

Den 26. maj 2004 afgav jeg en endelig rapport om min inspektion den 18. og 24. februar 2004 af Sct. Hans Hospital.

I rapporten bad jeg hospitalet om nærmere underretning mv. vedrørende forskellige forhold. Jeg bad om at disse underretninger mv. blev sendt gennem Hovedstadens Sygehusfællesskab for at sygehusfællesskabet kunne få lejlighed til at kommentere det som hospitalet anførte.

Jeg har herefter modtaget en udtalelse af 15. juli 2004 fra Hovedstadens Sygehusfællesskab vedlagt Sct. Hans Hospitals udtalelse af 12. juli 2004.

Jeg skal herefter udtale følgende:

#### **Ad pkt. 3.2.5. Afsnit L1**

Jeg beskrev akutstuen/fikseringsstuen og bemærkede at der uden for rummet er en terrasse som hører til afdelingen. Det blev i forbindelse med inspektionen oplyst at gardinet trækkes for hvis der er nogen i haven, ellers ikke.

Jeg anførte herefter:

*”Jeg går ud fra at afsnittet er opmærksom på at der ikke gives adgang til haven mens en patient er fikseret i rummet, uden at det forinden er sikret at gardinet er trukket for. Jeg beder dog hospitalet om at overveje at beklæde ruden med film (som det skete med fikseringsrum på afsnit R1 efter ombudsmandens tidligere inspektion, jf. Folketingets Ombudsmands beretning for 1994 side 460). Jeg beder om underretning om resultatet af disse overvejelser.”*

Sct. Hans Hospital har i udtalelsen af 12. juli 2004 oplyst at hospitalet vil beklæde ruden med film – eller tilsvarende – som foreslået.

*Jeg tager det oplyste til efterretning.*

### **Ad pkt. 3.2.7. Afsnit L10**

I forbindelse med min besigtigelse af stue 105 konstaterede jeg at malingen på vinduesrammer og -karm var noget afskallet, og at linoleumsgulvet var krakeleret. Jeg konstaterede endvidere at malingen på døren til patienternes bade- og toiletrum var afskallet.

Jeg anførte herom:

*”Jeg går ud fra at hospitalet er opmærksom på de nævnte forhold så de kan indgå i hospitalets prioritering af vedligeholdelsesarbejder. Jeg be-  
der for en god ordens skyld hospitalet om at bekræfte dette.”*

Sct. Hans Hospital har i udtalelsen af 12. juli 2004 bekræftet at de nævnte opgaver indgår i hospitalets prioritering af vedligeholdelsesarbejder.

*Jeg tager det oplyste til efterretning.*

### **Ad pkt. 5.7. Besøg, visitation, skriftlige interne regler mv.**

Jeg anførte at jeg gik ud fra at besøgsforbud for enkeltpersoner forekommer og besluttet konkret, og konstaterede at der ikke er udarbejdet skrevne regler herom.

Jeg forstod at der ikke i almindelighed sker visitation af besøgende eller af breve og pakker til patienterne, undtagen naturligvis i de tilfælde hvor retten har fastsat særlige bestemmelser herom. Jeg gik imidlertid ud fra at det efter hospitalets praksis kan bestemmes at pakker og breve åbnes i personalets påsyn, f.eks. ved konkret mistanke

om at de kan indeholde stoffer. Jeg noterede mig at der ikke er udarbejdet skrevne regler herom.

Jeg anførte herefter:

*”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 Sct. Hans 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 revurderes.*

*Ledelsen oplyste i forbindelse med inspektionen at ledelsen havde under overvejelse at udfærdige sådanne skriftlige regler. Jeg udbeder mig oplysning om hvad disse overvejelser giver anledning til.”*

Sct. Hans Hospital har i udtalelsen af 12. juli 2004 oplyst at hospitalsdirektionen har anmodet hospitalets kvalitetsråd om at fremkomme med sådanne skriftlige regler. Det er hospitalets forventning at de vil være udarbejdede og gjort gældende for hospitalets afsnit i indeværende år.

*Jeg beder om at modtage et eksemplar af de skriftlige regler når de foreligger.*

### **Ad pkt. 5.8. Adgang til telefoning**

Jeg anførte i rapporten at jeg under rundgangen i hospitalet ikke havde bemærket om der er opsat telefonboks overalt. Det blev i forbindelse med inspektionen oplyst at mobiltelefoner er forbudt på afdeling R under hensyn til at nogle retspsykiatriske patienter har domstolsbestemte restriktioner i adgangen til at telefonere. Jeg gik derfor ud fra at der ikke er opsat frit tilgængelige mønttelefoner på afsnittene på afdeling R.

Det blev endvidere oplyst at der på gangen på afdeling L2 er opsat en telefon i et skab, samt at mobiltelefoner som udgangspunkt er tilladt på afdeling L. Afdelingen søger dog at påvirke patienterne til en normal, behersket brug af mobiltelefonerne.

