter på afdeling F6 altid visiteres efter at have været ude alene, har børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling udtalt følgende:

”Det forekommer jævnligt, at patienter på det lukkede afsnit forsøger at bringe farlige genstande (barberblade eller knive) eller euforiserende stoffer ind i afsnittet. Det er baggrunden for, at miljøpersonalet visiterer patienterne, hver gang de har været ude af afsnittet alene. Formålet er at bevare et sikkert og stoffrit miljø i afsnittet og forebygge selvmord, selvbeskadigelse og farlig vold mod personale eller andre patienter. ”

Visitation af patienters person kan være et byrdefuldt indgreb i patienternes integritet. Hjemmel hertil kan på en psykiatrisk afdeling efter omstændighederne findes i anstaltsanordningen, men navnlig når der er tale om rutinemæssig visitation af alle patienter der har været ude af afsnittet alene, kan der være grund til at præcisere og nedfælde reglerne herfor. Jeg går ud fra at afdelingen også overvejer at udfærdige skriftlige regler om visitering af patienter i overensstemmelse med det ovenfor anførte. Jeg foretager på denne baggrund ikke yderligere på det foreliggende grundlag.

Jeg henviser til inspiration til de regler der gælder for indsatte og varetagtsarrestanter i lov om fuldbyrdelse af straf mv. § 60 og i bekendtgørelse nr. 380 af 17. maj 2001 om undersøgelse af indsatte person og opholdsrum i kriminalforsorgens institutioner samt den tilhørende vejledning nr. 85 af 16. maj 2001.

Ad punkt 5.8. Adgang til telefoning

I den endelige rapport om inspektionen er anført følgende:

”Der er mønttelefoner på afsnittene. Adgangen til at telefonere er fastsat særskilt for hvert enkelt afsnit. På det lukkede afsnit F6 er f.eks. fastsat telefontid til perioderne mellem 13.00 og 16.00, 16.40 og 17.40 samt mellem 19.00 og 21.00. Tidspunkterne gælder for patienternes telefonopkald ud af huset og for andres telefonopkald til patienterne. Uden for de nævnte tidspunkter kan der laves aftaler med personalet om telefonering.

På afsnit F5 er det tilladt at medbringe mobiltelefoner, men disse må kun benyttes efter aftale med personalet.

På afsnit F2 må mobiltelefoner ikke medbringes.

Jeg er bekendt med at man på nogle (voksen)psykiatriske afdelinger i visse situationer fastsætter begrænsninger i patienters adgang til telefonering af behandlingsmæssige årsager. Jeg beder afdelingen oplyse om sådanne individuelle begrænsninger fastsættes for afdelingens patienter. Jeg beder i givet fald om oplysning om hvad der kan udgøre grundlaget herfor. Jeg henviser i øvrigt til pkt. 5.7. om skriftlige interne regler. ”

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har ved brev af 3. november 2003 udtalt følgende herom:

”Afdelingen følger H:S retningslinier vedr. brug af telefon (Bilag 3). Der gøres jf. disse individuelle undtagelser af hensyn til undersøgelse og behandling.

Baggrunden for indskrænkning kan være, at barnet/ den unge ikke kan koncentrere sig om undersøgelse og behandling/miljøterapi, hvis der hele tiden er mulighed for at telefonere.

Baggrunden kan også være et ønske om at skåne både patient og familie. Psykotiske eller svært affektprægede patienter kan f.eks. ringe 30 gange hjem til familien i løbet af dagen for at chikanere. De kan også ringe og råbe højt med skældsord eller truende udtryk. Det kan være en stor belastning for familien. Når tilstanden er bedre, kan patienterne selv være kede af at have handlet på denne måde.

Baggrunden for indskrænkning af telefonering kan også være, at patienter med misbrugsproblemer søger at skaffe sig euforiserende stoffer pr. telefon.

Patient og familie forklares altid årsag til indskrænkningen. Denne noteres i undersøgelses- og behandlingsplanen eller de løbende journalnotater.

I forbindelse med en planlagt brugerevalueringsundersøgelse på afdelingen vil det bl.a. blive undersøgt, om patienterne er klar over, hvorfor der nogle gange sker indskrænkninger i muligheden for at telefonere. ”

I de nævnte retningslinjer vedrørende brug af mobiltelefon (Instruks vedr. H:S regler for brug af mobiltelefon) er anført følgende:

”Inden for H:S gælder følgende regler for brug af mobiltelefon på de psykiatriske afdelinger:

1. Patienter har adgang til at medbringe deres egen mobiltelefon og at benytte denne i det omfang, det er foreneligt med hensynet til tekniske installationer o.l. på hospitalet. Sådanne installationer kan være den psykiatriske afdelings eget alarmsystem eller medikoteknisk udstyr på nærtliggende somatiske afdelinger, hvis funktion forstyrres med heraf følgende helbredsrisici.

2. Adgangen til at bruge mobiltelefonen kan over for patienten begrænses eller for en periode ophæves, hvis benyttelsen er til skade for patientens helbredstilstand. Endvidere kan afdelingen gribe ind i tilfælde,

hvor benyttelsen medfører væsentlig ulempe for andre, herunder medpatienter. Patienterne kan altid henvises til at benytte mobiltelefoner uden for fælles opholdsrum o.l.

3. På børne- og ungdomspsykiatrisk afsnit kan brugen af mobiltelefon foruden i de tilfælde, der nævnes i pkt. 2, begrænses til et rimeligt omfang, så vidt muligt i samarbejde med forældremyndighedens indehaver.

4. For retspsykiatriske patienter og andre patienter indlagt i henhold til rettens kendelse kan brug af mobiltelefon, ligesom andre former for telefonering, begrænses eller ophæves i det omfang, det er nødvendigt for at tilgodese rettens vilkår for indlæggelsen.

5. For patienter, der ikke ønsker eller har mulighed for at medbringe egen mobiltelefon, tilvejebringer hospitalet i rimeligt omfang faciliteter til, at patienterne uforstyrret kan ringe op eller modtage telefonopkald. For denne brug af telefon kan opkræves betaling af patienten. Også for denne brug af telefon kan afdelingen om nødvendigt fastsætte de begrænsninger, der nævnes i pkt. 2 ovenfor. ”

Hovedstadens Sygehusfællesskab har ved brev af 10. november 2003 generelt henholdt sig til hospitalets udtalelser.

Jeg har noteret mig det oplyste og foretager ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

Ad punkt 5.11. Udskrivning/udslusning samt udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

I den endelige rapport om inspektionen er anført følgende:

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

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

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

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

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har ved brev af 3. november 2003 udtalt følgende herom:

”Afdelingen har i langt de fleste sager et godt samarbejde med barnet/den unge og forældrene. Hvis der er brug for behandling eller sociale tilbud, som er nødvendige for patienternes helbred, holdes for det meste netværksmøde med familie og professionelle samarbejdspartnere inden udskrivelse. Der udarbejdes desuden ofte efter aftale med barnet/den unge og forældrene en erklæring, som ligeledes efter aftale sendes til relevante instanser.

I de tilfælde, hvor det må antages, at patienten ikke vil søge den behandling eller de sociale tilbud, der er nødvendig for patientens helbred indgås en udskrivningsaftale eller koordinationsplan, jf. den relevante lovgivning.

Hvor det er relevant, bringes Servicelovens § om underretningspligt ligeledes til anvendelse. ”

Hovedstadens Sygehusfællesskab har ved brev af 10. november 2003 generelt henholdt sig til hospitalets udtalelser.

Jeg har noteret mig det oplyste og foretager ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

Ad punkt 5.15. Handicaptilgængelighed

I den endelige rapport om inspektionen er anført følgende:

”I afdelingens nye byggeri er der efter ledelsens opfattelse ingen problemer med handicaptilgængeligheden. Den gamle del af bygningsmassen er derimod ikke handicapegnet overalt. Dog er der for nylig opført et elevatortårn ved Welanderbygningen som forbedrer handicaptilgængeligheden til denne bygning. Ledelsen oplyser at det er muligt for handicappede at komme på toilettet i alle tre bygninger, men der er kun etableret egentligt handicaptoilet i bygning 16.

Ledelsen tilkendegav at afdelingen har behov for en rampe ved skoleområdet som ikke er tilgængeligt for kørestolsbrugere.

Som det fremgår under punkt 3.2., har ledelsen fået afslag på en ansøgning om etablering af en rampe ved bygning 17 som kan lette adgangen til bygningen for kørestolsbrugere.

Den overordnede handicaptilgængelighed på afdelingen giver mig ikke anledning til bemærkninger. Jeg beder dog afdelingen om at oplyse om eventuelle planer for etablering af en rampe ved skoleområdet. Jeg beder om Hovedstadens Sygehusfællesskabs bemærkninger hertil.