Jeg anførte herom:

*”Jeg går ud fra at patienterne overalt på hospitalet som ikke har retsligt fastsatte begrænsninger i adgangen hertil, har mulighed for at telefonere.*

*Jeg er bekendt med at man på nogle psykiatriske afdelinger i visse situationer fastsætter begrænsninger i patienters adgang til telefoning af behandlingsmæssige årsager. Jeg beder hospitalet oplyse om sådanne individuelle begrænsninger fastsættes for hospitalets patienter. Jeg beder i givet fald om oplysning om hvad der eksempelvis begrundes sådanne begrænsninger. Jeg henviser i øvrigt til pkt. 5.7. om skriftlige interne regler.”*

Sct. Hans Hospital har i udtalelsen af 12. juli 2004 oplyst at der på alle de retspsykiatriske afsnit er installeret mønttelefoner til patientbrug. Som noget særligt for de lukkede afsnit er disse mønttelefoner placeret i aflåselige skabe eller telefonbokse. Det vil således i de lukkede afsnit være muligt at aflåse telefonboksen/skabet i de tilfælde hvor der i afsnittet er indlagt patienter med retslige foranstaltninger som begrænser disse patienters adgang til telefon. Patienter som ikke er begrænsede af sådanne for-

anstaltninger, vil frit kunne benytte mønttelefonen efter henvendelse til afsnittets personale.

Hospitalet har videre oplyst at patienters brug af egen mobiltelefon under ophold i lukkede retspsykiatriske afsnit er begrænset således at patientens mobiltelefon under opholdet opbevares i et aflåst patientskab som patienten selv har nøgle til, men som er placeret i et aflåst rum hvor patienten kun har adgang med personalefølge. Ønsker patienten at benytte sin mobiltelefon, foregår dette med nødvendig kontrol således at patienten ikke videregiver telefonen til andre patienter. (Patienten kan f.eks. ringe fra sit eget værelse, under ledsaget udgang o.l.).

Hospitalet har oplyst at patienter som ikke er begrænset i brug af telefon af retslige foranstaltninger, ved individuel lægelig vurdering kan blive midlertidigt indskrænket i retten til at telefonere hvis de forulemper personer uden for hospitalet eller benytter telefonen til at udføre kriminelle forhold som f.eks. planlægning af handel med ulovlige euforiserende stoffer eller bestilling af afstraffelse af personale eller patienter, eller hvor de af behandlingsmæssige grunde skønnes at have behov for ro og begrænsning af stimuli.

Hospitalet understreger i udtalelsen betydningen af at restriktioner i forhold til telefoni ikke hindrer patientens eller patientrådgiverens/bistandsværgens indbyrdes kontakt, jf. psykiatrilovens § 26, stk. 2.

Specielt om afdeling L har hospitalet oplyst at afdelingen ikke har retsligt fastsatte begrænsninger i adgang til telefonering. En behandlingsmæssigt begrundet nægtelse af telefonering kan f.eks. gælde en psykotisk manisk patient der gentagne gange meget vedholdende blokerer afsnitstelefonen eller groft chikanerer en person uden for afdelingen i en grad så denne må forventes at indgive politianmeldelse. Hospitalet har videre oplyst at det er flere år siden en sådan situation har foreligget.

*Jeg tager det oplyste til efterretning.*

**Ad pkt. 5.9. Rygepolitik**

Det blev i forbindelse med inspektionen oplyst at der på afdeling L9 er indført generelle restriktioner på rygningen i afsnittet, herunder således at der kan ryges indtil kl. 08.05 og igen fra kl. 09.00.

Jeg bad om hospitalets bemærkninger til det oplyste om de nævnte generelle restriktioner, herunder med en angivelse af baggrunden for restriktionerne.

Sct. Hans Hospital har i udtalelsen af 12. juli 2004 oplyst at afdelingen efterlever hospitalets rygepolitik. Det er hospitalets vurdering at omfanget og arten af restriktioner med henblik på at begrænse rygning løbende må tilpasses de konkrete forhold i de enkelte patientafsnit. I den konkrete sammenhæng er der tale om at der ikke er personale til stede i det pågældende afsnit om natten, og at tobakken derfor om aftenen inddrages af brandsikkerhedsmæssige hensyn. Tobakken udleveres til patienterne igen mellem kl. 8 og 8.10. Kl. 8.30 er der fælles morgenmad hvor der som led i miljøterapien arbejdes med en fast struktur hvorefter alle patienter spiser sammen. Måltidet varer en halv time. I denne halve time har patienterne – lige som under dagens øvrige måltider – ikke adgang til at ryge.

*Jeg foretager ikke videre vedrørende dette spørgsmål.*

**Ad pkt. 5.11. Udskrivning/udslusning samt udskrivningsaftaler og koordinationsplaner**

I den endelige rapport omtalte jeg at Sct. Hans Hospital administrerer 39 boliger som er placeret på hospitalsområdet, og som kan anvendes i forbindelse med udslusning af udskrevne patienter. Herudover er hospitalet afhængig af Københavns Kommunes udslusningsboliger. Det blev under inspektionen oplyst at der ca. 1½ år forud for inspektionen var blevet udarbejdet en analyse af behovet for udslusningsboliger, og at der pågik forhandlinger mellem Københavns Kommune og Hovedstadens Sygefællesskab herom.

Jeg anførte endvidere at det under inspektionen blev oplyst at hospitalet løbende har en stor andel af patienter som afventer udslusning, men som ikke kan tilbydes en udslusningsplads/-bolig. Ledelsen oplyste at der på tidspunktet for inspektionen var ca. 70 patienter som var indstillet (og for de flestes vedkommende godkendt) til en udslusningsbolig, men som afventede plads. Af disse ca. 70 patienter var kun en mindre del ikke fra Københavns Kommune.