Jeg beder desuden Hovedstadens Sygehusfællesskab om en udtalelse om muligheden for at etablere en rampe ved bygning 17. ”

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har ved brev af 3. november 2003 udtalt følgende herom:

”Afdelingen har søgt om en rampe til bygning 17 (afsnit for skolebørn og anoreksipatienter), idet adgangen for kørestolsbrugere under de nuværende forhold er besværlig. Disse kan ikke bruge hovedindgangen til bygningen, men har adgang via en dør i bygningens modsatte ende. Det er meget sjældent, at afsnittet har kørestolsbrugere indlagt eller behov for at give besøgende kørestolsbrugere adgang. Det sker erfaringsmæssigt med flere års mellemrum.

Dette er baggrunden for, at hospitalet – i forståelse med børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling – har prioriteret andre bygningsændringer på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling – som f.eks. udvidelse af det lukkede ungdomspsykiatriske afsnit – højere end etablering af denne rampe.

Der henvises i øvrigt til hospitalsdirektionens skrivelse.

I rapporten er omtalt en rampe til skoleområdet. Ved første gennemlæsning har vi opfattet beskrivelsen sådan, at det var skolebørnsafsnittet, der var tale om. For en sikkerheds skyld skal det bemærkes, at der ikke er problemer med adgang for kørestolsbrugere til skolen, idet disse kan anvende indgang 16 C. ”

Hospitalsdirektionen har i brev af 3. november 2003 oplyst følgende:

”Hospitalsdirektionen har bemærket sig, at behovet for en rampe til bygning 17 kun yderst sjældent er til stede, og at tilfredsstillende adgang i påkommende tilfælde forefindes i bygningens modsatte ende.

I lyset af mange, mere påtrængende ønsker om bygningsforbedringer på Bispebjerg Hospital planlægger hospitalsdirektionen således ikke at afsætte midler til etablering af en rampe. ”

Hovedstadens Sygehusfællesskab har ved brev af 10. november 2003 generelt henholdt sig til hospitalets udtalelser.

Under henvisning til afdelingens egne tilkendegivelser vedrørende behovet for en rampe ved bygning 17 og prioriteringen af bygningsændringer i øvrigt foretager jeg ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål.

Ad punkt 5.16. Patientmøder

I den endelige rapport om inspektionen er anført følgende:

”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.

Afdelingen har ikke noget patientråd, men der afholdes ugentlige patientmøder på de ungdomspsykiatriske afsnit og på skolebørnsafsnittet (F2) vedrørende forholdene på afsnittene. Der tages referat af disse møder.

Derudover oplyste ledelsen at afdelingen ikke har været opmærksom på at organisere patientråd/patientmøder.

Jeg går ud fra at afdelingen vil organisere patientråd og/eller patientmøder i overensstemmelse med bekendtgørelsen. Jeg beder afdelingen oplyse nærmere herom. ”

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har ved brev af 3. november 2003 udtalt følgende herom:

”Der afholdes hvert kvartal patientmøder på det lukkede ungdomspsykiatriske afsnit i henhold til den omtalte betænkning [jeg går ud fra at der skulle have stået bekendtgørelse; min bemærkning]. Afdelingsledelsen var ikke vidende om dette forhold, da udkast til ombudsmandens rapport blev fremsendt med henblik på bemærkninger vedr. faktuelle forhold. Dette beklages.

Afdelingsledelsen har i øvrigt taget initiativ til, at bekendtgørelsens bestemmelser – tilpasset børne- og ungdomsgrupperne – efterleves også på de øvrige afsnit i forbindelse med de regelmæssige møder, der som beskrevet i rapporten allerede afholdes med de indlagte børn og unge. ”

Hovedstadens Sygehusfællesskab har ved brev af 10. november 2003 generelt henholdt sig til hospitalets udtalelser.

Jeg har noteret mig det oplyste og foretager ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

Ad punkt 5.21. Retspsykiatriske unge

I den endelige rapport om inspektionen er anført følgende:

”Der eksisterer aktuelt ingen indlæggelsestilbud i Østdanmark til retspsykiatriske unge. Det blev oplyst at det i ’Psykiatriplan 2003’ for Hovedstadens Sygehusfællesskab er angivet at der skal etableres en afdeling

for retspsykiatriske unge i Hovedstadens Sygehusfællesskab eller Københavns Amt. Beslutningen er endnu ikke sat i værk. I praksis placeres retspsykiatriske unge fra Hovedstadens Sygehusfællesskab derfor på voksenpsykiatriske afdelinger i Hovedstadens Sygehusfællesskab.

Jeg beder Hovedstadens Sygehusfællesskab oplyse nærmere om den nævnte beslutning om at oprette en afdeling til retspsykiatriske unge. Jeg beder herunder Hovedstadens Sygehusfællesskab om at oplyse hvornår beslutningen kan forventes iværksat. ”

Hovedstadens Sygehusfællesskab har ved brev af 10. november 2003 oplyst følgende:

”Vedrørende spørgsmålene i rapporten side 35 om retspsykiatriske patienter under 18 år kan H:S Direktionen oplyse, at der ikke i østdanmark for tiden findes et behandlingstilbud i sygehusregi specielt rettet mod unge retspsykiatriske patienter. En koordinationsgruppe vedrørende børne- og ungdomspsykiatri i østdanmark udfærdigede i 2001 en rapport om retspsykiatriske patienter under 18 år, som beskrev problematikken. Koordinationsgruppen fandt, at antallet af retspsykiatriske patienter under 18 år i østdanmark varierede mellem to og 11 i årene fra 1997 til 1999. Denne problematik er endvidere nævnt i H:S Psykiatriplan 2003.

Der har herefter været indledende drøftelser på direktionsniveau mellem H:S Direktionen og Københavns Amts Psykiatri- og Socialforvaltning, hvor seneste møde blev afholdt den 10. september 2003. En tværsnitsundersøgelse vedrørende retspsykiatrien i H:S har vist, at der på skæringsdagen den 19. maj 2003 ikke var retspsykiatriske patienter under 18 år. Undersøgelsen er efterfølgende blevet foretaget i resten af landet på initiativ af Amtsrådsforeningens kreds af psykiatricher. I samme regi foregår for tiden et arbejde med at analysere resultaterne.

Direktionerne for H:S og Københavns Amts Psykiatri- og Socialforvaltning har på denne baggrund besluttet foreløbig at afvente resultaterne af ovennævnte tværsnitsundersøgelse inden stillingtagen til oprettelse af en retspsykiatrisk enhed for unge under 18 år. ”

Jeg har noteret mig at antallet af retspsykiatriske patienter under 18 år i østdanmark varierede mellem to og 11 i årene fra 1997 til 1999, at der ikke pr. 19. maj 2003 var retspsykiatriske patienter under 18 år inden for H:S området, og at H:S foreløbig afventer resultaterne af den nævnte undersøgelse inden sygehusfællesskabet tager stilling til spørgsmålet om eventuel oprettelse af en retspsykiatrisk enhed for unge under 18 år. Jeg foretager ikke yderligere vedrørende spørgsmålet på det foreliggende grundlag.

Ad punkt 6. Gennemgang af tilførsler til tvangsprotokollen

I den endelige rapport om inspektionen er anført følgende:

”Efter fremsendelse af min foreløbige rapport om inspektionen til Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling F på Bispebjerg Hospital og Hovedstadens Sygehusfællesskab modtog jeg, som nævnt ovenfor, brev af 26. maj 2003 med hospitalets og sygehusfællesskabets bemærkninger. Med brevet fulgte mere læsevenlige kopier af en del af de skemaer som er gennemgået nedenfor. Nedenstående gennemgang er imidlertid baseret på de skemaer som blev udleveret i forbindelse med inspektionen, og der er således ikke foretaget ændringer i nedenstående gennemgang i forhold til den foreløbige rapport. Jeg beder hospitalet om at besvare de spørgsmål jeg har stillet med udgangspunkt i de mere læsevenlige skemaer. ”

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har ved brev af 3. november 2003 udtalt følgende:

”Som beskrevet i afdelingens bemærkninger til faktuelle oplysninger i den foreløbige rapport fra Folke-tingets Ombudsmands inspektion dateret d. 8.5.03 fik inspektionschefen i forbindelse med sit besøg udleveret kopier af de gennemslag, der hvert kvartal tilsendes embedslægeinstitutionen. Disse er efter hensigt fremstillet på en måde, så f.eks. navne på medvirkende personale ikke fremgår.

Afdelingens første besvarelse blev derfor vedlagt kopi af de originale – og mere læsevenlige – tilførsler til de tvangsprotokoller, der i rapporten er bemærkninger til. Disse er fundet frem fra de enkelte patientjournaler, hvor de opbevares.

Ombudsmanden har i sin rapport – som beskrevet – lagt de først tilsendte tilførsler til tvangsprotokoller til grund for sine bemærkninger.

Afdelingens sædvanlige procedure for kontrol af tilførsler til tvangsprotokoller er: Overlægerne checker i forbindelse med godkendelse af tvangsindgreb de enkelte tilførsler til tvangsprotokoller. Overlægerne anmodes hvert kvartal om at fremsende kopi af disse til afdelingsledelsens sekretær efter at have gennemgået dem for eventuelle fejl og mangler.