Jeg anførte herefter:

*”Jeg går ud fra at Hovedstadens Sygehusfællesskab samlet set har behov for disse ca. 70 sengepladser til patienter som ikke er visiteret til udslusning, og at de manglende udslusningsmuligheder betyder at patienter som er visiteret til Sct. Hans Hospital fra sygehusfællesskabets andre psykiatriske afdelinger, som konsekvens heraf afventer overførsel til Sct. Hans Hospital. Jeg går ydermere ud fra at dette kan forstærke venteliste-problemer på sygehusfællesskabets andre psykiatriske afdelinger. Jeg beder om Hovedstadens Sygehusfællesskabs bemærkninger hertil, herunder om oplysning om den nævnte analyse og om status for forhandlingerne med Københavns Kommune.”*

Hovedstadens Sygehusfællesskab har i udtalelsen af 15. juli 2004 anført følgende:

”...

Indlæggelse til psykiatrisk behandling ved de psykiatriske basisafdelinger i byen foregår akut og uden ventetid. Hvis der er ventetid til indlæggelse på Sct. Hans Hospital (SHH), vil denne typisk vedrøre patienter, der er indlagt på en afdeling på et af de øvrige hospitaler.

De aktuelle ventetider for psykiatriens vedkommende i H:S omfatter alt-overvejende henvisning til ambulant behandling, som oftest i distrikts-psykiatrisk regi eller i forbindelse med højt specialiserede funktioner (herunder SHH), hvoraf flere ligeledes er ambulante.

Ventetid til indlæggelse på SHH viser sig således ikke som ventetid til indlæggelse på H:S' basisafdelinger i byen. Der er derfor ikke tegn til, at ventetiden til indlæggelse på SHH har forstærket venteliste-problemer på H:S' andre psykiatriske afdelinger.

Problemstillingen med manglende udslusningsmuligheder omtales i H:S Psykiatriplan 2003, hvor det i kapitel 3 (H:S' psykiatri 2003 – den aktuelle service) nævnes, at 'på Sct. Hans Hospital ventede november 2002 ca.

80 patienter, som var indstillet til botilbud i Københavns Kommune. Hertil kommer et mindre antal i den samme situation på akutafdelingerne i København.'

En arbejdsgruppe nedsat af SHH og Københavns Kommunes Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltning (FAF) afgav ultimo 2002 redegørelsen: Målgruppeanalyse af langtidsindlagte patienter, som analyserede problemstillingen og mundede ud i en række anbefalinger, som kunne danne baggrund for videre opfølgning, herunder:

'Det skal overvejes at etablere særlige botilbud til følgende 2 undergrupper:

- Hospitalsplejepatienter
- Patienter med alvorligt misbrug.'

Konkret foreslås i rapporten, at der etableres et særligt botilbud som et forsøgsprojekt til gruppen af hospitalsplejepatienter, der vil være en slags 'midtvejsstation' mellem SHH og de sociale boenheder, og at der nedsættes en projektgruppe med deltagelse af SHH og FAF med henblik på at udarbejde et konkret projektoplæg.

Herudover har rapporten yderligere 10 anbefalinger, som ikke omhandler nærværende problematik.

Til ovenstående projekt vedrørende patienter med alvorligt misbrug er der søgt midler fra Socialministeriets psykiatripulje til etablering af 8 pladser i tilknytning til et eksisterende botilbud (Lindegården, Roskilde), målrettet mod psykisk syge misbrugere med en udadreagerende adfærd. Modellen er for tiden til høring hos de berørte organisationer, inden der træffes politisk beslutning i sagen.

Der pågår løbende forhandlinger mellem H:S Direktionen og FAF. Her har H:S tilkendegivet, at en udbygning af de psykiatriske botilbud til afhjælpning af den eksisterende venteliste hertil, opfattes som et presserende behov. I samme forbindelse kan det nævnes, at FAF skønner, at det samlede behov som følge af en fremtidig udslusning af langtidsindlagte på SHH er 10-20 botilbud i 2005 stigende til i alt 50-60 botilbud i 2010, og at der i perioden frem til 2010 er behov for at etablere knap 300 yderligere boliger for, at en ventetidsgaranti på 4 uger kan opfyldes.

Samlet er status for forhandlingerne mellem H:S og Københavns Kommune:

- At der løbende pågår forhandlinger mellem H:S Direktionen og FAF, hvor problemstillingen drøftes

- At H:S har tilkendegivet, at en udbygning af de psykiatriske botilbud til afhjælpning af den eksisterende venteliste hertil, opfattes som et presserende behov
- At der etableres et fælles FAF-H:S-projekt vedrørende patienter med alvorligt misbrug
- At FAF skønner det samlede behov som følge af en fremtidig udslusning af langtidsindlagte på SHH er 10-20 botilbud i 2005 stigende til i alt 50-60 botilbud i 2010, og at der i perioden frem til 2010 er behov for at etablere knap 300 yderligere boliger for, at en ventetidsgaranti på 4 uger kan opfyldes.”

*Jeg har noteret mig at det er Hovedstadens Sygehusfællesskabs opfattelse at der er et presserende behov for en udbygning af de psykiatriske botilbud til afhjælpning af den eksisterende venteliste. Konsekvensen af de manglende botilbud er at et antal patienter (70-80) for så vidt er ”fejlplaceret”, og at 70-80 sengepladser ikke er til rådighed for patienter med behov for indlæggelse på Sct. Hans Hospital. Hertil kommer at der i de kommende år vil være et markant stigende behov for botilbud. Jeg har noteret mig at der pågår forhandlinger mellem Hovedstadens Sygehusfællesskab og Københavns Kommune om løsning af problemet.*

*Jeg har samtidig hermed sendt Københavns Kommune, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, et eksemplar af den endelige rapport af 26. maj 2004 vedrørende inspektionen af Sct. Hans Hospital og af denne opfølgingsrapport.*

*Jeg har anmodet Københavns Kommune, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, om ved udgangen af 2004 at orientere mig om hvad der videre er sket med hensyn til etablering af botilbud der kan tilgodese det aktuelle og det fremtidige behov for udslusning.*

Jeg henviste til reglerne i psykiatriloven om udskrivningsaftaler og koordinationsplaner og bad hospitalet om at oplyse om hospitalets praksis i forbindelse med udskrivningsaftaler og koordinationsplaner.

Sct. Hans Hospital har i udtalelsen af 12. juli 2004 oplyst at hospitalet i en vejledning senest revideret den 26. januar 2004 beskriver indholdet i udskrivningsaftaler og koordinationsaftaler, og hvordan de udformes. I patientens behandlingsplan bliver lægen bedt om at vurdere om der er behov for udskrivningsaftale/koordinationsplan efter psykiatriloven. Hospitalets vejledning indeholder følgende:

**”Formål:**

Vejledning i hvordan udskrivningsaftaler og koordinationsplaner udformes

**Definition:**

Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ses som midler til opbygelse af et tæt og gensidigt forpligtende samarbejde mellem den sundhedsfaglige behandling og de socialt faglige foranstaltninger og som en hensigtsmæssig, koordineret tilrettelæggelse af sindslidendes behandlingsmæssige og sociale tilbud.

**Fremgangsmåde:**

Baggrund:

Ifølge lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (lovbekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998) og Sundhedsministeriets vejledning (nr. 203 af 8. december 1998) er der fastsat regler for forhold for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger. Der er indført særlige bestemmelser vedrørende aftaler om den fortsatte behandling efter udskrivelsen, når det antages, at patienten efter udskrivelsen ikke selv vil søge den behandling, herunder de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred. I disse tilfælde har den behandlingsansvarlige overlæge ansvaret for, at der indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling samt de sociale myndigheder i kommune og amt, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten. Hvis patienten modsætter sig en aftale, kan der udarbejdes en koordinationsplan uden patientens samtykke. Dette er ligeledes overlægens ansvar. Det kan dreje sig om patienter med alvorlig sindslidelse, der udsættes for betydelig helbredsforringelse ved ikke at modtage nogen form for behandlingsmæssig eller social støtte. Der kan f.eks. være tale om patienter, der samtidigt lider af skizofreni og misbrugsproblemer eller store sociale problemer.

Der skønnes, at der fra Sct. Hans Hospital vil være behov for udskrivningsaftaler og koordinationsplaner i ca. 10-20 tilfælde pr. år.

I nogle tilfælde vil det være meningsfuldt at samordne udskrivningsaftaler og koordinationsplaner med sociale handleplaner i henhold til Servicelovens anvisninger af 1. juli 1998.

Der er tale om en præcisering af en almindeligt gældende praksis for en hensigtsmæssig tilrettelæggelse af patientens udskrivning. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner ses som midler til opbyggelse af et tæt og gensidigt forpligtende samarbejde mellem den sundhedsfaglige behandling og de socialfaglige foranstaltninger og som en hensigtsmæssig, koordineret tilrettelæggelse af sindslidendes behandlingsmæssige og sociale tilbud.

Indhold:

1. Aftalen er indgået mellem.
2. En beskrivelse af patients aktuelle og forventede fremtidige behov for behandling og sociale tilbud
3. De behandlingsmæssige og sociale tilbud, som vil være relevante for patienten
4. Dato og tidspunkt for det første møde hos vedkommende myndighed m.fl.
5. Aftalen skal tages op til vurdering efter en bestemt periode
6. Den ansvarlige for revurdering af planen.
7. Den ansvarlige for opfølgning
8. Den ansvarlige for at reagere, hvis aftalen ikke overholdes

Hvad angår indholdet i udskrivningsaftaler og for koordinationsplaner er der alene tale om *tilbud*, som ikke kan gennemtvinges over for patienten.

Samarbejdet mellem psykiatriske afdelinger, relevante myndigheder m.fl. forudsætter en udveksling af information om patienten, og det er derfor tilladt at videregive relevante oplysninger om patientens private forhold mellem disse forskellige instanser, i det omfang videregivelsen må anses for nødvendig for indgåelse af og tilsyn med overholdelse af udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner.