Afdelingsledelsens sekretær kontrollerer herefter de tilsendte papirer og foranlediger at eventuelt mangelfuldt udfyldte skemaer returneres til overlægerne med henblik på korrekt udfyldelse.

Afdelingsledelsen sender herefter alle tilførsler til tvangsprotokoller til embedslægeinstitutionen, hvor alt materiale gennemgås af en jurist og i tilfælde af fejl returneres til afdelingen med henblik på korrektion af disse. Reviderede skemaer returneres herefter til embedslægeinstitutionen og kopi opbevares i afdelingsledelsens sekretariat.

Det var som anført kopi af disse skemaer, ombudsmandens inspektionschef fik udleveret ved sit besøg. Senere blev tilsendt kopi af de originale skemaer, hvoraf navne etc. fremgår. ”

Afdelingen har endvidere generelt anført følgende:

”Afdelingen lægger vægt på, at tilførsler til tvangsprotokoller udfyldes korrekt og har som beskrevet tidligere et kontrolsystem, der skulle kunne sikre, at dette sker. Når der alligevel på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling og på andre psykiatriske afdelinger opstår formelle fejl er der måske grund til at vurdere, hvorvidt skemaerne fungerer efter hensigten og om, hvorvidt den påtrykte vejledning er tilstrækkelig. Som eksempel kan nævnes, at det – trods markering med stjerner – ikke tilstrækkeligt tydeligt fremgår af skema 3, at urolig tilstand kun kan angives som begrundelse i forbindelse med administration af beroligende medicin. ”

Ad punkt 6.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

I den endelige rapport om inspektionen er anført følgende:

”Med en enkelt undtagelse er den anførte dato for overlægens attestation i alle tilfælde samme dag som efterprøvelsen så vidt jeg kan læse af de modtagne kopier.

I tvangsprotokol vedrørende den ovenfor omtalte tvangsindlæggelse iværksat 26. november 2002 (så vidt jeg kan se af kopien) er datoen for overlægens attestation af efterprøvelsen efter 28. -dagen angivet til 3 dage efter at efterprøvelsen fandt sted. I samme skema er det på grund af kopiens kvalitet ikke muligt for mig at se hvornår efterprøvelsen efter 20 dage foregik, og følgelig kan jeg ikke konstatere hvornår attestationen fandt sted i forhold til efterprøvelsen. Jeg lægger som nævnt ovenfor til grund at efterprøvelsen var rettidig, og at attestationen derfor skete dagen efter.

Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom. ”

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har ved brev af 3. november 2003 udtalt følgende herom:

”Det fremgår af den originale tilførsel til tvangsprotokollen, at efterprøvelse skete på 20.dagen (d. 16. december 2002) og at overlægens attestation fandt sted dagen efter.

Der skete yderligere en efterprøvelse juleaftensdag (på 28. dagen) og 3. juledag (på 31. dagen). Det vil sige, at efterprøvelse ikke skete på 30. dagen (2. juledag). Begge efterprøvelser blev umiddelbart konfereret med den ansvarlige overlæge.

Baggrunden for afvigelsen fra lovens bestemmelser er, at patienten efter udtalt ønske fra sig selv og forældremyndighedsindehaveren havde fået tilladelse til hjemmebesøg fra juleaftensdag til 3. juledag. Det blev overvejet nøje, hvordan lovens bestemmelser kunne efterleves og hensyn samtidig vises til patient og familie med henblik på så vidt muligt at etablere en bedre samarbejdsalliance. Løsningen blev, at der blev foretaget en fremskyndet efterprøvelse på 28. dagen. Patienten fik – hvad der også fremgår af journalen – nøje forklaret situationen og blev tilbudt at vende tilbage til afdelingen med henblik på at få foretaget den lovpligtige efterprøvelse på 30. dagen. Det ønskede hverken hun eller moderen. Patienten blev i stedet vurderet af den ansvarlige overlæge på 31. dagen og tvangstilbageholdelsen blev opretholdt til 34. dagen, hvorefter den blev ophævet. ”

Hovedstadens Sygehusfællesskab har ved brev af 10. november 2003 generelt henholdt sig til hospitalets udtalelser.

Psykiatrilovens § 21, stk. 2, om obligatorisk efterprøvelse indeholder ingen undtagelsesbestemmelser og giver således efter sin ordlyd heller ikke mulighed for at de obligatoriske efterprøvelser kan fremrykkes, udskydes eller undlades på grund af patientens samtykke eller andre særlige forhold. Under hensyn til de ganske særlige omstændigheder som forelå i situationen, har jeg imidlertid ikke fundet fuldt tilstrækkelig grundlag for at udtale kritik af det beskrevne forløb.