Indberetning:

Udskrivningsaftaler/koordinationsaftaler skal på samme måde som tvang registreres på særlige blanketter, der fremsendes til sygehusmyndigheden og embedslægeinstitutionen en gang i kvartalet (blanketten 'Indberetning af anvendelse af udskrivningsaftaler/koordinationsplaner' findes på Sundhedsstyrelsens: [www.sst.dk](http://www.sst.dk)).

## **PROCEDURE VEDRØRENDE UDSKRIVNINGSAFTALER OG KOORDINATIONSPLANER**

### **1. Aftalen er indgået mellem.**

### **2. En beskrivelse af patients aktuelle og forventede fremtidige behov for behandling og sociale tilbud**

Overlægen på sengeafdelingen er ansvarlig for og tager initiativ til at indkalde til et møde med deltagelse af patient, evt. pårørende, Distriktspsykiatrisk Center, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen og andre f.eks. praktiserende læge.

- Lægerne og socialrådgiveren på sengeafdelingen udformer – med udgangspunkt i patientens behandlingsplan – en beskrivelse af patientens aktuelle og forventede fremtidige behov for behandling og forslag til sociale tilbud.

### **3. De behandlingsmæssige og sociale tilbud, som vil være relevante for patienten**

Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen vurderer hvilke personer fra forvaltningen, der skal deltage i mødet og hvilke sociale tilbud, der vil være relevante og kan tilbydes. Sct. Hans Hospital vurderer hvilke personer fra sengeafdelingen og Distriktspsykiatrisk Center, der skal deltage i mødet og hvilken behandling, der vil være relevant og kan tilbydes.

### **4. Dato og tidspunkt for det første møde hos vedkommende myndighed m.fl.**

På mødet aftales patientens første møde med Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningens kontaktperson (f.eks. hjemmevejleder, støtte- og kontaktperson, social- og sundhedshjælper, boligberedskabsmedarbejder, sagsbehandler fra voksenteam, evt. medarbejder fra børnefamilieteam).

Ved udskrivelsen aftales, hvornår og hos hvem patienten 1. gang møder i Distriktspsykiatrisk center.

### **5. Aftalen skal tages op til vurdering efter en bestemt periode**

Der kan enten være tale om en individuel opfølgning eller et opfølgningsmøde, hvor flere sager drøftes.

### **6. Den ansvarlige for revurdering af planen.**

De ansvarlige for revurdering af aftalen/planen er den distriktspsykiatriske overlæge og teamchefen for voksne med særlige behov.

### **7. Den ansvarlige for opfølgning**

De ansvarlige for opfølgning, således at patienten får de nævnte tilbud, er den distriktspsykiatriske overlæge og teamchefen for voksne med særlige behov.

**8. Den ansvarlige for at reagere, hvis aftalen ikke overholdes**

Ansvaret for at reagere, hvis aftalen/planen ikke overholdes ligger hos den distriktspsykiatriske overlæge og teamchefen for voksne med særlige behov. I praksis vil ansvaret typisk uddelegeres til en eller to personer, som er tættere på pågældende, eksempelvis en støtte- og kontaktperson. Denne persons identitet skal fremgå af aftalen/planen.

**Referencer til dansk lovgivning:**

Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 849 af 2. december 1998 af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien § 3, stk. 4, 5 og 6. (Psykiatriloven).

Sundhedsministeriets vejledning nr. 203 af 8. december 1998, omhandlende psykiatrilovens revision (forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner samt klagemuligheder mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger).

Sundhedsministeriets vejledning nr. 9618 af 20. december 2002, omhandlende udfyldelse af tvangsprotokoller (registrering af anvendelse af tvang i psykiatrien) samt registrering af anvendelse af udskrivningsaftaler/koordinationsplaner.

**Andre referencer/evidens:**

Psykiatrilov – Sct. Hans Hospital (VIP, søg: Psykiatrilov)

Skabelon for udskrivningsaftaler (VIP, søg: Udskrivningsaftaler)

Skabelon for koordineringsplaner (VIP, søg: Koordineringsplaner)

**Kvalitetsmål:**

Sikre overholdelse af gældende lovgivning.

**Ansvarlig for implementering:**

Hospitalsdirektionen og afdelingsledelserne.”

*Idet jeg går ud fra at der faktisk også udarbejdes mellem 10 og 20 udskrivningsaftaler og koordineringsplaner om året, tager jeg det oplyste om udarbejdelsen af sådanne aftaler og planer til efterretning.*

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

Efter gennemgang af et skema om en tvangstilbageholdelse anførte jeg:

*”Der er tale om en patient som efter skemaets oplysninger på tidspunktet for den administrative frihedsberøvelse havde været indlagt på afdelin-*

*gen i ca. 4½ måned hvorefter vedkommende altså blev tvangstilbageholdt i en dag på grund af farlighed. Forløbet forekommer umiddelbart usædvanligt. Jeg sigter her til den korte tvangstilbageholdelsesperiode. Jeg beder hospitalet om en udtalelse herom, herunder med en redegørelse for det retlige grundlag for indlæggelsen forud for tvangstilbageholdelsen den 21. april 2003.”*

Sct. Hans Hospital har i udtalelsen af 12. juli 2004 oplyst at patienten den 21. april 2003 var indlagt på afd. P på et åbent afsnit. Han havde samme dag været ude af afsnittet og havde beruset sig. Da han vendte tilbage, havde han en promille på 1,5. Han blev beskrevet som meget urolig, aggressiv, vredladet og truende over for medpatienterne, hvorfor det blev besluttet at overføre ham til lukket afsnit R1. Patienten gik frivilligt med til denne overflytning. Efter at være ankommet til det lukkede afsnit bad patienten om friheder uden for afdelingen hvilket blev afslået, hvorefter han begærede sig udskrevet. Det blev ikke fundet forsvarligt at efterkomme patientens ønske. Sct. Hans Hospital har henvist til at patienten ud over tilbøjeligheden til at blive urolig og aggressiv under beruselse er svært påvirket af sin psykiske sygdom med psykotiske symptomer, om end han i lange perioder dog har været så stabil at han har kunnet være på et åbent sengeafsnit. Det blev derfor besluttet at frihedsberøve patienten, hvorfor tvangsprotokollen blev udfærdiget.

Næste dag var patienten som vanligt igen faldet til ro og egentlig klar til at flytte retur til åbent afsnit. Patienten bad dog selv om at måtte blive i lukket regi i endnu et par dage da han havde skabt en del tumult i forhold til medpatienterne dagen i forvejen. Dette ønske blev efterkommet. Tvangsprotokollen blev ophævet dagen efter, dvs. den 22. april 2003. Forud for overflytningen til lukket afsnit var patienten indlagt frivilligt. Han havde dog tidligere i forløbet været tvangstilbageholdt og tvangsmedicineret.

*Jeg har noteret mig det oplyste.*

**Ad pkt. 6.2. Tvangsbehandling**

Jeg gennemgik to skemaer om beslutning om tvangsbehandling af legemlig lidelse – første skema om beslutning af 25. juni 2003 og fortsat skema om beslutning af samme dag. Jeg henviste til at den somatiske overlæges navn ikke var angivet i den modtagne kopi ligesom der ikke var angivet en dato og en begrundelse for den somatiske overlæges godkendelse af beslutningen om tvangsbehandlingen. Jeg anførte herefter:

*”Som det fremgår ovenfor, går jeg ud fra at jeg har modtaget gennemslag hvoraf navne ikke fremgår, men at navnene er anført på skemaernes forsider. Jeg går ud fra at dette også gælder for rubrikken vedrørende den somatiske overlæge i disse to tilfælde.*

*Datoen for den somatiske overlæges stillingtagen burde dog være gået igennem til alle gennemslag. Jeg beder hospitalet om en udtalelse om hvorfor der ikke er angivet en dato i disse to tilfælde.*

...

*Det er beklageligt at der ikke er angivet en begrundelse for denne beslutning. Jeg beder hospitalet om en udtalelse herom.”*

Sct. Hans Hospital har i udtalelsen af 12. juli 2004 oplyst at der ikke er angivet en dato for somatisk overlæges stillingtagen da dette ikke blev skønnet nødvendigt i vagttiden (en somatisk læge blev ikke kontaktet forud for tvangsindgrebet). Hospitalet har anført at faren ved en dysreguleret sukkersyge er velkendt af enhver læge – som dermed har pligt til at handle således at et livstruende hypoglykæmitilfælde kan undgås. Hospitalet har videre anført at den vagthavende læge burde have kontaktet en overlæge på Roskilde Amts Sygehus for at få dennes sanktionering, selv om udfaldet af denne kontakt ikke kunne tænkes at være andet end en sanktionering. Hospitalet har videre anført at behandlingen af patientens sukkersyge jævnlige er blevet og til stadighed bliver konfereret med hospitalets medicinske konsulent.

*Tvangsbehandling efter psykiatriloven er et alvorligt indgreb også i tilfælde hvor der ikke hersker tvivl om nødvendigheden af indgrebet. Jeg er enig med Sct. Hans Hospital i at en somatisk læge burde have været kontaktet inden tvangsindgrebet. I sådan-*

*ne tilfælde bør der gøres notat om den somatiske læges navn, dato for stillingtagen og begrundelsen for sanktioneringen.*

Jeg anførte i den endelige rapport at indholdet af tvangsbehandlingen i alle tilfælde var angivet. I en række tilfælde var indholdet angivet med to alternative indgivelsesmåder, f.eks. formuleret således: "Cisordinol dråber 20 mg/ml alternativt inj. Cisordinol 10 mg i.m." eller tilsvarende.

Jeg anførte herefter:

*"Af Sundhedsvæsenets Patientklagenævns sammenfatning af nævnets praksis vedrørende psykiatriske ankesager 1997-2002 fremgår på side 15 f at det er nævnets praksis at mindste middels-princippet indebærer at tvangsbehandling med injektion som udgangspunkt må betragtes som et mere indgribende middel end peroral behandling. Jeg er enig i denne fortolkning af princippet om mindste middel. Det fremgår videre at det er nævnets praksis at der som udgangspunkt bør træffes beslutning om tvangsbehandling primært med tablet/mikstur og sekundært med injektion.*