I den endelige rapport er endvidere anført følgende:

”Jeg har desuden konstateret at der i 2 skemaer ikke er foretaget notat om efterfølgende ophør af frihedsberøvelsen. Der er i begge tilfælde tale om tvangstilbageholdelse af 16. september 2002, og der er tale om hhv. det første skema og et fortsat skema vedrørende tilbageholdelsen.

Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom. ”

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har udtalt følgende herom:

”To tvangstilbageholdelser iværksat d. 16.9.02. Disse vedrører samme patient.

Da tilførslerne skal indsendes til embedslægeinstitutionen hvert kvartal, er praksis, at der i forbindelse med kvartalsskift påbegyndes et nyt skema. Det er baggrunden for, at dato for ophør kun er påført det sidste skema. ”

Hovedstadens Sygehusfællesskab har ved brev af 10. november 2003 generelt henholdt sig til hospitalets udtalelser.

Jeg har noteret mig det oplyste og foretager ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

Ad punkt 6.2. Tvangsbehandling

I den endelige rapport om inspektionen er anført følgende:

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

Datoen for overlægens stillingtagen er angivet i alle tilfælde. Datoen for overlægens stillingtagen er på alle skemaer angivet som dagen for beslutningen.

Overlægens navn mangler imidlertid på 20 af de 22 skemaer.

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

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har ved brev af 3. november 2003 udtalt følgende herom:

”Vedr. tvangsbehandling iværksat d.9.10.03 og d. 28.01.02: Navn på ordinerende læge (overlæge) fremgår i alle tilfælde undtagen 2.

Det sidste er en fejl, som beklages. ”

Hovedstadens Sygehusfællesskab har ved brev af 10. november 2003 generelt henholdt sig til hospitalets udtalelser.

Jeg er enig i at det er beklageligt at navnene på de ordinerende overlæger ikke fremgår i to tilfælde.

I den endelige rapport er endvidere anført følgende:

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

I 2 skemaer ses navnet på den tilstedeværende læge angivet. I de resterende 20 skemaer som jeg har modtaget, fremgår ikke navn på den tilstedeværende læge.

Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom. Jeg bemærker at en del af skemaerne som jeg har modtaget i kopi, muligvis er gennemslag hvoraf eventuelle navne ikke fremgår. ”

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har ved brev af 3. november 2003 udtalt følgende herom:

”Navn på den tilstedeværende læge fremgår i alle tilfælde af de originale papirer. ”

Hovedstadens Sygehusfællesskab har ved brev af 10. november 2003 generelt henholdt sig til hospitalets udtalelser.

Jeg har noteret mig det oplyste og foretager ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

Ad punkt 6.3. Tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt

I den endelige rapport om inspektionen er anført følgende:

”I intet af de 4 tilfælde af tvangsfiksering fremgår navnet på den ordinerende læge af de modtagne skemaer.

Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom. Jeg bemærker at en del af skemaerne som jeg har modtaget i kopi, muligvis er gennemslag hvoraf eventuelle navne ikke fremgår. ”

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har ved brev af 3. november 2003 udtalt følgende herom:

”Navnet på den læge, der har ordineret tvangsfiksering fremgår i alle fire tilfælde af de originale skemaer. ”

Hovedstadens Sygehusfællesskab har ved brev af 10. november 2003 generelt henholdt sig til hospitalets udtalelser.

Jeg har noteret mig det oplyste og foretager ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

I den endelige rapport er endvidere anført følgende:

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

Jeg beder afdelingen 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. ”

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har ved brev af 3. november 2003 udtalt følgende herom:

”Afdelingens praksis i forbindelse med tvangsfiksering er, at lægen tilkaldes, så snart tvangsfiksering overvejes. Lægen er forpligtet til at komme straks, og gør det altid i dagtiden. Vagthavende læge på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har dagtjeneste med efterfølgende rådighedstjeneste fra bolig og skal på den baggrund i aften- og nattimerne kunne være til stede, inden der er gået 30 minutter – dette svarer til den ventetid, der kan forekomme på travle voksenpsykiatriske afdelinger, selv om vagthavende læge har vagt på stedet. Tidsrammen er efter afdelingsledelsens opfattelse acceptabel og tilstrækkelig. ”

Hovedstadens Sygehusfællesskab har ved brev af 10. november 2003 generelt henholdt sig til hospitalets udtalelser.