*Jeg går ud fra at den angivelsesmåde som anvendes på Sct. Hans Hospital (afsnit R1) med alternative indgivelsesformer (og doser) er udtryk for en praksis hvorefter der i første omgang forsøges med indgivelse af medicin peroral, og at personalet kun såfremt dette ikke effektivt lader sig gennemføre, f.eks. fordi patienten afviser at indtage medicinen eller efterfølgende kaster op, overgår til indgivelse af medicinen ved injektion. I det ovenfor gengivne eksempel er alternativerne imidlertid sprogligt set ligestillede, og der gives således ingen præcisering af hvornår det ene alternativ skal vælges frem for det andet, dvs. hvad der vil være den udløsende faktor for at vælge henholdsvis peroral indgivelse eller indgivelse ved injektion. Hospitalets formulering i tvangsprotokollen giver derfor anledning til principielle overvejelser om den sproglige præcision som kan forlanges.*

*Jeg går ud fra at det i almindelighed ikke er den besluttende overlæge selv som indgiver medicinen i hvert enkelt tilfælde, og at en anden læge derfor faktisk kan komme til at handle på baggrund af hvad der er nedfældet i tvangsprotokollen. På den anden side er jeg ikke blind for at de anvendte formuleringer kan være udtryk for en indforstået meddelelse af et videregående indhold som uden videre vil blive forstået af alle afsnitets læger.*

*Uanset om dette sidste er tilfældet, vil de kontrollerende myndigheder; det psykiatriske patientklagenævn, Sundhedsvæsenets Patientklagenævn og til dels embedslægeinstitutionen og Sundhedsstyrelsen samt Folketingets Ombudsmand, være henvist til at kontrollere hospitalets beslutninger på en i skriftlig henseende ufuldstændig baggrund.*

*Jeg beder hospitalet om en udtalelse herom.”*

Sct. Hans Hospital har i udtalelsen af 12. juli 2004 anført at princippet om anvendelse af mindste middel hyldes overalt i psykiatrien – således også ved tvangsbehandling og også på afsnit R. I det konkrete eksempel er Cisordinoldråber nævnt som første præparat. Alternativt injektion Cisordinol 10 mg som intramuskulær injektion. Hospitalet har anført at det for udenforstående måske kan synes som om der var frit valg mellem disse to, men at det imidlertid ikke er tilfældet.

Hospitalet har videre anført at alle læger ved introduktionsundervisningen undervises i brugen af tvang og reglerne herfor. Heraf fremgår at medicin skal forsøges givet oralt som det første, og kun hvis dette afslås, må der anvendes den mere indgribende injektionsbehandling. Tvangsprotokollen udfyldes, men ingen medicin gives uden at der udtrykkeligt er kvitteret for den i medicinmodulet der hører til den elektroniske patientjournal. I modulet er altid udførligt beskrevet hvordan medicin skal gives, og det fremgår endvidere at den perorale ordination skal forsøges først. Der skal efterfølgende gøres et journalnotat hvoraf det skal fremgå hvorvidt den perorale eller intramuskulære indgivelse er anvendt, og omstændighederne der førte til at den perorale medicinering måtte opgives, skal beskrives.

Hospitalet har endvidere anført at bemærkningerne i inspektionsrapporten har givet hospitalet anledning til at overveje retningslinjer om udfyldelse af tvangsprotokollen som gør det tydeligt, også for udenforstående, hvilken ordinationsform der skal forsøges først.

*Jeg har noteret mig det oplyste, herunder at hospitalet overvejer at give retningslinjer således at det kommer til at fremgå hvilken ordinationsform der skal forsøges først.*

Jeg henviste til at art og omfang af tvangsbehandlingen var beskrevet som ”Måling af BS”, og anførte:

*”Jeg går ud fra at BS er en velkendt lægefaglig forkortelse. Jeg beder dog for en god ordens skyld hospitalet om at oplyse nærmere om hvad tvangsbehandlingen gik ud på. Jeg beder også om en udtalelse om anvendelsen af psykiatrilovens § 13, stk. 1, i denne sammenhæng.”*

Sct. Hans Hospital har i brevet af 12. juli 2004 anført at BS er en velkendt lægelig forkortelse for blodsukker. Det måles ved at man ved brug af en meget tynd såkaldt stilet prikkes ganske let i en fingerspids eller en øreflip for at udtage ca. en dråbe veneblod til undersøgelse af blodsukkerniveauet i blodet.

Hospitalet har om den aktuelle sag oplyst at den drejer sig om en patient som ud over at have lidt af skizofreni igennem flere år til tider er svært psykotisk og intensivt medicineret med antipsykotisk medicin, og som derudover lider af insulinkrævende sukkersyge – en legemlig lidelse. Patienten er kendt fra mange tidligere indlæggelser på hospitalet og havde på det tidspunkt hvor sygehusets udtalelse blev afgivet, en dom til behandling. Han blev indlagt samme dag som tvangsprotokollen blev udfærdiget. Han kom fra et bocenter, og det forlød at han igennem et stykke tid ikke havde passet sin sukkersyge på nogen måde. Han var ophørt med at tage Antabus og havde i stedet indtaget store mængder alkohol. Ved ankomsten var han upåvirket af alkohol, men påfaldende sløv og desorienteret. Han var hverken orienteret i tid, sted eller egne data. Han havde svært ved at gå og klagede over stærk hovedpine. Den vagthavende læge havde derfor mistanke om at patientens sukkersyge gav anledning til nævnte symptomer som i værste fald kan medføre døden. Patienten ville ikke umiddelbart give tilladelse til at blodsukkeret blev målt, hvorfor vagthavende besluttede at foretage nævnte blodsukkermåling med tvang. Patientens blodsukker var rigtignok faretruende lavt, og han blev behandlet lege artis. Den 26. juni 2003 var patienten klarer op og ville efterfølgende medvirke til den videre blodsukkermåling og behandling. Han kunne intet huske af hvad der var sket den foregående dag.