Jeg har noteret mig det oplyste og foretager ikke yderligere vedrørende spørgsmålet.

I den endelige rapport er endvidere anført følgende:

”I 2 tilfælde er begrundelsen for beslutning om fastholden angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende ’Urolig tilstand’. Det drejer sig om fastholden iværksat henholdsvis den 4. juni 2002 og den 1. januar 2003.

I et tilfælde er begrundelsen for beslutning om døraflåsning angivet ved afkrydsning i skemaets rubrik vedrørende ”Urolig tilstand”. Det drejer sig om døraflåsning iværksat den 1. januar 2003.

Idet jeg henviser til de ovenfor gengivne betingelser i loven for hhv. fiksering (§ 14) og anvendelse af fysisk magt og indgivelse af beroligende medicin (§ 17), må jeg konstatere at der i de 3 nævnte tilfælde er fejl i de anførte begrundelser. Jeg kan på det foreliggende grundlag ikke konstatere om der er tale om forkerte afkrydsninger, eller om afdelingens (over)læger har anvendt tvangsmidler uden for de i loven hjemlede tilfælde. Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom. ”

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har ved brev af 3. november 2003 udtalt følgende herom:

”Vedr. foranstaltning iværksat d. 1.6.03: Begrundelse fremgår af journalen, men ikke af skemaet. Dette er en fejl, som beklages. Der var hjemmel til fastholden, idet patienten forulempede en anden patient ved at råbe og skrike. Hun blev derfor ført til sit værelse.

Vedr. foranstaltning d. 4.6.03: Der er ved en beklagelig fejl både sat kryds ved fastholden, urolig tilstand og medicingivning. Af beskrivelsen i journalen fremgår, at patienten sparkede ud efter et personalemedlem. Herefter blev han fastholdt, og da han var meget urolig, fik han beroligende mixtur (Nozinan). Der burde være udfyldt to rubrikker: en for fastholden og en for behandling med beroligende medicin.

Vedr. fastholden og døraflåsning d. 1.1.03: Der er anført begrundelse: Urolig tilstand. Dette er en fejl. Da den blev opdaget, er begrundelsen rettet til ’Farlighed’ og det korrigerede skema sendt til embedslægeinstitutionen.

Fejlene i skemaudfyldelsen beklages. ”

Hovedstadens Sygehusfællesskab har ved brev af 10. november 2003 generelt henholdt sig til hospitalets udtalelser.

Jeg er på baggrund af de foreliggende oplysninger enig i at de to nævnte tilfælde af henholdsvis fastholden og indgivelse af beroligende medicin den 4. juni 2003 burde være registreret hver for sig.

Jeg er desuden enig i at det er beklageligt at skemaerne ikke er udfyldt korrekt i de nævnte tilfælde.

I den endelige rapport er endvidere anført følgende:

”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. den tidligere tvangsbekendtgørelses § 19, stk. 2, og § 19, stk. 2, i den nugældende bekendtgørelse. Såvel navnet på den ordinerende læge som på den tilstedeværende læge skal anføres i protokollen, jf. den tidligere tvangsbekendtgørelses § 28, nr. 4 og 5, og § 34, nr. 5, i den nugældende bekendtgørelse.

I ingen af de 9 tilfælde af indgivelse af beroligende medicin fremgår navnene på den ordinerende og den tilstedeværende læge af de modtagne skemaer.

Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom. Jeg bemærker at en del af skemaerne som jeg har modtaget i kopi, muligvis er gennemslag hvoraf eventuelle navne ikke fremgår. ”

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har ved brev af 3. november 2003 udtalt følgende herom:

”Ordinerende læges navn er i alle tilfælde oplyst. I to tilfælde er navnene på tilstedeværende læge ikke anført. De ansvarlige overlæger oplyser, at ordinerende læge altid er den samme som tilstedeværende læge. Det har derfor været accepteret, at kun ordinerende læges navn blev anført. Det vil blive indskærpet, at begge rubrikker skal udfyldes fremover. ”

Hovedstadens Sygehusfællesskab har ved brev af 10. november 2003 generelt henholdt sig til hospitalets udtalelser.

Det er beklageligt at den tilstedeværende læges navn i to tilfælde ikke er angivet. Jeg har noteret mig afdelingens indskærpelse.

I den endelige rapport er endvidere anført følgende:

”Ifølge den tidligere tvangsbekendtgørelses § 29, nr. 6, og § 30, nr. 6, skal navnene på det implicerede personale ved tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt angives i tvangsprotokollen, jf. nu bekendtgørelsens § 33, nr. 6, og § 34, nr. 6.

I kun 2 af de modtagne skemaer fremgår navnene på eventuelt impliceret personale.

Jeg beder afdelingen om en udtalelse herom. Jeg bemærker at en del af skemaerne som jeg har modtaget i kopi, muligvis er gennemslag hvoraf eventuelle navne ikke fremgår. ”

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har ved brev af 3. november 2003 oplyst at navne på impliceret personale fremgår af alle skemaer.

Hovedstadens Sygehusfællesskab har ved brev af 10. november 2003 generelt henholdt sig til hospitalets udtalelser.

Jeg har noteret mig det oplyste og foretager ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål.

I den endelige rapport er endvidere anført følgende:

"I nogle tilfælde af fastholden er også anført ophørstidspunkt. I skema vedrørende fastholden af 28. juni 2002 fremgår det således at fastholdelsesperioden strakte sig i tidsrummet fra kl. 16.00 til kl. 21.15. I skema vedrørende fastholden af 5. juni 2002 strakte fastholdelsesperioden sig i tidsrummet fra kl. 9.15 til kl. 11.30. Endelig strakte fastholdelsesperioden i skema vedrørende fastholden af 5. juni 2002 sig fra kl. 9.30 til kl. 11.30.

Jeg beder afdelingen om en udtalelse om disse 3 tilfælde hvor fastholdelsesperioden strakte sig op til 5 timer og 15 minutter. Jeg beder herunder afdelingen om at oplyse nærmere om hvori fastholdelsen bestod, og hvorvidt den blev opretholdt i den fulde udstrækning af de nævnte perioder. "

Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling har ved brev af 3. november 2003 udtalt følgende herom:

"Den ansvarlige overlæge oplyser, at skemaerne omfatter samme patient, som har gennemgribende udviklingsforstyrrelse og skizofreni, samt at der ved en fejl er fremsendt to skemaer vedr. samme episode. Patienten blev i de to tilfælde fastholdt af personalet med så korte mellemrum, at man vurderede, at det drejede sig om én samlet tvangssituation. Det blev i begge tilfælde vurderet, at intermitterende fastholden var mindre indgribende end bæltefiksering.

Vedr. d. 5.6.02 fremgår det af journalen, at patienten havde svære tvangshandlinger. Han anstrengte sig voldsomt og blev ganske udmattet. Ville ud i dagligstuen, hvor han chikanerede de andre unge. Han blev fastholdt på sengen på sit værelse ved at medarbejderne sad ved siden af ham og holdt ham i ro. Der sad to medarbejdere hos ham, men flere var i værelset og udenfor. Personalet slap, og der blev ikke fastholdt i længere perioder ad gangen.

Vedr. d. 28.6.03: Patienten var netop løsnet fra bæltet efter en aggressiv episode. Han kunne ikke holde sig i ro. Ville konstant ind i stuen, hvor han generede medpatienter. Fik p.n. beroligende medicin 4 gange, som han tog frivilligt; men som ikke havde særlig effekt. Patienten blev holdt på sengen af personalet.

Disse holdt ikke fast vedvarende i tidsperioden; men var på stuen og tog, når pt. blev urolig, fat i patientens arme og holdt ham på sengen. "

Hovedstadens Sygehusfællesskab har ved brev af 10. november 2003 generelt henholdt sig til hospitalets udtalelser.

De to beskrevne hændelsesforløb ligger i grænseområdet mellem det ulovregulerede område for fysisk skærmning og psykiatrilovens bestemmelser om fastholden – dog nærmest sidstnævnte regulering. Henset til at afdelingen har registreret tvangsanvendelsen i begge tilfælde, og til at den efter det oplyste blev foretaget som alternativ til og som en mindre indgribende foranstaltning end bæltefiksering, foretager jeg ikke yderligere vedrørende dette spørgsmål.

7. Opfølgning

Jeg betragter herefter min inspektion af Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling F på Bispebjerg Hospital som afsluttet. Jeg afventer dog afdelingens fremsendelse af instruks (jf. punkt 5.2.) og skriftlige regler (jf. punkt 5.7.).

8. Underretning

Denne opfølgingsrapport sendes til Hovedstadens Sygehusfællesskab, Børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling F på Bispebjerg Hospital, Folketingets Retsudvalg, Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71 og til afdelingens patienter.

Jeg har, som nævnt, desuden sendt Indenrigs- og Sundhedsministeriet en kopi af denne opfølgingsrapport og af den endelige rapport af 10. september 2003.