Hospitalet har oplyst at sagen derfor har givet anledning til at afdelingsledelsen over for afdelingens læger har præciseret anvendelsen af proceduren efter psykiatrilovens § 13, stk. 1.

*Det der er anført om betegnelsen "BS", giver mig ikke anledning til bemærkninger.*

*Jeg forstår at der i det konkrete tilfælde ikke forud for tvangsbehandlingen var udfærdiget erklæring om tvangsindlæggelse, og at overlægen på afdelingen ikke havde truffet afgørelse om at betingelserne for tvangsindlæggelsen var opfyldt. Psykiatrilovens § 13, stk. 1, har således ikke været iagttaget. Dette er beklageligt.*

Jeg henviste til et tilfælde (beslutning om tvangsbehandling af 18. marts 2003) hvor der var flere skemaer, og hvor der i skemaerne var angivet to forskellige ophørsdatoer, henholdsvis den 7. og den 8. juli 2003. Jeg bad hospitalet om en udtalelse herom.

Sct. Hans Hospital har i udtalelsen af 12. juli 2004 oplyst at der i afdelingen er meget stor opmærksomhed på om skemaerne er udfyldt korrekt. Det har således siden årsskiftet 2004 været én sekretærs opgave at foretage efterkontrol. Hospitalet vil imidlertid overveje yderligere at indskærpe større påpasselighed med udfyldelse og håndtering af protokollerne.

Hospitalet har videre anført at der i det konkrete tilfælde formodentlig er tale om en højst beklagelig fejl som er opstået ved at den originale Tvangsprotokol – skema 2 på et tidspunkt ikke har været til stede, hvorefter den er blevet rekonstrueret. Hospitalet har anført at der bør ses bort fra den rekonstruerede del (med håndskrift mærket IV i øverste højre hjørne) idet den originale del er korrekt udført.

*Jeg har noteret mig hospitalets beklagelse.*

I skemaerne vedrørende beslutning om tvangsbehandling af legemlig lidelse af 25. juni 2003 var samme dag angivet som ophørsdatoen (i det fortsatte skema). I det første skema var imidlertid angivet at tvangsbehandlingen faktisk blev udført den 25. juni 2003 og den 26. juni 2003. Jeg bad hospitalet om en udtalelse herom.

Sct. Hans Hospital har i udtalelsen af 12. juli 2004 anført at der er sket en menneskelig såvel som proceduremæssig fejl. En nystartet læge har fejlagtigt ment at der skulle udfyldes en ny protokol for hver tvangsbehandling. Fejlen er blevet korrigeret hvorefter den originale protokol er blevet udfyldt korrekt ved tvangsbehandlingen. Lægen har herefter fejlagtigt afsluttet tvangsbehandlingen på den overflødige protokol og med forkert dato. Hospitalet har sammenfattende anført at der bør ses helt bort fra den protokol som med håndskrift er mærket med "II". Den originale protokol mangler hermed beklageligvis afslutningsdatoen, som er den 26. juni 2003.

*Jeg har noteret mig det anførte.*

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

Jeg bemærkede at der ifølge de gennemgåede skemaer ikke var sket frivillig bæltefiksering i noget tilfælde. Jeg bad ledelsen om at redegøre for afdelingens praksis med hensyn til tilkaldelse af læger i forbindelse med tvangsfiksering med bælte, herunder hvor lang tid det efter ledelsens opfattelse er acceptabelt og forsvarligt at der går fra tvangsindgrebets påbegyndelse og til lægen kommer til stede.

Sct. Hans Hospital har i udtalelsen af 12. juli 2004 oplyst at lægen ved tvangsfiksering uden lægelig tilstedeværelse vil blive tilkaldt umiddelbart efter at tvangsfikseringen er foretaget. I mange tilfælde bliver lægen i realiteten kontaktet umiddelbart før eller under selve tvangsfikseringen. Alt afhænger af om et personalemedlem kan frigives til denne opgave. I princippet – og i langt overvejende grad i praksis – kommer lægen til stede så hurtigt det kan lade sig gøre, afstanden taget i betragtning. Kun hvis lægen er i færd med en uopsættelig handling et andet sted, kan dette princip fraviges.

*Jeg tager det oplyste til efterretning.*

### **Opfølgning**

*Som det fremgår af pkt. 5.7., har jeg anmodet om at modtage skriftlige regler om forskellige indskrænkninger i adgangen til besøg, om visitation mv. Og jeg har anmodet Københavns Kommune, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, om ved udgangen af 2004 at meddele en status på hvad der videre er sket med hensyn til etablering af botilbud der kan tilgodese det aktuelle og fremtidige behov for udslusning.*

*Bortset herfra betragter jeg inspektionssagen som afsluttet.*

### **Underretning**

Denne rapport sendes til Sct. Hans Hospital og hospitalets patienter, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Københavns Kommune, Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltningen, Folketingets Retsudvalg og Tilsynet i henhold til Grundlovens § 71.